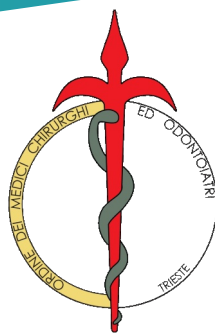


# NEWSLETTER

ANNO XXXI - NUMERO 7  
luglio 2017



**Riforma rivoluzionaria  
delle scuole di specialità**

**a pag. 7**

**La chirurgia robotica  
a Trieste**

**a pag. 9**

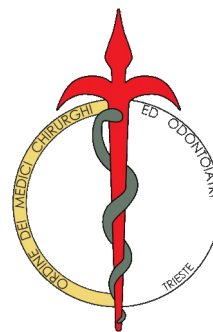
Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Trieste

Consiglio Direttivo

Presidente: Claudio Pandullo  
Vicepresidente: Dino Trento  
Segretario: Ronald Tramarin  
Tesoriere: Andrea Vuga  
Consiglieri: Roberto Adovasio, Mario Balestra,  
Fabrizio Briganti Piccoli, Gaetano Castronovo (Odont.),  
Gabriella Clarich, Francesco Franzin,  
Bruno Gambardella, Mauro Melato,  
Diego Paschina (Odont.), Giuliano Pesel,  
Cosimo Quaranta, Maurizio Spedicati,  
Laura Ukovich  
Revisori dei Conti: Tiziana Cimolino  
(Presidente), Paolo Gustini, Fabio  
Ranieri, Andrea Prodi (Supplente)  
Commissione Odontoiatri:  
Diego Paschina (Presidente), Guido Bologna,  
Claudia Busecchian, Roberto Canzio,  
Gaetano Castronovo

Newsletter

Direttore responsabile: Laura Ukovich  
Grafica: Mitja Oblak



**In questo numero:**

- pag. 3      La lettera del Presidente
- pag. 5      La lettera del Presidente CAO
- pag. 7      Riforma rivoluzionaria delle  
scuole di specialità
- pag. 9      La chirurgia robotica a Trieste
- pag. 13     Buon compleanno! Il bypass  
aorto-coronarico ha compiuto  
50 anni (1967 - 2017)
- pag. 15     Medicina ed Economia: le loro  
analogie da esplorare



Carissime Colleghe,  
Carissimi Colleghi,

ritorno su alcune riflessioni che ho già avuto modo di condividere con voi in passato, approfittando della trasferta Trieste - Siena e ritorno in occasione dell'ultimo Consiglio Nazionale prima della pausa estiva, tenutosi appunto a Siena, bellissima Città anche se non facilmente raggiungibile. L'Ordine è spesso, se non sempre, non compreso nella sua attività da parte dei Colleghi, è un chiaro segno di disaffezione il fatto che solo il 30% degli iscritti mediamente partecipi alle elezioni a meno che la campagna elettorale non venga infiammata da liste contrapposte. L'attività del presidente dell'Ordine è mediamente scandita fra impegni istituzionali e di rappresentanza. Fra i primi vi è l'ingrato compito di ricevere le istanze dei colleghi e di iniziare e presiedere i procedimenti disciplinari. In merito alle istanze dei colleghi, sulle richieste di incontro, potrei scrivere un romanzo. Si passa dai litigi in sala operatoria, con scambio di epiteti degni di altre categorie, non me ne vogliano, alle rimostranze per una ricetta dello specialista mal scritta, alla non condivisione di un percorso diagnostico. Molte di queste istanze provengono poi da colleghi che non si sono mai fatti

vedere ne' per votare ne' per partecipare ai corsi e che in un certo momento della loro carriera professionale si ricordano di questa istituzione ma la confondono con un sindacato o meglio con una corporazione che dovrebbe difenderli a spada tratta... Da alcuni anni è diventato sempre più frequente il fenomeno delle "segnalazioni" da parte di vari imprenditori locali, medio, piccoli o piccolissimi relativi ai certificati di malattia a loro parere troppo facilmente rilasciati. Vi è la possibilità dell'accertamento medico dell'INPS ma ha un costo mentre la lettera all'Ordine è gratuita. Se poi se questo non interviene ce la possiamo sempre prendere con il supremo rappresentante dei medici che protegge i "suoi".

