



acoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani



EDITORIALE

Le regole del gioco

PRIMO PIANO

Elezioni SIC

VITA DELL'ASSOCIAZIONE

Congresso di Fiuggi



Sommario

EDITORIALE

3 **Le regole del gioco**

di Rodolfo Vincenti

PRIMO PIANO

6 **Elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo SIC**

VITA DELL'ASSOCIAZIONE

11 **A Brunetta diciamo che ...**

12 **Organigramma ACOI**

14 **Migliorare il presente e costruire il futuro**

La conferenza di Fiuggi della Professione Medica

di Luigi Conte

ACOI e FESMED per "una buona Sanità"

di Massimo Percoco

16 **18° Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia-Fiuggi 27-28-29 novembre 2008**

18 **Cambio di pelle... ?**

di Luigi Presenti

IL CASO CLINICO DEL TRIMESTRE

19 **Lesione complessa da trauma chiuso del blocco duodeno-pancreatico**

a cura di Marco Barreca

22 **MMESA in Italia, una tradizione che continua**

di Luigi Presenti

STORIE DAL MONDO

24 **Laparoscopia per la Palestina**

di Mario Meinero

PAGINA SINDACALE

26 **Firmata l'ipotesi di Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza Medica**

di Massimo Percoco

27 **La speranza**

di Enrico Pernazza

RUBRICHE

29 **IL LIBRO DA LEGGERE**

di Gianluigi Melotti

• **CHIRURGO DEI TRAPIANTI**

• **CREDERE E CURARE**

di Ignazio Marino

Non solo chirurghi. Giorgio Cutini fotografo

30 **LA POSTA**

Numero 11 / luglio - settembre 2008
Trimestrale dell'Associazione Chirurghi
Ospedalieri Italiani. Supplemento a
Ospedali d'Italia Chirurgia n.3
luglio-settembre

Direttore Responsabile

Claudio Modiano

Direttore Editoriale

Luigi Presenti

Vicedirettore

Domitilla Foghetti

COMITATO DI REDAZIONE

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

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Rodolfo Vincenti

Past-President

Gianluigi Melotti

Presidente Onorario

Vincenzo Stancanelli

Vicepresidenti

Luciano Landa

Mauro Longoni

Consiglieri

Vincenzo Blandamura

Feliciano Crovella

Marco Filauro

Gaetano Logrieco

Diego Piazza

Segretario

Pierluigi Marini

Tesoriere

Stefano Bartoli

Segretari Aggiunti

Vincenzo Bottino

Francesco V. Gammarota

Graziano Pernazza

PROGETTO EDITORIALE

Roberta Marzullo

PROGETTO GRAFICO

Studio Roberta Marzullo

FOTOGRAFIE

Ivano Di Maria

Senesio Cerchiari

IMPIANTI e STAMPA

Saffe srl - Firenze

La rivista, stampata in 12.000 copie,
è stata chiusa in redazione il 26/09/2008

SEGRETARIA ACOI

Rachele Giuliani

via Costantino Morin 45, Roma

tel. 06-37518937 fax 06-37518941

segreteria@acoi.it

www.acoi.it

Editoriale

Le regole del gioco

di Rodolfo Vincenti

“La Regola, sovrapponendosi alla volontà dei singoli, tutela la perpetuità e socialità degli scopi comuni e insieme la distribuzione del lavoro, la divisione degli oneri e degli utili; fissa le modalità del godimento, delibera le sanzioni contro chi danneggia gli interessi della comunanza; interviene con i suoi arbitri a comporre le vertenze, con i suoi rappresentanti difende il patrimonio collettivo e ne garantisce la conservazione, il progresso, l'autonomia” ()*

Dico subito, per non fare un discorso a vuoto, che, per quanto si continui a ripetere che democrazia è un termine dai molti significati (cosa del resto comune a tutti i termini del linguaggio politico) e ognuno la può intendere a suo modo, vi è un significato preponderante su cui tutti coloro che invocano la democrazia sono oramai perfettamente d'accordo. **Questo significato preponderante è quello secondo cui per democrazia s'intende un insieme di regole (le cosiddette regole del gioco) che consentono la più ampia e più sicura partecipazione della maggior parte dei cittadini, sia in forma diretta sia in forma indiretta, alle decisioni politiche, cioè alle decisioni che interessano tutta la collettività.**

La politica ci piace. Perché ci piace sperare in un mondo nel quale ci sia spazio per le ragioni e per l'impegno di ciascuno. Perché è in quanto partecipiamo che possiamo, oggi più che mai, consapevolmente ritenerci cittadini. Perché pensiamo che ciascuno di noi, in quanto aderente a una associazione, abbia il diritto ed il dovere di essere partecipativo.

Siamo naturalmente consapevoli di quanto sia complesso dare oggi un senso alla partecipazione e all'impegno personale. Siamo ben convinti che per costruire opportunità, cogliere occasioni, occorrono progetti, percorsi e obiettivi in grado di renderli visibili e credibili, necessitano donne e uomini che vi lavorino con competenza, dedizione, continuità insieme a capacità di tenere uniti valori e interessi.

Ma difficile non vuol dire impossibile.

Come sempre è importante muovere i passi nella direzione giusta. **E la direzione giusta è quella della assunzione individuale di responsabilità, quella di un'esplicita dichiarazione di disponibilità.**



Rodolfo Vincenti

La responsabilità e la disponibilità di ciascuno a riflettere e ad agire con coerenza ed impegno.

Siamo convinti che la partecipazione, il confronto con gli altri, la necessità di misurarsi con idee, progetti, proposte diverse dalle nostre, la pazienza e la fatica necessarie per trovare mediazioni e soluzioni, siano l'antidoto migliore contro la diffusione, sul terreno societario, di tendenze e comportamenti antiegalitari e antisolidali. In questo contesto il ruolo di noi chirurghi, soci ACOI, ci appare oggi quanto mai importante. **L'universo della Chirurgia Italiana è storicamente suddiviso tra due compartimenti: il mondo Accademico e quello dell'Ospedalità, pubblica e**

privata. Le due realtà differiscono per ordinamenti, concorsualità, dipendenze ministeriali, finalità, ma sono del tutto sovrapponibili per quanto riguarda l'aspetto professionale che vede nella cura del cittadino il primo e sovrano obiettivo di ciascun chirurgo. Le due componenti hanno definito e condiviso "le regole".

Negli ultimi decenni il mondo ospedaliero italiano ha preso coscienza delle proprie potenzialità, si è dedicato con maggior cura e impegno alla comunicazione dei propri risultati, delle personali ricerche, insomma ha implementato e puntigliosamente comunicato l'aspetto scientifico della propria professione:

ha frequentato ed organizzato Congressi, Workshop, Corsi di formazione; ha ideato, diffuso e diretto Scuole speciali di Chirurgia che hanno riscontrato e riscontrano enorme successo; ha autorevolmente parlato a Eventi Internazionali nei quali ha comunicato, discusso, insegnato; è assurdo, per alcune eccellenze, a punto di riferimento per la chirurgia mondiale.

Un processo, non certo esploso per esclusivo merito della nascita e della progressiva ed inarrestabile crescita dell'ACOI, ma nel quale la nostra Associazione ha avuto gran parte e formidabile merito: il mondo scientifico internazionale ne ha preso atto, tutti i chirurghi italiani ne hanno preso coscienza.

Conseguenza naturale ed ineludibile di tale profonda trasformazione, nel senso di crescita culturale, è stata la penetrazione negli ambiti direttivi di numerose Società Scientifiche di chirurgia (di area generalista e non) di rappresentanti chirurghi ospedalieri che, affiancando paritariamente i colleghi universitari, da sempre maggiormente attivi a livello di società

scientifiche, hanno svolto un ruolo determinante e decisivo nel rendere le società stesse espressioni qualificate dell'area chirurgica ad esse afferente, senza distinzione di estrazione lavorativa né di appartenenza lobbistica.

Direi un processo democratico a tutti gli effetti.

È evidente che, per realizzarsi senza contraccolpi negativi, questa tale, direi epocale, trasformazione, ha avuto necessità di individuazione di regole condivise la cui osservanza possa e debba risultare garanzia del riconoscimento dei diritti di tutte le componenti e stimolo al rispetto dei doveri dei singoli. In molte società scientifiche italiane si è applicata la regola dell'alternanza (universitaria ed ospedaliera) nell'individuazione delle Presidenze e il principio della parità numerica assoluta per quanto riguarda il ruolo di Consigliere nazionale.

La Società Italiana di Chirurgia, superba espressione di secolare tradizione chirurgica, ha per prima recepito il messaggio che proveniva dal mondo ospedaliero e in maniera forte e deter-

minata dall'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani, ed ha accettato, fatta propria e regolamentata la "regola dell'alternanza". Tale processo si è andato, ineluttabilmente, propagando a moltissime altre Associazioni chirurgiche e non.

Il mondo ospedaliero ed il mondo universitario hanno ben compreso che, nel rispetto delle proprie peculiarità e caratterizzazioni, la "regola" e l'osservanza reciproca della stessa rappresenti una "garanzia assoluta" della propria e della altrui esistenza. Il Collegio dei Professori Ordinari e Straordinari esprime un Candidato Presidente e/o quattro Consiglieri di area universitaria? L'ACOI, come rappresentante istituzionale dei chirurghi ospedalieri, in alternanza a sua volta, sostiene medesima "formazione" di area ospedaliera? **Le due Associazioni si impegneranno a sostenere in egual misura e con stesso forte impegno i candidati espressi dalle due componenti.**

Ad esclusivo scopo di una SIC salda, compatta, espressione qualificata della Chirurgia italiana tutta.



Luigi Presenti e Gianluigi Melotti

A noi piacciono le persone, ma ancor più siamo amanti delle idee (molto meno delle ideologie) e degli uomini che idee sanno esprimere e, pertanto, siamo ben certi che il sostegno alle candidature-SIC, di così grande spessore e visibilità, supportate sia dal Collegio dei Professori di prima fascia sia dall'ACOI tutta, possa certamente coagulare idee ed uomini che non potranno altro che potenziare l'azione scientifico-politica della SIC. Nelle nostre decisioni vediamo una grande condivisione della maggioranza dei nostri soci che ben comprendono che regole condivise possano globalmente rafforzare le nostre istituzioni.

Ma non tutti riescono a comprendere questo forte messaggio. L'individualismo si propone con pervicacia, supportato da coloro che non riescono a digerire il messaggio universale dell'importanza delle regole condivise, stimolato da un non meglio specificato senso del contrasto tout court alle Istituzioni e, costi quel che costi, il beneficio di pochi contro le grandi linee di continuità e di rappresentatività.

Contestiamo con forza tali, seppur individualmente legittime, posizioni che vorrebbero insinuare il dubbio di debolezze politiche dell'ACOI che, al contrario, nei fatti e nelle risultanze non hanno evidenza di esistenza e **chiediamo a tutti i soci consapevoli di dimostrare di aver ben compreso l'importanza del rispetto delle regole per il bene della categoria dei chirurghi, per la stabilizzazione attiva delle Società scientifiche coinvolte, per un futuro radioso che veda SIC ed ACOI percorrere un percorso comune e condiviso sulle tematiche che sempre di più affliggono la nostra professionalità.**

Noi sogniamo e ci adoperiamo per un ruolo delle Società scientifiche chirurgiche che oltre alla prioritaria azione di specifica cultura e di formazione, possa intervenire autorevolmente in tutti gli aspetti critici attuali e subentranti della nostra professione: concorsualità, autonomia, contenzioso medico-legale, responsabilità e quant'altro. Per percorrere con qualche probabilità di successo questa strada la forza politica della singola Società risulta insufficiente; solo una convergenza di intenti ed una azione concordata e comune potrà portare a quel risultato che noi auspichiamo: il riconoscimento della specificità del chirurgo.

Non a caso ACOI ha deliberato l'istituzione di una commissione "rapporti con le Società Scientifiche", e ne ha affidato la Presidenza ad un collega di grande e riconosciuto prestigio, proprio con l'obiettivo di trovare le sinergie, ideare e condividere i percorsi e gli adeguati strumenti per battaglie comuni. Sarà un'arma in più, non in contrasto, quanto più possibile collaborativa, per permettere al Collegio Italiano dei Chirurghi di non essere solo uno strumento mediatico di mere dichiarazioni di intenti e di proposizioni ideologiche,



Feliciano Crovella



ma soprattutto capace di intraprendere azioni reali finalizzate al raggiungimento di quanto la situazione attuale richieda.

Il mio vuole essere, per le motivazioni su esplicitate, **un forte e partecipato invito a tutti i soci SIC, della componente universitaria e, con particolare intensità, della componente ospedaliera, di dimostrare, compatti, che le regole sono il tessuto connettivo delle nostre istituzioni, e che non solo come tali, devono essere rispettate per**

l'equilibrio, il consolidamento e il rafforzamento delle strutture associative che ci rappresentano, ma anche e soprattutto per permettere alle stesse di porre in essere quei programmi ambiziosi e decisivi che potranno portare il Chirurgo al centro dell'attenzione nella pianificazione dei Sistemi Sanitari Italiani.

(*) "Cenni storici sulle regole" di G. Richebuono (Ed. Regole d'Ampezzo 2001)

Primo Piano

Elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo SIC

In occasione delle elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Chirurgia, l'ACOI ha deciso di sostenere le candidature del Collega Ospedaliero Gianluigi Melotti, per la carica di Presidente eletto e dei Colleghi Ospe-

dalieri Fulvio Calise, Giovanni Battista Grassi, Carlo Augusto Sartori e Andrea Valeri per le cariche di Consiglieri. Paritariamente, e come da consolidata tradizione, l'ACOI sosterrà le candidature alla carica di Consigliere dei Colleghi

Universitari espresse dal Collegio dei Professori Ordinari e Straordinari di Chirurgia Antonio Cennamo, Giacomo Gidaro, Francesco Minni e Stefano Tinozzi. Pubblichiamo di seguito le biografie sintetiche dei Candidati.



Gianluigi Melotti

Nato a Nonantola (Mo) nel 1948, si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1974 presso l'Università degli Studi di Modena. Ha quindi conseguito la Specializzazione in Chirurgia Generale nel 1979 presso l'Università di Modena, in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva nel 1984 presso l'Università degli Studi di Milano ed in Chirurgia Toraco-polmonare nel 1987 presso l'Università degli Studi di Torino. Dal Settembre 1990 ricopre il ruolo di Primario presso la Divisione di Chirurgia Generale dell'Ospedale S. Agostino di Modena. Dal Febbraio 2005 è Direttore del Dipartimento di Chirurgia della Azienda USL di Modena.

È autore di numerose pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali.

È membro del board di numerose Riviste italiane ed europee. Ha pubblicato numerose monografie tra le quali nel 1991 la prima monografia italiana sulla colecistectomia laparoscopica in collaborazione con Mario Meinero "Colecistectomia laparo-

scopica. Guida pratica per il Chirurgo Generale", che nel 1993 è stata tradotta in lingua spagnola e pubblicata in Argentina.

Nell'Ottobre 1993 ha pubblicato, con la collaborazione paritetica di Mario Meinero ed il prezioso contributo di Ph. Mouret il volume: "Chirurgia laparoscopica anni 90" (Masson Editore). Tale volume è stato tradotto in seguito in lingua inglese, spagnola e araba.

Nel 1995 ha ricevuto dalla Società Italiana di Chirurgia il premio "Ettore Ruggeri".

Durante il 4th World Congress of Endoscopic Surgery tenutosi a Kyoto nel 1994, è stato insignito del premio "Joung investigators' award" per aver presentato le prime esperienze al mondo di resezione gastrica laparoscopica per cancro.

È da numerosi anni Professore a contratto delle Scuole di Specializzazione in Chirurgia Cardio-Toracica e in Chirurgia Generale dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

Dall'anno 2000 è membro della Faculty dell'ICAD/ EITS di Strasburgo per la chirurgia endocrina.

Dal 2003 è Direttore della Scuola Nazionale ACOI di Chirurgia Laparoscopica e Mini Invasiva.

Nel 1995 ha fondato e dirige tuttora la Scuola Transcaucasica di Chirurgia Laparoscopica con sede a Tbilisi (Georgia), guidando personalmente numerose missioni umanitarie in tale regione, volte

alla riorganizzazione del locale Sistema Sanitario; per questa attività è stato recentemente nominato Membro Onorario della locale Accademia di Medicina.

Nell'anno 2001 è stato insignito del premio Telamone per la pace.

È membro onorario della Società Cilena di Chirurgia, della Società Russa di Oncologia Chirurgica, della Società Spagnola di Chirurgia Laparoscopica e della Società Egiziana di Chirurgia Laparoscopica. Nel 2007 è stato nominato "Consulente del Consiglio Superiore di Sanità" nel campo dei presidi medico-chirurgici.

È iscritto all'ACOI dal 1983, è stato membro del Consiglio Direttivo dal 1997 al 2002 con la carica di vicepresidente nel secondo triennio.

Dal 2003 al 2005 è stato Presidente della Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e Mini Invasiva (SICE).

Dal 2002 al 2004 è stato Presidente della Mediterranean & Middle-Eastern Endoscopic Surgery Association (MMESA).

È stato inoltre rappresentante italiano nel Board Europeo della Società Europea di Viscerosintesi.

Dal 2000 è fellow dell'American College of Surgeons del cui capitolo Italiano è stato Presidente dal Gennaio 2007 al Gennaio 2008.

Dal Maggio 2005 al Maggio 2008 è stato Presidente Nazionale ACOI.



Fulvio Calise

Primario U.O. Chirurgia Epato-Biliare e Centro Trapianti di Fegato Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "A. Cardarelli".

Sono nato nel 1949 nel cuore di Napoli e faccio

parte del club, fortunatamente molto numeroso, di coloro che sono rimasti per lavorare per il proprio Paese e, soprattutto, per la propria città; pur avendo vissuto un anno negli Stati Uniti sulla West Coast ed era il 1967! e pur avendo vissuto, poi, un anno in Francia alla corte di Henri Bismuth che quando arrivai lì (1985-86) eseguiva il trapianto n° 17 (!) degli oltre 2000 di oggi. Forse con il senno di poi avrei scelto la Francia che mi ha insegnato tanto e non solo in chirurgia: ma è andata così.

Tre specializzazioni: chirurgia generale, chirur-

gia oncologica e chirurgia d'urgenza alla Scuola del Prof. Vittorio Staudacher. Per me una grande esperienza professionale e di vita con l'amato e compianto prof. Bevilacqua.

Dopo l'apprendistato con il mio primo Maestro, il Prof. Agostino Trapani che mi pregava, un po' scherzando un po' no, "di non guardare troppo per non troppo apprendere...", tredici anni di frontiera in chirurgia d'urgenza al Cardarelli, l'organizzazione dei primi congressi (per chi ancora se li ricorda...) di NAPOLURGENZE con un manipolo di coraggiosi con i quali ancor

oggi collaboro: Antonio Ceriello, Maurizio Defez, Giangiacomo Monti, Walter Santaniello e Francesco Sicoli, siamo insieme da più di 25 anni. Ed il 23 marzo del 1994 il primo degli oltre 250 trapianti di fegato eseguiti con una sopravvivenza globale del 78%.

In questi anni tanta chirurgia epatica, pancreatica, la frontiera di quella laparoscopica e, forse l'orgoglio più grande me lo permettete, la creazione del Centro di Biotecnologie dell'Ospedale Cardarelli: vent'anni di lavoro

con un altro manipolo di temerari: Nino Cozzolino, Antonio Mancini, Adele Bracco.

Oggi una realtà in cui lavorano circa quaranta persone, soprattutto giovani ricercatori con il supporto di tante aziende e tanti colleghi che ci onorano, da tutta Italia, della loro fiducia per le tantissime attività di formazione chirurgica, generale e specialistica.

E poi la cooperazione internazionale con la Tunisia, il Magreb, la Guinea...

Contemporaneamente ogni primavera da sei

anni il Corso di chirurgia epatica in diretta e chirurgia sperimentale che tanti fra voi già conoscono.

Inoltre più di 100 pubblicazioni, centinaia di congressi, corsi, un capitolo del libro di Staudacher etc etc.

E per il domani? A partire dal 19 gennaio 2009, la Scuola ACOI di Chirurgia e microchirurgia sperimentale con la collaborazione, oltre che di U.O. del Cardarelli, anche di Torino, Roma, S. Giovanni Rotondo.



Antonio Cennamo

Nato a Crispano (NA) nel 1942, si è laureato presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Napoli nel 1968. Ha conseguito le Specializzazioni in Chirurgia Generale nel 1973 e in Chirurgia Toracica nel 1975.

Nel 1973 è diventato Assistente Ordinario e nel 1975 Aiuto presso la Cattedra di Chirurgia d'Urgenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Napoli.

Nel 1982 diviene Professore Associato, confermato nel 1986. Dal 1998 è Professore Ordinario di Chirurgia Generale. È stato ed è Docente nelle Scuole di Specializzazione in Chirurgia Generale I (indirizzo Chirurgia Generale), Chirurgia

Generale II (indirizzo Chirurgia d'Urgenza), Chirurgia Toracica, Chirurgia dell'Apparato Digerente e Medicina Interna.

Nel 2000 viene nominato Primario della II Divisione di Chirurgia Generale e d'Urgenza, come successore del Prof. Rocco Docimo.

Successivamente, nello stesso anno, è nominato Direttore della VI Divisione di Chirurgia Generale e d'Urgenza.

Nel 2002 assume la carica di Direttore del Dipartimento Assistenziale di Chirurgia Generale ed Emergenza Chirurgica.

Nello stesso anno viene nominato Responsabile del Sistema Informativo per l'Emergenza Sanitaria 118 presso l'A.U.P. e Responsabile per la Gestione delle Emergenze.

Dal luglio 2002 è Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale II – Indirizzo Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso. Attualmente è docente del Corso Integrato di Emergenze Medico-Chirurgiche nell'ambito della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Dal 2007 è Direttore del D.A.I. di Chirurgia Generale d'Urgenza e Specialistica.

È stato Presidente del IXXX Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma (SICUT), tenutosi a Napoli nel 2001 e Presidente del II Corso Residenziale Nazionale per specializzandi in Chirurgia, tenutosi nel 2005 a Positano.

Dal 2005 fa parte dell'Osservatorio Regionale per le Scuole di Specializzazione.

È stato Presidente eletto della SICUT per il biennio 2006-2007.

L'attività scientifica è rappresentata da oltre 200 pubblicazioni edite a stampa su riviste nazionali ed internazionali.

Ha inoltre partecipato come presidente o moderatore a numerosi Congressi nazionali ed internazionali, portando la propria esperienza scientifica ed assistenziale, frutto del lavoro svolto in più di 30 anni di attività presso la Seconda Università degli Studi di Napoli.



Giacomo Gidaro

Laureato con lode in Medicina e Chirurgia all'Università di Roma nel 1970, ha conseguito le Specializzazioni in Chirurgia Vascolare (Roma 1973), Chirurgia Generale (Chieti 1979) e Chirurgia Toracica (Chieti 1984).

Nel 1971 diviene Assistente presso l'Ospedale Civile di Nettuno e nel 1974 Assistente Ospedale Civile di Chieti.

Nel 1978 assume il ruolo di Assistente Universitario presso la Cattedra di Patologia Speciale Chirurgica dell'Università di Chieti e nel 1981 diventa Aiuto Universitario.

Nel 1983 assume il ruolo di Professore Associato di Anatomia Chirurgica e Corso di Operazioni, nel 1992 di Professore Straordinario di Chirurgia Generale e nel 1996 di Professore Ordinario di Chirurgia Generale.

Dal 1993 è Direttore della 1° Clinica Chirurgica Generale presso l'Ospedale Civile Pescara.

Nel 1979 e nel 1980 ha trascorso periodi studio presso il Seton Medical Center di Austin Texas.

È stato titolare dei seguenti insegnamenti presso le Scuole di Specializzazione:

- Anestesia: Tecniche Chirurgiche di interesse anestesilogico
- Chirurgia Generale I: Anatomia Chirurgica (1987/90), Chirurgia Generale (1991/2007)
- Chirurgia Toracica: Istituzioni di Chirurgia Generale (1989/95), Chirurgia delle neoplasie del torace (1996/2007)

- Chirurgia Vascolare; Chirurgia Sperimentale (1989/2007)

- Urologia: Chirurgia d'Urgenza (2000/2007)

È stato Direttore della Scuola di Chirurgia Pediatrica dal 1994 al 2001 ed è Direttore della Scuola di Chirurgia Generale II dal 2002 a tutt'oggi.

Insegnamenti ufficiali:

- Anatomia Chirurgica e corso di operazioni (1980/1986)
- Patologia Speciale Chirurgica (1986/1992)
- Chirurgia d'urgenza (1992/1996)
- Chirurgia Generale (1996/2007)

È Autore di 250 pubblicazioni nei vari campi della chirurgia generale, toracica, vascolare, pediatrica e d'urgenza.



**Giovanni
Battista
Grassi**

Nato a Roma il 26 gennaio 1947, si laurea in Medicina e Chirurgia con il massimo dei voti e la lode presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore nel 1970.

Consegue la specializzazione in Chirurgia Generale nel 1975 ed in Chirurgia d'Urgenza nel 1978 presso l'Università La Sapienza di Roma.

Consegue le idoneità ad aiuto in Chirurgia d'Urgenza ed in Chirurgia Generale e successivamente (1984) a Primario nei rispettivi Concorsi Nazionali con il massimo dei voti.

Nel 1984 risulta primo classificato nel concorso per l'incarico semestrale di Professore di chirurgia presso l'Università Italiana di Mogadiscio.

Borsista nel periodo post-laurea presso l'Istituto di Clinica Chirurgica dell'UCSC di Roma, diretto dal Prof. G. Castiglioni, dal 1971 al 1980 è dapprima assistente, poi aiuto chirurgo presso l'Ospedale San Giovanni di Roma.

Dal 1980 al 1983 è aiuto presso l'Ospedale S. Eugenio di Roma; dal 1983 assume presso lo stesso Ospedale la responsabilità della Divisione di Chirurgia Oncologica di cui diviene Primario

nel 1988. Dal 1994 al 1995 è Primario di Chirurgia Generale presso l'ospedale San Giovanni di Roma; dal 1995 a tutt'oggi è primario della Divisione di Chirurgia Generale ed Oncologica dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma.

Dal 1998 al 2004 è stato Direttore del Dipartimento di Oncologia, dal 2004 ad oggi è Direttore del Dipartimento di Scienze Chirurgiche dello stesso Ospedale.

Dal 1975 svolge una intensa attività didattica, dapprima presso le Scuole per IP, poi presso la Scuola Medica Ospedaliera di Roma e del Lazio e le Scuole di Specializzazione in Chirurgia dell'Apparato Digerente, Chirurgia d'Urgenza e Pronto soccorso e Chirurgia Generale dell'Università La Sapienza di Roma, Chirurgia Plastica, Chirurgia Generale e Chirurgia d'Urgenza presso l'Università di Tor Vergata di Roma.

Si è dedicato ad attività di ricerca riguardante la fisiopatologia dell'apparato digerente, con particolare attenzione allo studio della secrezione gastrica nel corso di interventi per ulcera duodenale (ha contribuito alla messa a punto di un test intraoperatorio di completa sezione vagale).

Si è dedicato allo studio della fisiopatologia del sistema biliare ed allo studio dei marcatori tumorali.

Attualmente il campo di ricerca riguarda le malattie neoplastiche dell'apparato digerente e della mammella. Per primo in Italia ha utilizzato un acceleratore mobile per la radioterapia intraoperatoria nel

trattamento delle neoplasie della mammella, del retto, del pancreas e dei tessuti molli, maturando una grande esperienza nel campo.

Ha partecipato numerosi Corsi, Convegni e Congressi di Chirurgia nazionali ed internazionali, come Relatore, Moderatore e Presidente.

Nel 1997 è stato Presidente del Congresso nazionale del CICD ed ha fatto parte del comitato scientifico dei Congressi della SIC.

Ha frequentato per lunghi e ripetuti periodi Centri Ospedalieri ed Universitari nazionali ed internazionali di rilievo, tra cui l'Istituto dei tumori di Tokyo, l'Hospital 12 de Octubre di Madrid, l'Hopital Paul Brusse di Parigi, l'AMC di Amsterdam, il S. Mark's Hospital di Londra, il Mount Sinai di New York.

Durante la sua attività ha eseguito come primo operatore oltre 15.000 interventi, in particolare di Chirurgia digestiva ed Oncologica.

È attualmente Direttore Responsabile della rivista "Chirurgia Gastroenterologica", organo della sezione italiana dell'ISDS (International Soc. Digestive Surgery ex Collegium Internazionale Chir. Digest.) e fa parte del board di numerose riviste italiane ed internazionali.

È stato Presidente della sezione italiana dell'ISDS, dopo esserne stato a lungo il Delegato Nazionale. È presidente di "Lazio chirurgia".

È autore di oltre 200 lavori scientifici pubblicati su riviste internazionali e nazionali, alcuni a carattere monografico e di numerosi films scientifici.



**Francesco
Minni**

Nato a Termoli (CB) il 18/01/1951, si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1974 presso l'Università di Bologna. Ha quindi conseguito le

Specializzazioni in Chirurgia Generale, Chirurgia d'Urgenza e Urologia. È Professore Universitario di I fascia dal 2001. È docente di Clinica Chirurgica nel Corso di Laurea in Medicina, docente di Chirurgia Generale nelle Scuole di Specializzazione di Chirurgia Generale, Chirurgia Pediatrica, Chirurgia Toracica, Chirurgia Plastica e Chirurgia Maxillo-facciale dell'Università di Bologna.

Iscritto a numerose Società Scientifiche nazionali ed internazionali, è l'attuale presidente della Società Italiana di Ricerche in Chirurgia.

È stato vincitore del Premio Bannò e del premio Ruggeri della SIC ed autore di oltre 600 lavori scientifici editi a stampa, di capitoli su trattati chirurgici e di 5 monografie. Ha eseguito come primo operatore oltre 7000 interventi di alta e altissima chirurgia con tecnica tradizionale e mini-invasiva.

È attualmente Direttore della I Clinica Chirurgica del Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna e della Scuola di specializzazione in Chirurgia Generale dell'Università di Bologna.



© 0123

Via A. Cocchi, 7/9 - Loc. Ospedaletto - 56121 Pisa
Tel. +39 050 97 61 11
www.baxteritalia.it
Informazione riservata alla classe medico-ospedaliera.

**Quando ridurre
i tempi è essenziale**

Floseal® riduce i tempi
ed i costi chirurgici





BAE1049 PR0206



**Carlo
Augusto
Sartori**

Nato a Treviso nel 1944, si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova nel 1969. Ha conseguito le specializzazioni in Chirurgia Generale (1974), Chirurgia dell'Infanzia (1977) e Chirurgia d'Urgenza (1987) presso l'Università di Padova. Si è formato presso l'Università di Padova alla Scuola del Prof. Pezzuoli, quindi presso l'Ospedale Regionale di Treviso, dove ha lavorato per 10 anni con il Prof. Corsini, allievo del Prof. Pezzuoli. La formazione si è completata con la frequenza in Centri specializzati in Italia e all'estero.

Dal 1990 ha avuto il primo incarico di Primario di Divisione Chirurgica. Attualmente è direttore dell'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale e Direttore del Dipartimento Strutturale Chirurgico dell'Ospedale di Castelfranco Veneto (Treviso).

Ha eseguito personalmente oltre 8.500 interventi chirurgici, di cui più di 4.000 con tecnica

laparoscopica (colecisti e vie biliari, milza, ernie, laparoceli, colon, stomaco, giunto gastro-esofageo, fegato, pancreas).

La casistica più rilevante è relativa alla chirurgia colo-rettale laparoscopica, che ha superato i 1.000 interventi nel 2007.

È titolare dell'incarico di insegnamento di tecnica chirurgica presso la II^a Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale dell'Università di Padova e dell'insegnamento nell'ambito della Scuola Nazionale ACOI di Chirurgia Laparoscopica e mini-invasiva dall'anno 1997 a tutt'oggi e nell'ambito della Scuola Nazionale SIC di Chirurgia Laparoscopica dall'anno 2008.

Dal 2006 è Consultant Surgeon presso il St Mark's Hospital di Londra per la chirurgia colo-rettale laparoscopica e dal 2002 è nel board dei Corsi di Chirurgia laparoscopica colo-rettale dell'Istituto IRCARD/EITS di Strasburgo.

È stato Consigliere Nazionale dell'ACOI dal 2002 al 2004 e della SICE dal 2003 al 2006.

Fa parte del comitato di Redazione delle riviste "Il Giornale di Chirurgia" e "Le Journal de Coelio-Chirurgie". Organizza e dirige personalmente dal 1999 ad oggi, 2 Corsi annuali di perfezionamento in Chirurgia Laparoscopica, con interventi in diretta e trasmissione on-line, con la partecipazione di allievi italiani e stranieri, arrivati alla 20^a edizione

con un totale di oltre 600 partecipanti.

Dal 2000 al 2008 hanno frequentato l'U.O. di Chirurgia Generale di Castelfranco Veneto, per perfezionamento in chirurgia laparoscopica, 1.480 chirurghi con 1.568 giorni di presenza.