Un altro compito gravoso è rappresentato dai procedimenti disciplinari veri e propri che prevedono la convocazione dei colleghi rei di possibili infrazioni del codice deontologico. E' qui cominciano i dolori. I Colleghi, spesso mal sopportano la convocazione ordinistica e ancor meno l'eventuale sanzione disciplinare che deriva dalla successiva audizione in Commissione Medica. Il giudicare i colleghi è sempre un compito difficile, soprattutto in un Ordine di medie dimensioni di una città di poco più di 200.000 abitanti, sede universitaria dove

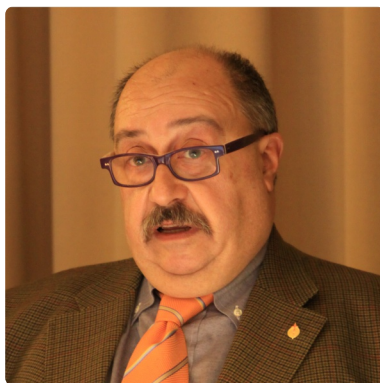


tutti ci conosciamo. Le sanzioni erogate, a volte assolutamente inevitabili, creano una frattura spesso insanabile fra il presidente ed il collega oggetto del provvedimento. Non stupisce pertanto che in molti Ordini si preferisca non attivare le procedure disciplinari per amore della tranquillità domestica: non me la sento di criticare nessuno. Capita poi che i fatti di cronaca e la pubblica opinione mettano sulla graticola gli ordini chiedendo di intervenire contro quel collega o quella collega che secondo quanto riportato si sarebbe macchiato di questo e di quel delitto: purtroppo la cronaca offre ampie esempi. Molto spesso poi sono proprio le Istituzioni, che dovrebbero vigilare ed intervenire e che non lo fanno per vari e svariati motivi che ci spingono ad intervenire: l'ultimo caso dei medici radiati per le posizioni antivaccinali è un chiaro esempio. Per esperienza personale ho notato che quando i soliti "chi di dovere" armati di tutto il bagaglio investigativo e sanzionatorio non sanno che pesci pigliare iniziano a tirare la giacchetta dell'ordine e molto spesso del suo presidente. A questo punto due sono le possibili scelte: quella già detta di non fare nulla, scelta saggia e che non turba la vita ordinistica, e quella di attivarsi, ben sapendo che alla fine si resterà soli ad affrontare i colleghi, la pubblica opinione ed i secondi gradi di giudizio.

Buon lavoro e buona estate a tutti  
Con amicizia,

dott. Claudio Pandullo  
Presidente  
OMCeO Trieste





Ultimamente con sempre maggiore frequenza appaiono sulla stampa sanitaria e sui social comunicati che parlano di grandi successi e future rivoluzioni in campo pubblicitario. A parte l'enfasi propria di un periodo pre-elettorale che si preannuncia particolarmente caldo, è abbastanza chiaro che ci si sta accorgendo che la deriva che sta prendendo, grazie alla sconsideratezza di catene odontoiatriche ma anche di semplici colleghi che non perdono occasione per inventarsi sempre nuovi e sempre più squalificanti modi per accallappare pazienti. Oramai ne abbiamo visti di tutti i colori, e veramente appare sempre più difficile tenersi lontano da questo maelstrom comunicativo, l'importante sarà capire se il legislatore ci vuole considerare aragoste o ostriche (questa per capirla dovete leggere sino alla fine). Come leggevo in uno dei tanti forum per alcuni questa attuale realtà è un vero progresso e una opportunità, per altri una triste necessità, una scelta obbligata, e chi più ne ha più ne metta. Non mi permetto di entrare nelle logiche imprenditoriali di nessuno, alla fin fine s'ha da campà tutti, ma ci sono aspetti che non riesco a capire. Una ben nota azienda operante nei gruppi d'acquisto (che non cito), mi bersaglia continuamente con offerte irripetibili, leggo oggi (28/07/2017): ... imperdibile offerta di visita