Nell'anno 2007 specializzandi in chirurgia provenienti da varie Università italiane hanno frequentato il reparto per un totale di 1.280 giorni di presenza.

È autore di 76 pubblicazioni edite a stampa, di 125 comunicazioni a Congressi nazionali ed internazionali e di 60 video di tecnica chirurgica laparoscopica.

È autore del "Trattato di Tecnica Chirurgica Laparoscopica del Colon e del Retto" pubblicato nel dicembre 2007, un volume di 338 pagine, con allegati un DVD (atlante elettronico con 78 videoclip e 542 illustrazioni) e 4 DVD di tecnica chirurgica indicizzata.

Dal 2008 ha attivato presso la propria U.L.S.S. una "Videoteca di Chirurgia Laparoscopica on.line" consultabile sul sito www.ulssasolo.ven.it.

Negli ultimi 10 anni è stato invitato come relatore e/o operatore in diretta ad oltre 400 Convegni nazionali e internazionali, in particolare nell'ambito della Chirurgia laparoscopica del colon e del retto, nella quale ha una specifica esperienza.



**Stefano
Tinozzi**

Nato a Pavia nel 1943.

Incaricato dell'insegnamento di Fisiopatologia Chirurgica dal 1974 al 1980.

Professore Associato di Fisiopatologia Chirurgica dal 1980 al 1985.

Professore Straordinario di Fisiopatologia Chirurgica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Pavia dal 1985.

Professore Ordinario di Fisiopatologia Chirurgica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Pavia dal 1990. Professore

Ordinario di Chirurgia Generale I presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Pavia dal 1992.

Direttore della Patologia Chirurgica - Sezione di Chirurgia Generale Gastroenterologica e Mammaria dell'IRCCS Policlinico San Matteo - Università degli Studi di Pavia dal 1996, Dipartimento di Scienze Chirurgiche Rianimatorie-Riabilitative e dei Trapianti d'Organo.

Direttore della Scuola di Specializzazione di Urologia dell'Università degli Studi di Pavia dall'anno accademico 1996-1997.

È titolare dei seguenti Corsi di Insegnamento presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Pavia: Corso Integrato di Medicina Interna e Chirurgia Generale, Corso di Semeiotica Chirurgica e Metodologia Clinica, Chirurgia Geriatria, Patologia Chirurgica Generale.

È Docente nelle seguenti Scuole di Specializza-

zione presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Pavia: Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, Cardiochirurgia, Urologia (Direttore della Scuola), Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia e Traumatologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Oncologia.

È membro delle seguenti Società scientifiche: Società Lombarda di Chirurgia (Past President), Club del Tenue (Vice Presidente), Società Italiana di Patologia dell'Apparato Digerente (Consigliere), Collegio dei professori ordinari di Chirurgia Generale (Consigliere), Società Italiana di Chirurgia, International College of Surgeons, Società Italiana di Chirurgia Oncologica, Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e di Day Surgery.

È Autore di oltre 600 pubblicazioni edite a stampa su riviste scientifiche nazionali ed internazionali e Autore e coautore di numerosi testi e manuali di Chirurgia Generale.





**Andrea
Valeri**

Nato a Firenze nel 1953, si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1978. Ha conseguito le Specializzazioni in Chirurgia Generale (1983) e Chirurgia Vascolare (1988) presso l'Università di Firenze.

Nel 1980 è stato assunto come assistente di Chirurgia Generale presso l'Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti di Firenze presso la Divisione Chirurgica diretta dal Dr. E. Navarrini.

Dal 1988 è Aiuto Corresponsabile Ospedaliero di Chirurgia Generale nell'U.S.L. 10/D, Firenze, attualmente Azienda Ospedaliera di Careggi, presso la U.O. di Chirurgia Generale e Vascolare diretta prima dal Prof. C. Massimo e, successivamente, dal Prof. D. Borrelli. Nella medesima U.O. nel 1995 gli è stata affidata la responsabilità del modulo di "Chirurgia Vascolare d'urgenza e tecniche laser".

Nel 1998 gli viene conferito l'incarico di coordinare il "Settore organizzativo-gestionale di degenza e chirurgia mininvasiva" nell'ambito della II U.O. di Chirurgia Generale e Vascolare della Azienda Ospedaliera di Careggi.

Dal 2000 è direttore della prima SOD di chirurgia generale della AOU Careggi di Firenze.

Ha eseguito personalmente numerosi interventi di elezione e d'urgenza nei campi della chirurgia generale e vascolare, adottando anche le moderne tecniche di chirurgia laparoscopica miniinvasiva. Ha realizzato, tra i primi in Italia, la surrenectomia e la splenectomia per via laparoscopica.

Dal 1985 è stato consulente chirurgo degli ambulatori di senologia del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze diretto dal Prof. G. Maltoni.

Ha conseguito il diploma del "II Corso di formazione manageriale per dirigenti sanitari" svolto presso l'Azienda Ospedaliera di Careggi (1999-2000). È impegnato in una costante attività di studio e di aggiornamento (si segnalano: la frequenza della Sezione di Chirurgia Vascolare dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano, conseguendo il giudizio favorevole del Primario Prof. R. de Nunno; l'aggiornamento presso la Divisione di Chirurgia dell'Istituto Regina Elena per lo Studio e la Cura dei Tumori in Roma, diretta dal Prof. D. Manfredi; l'aggiornamento presso l'ospedale Paul Brousse di Parigi, presso il Servizio di Chirurgia Epato-biliare diretto dal Prof. H. Bismuth; la frequenza, sempre a

Parigi, nell'anno 1992-1993 presso la Clinica Chirurgica diretta dal Prof. Y. Chapuis dove ha conseguito il "Diplome Inter-Universitaire de Chirurgie Digestive par voie Coeloscopique"; il conseguimento del Diploma in Chirurgia Laparoscopica presso l'Istituto IRCAD-EITS di Strasburgo, riconosciuto dalla "Società Francaise de Chirurgie Digestive").

Ha partecipato inoltre, nel 1994, ad uno stage presso il "Centre Hospitalier Saint-Joseph-Esperance" di Liegi (Belgio) per un aggiornamento nell'ambito della Chirurgia Laparoscopica.

È stato segretario scientifico e presidente o copresidente di numerosi congressi e corsi di aggiornamento dei quali molti con attiva frequenza di sala operatoria e con disponibilità dell'"on living tissue training".

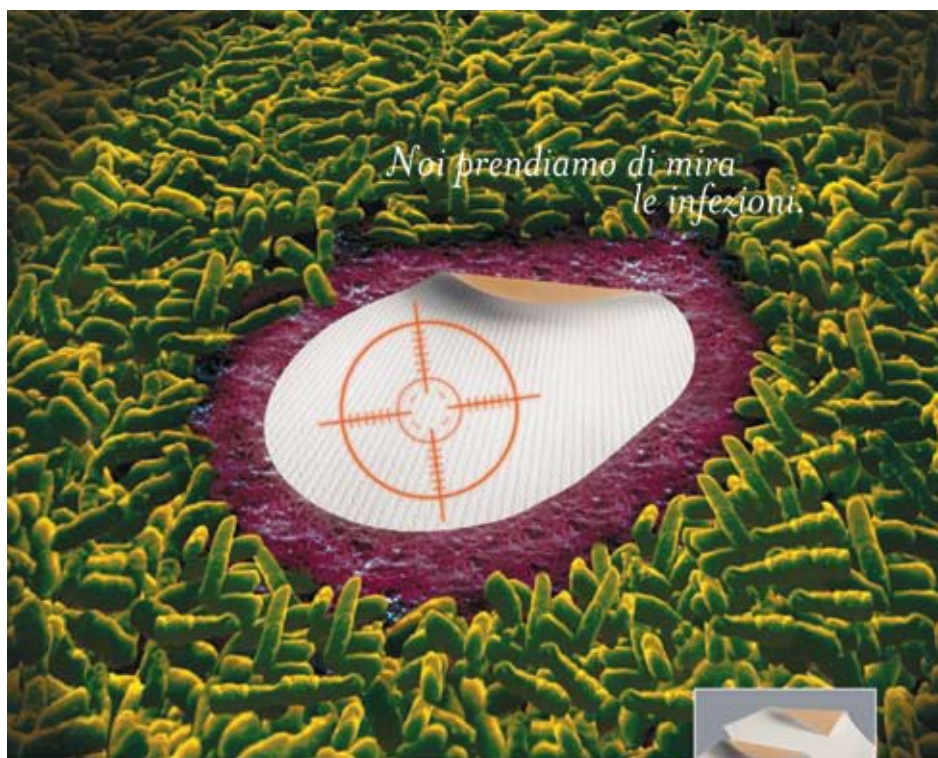
Ha svolto attività didattica per numerosi anni presso la Scuola Infermieri dell'ospedale di Careggi ed è attualmente professore a contratto presso

la Scuola di Specializzazione di Gastroenterologia e di Chirurgia Toracica della Facoltà di Medicina dell'Università di Firenze.

È Direttore della Scuola Speciale ACOI di Endocrinocirurgia dal 2003.

È autore di numerose pubblicazioni scientifiche indicizzate, di un CD rom multimediale sulla "Emicolectomia sinistra laparotomica e laparoscopica" e di una monografia dal titolo "I tumori del surrene". Presso il Centro Didattico Televisivo dell'Università degli Studi di Firenze ha curato la realizzazione di diversi programmi audiovisivi quale autore responsabile scientifico, collaboratore o responsabile del coordinamento tecnico.

È socio della SIC, dell'ACOI, della Società Tosco-Umbra di Chirurgia (past-president), della European Association for Endoscopic Surgery, della Società Italiana di Chirurgia Endoscopica (consigliere).



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



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

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



(00800) 6334.4673 (EU)
goremedical.com

© Gore AG. Prodotto mesh biomateriale approvato la Meticillina-resistente Staphylococcus aureus aderente in un studio medico. Materiali presentati al Meeting Report 2005, American Hernia Society, San Diego, CA, Mar 6-12, 2005. Page 16. Abstract 108.
© Gore, DUALMESH®, DUALMESH® PLUS, and design are trademarks of W. L. Gore & Associates.
© 2005 W. L. Gore & Associates, Inc. 00239809 2005 40180-01

Vita dell'Associazione

A Brunetta diciamo che ...

Presenza di posizione congiunta di ACOI e del Collegio dei Professori Ordinari e straordinari di Chirurgia

Nei giorni scorsi il mondo medico è stato sconvolto dalle dichiarazioni del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Renato Brunetta. Nel corso di un'intervista a Radio Radicale, rilasciata il 17 settembre, ha dichiarato «Dall'anno prossimo vorrei che fossero pubblicati i curricula dei chirurghi in modo tale che se io devo farmi operare debbo poter sapere se il chirurgo è un macellaio o è un genio oppure una persona efficiente di qualità».

Dalle prime ore successive all'intervista sono state numerose le prese di posizione di **Rodolfo Vincenti** (adnkronos, ansa, TV nazionali, quotidiani) contro le affermazioni del Ministro, da parte della FNOMCEO, di altre Società Scientifiche, dei Sindacati Medici, delle Società Scientifico-professionali. La FESMED ha inviato una lettera al Ministro che stigmatizza il tono delle dichiarazioni.

L'ACOI e il Collegio dei Professori Ordinari e Straordinari di Chirurgia inoltre hanno diramato un comunicato congiunto alle Agenzie di stampa, che è stato ripreso dalle maggiori testate giornalistiche. Ne pubblichiamo il testo integrale, riservandoci di tornare nelle prossime edizioni sulla grave questione.

"I Chirurghi italiani sono sorpresi ed indignati dalle dichiarazioni del Ministro Brunetta. La chirurgia italiana, per unanime riconoscimento internazionale, esprime diffusamente una qualità che la pone nel novero dei paesi più evoluti. Essere chiamati "MACELLAI" senza alcun riferimento specifico, comporta solo confusione e grave danno alla dignità della categoria e alla serenità dei Pazienti. Il percorso formativo dei Chirurghi italiani presenta numerose verifiche pubbliche, in cui i curricula vengono adeguatamente valutati e giudicati, molto più che per altre categorie.

È l'invasione della politica, semmai, a disturbare i fondamentali processi valutativi e di selezione delle competenze a tutti i livelli di responsabilità.

I Chirurghi tutti si riconoscono nel giuramento di Ippocrate e ad esso ispirano la loro quotidiana attività spesso in situazioni di grave difficoltà.

Ci si chiede quale interesse sia dietro questo grossolano tentativo di delegittimazione del Sistema Sanitario Nazionale, la cui qualità di eccellenza è formalmente riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della

Sanità. Ci sentiamo, pertanto, di assicurare tutti i cittadini sull' assenza di "Chirurghi macellai" per vocazione e laddove il Ministro sia a conoscenza di tali realtà ha il dovere morale ed istituzionale di denunciarle formalmente senza "sparare nel mucchio". Il Collegio dei Professori Ordinari di Chirurgia e l' Associazione

Chirurghi Ospedalieri Italiani intendono tutelare in tutte le sedi i propri diritti, la propria onorabilità e, soprattutto i diritti dei Cittadini lesi da dichiarazioni generiche al di fuori di ogni riscontro nella realtà sanitaria nazionale."



Renato Brunetta



Totò (al paziente): E stia zitto! E stia tranquillo! Ha capito? Faccia il paziente e abbia pazienza! Ognuno deve fare il suo mestiere! Lei, da sano, che mestiere fa?

Paziente: Macellaio!

Totò: E io pure... (si corregge) e io pure, non sono macellaio, sono un Chirurgo....

Totò diabolicus, 1962

Vita dell'Associazione

Organigramma ACOI

COORDINATORI REGIONALI

Regione	Nome	Cognome	Cellulare	E-mail
Valle D'Aosta	Paolo	Millo	3283778497	paolo.millo@acoi.it
Piemonte	Paolo	De Paolis	3388743909	paolo_depaolis@fastwebnet.it
Lombardia	Ildo	Scandroglia	3406424561	scandrodoc@libero.it
Veneto	Ferdinando	Agresta	3284180898	fagresta@libero.it
Trentino Alto Adige	Heinrich	Pernthaler	3356362225	heinrich.pernthaler@asbz.it
Friuli	Antonio	Cinque	3356795859	doctorfive@hotmail.com
Liguria	Giuseppe Sergio	Bondanza	3472328577	g.sergiobondanza@asl3.liguria.it
Toscana	Flaminio	Benvenuti	3391562156	f.benvenuti@usl7.toscana.it
Emilia	Stefano	Bonilauri	3358019959	stefano.bonilauri@acoi.it
Romagna	Domenico	Samorani	330265732	domenicosamorani@virgilio.it
Umbria	Marsilio	Francucci	3312823802	francuccim@aospsterni.it
Marche	Giambattista	Catalini	3337245483	catalinigb@libero.it
Roma	Giorgio	Pasquini	3388182804	giorgio.pasquini@fastwebnet.it
Lazio	Raffaele	Macarone Palmieri	3482504168	raffaele.macaronepalmieri@sichirurgia.org
Abruzzo	Loreto	Scipioni	330402101	lscipioni@aslavezzano.it
Molise	Michele	Malerba	3336681716	michele.malerba2@tin.it
Campania	Marco	De Fazio	3473838782	mardefaz@tin.it
Basilicata	Franco	Scutari	3385344107	franco.scutari@ospedalesancarlo.it
Puglia	Lucio F.	Ferrozzi	3491463846	lucioferrozzi@libero.it
Calabria	Giovanni	Stoppelli	3388141589	giovanni.stoppelli@tiscali.it
Sicilia Orientale	Alfio	Saggio	3687231129	asaggio@ngweb.it
Sicilia Occidentale	Lelio	Brancato	3483182208	leliobrancato@ospedaleditrapani.it
Sardegna	Francesco	Badessi	3200423854	francesco.badessi@acoi.it

Marsilio Francucci



Giambattista Catalini



Piero Banna



PRESIDENTI DI COMMISSIONE

DELEGA PER LA QUALITÀ			
Enrico Pernazza	Roma	3296240303	email: epernazza@libero.it
COMMISSIONE COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE			
Luigi Presenti	Olbia	3485186793	email: luigi.presenti@acoi.it
COMMISSIONE GIOVANI			
Luigi Ricciardelli	Napoli	3397084587	email: luigiricciardelli@tiscali.it
COMMISSIONE LINEE GUIDA			
Giovanni Romano	Avellino	3383221824	email: gio.romano@tin.it
COMMISSIONE PARI OPPORTUNITÀ			
Patrizia Liguori	Acquaviva delle Fonti	336568552	email: liguoripa@tin.it
COMMISSIONE RAPPORTI ISTITUZIONALI			
Luigi A. Conte	Udine	3357013289	email: famigliaconte@tin.it
COMMISSIONE RISK MANAGEMENT			
Dalila Patrizia Greco	Milano	3403088740	email: dalila.greco@ospedaleniguarda.it
COMMISSIONE SOCIETÀ SCIENTIFICHE			
Piero Banna	Catania	3483481004	email: pbanna@tiscali.it
COMMISSIONE VIDEOCHIRURGIA			
Micaela Piccoli	Modena	3489030753	email: m.piccoli@ausl.mo.it



Vita dell'Associazione

Migliorare il presente e costruire il futuro

La Conferenza di Fiuggi della Professione Medica

di Luigi Conte

C.C. della FNOMCeO, Presidente Ordine Medici di Udine e Presidente Commissione ACOI per i Rapporti Istituzionali

Viviamo un'epoca di disagio ed una crisi di crescita che va superata con le profonde doti civili e morali che caratterizzano da sempre la nostra Professione. Bisogna uscire dall'arroccamento su posizioni non più adeguate ai tempi e recuperare il nostro autorevole ruolo sociale e civile attraverso una nuova propositività. Ed ecco che da questa esigenza è nata la 1^a Conferenza Nazionale della Professione Medica che si è tenuta a Fiuggi il 13 e 14 giugno. I partecipanti sono stati circa 600 e si respirava un'aria nuova di fiducia, di impegno e di condivisione per la riscrittura di un futuro tutto da costruire. Anche i politici intervenuti sono rimasti piacevolmente sorpresi da una poderosa manifestazione di unitarietà della professione medica di cui si è fatto portavoce l'amico Ivan Cavicchi nella tavola rotonda conclusiva.