(odontoiatrica mi auguro), Air (maiuscolo!!) flow (minuscolo) e sbiancamento non 143,00€ che è il prezzo corrente ma solo 19,90€. Ricordo che il gruppo di acquisto si ciuccia la metà, così mi dicono, cioè 9,95€. Sin qui può starci: lavoro in perdita sperando che un mio approccio particolarmente professionale mi faccia fidelizzare alcuni pazienti che altrimenti non vedrei e non mi vedrebbero. Personalmente non trovo serio l'inizio ma è probabilmente un mio limite. Dove proprio non mi ci ritrovo è nel fatto che nella offerta aperta oggi alle ore 7,30, ci sono già più di 500 acquisti. Manco partito già 500 nottambuli che alle prime luci dell'alba cliccano furiosamente per non perdersi una occasione d'oro, che tra l'altro c'è sempre. Può essere anche questo, ma mi sorge spontanea una domanda: quanto tempo il collega dedica alla visita, air flow e sbiancamento (mi auguro faccia anche prima una detartrasi...) per mettere in evidenza la sua professionalità? 30 minuti (è molto bravo e veloce)? per 500 sono 250 ore. Capperò 250 ore sottratte ai propri pazienti (se ne hai) sono tantissime, anche ammettendo che questa mattata la fai una volta sola nella vita, che ti "rende" meno di 5000€. Ora non voglio entrare nel ginepraio del costo orario che nei corsi manageriali fa rizzare i capelli, ma oserei dire che certamente ti porti a



casa 500 pazienti dei peggiori (quelli delle offerte speciali) con un target quindi dalle scarse possibilità di recupero, butti via 250 ore, 500 bicchierini (confido nell'usa e getta), 500 salviette, parecchi cicli di sterilizzazione degli strumenti imbustati e non, ed in perdita alla fine. Giuro non capisco. Forse mi sfugge qualche cosa. Ma veniamo alle aragoste ed alle ostriche. La Corte di Cassazione ha stabilito che aragoste e crostacei vari non vanno lasciate sul ghiaccio, e neppure, pare con le chele legate (le aragoste non hanno chele ma gli astici si, e pure le usano), in quanto provano dolore e ne hanno memoria. La sentenza fa riferimento a studi scientifici fatti da una università (malignamente dico di ghiottoni) che dopo vari esperimenti (e vari aragoste sacrificate per la scienza) è arrivata alle conclusioni di cui sopra. Pare che non amino neppure essere buttate nell'acqua bollente. Sempre che non sia in corso una ricerca sulle ostriche (se avessero bisogno di un volontario assaggiatore mi offro), pare che queste ultime siano indifferenti a starsene sul ghiaccio, ad essere violentate da una lama da ostricaro ed essere infine aggredite da succo di limone negli ultimi momenti di vita. Premesso che il limone NON si usa non so se questa indifferenza è reale od è il frutto di mancanza di studi. Ecco allora spiegata l'affermazione di prima, speriamo che il legislatore ci consideri aragoste sensibili e ci tuteli e non ostriche menefreghiste lasciandoci al nostro destino.

In attesa che mi tolgano anche il piacere di mangiare questo mollusco, visto il clima vacanziero vi consiglio questa semplice ricetta: prendete 2/3/4 ostriche a testa,

apritele conservando parte del loro liquido e filtratelo, tagliatele grossolanamente; nel frattempo avrete preparato un aglio, olio e peperoncino in cui salterete della pasta (secca non fresca) cotta in acqua con pochissimo sale a cui aggiungerete all'ultimo il liquido filtrato e dopo una breve mantecatura, fuori dal fuoco, nella pentola, aggiungete le ostriche "tazzate". Buon appetito e buone vacanze.

dott. Diego Paschina  
Presidente CAO  
OMCeO Trieste



## Riforma rivoluzionaria delle scuole di specialità

E' stato pubblicato sul sito del MIUR il "Decreto interministeriale recante gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle scuole di specializzazione di area sanitaria". Il decreto definisce i nuovi standard minimi, generali e specifici, e i requisiti che dovranno essere in possesso delle unità operative delle strutture ospedaliere e universitarie della rete formativa. Il provvedimento punta ad innalzare il livello e la qualità della formazione specialistica mediante criteri oggettivi e quantificabili. Le scuole di specialità saranno valutate secondo parametri rigorosi, nello specifico l'ANVUR (agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario e della ricerca) verificherà la qualità scientifica dei docenti in base alle pubblicazioni prodotte negli ultimi anni, mentre l'AGENAS individuerà gli indicatori di attività formativa ed assistenziale per la valutazione complessiva delle strutture ospedaliere. In questo modo si otterrà uno strumento che permetterà di misurare costantemente la qualità assistenziale e la produzione scientifica di ogni scuola di specialità. Il nuovo sistema di accreditamento premetterà di avere a disposizione delle reti formative non solo gli ospedali universitari (già inclusi precedentemente), ma anche le strutture ospedaliere territoriali, che fino ad oggi dovevano stipulare una convenzione specifica con l'università per poter ospitare i medici in formazione specialistica con problemi legati alla copertura assicurativa del medico

specializzando e il non automatico riconoscimento dell'attività svolta. In pratica le scuole di specialità dovranno documentare le dotazioni in possesso dalla rete formativa (strutture ospitanti universitarie e territoriali, posti letto, docenti, aule) e i volumi assistenziali (complessità della casistica clinica, numero degli interventi chirurgici, qualità e sicurezza delle cure).

Il decreto prevede inoltre l'adozione di un libretto-diario informatico finalizzato alla certificazione delle attività svolte da ogni medico in formazione specialistica, riassunte nel Diploma Supplement, un documento rilasciato dall'Università personalizzato per il singolo specializzando, simile a quello rilasciato dalle altre università europee e che favorirà la mobilità dei medici in formazione all'interno della comunità europea.

Il 10 luglio 2017 si è conclusa la prima fase di inserimento dei dati richiesti nella piattaforma informatica da parte di ciascuna scuola di specialità. Ora si è aperta la seconda fase che prevede la verifica delle proposte di accreditamento delle reti formative delle scuole di formazione specialistica. Nel caso in cui alcune scuole non dovessero soddisfare gli standard, requisiti e indicatori di attività formativa e assistenziale individuati dal decreto, a queste potrà essere concesso un accreditamento provvisorio per un periodo massimo di due anni, periodo nel quale l'università dovrà predisporre un piano di miglioramento.

Tutto questo punta a migliorare il livello



formativo delle scuole di specialità italiane con criteri improntati ad una maggior qualità e trasparenza. Il nuovo decreto permetterà quindi di risolvere annose problematiche "all'italiana": scuole di specialità in chirurgia generale senza casistica operatoria o scuole di ginecologia e ostetricia senza un punto nascita!

dott.ssa Laura Ukovich  
Consigliere  
OMCeO Trieste





## La chirurgia robotica a Trieste



Siamo qui a parlare di chirurgia robotica perché finalmente anche a Trieste, in Azienda Sanitaria Universitaria Integrata, è stata installata una piattaforma tecnologica per la chirurgia robotica con sistema DaVinci Si Dual console.

La Chirurgia robotica (Robotic Assisted Surgery) è quella che consente all'operatore di praticare un intervento chirurgico manovrando, a distanza, un robot non autonomo ma capace di eseguire manovre comandate mediante un principio di servo-meccanismi. È una tecnica divenuta ormai consolidata, sia pure in centri selezionati, e rappresenta la massima evoluzione della chirurgia mini-invasiva laparoscopica. Ha fondamentalmente le stesse indicazioni e può eseguire sostanzialmente le stesse tipologie di interventi ma, rispetto alla chirurgia video assistita tradizionale, presenta alcune differenze importanti. Il chirurgo è distante fisicamente dal campo operatorio e siede ad una consolle, dotata di un monitor con visione tridimensionale, dalla quale, attraverso un sistema complesso, comanda il movimento dei bracci robotici. A questi vengono fissati i vari strumenti chirurgici, pinze, forbici,

dissettori, del tutto sovrapponibili a quelli tradizionali.