La dimostrazione di aver colpito nel segno è venuta, nelle settimane successive, dalla proposta del Ministro di un testo unico per consolidare tutta la disciplina relativa alla professione medica anche con adeguate innovazioni.

Il Ministro al Welfare Maurizio Sacconi, al termine di una audizione in commissione Sanità del Senato sul programma del governo per il settore, riprendendo i temi del documento emerso in sede di Conferenza, ha annunciato l'intenzione di intervenire per "ripensare l'accesso alla professione, la formazione continua, il rischio professionale e l'organizzazione ordinistica, i confini con le altre professioni sanitarie o comunque legate alla salute." Per Sacconi, riprendendo ampi passaggi del nostro documento, "tutto questo può essere utile per rivalutare la professione" ed in particolare, "poiché dobbiamo rivalutare la centralità della



Maurizio Sacconi



Luigi Conte

persona per quello che riguarda i servizi, allora è necessario anche rivalutare la centralità della professione medica". Il Ministro ha confermato inoltre l'intenzione di operare "consolidando il ruolo dell'Ordine dei Medici, perché il mercato non può essere la prima tutela del paziente".

Fiuggi ed il lavoro preparatorio preliminare sono stati un tentativo fruttuoso di uscire da una "babele" di voci e di linguaggi al fine di trovare una voce comune per delineare gli scenari della futura professione in una società in rapido mutamento. Ed il documento finale condiviso è diventato il manifesto per il nostro futuro impegno, tutti insieme. La Fnomceo ha voluto dimostrare un fronte serrato che, pur nelle diversità, manifesta un'unica faccia della professione medica che, incalzata da più parti, sta pagando in termini economici e professionali un conto salato in rapporto ai cambiamenti politici e strutturali del nostro SSN.

È necessario ricomporre l'unitarietà della nostra professione che negli ultimi anni si è frammentata e dispersa in molte gloriose identità e diversità perdendo di vista l'obiettivo finale e soprattutto perdendo autorevolezza ed "appeal sociale". Questo non deve significare la rinuncia alle proprie peculiarità ma semplicemente un'armonizzazione di posizioni e linguaggi per proporre un nuovo patto, una nuova alleanza, tecnica, civile e sociale

fondata sul riconoscimento di una compiuta autonomia professionale, quale condizione favorente l'assunzione piena di nuove responsabilità, per restituire dignità all'impegno professionale, per ridare slancio alla solidarietà ed equità per quei diversi e quei diseguali che lo sviluppo economico e sociale immancabilmente produce e dimentica, per irrobustire la fiducia dei professionisti e dei cittadini nelle istituzioni democratiche e nei valori costituzionali che esse custodiscono. Il paradosso di un medico sempre più piccolo in quanto confinato al rango di anonimo ed eterodiretto prestatore d'opera in una medicina ed una sanità sempre più grandi e complesse, è superabile solo attraverso una più attuale ed incisiva rinegoziazione con i cittadini e con le istituzioni di nuovi ruoli e compiti.

Ci riconosciamo nel comune disegno di una Professione Medica vicina alle Istituzioni, a supporto dei loro compiti di tutela della salute e prossima ai cittadini soprattutto dove e quando sono oltraggiati da disinformazione, da silenzi omissivi, da incapacità amministrative e gestionali, da colpevoli ed inescusabili negligenze ed imperizie tecnico-professionali e colpiti nei loro diritti fondamentali da una devastazione dei territori, degli ambienti di vita e di lavoro.

Questa prossimità ai cittadini, ai loro bisogni, alle loro inquietudini è oggi più che mai indispensabile per dare risposte chiare ed equilibrate ai dubbi ed alle incertezze tecniche, civili, etiche che il travol-

gente sviluppo della medicina inevitabilmente propone soprattutto sulle questioni bioetiche di inizio e fine vita che il nostro Codice di Deontologia ricomponne in una matrice comune di doveri, rispettosi di tutti i valori etici in campo.

Per quanto riguarda le società scientifiche, riteniamo necessario definire un sistema di ACCREDITAMENTO "ISTITUZIONALE" da porre in capo ad un soggetto terzo, autorevole, fortemente rappresentativo delle istituzioni sanitarie di riferimento e fondate sul possesso di requisiti di rappresentatività per aree specialistiche, organizzativi, gestionali, formativi, di trasparenza sui conflitti di interesse e di competenza tecnico-scientifiche possedute ed esercitate.

L'Accreditamento Istituzionale legittima il coinvolgimento a tutti i livelli in attività di consulenza e supporto tecnico-scientifico alle Istituzioni Sanitarie pubbliche e private in materia di progettazione, produzione e valutazione dei servizi per la salute e nelle politiche di HTA ed a collaborare alla costituzione ed al buon funzionamento di un sistema efficace di produzione-diffusione-valutazione delle linee guida, oggi debole ed inadeguato.

Intendiamo adoperarci per l'adozione di un sistema autogovernato, efficace ed affidabile di promozione e valutazione della Qualità Professionale orientato verso il modello dello Sviluppo Professionale Continuo configurando indicatori e standards di conoscenze e competenze; in altre parole quei



Ivan Cavicchi

portfolii di attività di formazione, di aggiornamento, di prevenzione, clinico assistenziali, di insegnamento, di ricerca, ai quali, dopo una verifica e valutazione positiva, far corrispondere livelli crescenti di accreditamento professionale.

In conclusione l'invito è all'impegno a discutere tra noi, tutti i medici indistintamente, in modo fattivo e costruttivo per recuperare un ruolo propositivo autorevole, per fare un passo avanti mettendosi in condizione di sostenere maggiori responsabilità anche di tipo organizzativo e migliorare il presente e costruire il futuro della nostra professione.

ACOI e FESMED per "una buona Sanità"

di Massimo Percoco
Presidente Vicario FESMED

A Fiuggi, nelle giornate del 13 e 14 giugno, si è svolta per la prima volta la Conferenza Nazionale della Professione Medica, fortemente voluta dalla FNOMCeO, ed alla preparazione della quale hanno contribuito con convinzione, assieme a tutti gli altri sindacati medici e a numerose società scientifiche, l'ACOI e la FESMED.

La conferenza si è dimostrata un indiscutibile successo per la partecipazione medica e per l'audience che ha riscosso nel mondo della politica.

La presenza dei responsabili istituzionali dell'attuale e del passato governo testimoniano quanto si sia colto nel segno nella scelta di dedicare due giornate di profonde riflessioni a tutto campo sullo stato della nostra professione e sulle prospettive di innovazione che la veloce trasformazione sociale in atto impingono.

I temi trattati, in sessioni di lavoro intense e partecipate, hanno esplorato tutti gli aspetti dell'essere medico oggi ed hanno portato, alla fine dei lavori, alla condivisione di un Documento di Consenso

che pone le basi per impostare e creare un nuovo modello di sistema della tutela della salute che possa essere sostenibile finanziariamente e riconosciuto dalle persone, dai medici e dalla politica.

La nostra partecipazione è stata particolarmente rivolta ai temi della qualità professionale e della gestione del rischio clinico.

La specificità chirurgica impone che la formazione e lo sviluppo professionale continuo siano la base per la corretta gestione del rischio clinico e quindi per la qualità e la sicurezza delle cure, prime e più importanti tutele della nostra difficile professione.

Invito tutti ad una attenta lettura degli atti della conferenza.

In essi troveremo supporto e stimolo al prosieguo della nostra attività scientifica e comprenderemo meglio il perché essa debba essere caratterizzata anche dal dialogo con l'insieme dell'universo della professione medica e da una presenza sindacale capace di rappresentazione nei confronti delle istituzioni.



Massimo Percoco

Vita dell'Associazione

18° CONGRESSO NAZIONALE ACOI DI VIDEOCHIRURGIA FIUGGI 27 - 28 - 29 NOVEMBRE 2008

Presidenti: Antonio Gatto e Baldassarre Sansoni



Videochirurgia: tra Scienza ed Arte

Cistiamo avvicinando a grandi passi al XVIII Congresso Nazionale di Videochirurgia che si terrà a Fiuggi il 27-28-29 novembre prossimo. Invitiamo tutti i soci ad essere presenti ed a dare un contributo scientifico con l'invio di video. Nel frattempo è stato ultimato il programma e sono state inserite sessioni didattiche per i giovani colleghi che saranno tenute con video prodotti e commentati da molti valenti chirurghi la cui esperienza riteniamo preziosa.

Alla inaugurazione è prevista una tavola rotonda sulla immagine del Chirurgo di ieri e di oggi, alla quale parteciperanno giornalisti e persone del mondo delle fiction, per discutere di come poter migliorare l'immagine così controversa del Chirurgo, amato ma anche presentato recentemente come un contraffattore della realtà clinica.

Alle tradizionali Sessioni di videochirurgia si af-

fiancheranno alcune interessanti Tavole Rotonde su argomenti particolarmente delicati e critici della gestione dell'intervento chirurgico come le difficoltà risolte in laparoscopia, o le cause delle conversioni ad addome aperto.

La particolare attenzione riservata ai giovani colleghi è testimoniata dalla sessione didattica sulla chirurgia del fegato e della parete addominale, che illustrerà con video e commenti, passaggio per passaggio le insidie dell'intervento e come affrontarle, è inoltre previsto un video-concorso sabato mattina 29 novembre sempre dedicato ai giovani con premiazione finale consistente in agevolazioni per lo studio ed in particolare per l'aggiornamento e per la partecipazione alle Scuole Speciali ACOI.

I video saranno selezionati tra quelli inviati dai colleghi più giovani che abbiano contribuito all'intervento ed alla realizzazione del video stesso.

Sarà inoltre tenuto un corso teorico-pratico sull'elaborazione dell'immagine digitale "L'immagine in chirurgia: dalla creazione alla presentazione".

Riteniamo questo argomento molto attuale, infatti il video di un intervento chirurgico è sempre più importante come documento non solo scientifico ma anche, eventualmente, a valenza medico legale, come testimoniato dalla interessante sessione di Medicina e Legalità che si è svolta a Bergamo.

Ti invito a visitare il [sito www.acoi.it](http://www.acoi.it) dove, nelle pagine dedicate al congresso, troverai le informazioni editoriali.

Indirizzo e-mail dedicato al congresso :
videoch08@acoi.it

**DEAD-LINE
PER LA PRESENTAZIONE
DEI VIDEO
15 OTTOBRE 2008**

I video possono essere inviati alla Segreteria Organizzativa (Aliwest Travel srl - Via N. Paganini 30/36 - 50127 Firenze) o alla Segreteria Nazionale ACOI (Via C. Morin 45 - 00195 Roma), sono accettati video anche senza commento.

Arrivederci a Fiuggi

Le date da ricordare

Congressi Regionali 2008

DATA

3-4 Ottobre
10-11 Ottobre
31 Ottobre
5-6 Dicembre
18-19 Dicembre

REGIONE (SEDE)

PUGLIA (TARANTO)
SARDEGNA (ORISTANO)
PIEMONTE (TORINO)
TOSCANA-UMBRIA (PISTOIA)
CAMPANIA (CASERTA)

PRESIDENTE

Mario Saccò
Michele Sau
Paolo De Paolis
Sandro Giannessi
Ettore Borsi

Programma

GIOVEDÌ 27 NOVEMBRE

		Sala A - Sala B		Sala C	
14.30 16.30	Sessione video didattici dedicati a giovani chirurghi Video-lezioni di tecnica chirurgica: CHIRURGIA EPATICA	14.30 16.00	Sessione video didattici dedicati a giovani chirurghi: CHIRURGIA PLASTICA		
16.30 17.30	Sessione video didattici dedicati a giovani chirurghi Video-lezioni di tecnica chirurgica: CHIRURGIA DELLA PARETE ADDOMINALE	16.00 17.30	Sessione video didattici dedicati a giovani chirurghi: CHIRURGIA VASCOLARE		
17.30 18.00	Cerimonia di apertura				
18.00 19.00	Tavola rotonda L'IMMAGINE DEL CHIRURGO AL CINEMA E ALLA TV				

VENERDÌ 28 NOVEMBRE

Sala A		Sala B		Sala C		Sala D	
8.30 9.30	Chirurgia Oncologica in Videolaparoscopia: Indicazioni, Limiti CHIRURGIA GASTRICA	8.30 10.00	CHIRURGIA ROBOTICA	8.30 11.00	CHIRURGIA ENDOCRINA	8.30 13.30	Corso Pratico-Teorico sull'elaborazione dell'immagine digitale "L'IMMAGINE IN CHIRURGIA: DALLA CREAZIONE ALLA PRESENTAZIONE"
9.30 11.00	Chirurgia Oncologica in Videolaparoscopia: Indicazioni, Limiti CHIRURGIA COLO-RETTALE	10.00 11.30	CHIRURGIA PANCREATICA	11.00 13.30	CHIRURGIA BARIATRICA		
11.00 12.30	Chirurghi a Confronto: "IL PROLASSO RETTALE"	11.30 13.30	MISCELLANEA	CHIRURGIA UROLOGICA			
12.30 13.30	L'immagine del chirurgo al cinema ed alla TV:... domani			CHIRURGIA VASCOLARE			
13.30 14.30	Lunch	13.30 14.30	Lunch	13.30 14.30	Lunch	13.30 14.30	Lunch
14.30 17.00	La Chirurgia negli Ospedali di "Periferia": Video - Qualità	14.30 17.00	Tavola Rotonda "Le difficoltà in Video-Chirurgia: momenti difficili come li ho superati"	14.30 16.30	MISCELLANEA		
17.00 18.30	CHIRURGIA D'URGENZA	17.00 18.30	Tavola Rotonda "Le difficoltà in Video-Chirurgia: conversione perché"	16.30 18.30	CHIRURGIA PEDIATRICA		
20.30	Cena Sociale						

SABATO 29 NOVEMBRE

Sala A		Sala B		Sala C	
8.30 11.30	VIDEO CONCORSO DEDICATO AI GIOVANI CHIRURGI	8.00 14.00	CORSO INFERMIERI	8.30 10.30	CHIRURGIA UROLOGICA
11.30 13.30	Sessione: "COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: Migliorare o complicarsi la vita?"			10.30 12.30	CHIRURGIA TORACICA
13.00	Chiusura dei Lavori			12.30	Chiusura dei Lavori
		14.00	Chiusura dei Lavori		

Vita dell'Associazione

Cambio di pelle...?

Renato Mura Direttore Generale a Sassari

di Luigi Presenti

Il 9 settembre 2008 Renato Mura ha preso servizio come Direttore Generale dell'Azienda Mista Ospedaliero-Universitaria di Sassari. Per molti in Sardegna è stata una sorpresa e, conoscendolo bene, penso lo sia stata anche per lui. Un percorso singolare, quello di Renato, che non è stato un Primario "di scartoffie", anzi, nei suoi tanti anni di attività chirurgica ha vissuto realtà di prima linea, prima in piccoli ospedali, poi in una dimensione come quella di Olbia, in vertiginosa crescita e con situazioni che hanno sempre richiesto la sua

competenza e la sua perizia. Un Chirurgo solido, efficace, deciso che ha raccolto in tutta la Sardegna una stima e una considerazione altissime. Ci siamo conosciuti nel 2002, io neo Consigliere ACOI, lui neo Coordinatore per la Sardegna e organizzatore del congresso regionale di quell'anno. L'amicizia è nata rapidamente e si è consolidata negli anni. Nel 2005 è stato eletto nel Consiglio Direttivo della nostra Associazione.

All'inizio dell'anno successivo, la svolta: Renato viene chiamato alla Direzione Sanitaria dell'Azienda

di Olbia, in cui per dodici anni era stato Primario Chirurgo. Poco più che sessantenne, avrebbe avuto molti altri anni di attività chirurgica e molti, nel nostro ambiente, si domandavano le ragioni di questa scelta. Certo la sfida era ardua e Renato l'ha raccolta.

Ed ora una nuova sfida, ancora più impegnativa: dirigere un'azienda ospedaliera di recente istituzione e che, come ogni cosa nuova, deve ancora risolvere tutti i suoi problemi.

Nell'augurarli buon lavoro, auspico, con tutta l'ACOI, che nel suo animo rimanga la traccia della sua storia, di chirurgo, di chirurgo ospedaliero, di Dirigente della nostra Associazione.

RENATO MURA

Nato a Paulilatino (OR) il 31 ottobre 1945, si è laureato con lode nel luglio 1971 presso l'Università di Sassari e successivamente specializzato presso l'Università di Trieste in Chirurgia Generale nel 1976 e in Chirurgia Toracica nel 1983.

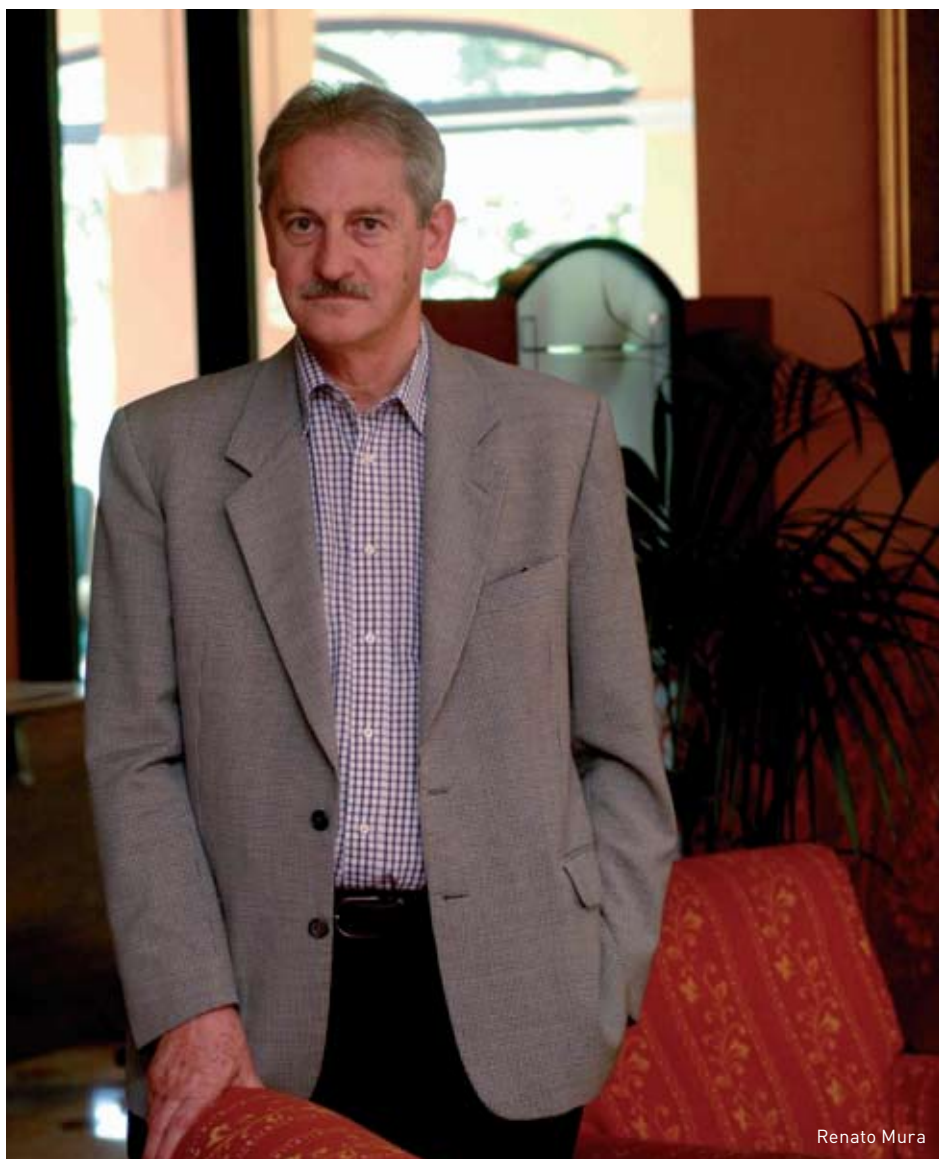
Ha iniziato la carriera ospedaliera come Assistente nell'Ospedale di Portogruaro (VE); ha proseguito la sua attività presso la Clinica Chirurgica di Sassari e poi presso la Divisione di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Sassari, con la qualifica di Aiuto.

Primario di Chirurgia Generale dal 1986 prima nell'Ospedale di Bosa (NU) e poi in quello di Chiesi (SS), dal 1994 al 2006 è stato Primario Chirurgo nell'Ospedale San Giovanni di Dio di Olbia.

Nel corso dei suoi trentacinque anni di attività ha eseguito oltre diecimila interventi di Chirurgia Generale e Toracica.

Coordinatore Regionale ACOI per la Sardegna nel triennio 2002/2005, ha organizzato il Congresso Regionale ad Olbia nel 2002, efficacemente supportando poi l'organizzazione dei successivi Congressi di Alghero e Tempio Pausania. Interpretando il suo ruolo in modo attivo, ha promosso numerose riunioni tra i Soci della regione ed è intervenuto più volte sui problemi sanitari dell'isola con prese di posizione energiche e puntuali. Dal 2005 al 2008 è stato Consigliere Nazionale dell'ACOI.

Dal Febbraio 2006 ad oggi è stato Direttore Sanitario dell'Azienda USL 2 di Olbia.



Renato Mura

Il caso clinico del trimestre

A cura di Marco Barreca

Lesione complessa da trauma chiuso del blocco duodeno-pancreatico

M. Filauro, C. Bagarolo, S. Cappato, D. Dedola, F. Belli - S.C. Chirurgia Generale ed Epatobiliopancreatica. E.O. Ospedali Galliera - Genova

Un giovane paziente di 23 anni, subiva un trauma chiuso dell'addome a seguito della testata di un toro durante un rodeo. Veniva sottoposto in regime d'urgenza ad intervento chirurgico per emoperitoneo presso l'ospedale di un'altra regione. La lesione risultava complessa: sezione istmica del pancreas, lacerazione della parete posteriore del duodeno e avulsione della via biliare distale.

La descrizione dell'intervento riportava la sutura della lacerazione incompleta della parete posteriore del duodeno, l'incannulamento con drenaggio esterno della via biliare principale ed il posizionamento di un drenaggio in sede di frattura pancreatica ed in loggia splenica. Nei giorni successivi il paziente sviluppava un versamento pleurico sinistro che veniva drenato.

Quindici giorni dopo il trauma il paziente, emodinamicamente stabile, veniva trasferito presso il nostro reparto. Una TC addome (Fig. 1) dimostrava

la frattura completa del passaggio tra processo uncinato e corpo pancreatico, la sofferenza trofica della parete duodenale, la presenza di una grande raccolta liquida retroperitoneale a livello della coda pancreatica e l'assenza di lesioni epatiche. Si è quindi proceduto a laparotomia che ha confermato la frattura completa del pancreas al passaggio tra istmo e corpo-coda e identificato l'avulsione completa della via biliare principale a livello pre-papillare. Eseguite un Rx-colangiografia ed una ecografia intraoperatorie, sono state confezionate un'anastomosi epatico-digiunale su tutore transepatico sec. Rodney-Smith ed un'anastomosi pancreatico-digiunale distale su una seconda ansa ad Y su tutore, con affondamento della trancia pancreatica prossimale. In decima giornata postoperatoria si è verificato un episodio di instabilità emodinamica associato ad iperpiressia. È stata quindi eseguita una relaparotomia, con riscontro

di deiscenza parziale dell'anastomosi pancreatico-digiunale ed emorragia a nappo perianastomotica: si è proceduto quindi a riconfezionamento dell'anastomosi su tutore sec. Woelker. Il decorso postoperatorio è stato complicato dall'insorgenza di versamento pleurico massivo bilaterale, trattato con drenaggio toracico bilaterale e dalla comparsa di un ascesso polmonare al lobo inferiore sinistro. È stata quindi eseguita una tracheostomia, associata ad antibiotico terapia mirata. La Rx-colangiografia di controllo (Fig. 2) dimostrava il corretto funzionamento della anastomosi epatico-digiunale. Nelle settimane successive il quadro polmonare è progressivamente migliorato ed il è stato dimesso dopo circa 60 giorni dal ricovero. Il follow-up a quattro mesi mostra una buona funzionalità pancreatica esocrina ed endocrina, con buon compenso glicemico in assenza di terapia ipoglicemizzante, ripresa del peso corporeo e dell'attività lavorativa... con la raccomandazione di mantenersi ad adeguata distanza da tori e affini.

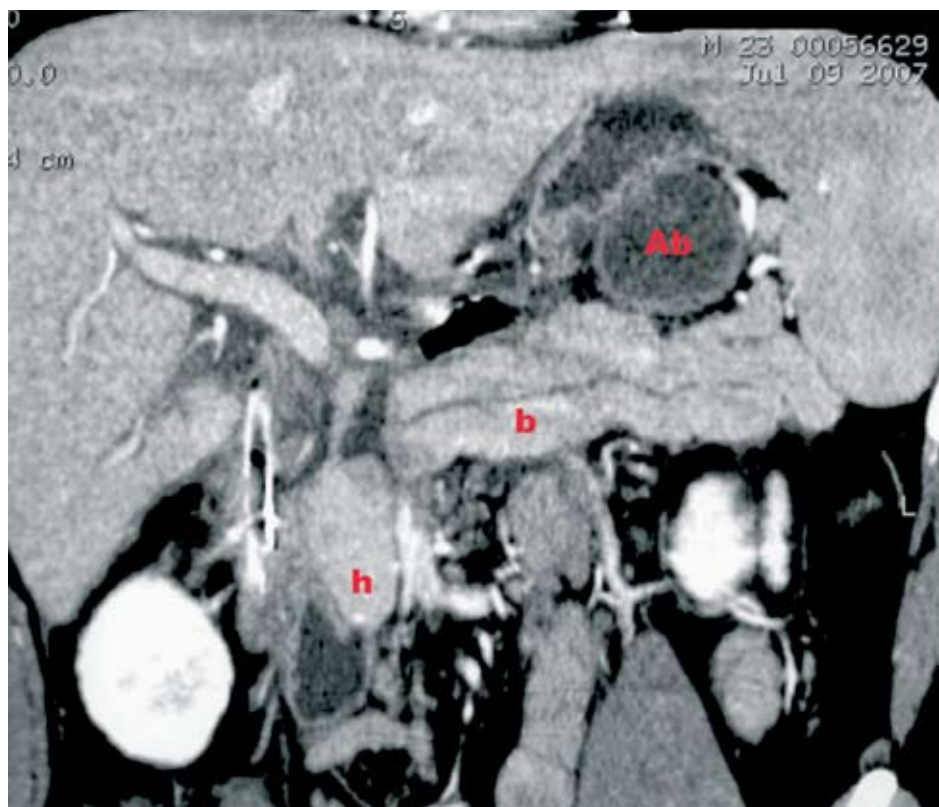


Figura 1. TC ADDOME: frattura completa della testa del pancreas (indicata con la h) dal corpo-coda (indicato con la b).

DISCUSSIONE

I traumi del pancreas sono rari, complessivamente si verificano nel 5% dei traumi chiusi dell'addome e nel 2-12% dei traumi penetranti, tuttavia in letteratura vengono riportati tassi di morbilità del 45%, che salgono al 60% in caso di ritardo diagnostico-terapeutico. La mortalità è compresa tra il 9 e il 34% dei casi. Il più importante fattore prognostico nei traumi pancreatici è rappresentato dall'integrità del dotto pancreatico principale, seguito dall'ISS. Tuttavia solo nel 5-10% dei casi la lesione pancreatica è la causa del decesso del paziente traumatizzato, l'elevata mortalità è infatti generalmente imputabile alla complessità delle lesioni associate al trauma pancreatico stesso. È stata riportata in letteratura una media di 3,5 organi coinvolti per paziente nei casi di trauma pancreatico; complessivamente è presente almeno una lesione associata nel 90% dei casi (Tab I). La distribuzione dei decessi è tipicamente bimodale: sopravvengono nel 60% dei casi nelle prime 48 ore dall'incidente per lesioni emorragiche associate, negli altri casi sono tipicamente tardivi ed imputabili per lo più a sepsi e/o MOF.

In Europa i 2/3 dei traumi pancreatici sono di tipo chiuso e compaiono soprattutto in occasione di



Figura 2. Rx-Colangiografia di controllo attraverso in drenaggio transepatico: transito regolare, assenza di lesioni.

incidenti stradali. La dinamica del trauma può ricondursi tipicamente a due categorie: l'improvvisa e violenta decelerazione in persone che indossano la cintura di sicurezza, o lo schiacciamento del pancreas sulla salienza del corpo vertebrale posteriore, tipico nell'adulto alla guida di un'autovettura senza cintura di sicurezza (impatto dell'addome sul volante) o nel bambino che cade dalla bicicletta urtando il manubrio con l'addome. Per tali ragioni la maggior parte dei pazienti è tipicamente magra. Non esiste un consenso generale sulla gestione dei traumi pancreatici a causa della loro rarità, unita alla grande varietà di lesioni associate e di trattamenti proposti. Nel 1990, allo scopo di standardizzare la diagnosi ed il trattamento di queste lesioni, l'American Association for the Surgery of Trauma (AAST), ha elaborato il "Pancreas Organ Injury Scale" (Tab II). Si possono descrivere due diversi scenari possibili: nel primo la presenza di lesioni associate è tale da richiedere una laparotomia immediata d'urgenza (ad esempio per emoperitoneo in paziente emodinamicamente instabile o presenza di segni di peritonite), in questi casi il controllo dell'emorragia e/o della contaminazione del contenuto gastrointestinale, unitamente alla rapida chiusura della parete per rianimare e riscaldare il paziente sono prioritari. Quando le

condizioni del paziente con trauma dell'addome lo consentono (al primo intervento se il paziente è stabile, oppure al re-intervento dopo stabilizzazione del paziente in cui sia stata eseguita una procedura di damage control), si impone sempre una esplorazione completa del pancreas. Al termine dell'esplorazione si deve sapere se sono presenti lesioni pancreatiche, dove sono localizzate, se vi è interruzione del Wirsung e in ultimo se vi sono lesioni duodenali associate. Il mancato riconoscimento delle lesioni pancreatiche ed in particolare di un'interruzione del Wirsung con conseguente ritardo diagnostico, incidono pesantemente sulla prognosi di questi pazienti. Durante l'intervento il ricorso all'ecografia intraoperatoria o ad una pancreatowirsunografia può essere d'aiuto nei casi dubbi. Tutti gli ematomi peripancreatici e le aree di apparente raccolta biliare devono essere esplorate, poiché possono nascondere la transezione del dotto pancreatico principale.

Nel secondo scenario il paziente traumatizzato è stabile e può essere sottoposto ad indagini diagnostiche prima di una eventuale laparotomia o può essere trattato conservativamente. La TC multistrato può dimostrare ematomi peripancreatici, raccolte fluide nel piccolo omento o l'ispessimento della fascia di Gerota sinistra, tutti segni

di sospetta lesione pancreatiche. Per scegliere tra trattamento conservativo o meno è imperativo sapere se il dotto di Wirsung sia integro. Nonostante il ricorso sempre maggiore ad esami come la RM-colangiopancreatografia, il gold standard per l'inquadramento questi pazienti rimane l'ERCP, che consente anche manovre terapeutiche. In pazienti emodinamicamente stabili con lesioni del dotto di Wirsung prossimale oppure in pazienti con associato trauma cranico severo, il trattamento di scelta è quello conservativo: viene posizionato uno stent a livello della lesione duttale al momento della ERCP con cui si è posta diagnosi. La lesione duttale distale rimane un'indicazione alla laparotomia a causa delle sue piccole dimensioni e della conseguente impossibilità al posizionamento di stents.