Il sistema robotico DaVinci è costituito da tre componenti principali:

- Console chirurgica: è il centro di controllo. Tramite la console il chirurgo controlla gli strumenti disposti sul carrello paziente per mezzo di due manipolatori e di pedali.
- Carrello paziente: è il componente operativo del sistema da Vinci e si compone di quattro braccia mobili e interscambiabili dedicate al supporto della telecamera laparoscopica e di tre strumenti da 8 mm simultaneamente.
- Carrello visione: contiene il centro di controllo che mette in comunicazione le altre due unità operative.

Vediamo brevemente quelle che sono le caratteristiche peculiari del sistema per la chirurgia robotica. Innanzitutto gli strumenti robotici sono dotati di 7 gradi di libertà rispetto ai 5 gradi di uno strumento laparoscopico tradizionale. Questi due gradi di libertà in più conferiscono allo strumento robotico una motilità così versatile e precisa al pari della mano dell'uomo tali da essere definiti come "endo-wrist" ossia polsi endoscopici. I



movimenti che il chirurgo è in grado di compiere attraverso i comandi della sua console (masters) vengono riprodotti in maniera assolutamente precisa e immediata dai corrispettivi device intracorporei (slave). Il tutto conferisce una naturalezza e precisione al movimento ed al gesto chirurgico che non ha eguali. Altra caratteristica peculiare del sistema robotico è una visione tridimensionale di realismo insuperato grazie alla presenza di una ottica laparoscopica ed un corrispettivo visore dotati di due canali separati e distinti che creano una sensazione di "immersione" nel campo operatorio (Immersive Interface). Completano queste caratteristiche, altre peculiarità tecniche come l'abolizione del fine tremore manuale, la demoltiplica del movimento (Motion Scaling), la conservazione del normale rapporto dei movimenti, il fattore di ingrandimento fino a 12 volte che rendono questo sistema uno strumento unico nel suo genere.

Un tale approccio tecnologicamente avanzato porta innumerevoli benefici sia intra che post operatori, sia per il paziente

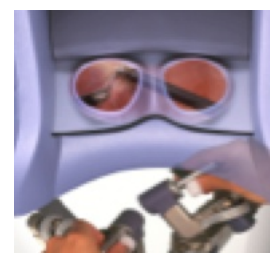
che dal punto di vista clinico. I principali vantaggi clinici sono rappresentati da:

- maggiore precisione dei movimenti e quindi maggiore cura nella fase demolitiva dell'intervento così come maggiore precisione nelle procedure ricostruttive per la preservazione di strutture critiche
- eccellente visualizzazione dei reperti anatomici e dei piani di clivaggio e maggiore facilità nell'accesso di strutture anatomiche complesse o di difficile raggiungimento.

I principali vantaggi per il paziente sono invece i seguenti:

- Incisioni ridotte con minimo dolore post-operatorio e recupero più rapido
- Migliore controllo del sanguinamento con conseguente riduzione delle perdite ematiche e della necessità di emotrasfusioni
- Riduzione dei giorni di degenza e più rapida ripresa delle normali attività quotidiane.

Il sistema attualmente in nostra dotazione inoltre possiede una seconda console che permette a due chirurghi di collaborare durante la procedura, così da aumentare l'efficienza nella formazione e nella



supervisione e ridurre la curva di apprendimento.