Le lacerazioni pancreatiche di **classe AAST I o II** (assenza di lesione del Wirsung) frequentemente sono causa di sanguinamenti parenchimali. Bisogna evitare di posizionare in questi casi dei punti a soprappiglio che possono determinare la necrosi del tessuto e la successiva formazione di fistole e/o pseudocisti. Una valida alternativa è rappresentata invece dall'utilizzo di un patch omentale apposto all'interno della lacerazione. Deve quindi essere sempre posto un drenaggio in aspirazione per il rischio di formazione di fistole dai dotti pancreatici minori.

In caso di lesione pancreatiche di **classe AAST III** con transezione del pancreas a sinistra dei vasi mesenterici superiori, è indicata la pancreasectomia distale. Idealmente nel paziente stabile, in particolare nei pazienti al di sotto dei 10 anni d'età, bisognerebbe eseguire un intervento "spleen preserving". Il trattamento del moncone pancreatico rimane controverso, anche perché nessuna tecnica si è dimostrata in grado di influire sull'incidenza di fistole postoperatorie. Feliciano propone la sezione del pancreas con stapler e la successiva apposizione di un lembo omentale a livello del moncone. Nei rari casi come quello preso in considerazione dal caso clinico esposto, in cui la lesione duttale interessa l'istmo o comunque sia situata immediatamente alla destra dei vasi mesenterici superiori, la pancreatodigiunostomia distale su ansa ad Y rappresenta l'opzione terapeutica più appropriata. In tutti questi casi il dotto pancreatico prossimale se visibile deve essere isolato e legato con sutura non riassorbibile.

Le lesioni di **classe AAST IV** sono molto spesso lesioni duodeno-pancreatiche combinate. In caso di paziente stabile senza altre condizioni che impongano il ricorso alla laparotomia (come la lacerazione del duodeno), tali lesioni possono essere trattate conservativamente con posizionamento di stent al momento dell'ERCP, come precedentemente descritto. In condizioni di "damage control surgery", al fine di evitare il più possibile procedure

complesse, il semplice drenaggio di alcune di queste lesioni ha riscontrato molto interesse: la potenziale complicità di una fistola pancreatica controllata è associata a minor morbilità e mortalità rispetto all'esecuzione di ricostruzioni complesse in pazienti coagulopatici; si tratta comunque di casi altamente selezionati.

Le lesioni combinate duodeno-pancreatiche sono tra le più complesse lesioni traumatiche del tratto gastrointestinale: l'incidenza di fistole, ascessi ed emorragie postoperatorie è infatti elevata in questi pazienti. Lucas ha classificato questo tipo di lesioni (Tab III). La lesione pancreatica può prevedere, come descritto, la pancreatorrafia con lembo omentale, la pancreasectomia distale o la pancreatodigiunostomia distale su ansa ad Y a seconda del tipo di lesione, mentre la lesione duodenale può richiedere una duodenorrafia traversa, la resezione con anastomosi termino-terminale o una duodeno-digiunoanastomosi su ansa ad Y. Nella **classe IV di Lucas**, in assenza di lesioni della via biliare principale, si può provvedere quasi sempre alla sutura della lacerazione duodenale dopo regolarizzazione dei suoi margini. In generale questo non è raccomandabile se la lesione del duodeno interessa più del 50% della circonferenza del lume o se è di notevole lunghezza. In tali casi un'anastomosi duodeno-digiunale su ansa ad Y è più sicura ed evita l'insorgenza di stenosi.

Nel caso di lesioni più complesse (**classe di Lucas V**), in cui il rischio di fistolizzazione è molto elevato, è consigliabile procedere ad un intervento di diversione. La cosiddetta diverticolizzazione duodenale è un intervento complesso, per lo più abbandonato dalla maggior parte dei chirurghi. Alternativamente si può procedere al posizionamento di un tubo gastrostomico per la decompressione prossimale, di un tubo duodenostomico retrogrado inserito dal digiuno per decomprimere l'area circostante la sutura duodenale e di un tubo digiunostomico anterogadro per la nutrizione entrale (tecnica dei tre tubi), ovvero all'intervento di esclusione pilorica. Attraverso una piccola gastrotomia si pongono dei punti in polipropilene per chiudere l'anello pilorico e si confeziona a livello della gastrotomia una gastrodigiunostomia antecolica. Il piloro nel 95% dei casi si riapre spontaneamente nell'arco di 2-3 settimane.

In caso di lesioni complesse del blocco duodeno-pancreatico (**classe AAST IV-V o di Lucas V**), in cui coesistono una lesione duodenale complessa, la rottura del Wirsung prossimale e una lesione biliare intrapancreatica o la distruzione dell'ampolla di Vater, può essere presa in considerazione l'esecuzione di una duodenocefalopancreasectomia, tenendo conto che la mortalità di quest'intervento per trauma è ancora del 30-35%. In condizioni critiche può essere realizzata in un primo tempo l'exeresi posticipando di 24-36 ore il tempo rico-

struttivo, dopo trattamento intensivo del paziente e miglioramento delle sue condizioni generali. Nell'immediato in un paziente critico l'intervento più sicuro e più semplice può consistere nel drenare ampiamente il pancreas, il duodeno (intubazione con sonda di Pezzer o con drenaggio in aspirazione coassiale e drenaggio circostante) e la via biliare (tubo di Kehr inserito nella lesione o per via transcistica dopo colecistectomia se la lesione non è direttamente visibile) associate ad una gastrostomia decompressiva e a una digiunostomia di alimentazione. Dopo correzione della triade coagulopatia-ipotermia-acidosi il paziente può essere quindi avviato a trattamento definitivo.

Tab. II

PANCREAS ORGAN INJURY SCORE SECONDO LA CLASSIFICAZIONE DELL'AAST

Classe	Descrizione
I	Ematoma: contusione minore senza lesione del dotto pancreatico
	Lacerazione: lacerazione superficiale senza lesione del dotto pancreatico
II	Ematoma: contusione maggiore senza lesione del dotto pancreatico o perdita di sostanza
	Lacerazione: lacerazione maggiore senza lesione del dotto pancreatico o perdita di sostanza
III	Lacerazione: transezione distale o lacerazione parenchimale con lesione del dotto pancreatico
IV	Lacerazione: transezione prossimale o lacerazione parenchimale con lesione dell'ampolla
V	Lacerazione: demolizione massiva della testa pancreatica

Tab. III

CLASSIFICAZIONE DELLE LESIONI DUODENOPANCREATICHE SECONDO LUCAS

Classe	Descrizione
I	Contusione o lacerazione pancreatica con lesione parenchimale limitata. Wirsung intatto; assenza di lesione duodenale
II	Lacerazione, perforazione o sezione del corpo o della coda con lesione del Wirsung; assenza di lesione duodenale
III	Schiacciamento, perforazione o sezione completa della testa del pancreas; assenza di lesione duodenale
IV	Lesione combinata duodeno-pancreatica con lesione pancreatica limitata
V	Lesione combinata duodeno-pancreatica con lesione pancreatica severa (rottura del Wirsung)

IL COMMENTO DELL'ESPERTO

Siamo lieti di commentare questo bel caso clinico che dimostra quanto la Chirurgia Italiana anche nei casi più difficili riesca a procedere ad elevati standards. Ottimo l'approccio dei Colleghi che per primi hanno trattato il paziente: in questi casi, soprattutto se non si è un Centro di Riferimento per la Chirurgia Epatobilio-pancreatica bisogna procedere secondo i principi della damage control surgery: drenaggio della via biliare, drenaggio delle regione duodenopancreatica. Ottima anche la scelta di inviare un paziente estremamente complesso ad un Centro di Riferimento come quello di Genova. I Colleghi correttamente hanno

Tab. I - LESIONI ASSOCIATE AI TRAUMI PANCREATICI

Organi lesi	Percentuale
Fegato	26%
Intestino	25%
Grossi vasi	24%
Duodeno	24%
Stomaco	19%
Milza	12%
Rene	10%
Colecisti e vie biliari	3%

reso definitiva la diversione biliare e pancreatica: nel caso il paziente presenti condizioni generali che lo consentano, si può associare una duodenocefalopancreasectomia che ha il vantaggio di rimuovere un duodeno comunque danneggiato.

Antonio D. Pinna, Fausto Catena
U.O. Chirurgia Generale e Trapianti
Policlinico S. Orsola Malpighi
Università di Bologna

Vita dell'Associazione

MMESA in Italia una tradizione che continua



Si è svolto a Firenze il IV meeting italiano dell'Associazione in collaborazione con l'ACOI

di Luigi Presenti

Grazie, Andrea. Organizzare in Luglio a Firenze un Congresso che ha visto la partecipazione di tanti prestigiosissimi Chirurghi Italiani e di moltissimi esponenti della Chirurgia dei Paesi dell'Area Mediterranea e del Medio Oriente poteva sembrare un'impresa disperata. Tutti coloro che hanno creduto e credono in questo grande progetto culturale debbono riconoscenza ad Andrea Valeri ed al suo staff per un evento che, per qualità scientifica ed organizzativa, resterà nella memoria di tutti. Un programma fitto di sessioni di alto livello che è iniziato con un corso sulla chirurgia mininvasiva in oncologia tenuto dai migliori specialisti Italiani.

Nella splendida cornice del Salone dei Cinquecento in Palazzo Vecchio si è svolta la cerimonia inaugurale con una tavola rotonda sul "risk management in chirurgia mininvasiva" che ha affrontato un tema caldo in modo molto puntuale. Gli Ospiti italiani e stranieri hanno poi avuto la straordinaria opportunità di visitare, aperti solo per loro, le più belle sale del Museo degli Uffizi e il Corridoio Vasariano che collega appunto il museo a Palazzo Pitti, attraversando l'Arno sul Ponte Vecchio.

Non sembri solo un evento mondano, ma il collegamento tra la grande cultura italiana del passato e la nuova, modernissima cultura chirurgica del nostro

Paese aveva il significato della continuità nel tempo di una leadership indiscussa.

Chi da anni partecipa agli eventi organizzati nell'ambito della MMESA e a tutti i corsi e convegni in collaborazione tra i vari Paesi aderenti ha potuto constatare che il tanto lavoro non è andato perduto. Il livello generale della cultura chirurgica dei Paesi in via di sviluppo è cresciuto e tutti sono concordi nel riconoscerne grande merito alle iniziative della Scuola Chirurgica Italiana. L'ACOI ed i suoi vertici non si stancheranno di continuare a portare avanti queste iniziative anche con contatti opportuni nelle sedi istituzionali.

FONDAZIONE E SVILUPPO DELLA MMESA

Nell'anno 2000 i chirurghi italiani, a seguito delle ripetute sollecitazioni ricevute in tutti i Paesi dell'area mediterranea, decidevano vi fosse lo spazio "politico" per la creazione di una nuova Società Scientifica più attenta ai metodi di comunicazione, alle esigenze linguistiche ed alle storie locali dell'evoluzione chirurgica di quanto non fossero state fino ad allora le Società Scientifiche europee più orientate al Nord Europa e ad un

modello societario di tipo anglosassone.

Il 14 Febbraio 2001 Gianluigi Melotti e altri dieci chirurghi di differenti Paesi fondavano a Beirut la M.M.E.S.A. (Mediterranean & Middle Eastern Endoscopic Surgery Association).

Riportiamo i primi 3 articoli dello Statuto:

MEDITERRANEAN & MIDDLE EASTERN ENDOSCOPIC SURGERY ASSOCIATION (MMESA)

AIM AND STRUCTURE
OF THE ASSOCIATION

ARTICLE 1

The Association has been founded according to the decret of the Order of physicians of LEBANON n. 552/2001/S on the date of 14 february 2001.

ARTICLE 2

The aims of the MMESA are:

- 1 - *The evolution of endoscopic surgery and Interventional Techniques in the mediterranean and middle eastern countries.*
- 2 - *The coordination and training of these techniques in the area.*
- 3 - *To promote scientific studies in order to develop an identity for Endoscopic Surgery.*

ARTICLE 3

The Society shall maintain offices at such places as the Executive Office of the Association shall determine. It can be changed to other places by decision of the Executive Office of the Association.

Il primo Presidente eletto della Associazione è stato il Prof. George Papastratis di Atene, città dove è stato anche organizzato il primo grande congresso generale della Società (31 Ottobre – 3 Novembre 2002) con l'integrazione di nuovi membri del consiglio direttivo (uno per ogni nuovo Paese aggregato) e con la partecipazione di più di 500 chirurghi.

Ad Atene, veniva eletto Presidente il Prof. Gianluigi Melotti di Modena che era stato uno dei propugnatori e dei fondatori della Società.

Il congresso del 2003 si è tenuto ad Istanbul (22 – 25 Ottobre) con più di 1.000 chirurghi partecipanti, con differenti sessioni di live surgery da differenti Paesi e con specifiche sessioni scien-



A. Valeri, K. Zayadin, F. El Bassiony



tifiche dedicate ai problemi dell'insegnamento delle nuove tecniche chirurgiche. L'intento era quello di unificare il metodo didattico all'interno di tutti i Paesi membri onde dare ai cittadini utenti di ogni Paese le medesime opportunità di trattamento chirurgico.

Data la composizione della Società, in cui prevalgono sino ad ora i Paesi di lingua araba, un problema non facile da risolvere è stato costituito dalla formale accettazione di chirurghi israeliani e palestinesi quali membri dell'Associazione; una delibera in tal senso è stata finalmente formalizzata a Palermo dove, dal 25 al 27 Aprile 2004, si è tenuto il primo Spring Meeting della Società.

Il congresso di Venezia (18 - 21 Novembre 2004), presieduto dal Prof. Giannantonio Farello ha visto il Prof. Melotti lasciare la presidenza della Società al Prof. Farouk Sebai di Tunisi; il successivo Presidente è stato lo spagnolo M.A. Carbajo, l'attuale l'egiziano F. El Bassiony, l'eletto il turco C. Avci. Nel 2005 il congresso si è tenuto a Tunisi, nel 2006 a Malaga, nel 2007 ad Urgada, quest'anno si terrà a Bordeaux

A Venezia tutti i Paesi membri della M.M.E.S.A. (Italia, Francia, Spagna, Portogallo, Grecia, Romania, Serbia, Slovenia, Croazia, Malta, Egitto, Libia, Sudan, Algeria, Tunisia, Marocco, Georgia, Turchia, Siria, Libano, Giordania, Arabia Saudita, Bahrein, Kuwait, Oman, Qatar, Yemen, Iran, Iraq cui si è aggiunta anche l'Armenia, portando il numero dei Paesi a 30), durante una cerimonia solenne hanno firmato un protocollo di gemellaggio fra la M.M.E.S.A. e le rispettive Società Nazionali di chirurgia endoscopica e mini-invasiva. Questo ha reso la Società il più grande agglomerato di Società Scientifiche permettendole, come passo successivo, di essere fortemente rappresentata nell'I.F.S.E.S (International Federation of Societies of Endoscopic Surgeons).

PROGETTI

Lo sviluppo e la crescita delle attività fin qui svolte richiedono il superamento della fase "volontaristica" per passare ad una forma di cooperazione organica ed istituzionalizzata.

Le linee di sviluppo possono essere sintetizzate nei seguenti punti:

1. incremento delle attività scientifico culturali della MMESA con incontri di aggiornamento sempre più frequenti nei vari paesi
2. incremento dell'attività didattico-formativa da parte dei chirurghi italiani attraverso:
 - a. missioni "in loco" di équipes medico-infermieristiche italiane per eseguire interventi chirurgici e monitorizzare i progressi tecnici e organizzativi realizzati
 - b. organizzazione di stages di formazione per

chirurghi ed infermieri dei vari paesi nei nostri ospedali a più avanzato livello tecnologico e capacità didattiche

3. incremento delle dotazioni tecnologiche dei paesi oggetto di cooperazione attraverso la raccolta e l'invio di apparecchiature e strumentario che, dimesse da istituzioni pubbliche o private perché sostituite da tecnologie più avanzate, sono in realtà perfettamente funzionanti e in grado di attrezzare sale operatorie dedicate alla chirurgia mininvasiva. Questo progetto richiede, in primo luogo, un forte scambio di informazioni che metta a confronto offerta e domanda, possibilmente attraverso la creazione di un sito internet dedicato; in secondo luogo la possibilità di accedere a servizi di trasporto internazionali, anche istituzionali.



Andrea Valeri e giovani partecipanti al congresso

Storie dal mondo

Laparoscopia per la Palestina

Un importante impegno professionale per la formazione

di Mario Meinero

Circa un anno fa parlai con Gianluigi Melotti di un'idea che da tempo mi affascinava. Nell'ambito delle attività della Scuola Speciale ACOI di Laparoscopia e tecniche mininvasive considerare la possibilità di sostenere, nel percorso formativo, una iniziativa rivolta agli Ospedali Palestinesi, ove l'utilizzo di tali tecniche era poco più che episodico. La valenza umanitaria di un progetto in tale senso, l'esperienza maturata dall'ACOI anche con analoghe attività svolte all'estero, la possibilità di un mio impegno in loco potevano rappresentare elementi utili per la realizzazione di questa idea. Il contesto in cui intervenire appariva però complesso.

Oggi il lavoro svolto in questo ambito in alcuni Ospedali palestinesi, testimonia il raggiungimento di un primo obiettivo e questo articolo ne presenta la sintesi. L'avvio delle attività è stato favorito dalla acquisizione di una personale conoscenza sul campo dei Dipartimenti di Chirurgia di alcuni Ospedali del MOH (Ministero della Sanità Palestinese) che ha consentito di valutare la dotazione reale di apparecchiature e strumentario, di conoscere la casistica clinica esistente e di registrare la forte motivazione a partecipare ad un percorso formativo da parte dei sanitari interpellati.

Inoltre la Cooperazione italiana aveva incluso "l'introduzione ed il rafforzamento delle tecniche di Chirurgia mininvasiva e Laparoscopica", tra le attività previste nel programma di aiuti sanitari alla popolazione dei Territori Palestinesi (PAST 2008-2010). Una parte di questo programma, in collaborazione con il Ministero Palestinese della Sanità, riguarda il potenziamento delle prestazioni sanitarie offerte negli Ospedali Princess Alia di Hebron e Shifa Hospital di Gaza.

Nei Territori Palestinesi il conflitto tra palestinesi e israeliani ha causato ingenti perdite di risorse, non solo in termini di vite umane. La popolazione residente è stimata in circa 3,8 milioni di persone, di cui 1,6 milioni di profughi. Il tasso di disoccupazione raggiunge il 28,4%. Come conseguenza dello scoppio della seconda Intifada, le entrate mensili delle famiglie palestinesi si sono notevolmente ridotte. La crisi economica ha seriamente compromesso il benessere dei gruppi familiari, molti dei quali dipendono interamente dagli aiuti umanitari. A oggi il 50% della popolazione vive



sotto la soglia di indigenza, e il 22% in condizioni di estrema povertà. Le condizioni sanitarie sono precarie, aggravate dalla scarsità di acqua potabile. Un numero sempre maggiore di cittadini palestinesi dipende dalle agenzie internazionali per le cure mediche e i bisogni alimentari. Una delle principali questioni da risolvere, inoltre, è quella del ripristino della libertà di movimento di persone e merci, presupposto indispensabile al rilancio dell'economia nei Territori Palestinesi. In un recente incontro (agosto 2007) con il Primo Ministro Palestinese Salam Fayyad, la Cooperazione italiana ha lanciato una serie di nuove iniziative:

- Costruzione dell'Ala nord dell'Ospedale Princess Alia di Hebron
- Past - Programma di aiuto sanitario ai Territori Palestinesi 2007-2009

(Dal sito della cooperazione italiana allo sviluppo del Ministero Affari Esteri)

In questi ultimi mesi, in qualità di esperto del MAE e come volontario, mi sono dedicato all'organizzazione di attività formative rivolte a gruppi omogenei di operatori sanitari dell'Ospedale di Hebron: Chirurghi, Ginecologi, personale di Sala Operatoria. Si è formato un gruppo di lavoro (foto 1), con la cui collaborazione abbiamo organizzato 3 Workshop di 4 giorni, affrontando argomenti di base e di tecnica chirurgica secondo lo schema didattico della Scuola ACOI. A questi Seminari hanno partecipato esperti sanitari dell'ufficio della Cooperazione italiana a Gerusalemme e colleghi italiani sia con lezioni e video da loro predisposti sia direttamente dall'Italia in E learning, via internet.

La formazione E learning svoltasi nel luglio scorso, ha visto il prezioso coinvolgimento della Scuola ACOI, del Dipartimento di Chirurgia

dell'Umberto I, dell'Ospedale S. Camillo di Roma e dell'Ospedale Monaldi di Napoli. Ciò ha consentito agli operatori sanitari palestinesi di entrare nel vivo dell'intervento chirurgico laparoscopico, assistendo a filmati realizzati in sala operatoria e trasmessi in differita ("chirurgia dal vivo in differita") con il commento e la discussione in diretta con l'operatore.

Tale modalità formativa ha rappresentato una gradita novità e le sue potenzialità didattiche sono state sottolineate dal Governatore della Regione Dr. Hussein Al-A'raj e dal Direttore dell'Ospedale di Hebron Dr. Said Sarahneh che hanno aperto i lavori (foto 2).

Il percorso formativo è stato integrato dall'attività di Dry Lab al Pelvic trainer per cui è stato individuato ed approntato un locale dedicato (foto 3-4). Numerose sessioni dedicate alla illustrazione ed alla pratica di tecniche chirurgiche mini-invasive su simulatore si stanno susseguendo in preparazione all'inizio dell'attività clinico chirurgica.

Sono stati presi in considerazione gli aspetti organizzativi ospedalieri di tale nuova attività e le necessità relative ad apparecchiature, strumentario e presidi medici correlati al fine di poter operare nelle migliori condizioni.

BUONE PRATICHE DELLA COOPERAZIONE ITALIANA

(dal sito della DGCS del Ministero Affari Esteri)

...cosa sono le buone pratiche? Sono i progetti che - come quelli riportati in questa sezione - a una valutazione conclusiva, rappresentano un interessante ed efficace esempio da seguire in analoghe condizioni.

BEST PRACTICES ITALIAN COOPERATION IN THE PALESTINIAN TERRITORIES

Sviluppo Sociale e Umano / Sanità

Programma di Aiuto Sanitario ai Territori Palestinesi (PAST 2008-2010)

Componente:

Chirurgia mini-invasiva e Laparoscopia

Area geografica:

Territori Palestinesi

Canale di Finanziamento:

dono bilaterale

Controparte:

Ministero della Sanità Palestinese

Beneficiari:

Sistema sanitario pubblico

Obiettivo:

Garantire livelli adeguati di assistenza sanitaria e contribuire allo sviluppo del sistema sanitario locale e nazionale

Questa importante conferma del valore della metodologia adottata ed il costante supporto, coordinamento e collaborazione organizzativa da parte della Cooperazione Italiana a Gerusalemme, finalizzati al successo del programma PAST, costituiscono un valido motivo per rinnovare l'impegno personale e di quanti vorranno contribuire in prima persona, per il prossimo triennio, a questo progetto e a quello presentato dalle ONG.



Foto 1: gruppo di lavoro a Shifa Hospital



Foto 2: e-learning con Hebron Hospital



Foto 3: pelvic trainer



Foto 4: pelvic trainer

Progetto AISPO-GVC

AISPO e GVC, organizzazioni non governative, hanno presentato un progetto triennale per l'introduzione e lo sviluppo di tecniche laparoscopiche e mininvasive, negli Ospedali di Ramallah e Nablus del MOH, complementare alle attività precedentemente descritte. Tale progetto vede l'impegno didattico della Scuola ACOI e ha ricevuto il patrocinio SICE e MMESA. Per la sua realizzazione vi è la necessità di differenti forme di collaborazione scientifica e per il suo successo risulteranno determinanti la partecipazione di professionisti di esperienza che forniscano un valido e costante impegno didattico. Risulta allora evidente il valore del contributo dei Colleghi ai vari aspetti del progetto (definizione del percorso didattico, ruolo di docenza in loco e in e-learning, impegno nella live Surgery, elaborazione di materiale didattico ecc.). Esso rappresenta un banco di prova della nostra maturità nel contribuire al lato buono della globalizzazione attraverso la condivisione e la trasmissione delle nostre conoscenze mediche e scientifiche.

I Colleghi interessati a partecipare alle attività o a ricevere notizie possono scrivere a:

Mario Meinero

e.mail chirurgia.gentile@libero.it

Notizie sulle attività svolte si possono trovare anche sui Siti:

www.itcoop-jer.org

www.cooperazione-italiana.org.it



L'ampiezza e la completezza del progetto di cui potrà beneficiare una popolazione di oltre due milioni di persone, l'importanza dei soggetti istituzionali e delle organizzazioni non governative che ne sono protagoniste, il ruolo della scuola ACOI, la ben nota competenza professionale di Meinero ora Segretario della SICE e per anni coordinatore della commissione delle relazioni internazionali dell'ACOI, la serietà del lavoro preparatorio svolto, fanno di questo progetto un esempio della maturità raggiunta dalla chirurgia laparoscopica e mininvasiva in Italia. Io mi sento di sostenerlo.

Gianluigi Melotti

Pagina sindacale

Firmata l'ipotesi di Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza Medica

di Massimo Percoco

Presidente Vicario FESMED

Il 31 luglio, dopo una trattativa faticosa e difficile, la FESMED ha siglato, assieme alla maggior parte delle organizzazioni sindacali rappresentative, l'ipotesi di Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza Medica e Veterinaria relativa alla parte Normativa del quadriennio 2006-2009 ed alla parte Economica del biennio 2006-2007.

I risultati ottenuti debbono essere considerati soddisfacenti soprattutto se messi in relazione alle condizioni di partenza poste dall'Aran in ottemperanza delle indicazioni fornite dall'Atto di Indirizzo emanato dal Comitato di Settore e delle evidenti pressioni, per una cogente applicazione rigida delle stesse, effettuate dalla politica in funzione del "nuovo corso" da imprimere alla Pubblica Amministrazione e quindi anche alla Sanità.

Le maggiori difficoltà della trattativa, come peraltro illustrato nel precedente articolo comparso nell'ultimo numero della nostra rivista, si sono riscontrate nel trovare un accordo sulla parte normativa, mentre per la parte economica il modesto aumento contrattuale di circa 268 euro mensili, non emendabile per i noti vincoli di Finanziaria dello Stato, è stato proporzionalmente distribuito a ristoro delle varie fasce retributive in funzione delle tipologie di incarico.

I risultati più importanti che riteniamo di avere ottenuto riguardano le due principali innovazioni che la parte pubblica voleva inserire all'interno del nostro contratto di lavoro: la introduzione di sanzioni economiche per le violazioni disciplinari e la regolamentazione delle pause e dell'orario di lavoro.

Su questi temi le proposte dell'Aran sono state considerate inaccettabili fin dall'inizio della trattativa, da tutti i sindacati della dirigenza medica, tanto da costringere la controparte ad interrompere i lavori per potere consultare gli organismi istituzionali di riferimento.

Infatti il tentativo era quello di demandare alle Direzioni Generali, senza meccanismi di seria contrattazione sindacale a livello locale, la regolamentazione di orari e pause compensative di lavoro e di introdurre sanzioni pecuniarie, a partire dal minimo di un terzo della retribuzione mensile, per eventuali comportamenti disciplinarmente

rilevanti senza alcuna garanzia di terzietà nelle procedura da mettere in atto per la erogazione delle stesse.

La contrapposizione frontale messa in opera nei confronti di tali ipotesi di regolamentazione di temi sensibili per gli interessi della nostra categoria, ha dato i suoi frutti. La ipotesi di sanzioni pecuniarie è stata evitata nel convincimento che esse possano eventualmente essere introdotte solo attraverso provvedimenti del Legislatore e non in forma pattizia tra datore di lavoro e rappresentanti della categoria.

Le disposizioni in materia di riposo giornaliero sono diventate parte di un capo contrattuale di "Protezione e tutela dei dirigenti e degli utenti", demandate alla contrattazione integrativa aziendale onde "garantire idonee condizioni di lavoro ed il pieno recupero delle energie psicofisiche ... nonché prevenire il rischio clinico".

Sono state fatte salve le norme dei precedenti contratti sulla articolazione degli orari e dei turni di guardia ed il rispetto delle normative vigenti con verifica da effettuare a livello aziendale entro 90 giorni dalla entrata effettiva in vigore del contratto.

È stata inoltre demandata alla contrattazione aziendale la definizione delle modalità di fruizione del riposo nelle ventiquattro ore.

Sarà quindi compito delle delegazioni trattanti in ogni singola Azienda confrontarsi nella maniera più opportuna e consona, nel rispetto delle norme generali contrattuali, per trovare la più giusta determinazione del modello organizzativo.

Questa rilevanza della contrattazione aziendale

in una materia così sensibile comporta una forte responsabilizzazione dei nostri rappresentanti aziendali e penso che faccia capire a tutti quanto oggi sia importante che i chirurghi dell'ACOInews possano essere presenti a questi tavoli decisionali tramite la FESMED onde non delegare ad altri, magari non particolarmente sensibili alle esigenze della nostra specificità, delicate scelte organizzative. Dare forza all'ACOInews è oggi, iscrivendosi attraverso le Aziende con l'apposito modulo per le trattenute sulla busta paga, dare forza alla categoria, per la possibilità di essere, come lo siamo ed ancor più saremo utilizzando tutti la modalità succitata, rappresentativi come Sindacato FESMED a livello non solo di contrattazione Nazionale, ma anche della contrattazione Aziendale con la partecipazione alle delegazioni trattanti dei nostri chirurghi nei loro luoghi di lavoro.

Tale considerazione assume ancor più valore se si vagliano le ipotesi di modifica dei modelli della contrattazione collettiva che sono in discussione in questo momento e che, una volta attuati, avranno un profondo impatto sullo scenario delle relazioni sindacali e quindi sull'organizzazione e la retribuzione anche del nostro lavoro. Una disamina attenta di qualunque contributo autorevole venga oggi dato su tale argomento, ci fa capire che l'unica certezza è che una parte sempre più rilevante delle risorse destinate al trattamento economico saranno spostate in futuro verso la contrattazione aziendale.

Sarà dunque in queste sedi che dovremo essere più presenti, più forti, più preparati.

BARD. THE HERNIA REPAIR COMPANY
La Sinergia diventa Semplicità

Composix E/X Precision Pass Salute

BARD

Comunicazione

La speranza

di Enrico Pernazza



Riflettere su questo aspetto quanto mai delicato comporta, oltre una forte autocritica, porsi molte domande particolarmente insidiose e provocatorie.

Sono fondamentalmente tre le questioni che si affacciano prepotentemente quando si riflette sulla speranza, specialmente in un contesto problematico come quello della malattia, della disabilità o del dolore profondo della psiche:

- da dove nasce la speranza?
- come si accompagna e si sostiene la speranza?
- come si trova nel cuore della vita la grande speranza?

Si tratta, a ben vedere, di interrogativi che incontrano il soggetto sofferente (il primo), chi gli/le è vicino (il secondo) e ciascun uomo nella maturazione di sé (il terzo).

DA DOVE NASCE LA SPERANZA?

Iniziamo da questa domanda, semplice e decisiva. La speranza della riuscita accompagna le azioni umane, i progetti, il desiderio di apportare un contributo positivo alla sorte della storia umana. Questo vale non solo per i grandi disegni che sostengono i progressi dell'umanità. Anel'agire

quotidiano di ogni uomo, quando sinceramente cerca di aprire la propria vita all'altro, di entrare in una comunicazione vera e profonda di sé, di dare un criterio ai suoi progetti, è permeato da una speranza di realizzazione.

Dietro all'azione si cela una dimensione di attesa che si esprime indubbiamente nell'impegno di cercare il compimento di ciò che ci proponiamo di fare. Per il credente, poi, l'espressione della propria fede è strettamente connessa alla qualità del proprio agire: di significare nel segno dell'amore la sua presenza nel mondo e contribuire così alla costruzione del Regno di Dio nella trama delle vicende umane.

Nonostante la grande forza con cui determiniamo la direzione del nostro agire, non ci è risparmiato il fallimento, o meglio la percezione che il loro realizzarsi passi anche attraverso l'insuccesso, proprio mentre non viene meno il coraggio di agire e di scegliere.

APPRENDERE LA SPERANZA NELLA SOFFERENZA.

Anche questo aspetto, negativo in modo realistico, richiede di essere integrato dentro una lucida percezione di noi stessi. Ci sentiamo immediatamente posti davanti ad un bivio: il tramonto delle nostre speranze è l'eclissarsi di ogni speranza? Oppure è il momento in cui può affiorare nella coscienza la "grande speranza"?

Particolarmente la situazione di sofferenza, in cui, magari per una malattia progressiva, si è continuamente costretti a rilanciare le proprie speranze, avanzando tenacemente giorno dopo giorno, ma anche scontrandosi con puntuali fallimenti, e dunque ridimensionando l'ampiezza di quanto vorremmo corrispondesse alle attese, può diventare un contesto umano in cui aprire fino in fondo la propria esistenza alla grande speranza.