Il primo robot chirurgico fu introdotto nella pratica clinica dalla Intuitive Surgical nel 2000 e da allora la ditta ha provveduto ad evolvere ed apportare continuamente miglioramenti nella macchina al punto tale da arrivare alla quinta generazione di robot. A fine 2015 si contano quasi tremilacinquecento unità installate di cui più di duemilatrecento negli Stati Uniti d'America e quasi seicento in Europa. Di questi ultimi, oltre novanta sono presenti ed operativi in Italia che rappresenta, dopo la Francia, il secondo paese europeo con più unità a disposizione. A tutt'oggi gli interventi chirurgici che possono essere agevolmente portati a termine con tecnologia robot assistita DaVinci ricoprono praticamente tutti i campi della chirurgia generale e specialistica con applicazioni per la cardiocirurgia (per la quale il robot era stato previsto in origine), l'urologia (che ha provveduto a far esplodere l'impiego del robot in ambito chirurgico ed attualmente traina il settore in ambito internazionale), la ginecologia, la chirurgia toracica, la chirurgia pediatrica e l'otorinolaringoiatria. Le procedure eseguite ed eseguibili coprono la maggior parte delle patologie più comuni. I numeri parlano chiaro: nel mondo le procedure complessive sono aumentate da più di duecentomila nel 2008 a quasi seicentomila nel 2015. Dal 2000 solamente nel nostro paese sono stati portati a termine con successo oltre settantamila procedure di cui nel solo 2015 gli interventi eseguiti sono stati oltre tredicimila con incremento medio del 20% ad ogni anno.

Sempre più studi scientifici pubblicati su riviste internazionali indexate hanno dimostrato i vantaggi della robotica sia in termini di vantaggi clinici, sia in termini di vantaggi per il paziente a conferma della validità e del pieno consenso che sta ottenendo questo tipo di chirurgia in tutte le discipline. Nel campo specifico urologico la prostatectomia radicale è diventata, in molte realtà internazionali, l'intervento Gold Standard per il tumore prostatico organo-confinato. Anche l'Italia conferma questo trend con un aumento medio annuo di questa procedura pari al 30%. Allo stesso modo gli interventi di chirurgia renale conservativa per patologia neoplastica stanno incrementando considerevolmente la loro indicazione con una netta riduzione delle procedure demolitive radicali che vengono riservate solo a situazioni avanzate.

Nello specifico delle dotazioni robotiche presenti nel nostro territorio, lo scenario italiano vede la regione Lombardia capolista con venti unità, seguita dalla regione Veneto e Toscana che ne detengono 10 ciascuna e poi a seguire tutte le altre regioni. Di queste, ne sono totalmente sprovviste solo tre tra cui, fino a qualche mese fa, proprio il Friuli Venezia Giulia. Questa incresciosa situazione faceva sì che molti nostri concittadini che desideravano usufruire della tecnologia robotica per risolvere le loro patologie, erano necessariamente costretti a rivolgersi fuori regione, talvolta nel vicino Veneto ma più spesso in Lombardia. Dall'aprile scorso però, come anticipato in apertura di articolo, in ASUITs è stata finalmente installata una piattaforma robotica DaVinci Dual



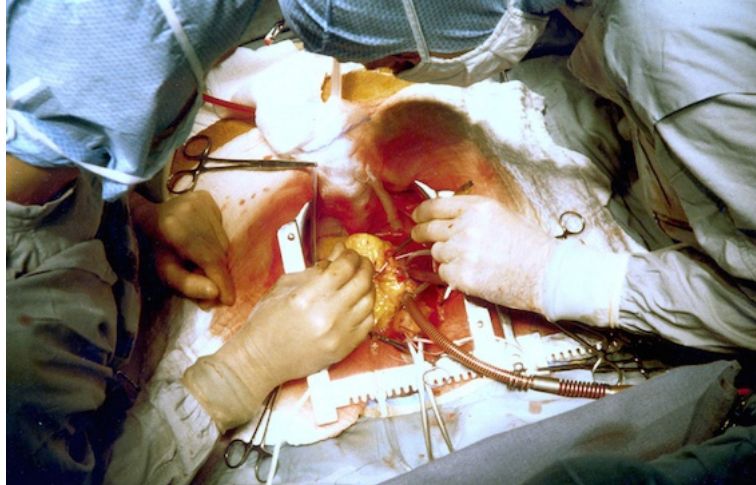
Console. In questi due mesi l'urologia ha potuto eseguire una dozzina di interventi, principalmente prostatectomie radicali per adenocarcinoma prostatico (9) ma anche nefrectomie parziali sempre per patologia oncologica (2), e due procedure per patologie benigne: una pieloplastica per sindrome del giunto pieloureterale ed una colposacropessia per grave prolasso degli organi pelvici. Ha fatto seguito all'urologia il reparto della Clinica Otorinolaringoiatria, la Chirurgia Toracica e la Chirurgia Generale. E' in procinto di iniziare qualche procedura anche il reparto della Ginecologia dell'Ospedale Burlo Garofolo e si stanno definendo gli ultimi dettagli per poter fornire questo importante servizio anche ai pazienti dell'Azienda Sanitaria Bassa Friulana-Isontina. Questo è solo l'inizio di un progetto che speriamo si concretizzi in maniera definitiva ma siamo convinti che la strada sia quella giusta ed i risultati preliminari ci stanno dando conferma. Pertanto siamo fiduciosi che le Istituzioni comprenderanno l'importanza di portare avanti questo percorso per il bene dei nostri cittadini che hanno diritto di usufruire del migliore livello di cure.

Prof. Carlo Trombetta,  
Direttore della Clinica  
Urologica di Cattinara  
Dott. Andrea Lissiani  
Dott. Roberto Knez



## Buon compleanno!

### Il bypass aorto-coronarico ha compiuto 50 anni (1967 - 2017)



Il 9 maggio 1967 l'argentino René Favaloro (1) eseguì il primo bypass aorto coronarico sulla coronaria destra con successo alla Cleveland Clinic, rivoluzionando la gestione della cardiopatia ischemica. Ma altri chirurghi prima di Lui si erano cimentati in diversi tipi di approccio per combattere l'angina, riducendo il lavoro cardiaco (simpaticectomia) o aumentando l'offerta di sangue (legatura dell'arteria toracica interna o del seno coronarico, impianto dell'arteria toracica interna ecc.). Però Robert H Goetz (2) già nel 1960 aveva praticato un intervento di rivascolarizzazione coronarica collegando l'arteria toracica interna destra alla coronaria utilizzando una cannula di Payr modificata in tantalio. La pervietà dell'anastomosi fu dimostrata con angiografia e il paziente rimase asintomatico per un anno. Il suo lavoro pionieristico non venne apprezzato. Nel 1965 Kolesov (3) praticò un bypass aorto coronarico in un paziente con infarto miocardico acuto, i colleghi russi ritennero l'intervento inutile perchè non aveva futuro. Kolesov però fu il primo a riferire dell'innesto di una vena safena sulla

discendente anteriore sinistra. La strada era stata tracciata e molti cardiocirurghi si cimentarono nella rivascolarizzazione coronarica, utilizzando diversi tipi di condotti (la gastroepiploica, la toracica interna o mammaria e l'arteria radiale), incrementando il numero degli innesti e impiegando innesti sequenziali per favorire una più completa rivascolarizzazione. Nel 1990 le successive innovazioni tecniche (a cuore battente e poco invasive) hanno migliorato i risultati e ridotto le complicazioni della procedura. Il successo della rivascolarizzazione coronarica con bypass fu dimostrato con diversi studi randomizzati, il primo dei quali, condotto dalla Veterans Administration, fu pubblicato nel 1977 sul New England Journal of Medicine (4).

Le innovazioni delle tecniche diagnostiche (ecocardiografia intravascolare, valutazione della riserva di flusso coronarico) hanno migliorato la selezione dei pazienti, permettendo di scegliere per loro il tipo di intervento più opportuno fra bypass, angioplastica con e senza stent e persino procedure ibride (associazione di angioplastica e bypass). L'Heart Team



è fondamentale per questo processo decisionale. In ogni caso l'intervento di rivascularizzazione miocardica resta fra le conquiste più importanti della cardiologia e della cardiocirurgia di questi ultimi 50 anni tenuto conto dell'ampia diffusione della malattia coronarica in tutto il mondo. Gli approcci pionieristici di tanti cardiologi e cardiocirurghi (in particolare statunitensi) hanno permesso i successivi sviluppi della gestione chirurgica dell'ischemia miocardica. Tutti meritano la nostra riconoscenza e quella dei pazienti.