L'agire dell'uomo non copre tutta la verità e il senso della sua esistenza.

Essa è ugualmente patire. Cioè essere toccati e segnati nel nostro sentire più intimo da quanto non è in nostro potere di produrre o di impedire. Noi apprendiamo qualcosa circa il senso della nostra vita non solo quando la lucidità ci pone di fronte alle nostre azioni e al loro valore, che assumiamo con coscienza e responsabilità, ma anche quando

lo spazio del patire domanda di riprendere quegli stessi progetti alla luce della grande speranza. Essa germina quando matura la consapevolezza che il senso di quanto si vive è raccolto, anche quando pare estinguersi nel disincanto, da un amore infinito. La speranza, coniugata alla perseveranza, trova il suo punto genetico, prima che nelle realizzazioni della vita, nelle azioni con cui si cerca di estrinsecare la tensione al futuro e al bene, nei momenti passivi dell'esistenza, attraverso l'inevitabile confronto con quegli aspetti in cui l'uomo non diventa artefice del suo destino, ma sembra quasi piegato dagli eventi e nei quali è chiamato a riprendere da capo il senso stesso della sua vita.

Tuttavia ogni sostegno alla speranza, non può sostituirsi al senso che ciascuno impara ad attribuire al suo soffrire. E che, come tale, domanda rispetto, cioè profonda attenzione di chi è accanto a chi soffre verso quanto si svolge in lui, senza sostituzioni indebite o razionalizzazioni o significazioni esterne.

COME SI ACCOMPAGNA E SI SOSTIENE LA SPERANZA?

Non si può negare l'aspetto indicibile e incommunicabile proprio del patire umano, soprattutto nelle forme più radicali. Si tratta di una paralisi, di un'afasia della comunicazione che si scontra con l'incomprensione dell'altro. Il silenzio di chi soffre non di rado è di chi vive questo aspetto ineffabile del proprio patire. Ma anche è il silenzio di chi trova solamente risposte tecniche, a volte sempre più sofisticate, senza che venga scalfito, per lasciarlo esprimere, il proprio dolore spirituale. Esso persiste duro e tangibile, segno di una condizione umana che richiede non solo il moltiplicarsi frenetico di interventi tecnici, ma la cura sapiente per una condivisione di umanità.

Non è decisivo oggettivare la sofferenza, essa si dà unicamente come "questo uomo, questa donna che soffre". Ciò contribuisce a comprendere che la speranza si accompagna e cresce attraverso l'attenzione ai legami che si creano tra chi soffre e gli altri.

La speranza si alimenta nella forma piena della relazione umana. Cum patire. Soffrire insieme. Preservare la forza di questa parola da ogni possibile banalizzazione, mettendola al riparo da derive falsamente pietistiche, ricordando come la "passione" e il soffrire sono e restano quelli del soggetto che vive

tale condizione. L'umanità dell'altro si accompagna ad essa ("cum-"), riconoscendola, permettendo di esprimerla in tutte le gamme disponibili al linguaggio umano, anche quelle del rifiuto, della collera, della ribellione, del lamento. Ma proprio perché non occultata e riconosciuta, questa sofferenza può attivare percorsi di significazione radicati nella stessa percezione lucida del soffrire. Ugualmente la com-passione esprime l'essere toccati, segnati profondamente, dalla sofferenza dell'altro, senza proiettarvi i linimenti di speranze e rassicurazioni a buon mercato; piuttosto lasciandosi mettere in questione circa la capacità attuale di comprendere ciò che è importante e sensato per la propria vita. La compassione "accetta" l'altro che soffre e, «accettare l'altro che soffre significa assumere in qualche modo la sua sofferenza, cosicché essa diventa anche mia.

Ma proprio perché è divenuta sofferenza condivisa, nella quale c'è la presenza di un altro, questa sofferenza è penetrata dalla luce dell'amore».

Si impone nell'umana com-passione la fragilità della persona malata; essa non resta celata ma è "posta di fronte" a chi vuole accoglierla sinceramente. L'arte della relazione con il malato inizia così dall'osservazione. In questa dinamica, va recepita la gravidanza del verbo "osservare": mettersi di fronte ("os") all'altro nella posizione di servitore fedele ("serv") del suo bene e come persona chiamata a tutelarne la sua ricchezza umana, che continua a splendere nella debolezza fisico-psichica ("servare").

Accanto alla funzione percettiva da affinare, ugualmente si deve aprire lo spazio della comunicazione, dell'arte del dialogo. L'assunzione di uno stile comunicativo fa parte del bagaglio proprio di chi si pone a fianco del malato. Quanto preme qui

sottolineare è la gravidanza dell'espressione "diálogo". Esso avviene, a differenza della chiacchiera e del discorso evasivo, quando il senso di ciò che si vive (logos) è al crocevia della parole (dia) scambiate, ma più ancora donate nell'atto comunicativo interpersonale.

Parole e segni comunicativi che sono accolti soprattutto come un dono della persona a cui ci si accosta: il malato fa dono della sua parola che è un'apertura sulla sua vita, su quanto è importante per lui in questo momento.

L'umana accoglienza diventa così concreto accompagnamento della speranza; anche quella umanissima di percepire una persona che, con il suo parlare e dialogare, considera importante e prende sul serio integralmente il sofferente. Certo la dimensione ineffabile del patire non può essere annullata totalmente nella com-passione.

Tuttavia una corretta azione di accompagnamento (soprattutto spirituale) trova il suo criterio di verità proprio nella maturazione della speranza; nel lasciar esprimere da parte di chi soffre quel gemito dello Spirito che è presente nelle profondità dell'uomo. Questa presenza raggiunge l'intima solitudine di chi soffre; ne è sua compagna soffrendo con lui e anelando alla piena e definitiva libertà verso cui la speranza si protende. La com-passione non è solo virtù individuale, che impegna il singolo, ma che decide dell'umanità delle stesse strutture civili: «una società che non riesce ad accettare i sofferenti e non è capace di contribuire mediante la com-passione a far sì che la sofferenza venga condivisa e portata anche interiormente è una società crudele e disumana» (Benedetto XVI). Parole dure, che senza mezzi termini indicano nell'umanizzazione delle strutture un traguardo che onora la civiltà della cura

degli ammalati. Non significa una sconfessione dell'inevitabile dimensione tecnica connessa alla medicina, ma con essa si vuole indicare che non è mai possibile disimpegnarsi dalla responsabilità nei confronti della soggettività di chi soffre unicamente attraverso la mediazione della precisione e dell'efficacia di atti tecnici. Lo strumento tecnologico deve essere il prolungamento di un'attitudine che pone a confronto la piena umanità del sofferente e di chi, anche professionalmente, gli/le è accanto. Esiste in ogni espressione dell'agire tecnico un inevitabile risvolto esistenziale che non può essere sottaciuto, ma che deve esprimersi nella stessa precisione del gesto.

E, in senso più ampio, una pianificazione sociale della cura degli ammalati domanda di essere verificata attraverso criteri che accanto, alla appropriatezza delle prestazioni, sappiano far emergere anche la qualità umana che in esse si comunica; quel capitale di umanità (del professionista e del suo paziente, ma anche di tutti i soggetti sociali) che è stato scambiato e non senza effetti su ciascuno dei suoi protagonisti.

COME SI TROVA NEL CUORE DELLA VITA LA GRANDE SPERANZA?

Nella morte la speranza assume il banco di prova decisivo. L'evento del morire nella coscienza contemporanea tende ad essere collocato al di fuori della vita, come proprio termine, ma senza alcun riferimento ad essa. Nella prospettiva della speranza, invece, viene integrato nell'esistenza, con il suo imporsi all'uomo come culmine ed esperienza cruciale della vita. La certezza della morte non solo getta luce in modo retroattivo sui giorni irrimediabilmente perduti, proiettando l'ambigua possibilità del fallimento, ma domanda di essere riletta nella prospettiva del senso della vita, cioè nel cuore della vita.

La morte, la propria morte, rappresenta l'evento certo a partire dal quale l'uomo può far lievitare la speranza dai frammenti disarticolati delle molte speranze che si affollano confuse e alle quali può conferire in momenti particolari un peso falsamente decisivo. Se tale possibilità della speranza è vera nel momento della morte individuale, tuttavia deve essere anticipata nella vita di ciascuno come cifra della presa di coscienza del proprio limite, della propria capacità-necessità di prendere posizione su di sé e su ciò che ha effettivamente ragione di bene circa la vita ed invoca di non venire meno anche durante la prova che la morte continua ad essere per ciascuno. Riportare la morte nel cuore della vita significa imparare a plasmare la propria esistenza nella pazienza, acquisendo l'arte di scegliere lucidamente ciò che è fondamentale, nella speranza che rappresenti quella certezza per cui il partire dalla vita sia solo l'ultimo e definitivo parto della vita.

B.Braun per la Chirurgia
Tradizione e innovazione



B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

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

RUBRICHE

IL LIBRO DA LEGGERE

di Gianluigi Melotti



Ignazio Marino
CHIRURGO DEI TRAPIANTI
Ignazio Marino
CREDERE E CURARE

“...è drammatico assistere alla perdita dei valori umani della medicina. E se è davvero così cosa resta della missione? Dove sono andati a finire i principi della cura dell'uomo, dell'empatia, del dialogo, dell'umanità? In che cosa ci si riduce a credere quando si fa il medico? Oppure non si crede più a nulla? Che cosa rimane alla fine di un medico?”.....

Ignazio Marino è un chirurgo di valore e di fama internazionale che ha scelto, all'apice della sua vita professionale, di porre le sue esperienze e la sua etica al servizio dell'uomo in un mondo diverso dalle sale operatorie in cui è cresciuto. La vita politica come servizio e come missione. Eppure il primo testo, rivolto ai giovani medici che oggi non vogliono più essere chirurghi, riflette un tale entusiasmo, una tale emozione, una tale gioia per la fortuna di svolgere questo lavoro, avendo trovato maestri in grado di insegnarlo al meglio, che è difficile non riceverne una spinta di ottimismo recepito come messaggio di speranza.

Il secondo, più difficile e più riflessivo, pone in campo il problema della fede come presupposto aggiuntivo e potente dell'etica che dovrebbe ispirare ogni atto medico ed ogni gesto della vita quotidiana.

Non siamo in grado, da laici quali siamo, di condividere e comprendere pienamente. Facciamo nostra però l'analisi di una società senza etica quale quella in cui ci troviamo oggi a vivere e svolgere il nostro difficile lavoro.

Suggeriamo però a tutti una lettura attenta e partecipata.

NON SOLO CHIRURGHI. GIORGIO CUTINI FOTOGRAFO



Non tutti sanno che molti dei nostri soci si cimentano su tematiche artistiche e, molto spesso, con riconosciuto successo.

Giorgio Cutini è fotografo artistico e, recentemente, ha ricevuto durante la XX edizione del Premio delle Arti (Circolo della Stampa – Milano) il “Premio per la Fotografia” con la seguente motivazione: *“attraverso scelte medialità di forte intensità estetica, di fotografie che sono pagine di chiara poesia e di stupore insolito, è giunto a progettare un'arte che si affaccia in racconti possibili così da farne uno dei nuovi fotografi italiani maggiormente implicati nell'attualità”.*

Vivissime congratulazioni a Giorgio Cutini

Giorgio Cutini : “sonata” 2007

RUBRICHE



Lettere al Direttore

MALASANITÀ O MALAGIUSTIZIA?

Ancora una volta, sui principali quotidiani italiani, sotto un titolone che richiama la "solita" malasanità, vediamo pubblicate le notizie di rinvio a giudizio o di condanne penali inflitte a medici di provata esperienza e capacità professionale. Talvolta, più in piccolo e a fondo pagina, molti anni dopo, l'informazione della definitiva assoluzione.

A nulla serve, quando si è sottoposti a giudizio, portare l'evidenza statistica che, sotto ogni latitudine e nei più prestigiosi centri clinici, qualsiasi trattamento medico è gravato da complicità connesse alla patologia, alle variabili individuali, all'imponderabile volontà del caso. Abbiamo finto di credere, negli ultimi anni, che l'adozione di procedure, protocolli, consensi informati ecc. potesse esimerci dal rischio di un invio a giudizio; ahimè è esperienza comune che non è stato così e tutto ciò rappresenta, forse, solo un modesto contributo alla nostra difesa. Anzi, a volte, si ha la sensazione che questi comportamenti, doverosi e inevitabili, rappresentino, agli occhi dei pazienti e della pubblica opinione, un punto di debolezza del sistema sanitario, quasi la conferma che la sanità li adotti più per garantire se stessa che il paziente. In tal modo la condanna del medico diventa una specie di esorcismo atto a sanare un atteggiamento sempre più ostile, spinto a vedere il sanitario come un nemico della persona e della società, causa di patologie più che curante delle stesse.

Ciò è vero per tutti ma sta diventando sempre più inquietante e fonte di grave apprensione per i chirurghi, qualsiasi specialità essi praticino. Ne sta derivando un pericolo grave per l'intera Chirurgia italiana, pericolo che aumenta in modo esponenziale ogni anno: il rischio che, a fronte di richieste di risarcimenti sempre più elevati e di condanne, anche penali, sempre più frequenti, ognuno di noi si converta ad un atteggiamento

difensivo finalizzato a "non decidere" e a "non fare". Sta subentrando infatti la convinzione che sia più opportuno che gli eventi clinici seguano il loro corso naturale garantendo, in rare occasioni, la guarigione, più frequentemente un peggioramento clinico "secondo natura" o, talora, il decesso del paziente.

Tutto ciò, ovviamente, trascrivendo con estrema attenzione analisi, terapie, decorso clinico, complicità, consulenze, diagnostiche e quanto, solo apparentemente, può servire, attraverso la compartecipazione di più specialisti al trattamento dello stesso paziente, a tutelarci in caso di denuncia/querela.

In alternativa, un altro atteggiamento, sempre più condiviso, è quello di inviare il paziente all'ospedale di maggior prestigio intasando, in tal modo, la sanità dei grandi centri con allungamento delle liste di attesa e prevedibili disagi per altri utenti in attesa d'intervento.

Questi comportamenti rappresentano trattamenti negativi della dignità professionale del medico, causa di danno per il paziente e, in ultima analisi, neppure in grado di evitare i rischi di un coinvolgimento giudiziario.

E' assolutamente necessario che le associazioni di categoria, ed in prima battuta l'ACOI, intervengano sulla classe politica per interrompere questa progressione di contenzioso che sta stravolgendo la nostra professione, ribadendo con forza che:

- la medicina, malgrado tutte le nuove conoscenze, non è e non sarà mai una scienza esatta dovendo confrontarsi con l'individuo che è, di per se stesso, una variabile affatto diversa rispetto a tutti i suoi consimili;
- la classe medica e la scuola chirurgica italiana rappresentano dei punti di eccellenza universalmente riconosciuti, ben evidenziati da un diffuso benessere fisico, da ottimi risultati terapeutici e, in ultima analisi, da una vita media della nostra

popolazione tra le più alte del mondo, il che non è certo il frutto di una selezione genetica particolarmente favorevole;

- il medico cura sempre il paziente secondo scienza e coscienza e non può, in caso di insuccesso, tranne evidenza di dolo, correre il rischio di un processo e di una condanna penale;
- la delicatezza dei casi affrontati, l'indeterminatezza dei giudizi potrebbero far considerare l'ipotesi di un silenzio stampa, almeno fino al termine del giudizio;
- eventuali decisioni giudiziarie dovrebbero essere affrontate con estrema celerità e completezza d'indagine, arrivando ad ipotizzare tribunali competenti solo per questa tipologia di reati;
- chiedere che, al pari di pressoché tutte le altre facoltà universitarie, anche gli studi giuridici siano regolamentati da un numero chiuso di accessi che impedisca, all'origine, il formarsi di quella pleora di avvocati che invade le strade italiane, come le entrate degli Ospedali, al solo fine di assicurarsi un guadagno personale moltiplicando il contenzioso e danneggiando, in ultima analisi, il cittadino.

Di quali armi disponiamo? Della capacità di credere alla nostra professionalità, della volontà di informare la popolazione dei successi della classe medica, della capacità di essere discreti nei confronti del collega che ha affrontato un caso difficile, della possibilità di promuovere anche uno sciopero ad oltranza se la classe politica non vorrà dare ascolto alle nostre sacrosante istanze.

Prof. Gian Angelo Marra

Direttore U.O. Chirurgia Generale

Ospedale Sacra Famiglia – Novafeltria (PU)

e-mail: gam1949@libero.it

contour[™]
Curved Cutter Stapler



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

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION[™]





AUTOSUTURE™ DST Series™ EEA™ Staplers

Cutting-Edge Technology.

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

Easily. Without compromise.