Prof Dr. Sabino Scardi  
Primario Emerito di  
cardiologia  
Docente di cardiologia  
Università di Trieste

#### Bibliografia

1. Favaloro RG Saphenous vein autograft replacement of severe segmental coronary artery occlusion (operative technique) *Ann Thorac Surg* 1968; 5:334-339
2. Goetz RH ,Rohman M, Haller M et al Internal mammary-coronary artery anastomosis-a nonsuture method-employing tantalum ring *J Thorac Cardiovasc Surg* 1961; 41:378-386
3. Kolesov VI, Potashov LV Operations on the coronary arteries *Exp Chir Anaesth* 1965; 10:3-8
4. Veterans Administration Coronary Artery Bypass Cooperative Study Group Eleven-year survival in the Veterans Administration randomized trial of coronary bypass surgery for stable angina *N Engl J Med* 1984; 311:1333-1339



## Medicina ed Economia: le loro analogie da esplorare

Nel gennaio e nel maggio dello scorso anno ho additato all'attenzione dei lettori (pazienti!) le affinità - man mano poi rivelatesi viepiù evidenti - fra la medicina praticata e la finanza esercitata; affinità in fondo originate da una matrice che accomuna le due discipline costantemente immerse nel "mare magnum" dell'incertezza. Ne è sorto un dibattito o ne è nata una confutazione?

Apparentemente niente di tutto ciò, come d'altronde presumevo. Tuttavia nel concreto - badando al mio settore di competenza e con precipuo riferimento all'analisi anamnestica - ho raccolto delle critiche non velate nei confronti della sfera sanitaria. E, in modo speculare, quei pochi interlocutori a me familiari, appartenenti a quest'ultima sfera, non si sono affatto risparmiati nell'individuare altrettante carenze dalla parte opposta. Sicché il "simpatico giochino dello scaricabarile" è servito a convalidare la mia tesi di partenza senza però dar avvio ad un approfondimento veramente scientifico: mi accontento giacché sarebbe stato illusorio sperare di più! E su tale presupposto, oramai consolidato, apro un altro territorio di somiglianze ovvero di presunti parallelismi sbalorditivi: stavolta catalizzando lo sguardo sul massiccio e crescente impiego degli strumenti informatici in entrambi i pianeti presi in considerazione. O meglio, polarizzandomi sulle diffuse conseguenze di una prassi siffatta che - tanto per fugare subito pericolosi equivoci - reputo ultra-valida

purché agita con quei saggi canoni miranti ovunque a scongiurare gli eccessi. Proprio così, perché una recentissima ricerca condotta in campo finanziario preconizzerebbe addirittura la totale scomparsa della figura del consulente: non ci voglio credere, come non voglio assolutamente credere di poterla estendere all'universo medico. Benché io debba invece credere che l'adozione dei sistemi automatizzati di elaborazione starebbe provocando effetti molto consistenti - e determinanti - nel comparto di mia diretta pertinenza. Valga la citazione (di sicuro da non sottovalutare) della modifica delle capacità cognitive del soggetto qui analizzato in forza della ferrea legge della plasticità celebrale, secondo cui il cervello - organo elastico/flessibile in interazione - si va sempre più modellando nella direzione meccanicistica, con il concomitante indebolimento delle facoltà atte ad entrare in sintonia con il contesto negoziale. Parlo di quel "quid" impalpabile, di quella abilità assai nevralgica che - grazie ad inafferrabili doti da affinare nel tempo - risulta in grado di percepire e di catturare il valore predittivo di certi movimenti dei mercati: una potenzialità che fa .. la differenza autentica.

Mi sorge allora la domanda se, sul fronte della medicina, stia succedendo qualcosa del genere (nel pari rispetto delle scoperte neuroscientifiche). Oppure essa al contrario riesce a sottrarsi alle inconsapevoli costrizioni della delega alla strumentistica quanto alla funzione della



cattura dei segnali/sintomi patologici?  
Con il che, insomma, continuando a  
coltivare come nel passato anche il  
fruttifero ricorso alla semeiotica fisica?  
Si tratta di interrogativi fuori luogo o  
impertinenti?  
Per la mia esperienza - "ceteris paribus"  
- non lo sono.

Lucio Chiricozzi

