

Mohit BHANDARI, Anders JOENSSON
**CLINICAL RESEARCH
 FOR SURGEONS**

Thieme, Stuttgart–New York, 2009

Libro denso di concetti, di logismi e neologismi, di valutazioni matematiche, di formule per la ricerca, di criteri di precisione da applicare alla casistica; un libro difficile per capire il quale è indispensabile seguire attentamente e gradualmente lo sviluppo dei concetti e delle gabbie terminologiche. La trattazione si affida difatti a un sistema di progressione cognitiva espressa nella brevità e nello schematismo dei capitoli che assicurano l'avanzamento dell'intelligibilità concettuale e terminologica.

Nella parte I c'è una breve rassegna delle fasi storiche della ricerca clinica e si sottolinea il valore attuale della medicina basata sull'evidenza: la parte II tratta dei principi della ricerca clinica, delle metodologie per l'osservazione casistica, dell'analisi economica, dello studio di affidabilità, della classificazione e della lettura dei risultati, dei significati clinici valutati dalla compilazione statistica. La parte III stabilisce le precise regole della ricerca clinica proponendone i requisiti, la bontà dei quesiti, la consultazione e l'interpretazione della letteratura, la definizione dell'ampiezza dello studio, la motivazione di budget, la pianificazione di trial randomizzati e non randomizzati, i momenti etici, la valutazione corretta di farmaci e strumentazioni, le strategie per ottenere i finanziamenti, la costituzione dei gruppi di ricerca, i comitati per il monitoraggio dei dati, la valutazione separata dei risultati, i criteri pratici per condurre uno studio, la guida per l'analisi statistica, ...

Il ritmo della trattazione è serrato ed esigente, l'intercessione non è consentita, il lessico specifico è indispensabile, solo diagrammi e tabelle ritenuti punti chiave per la lettura sono concessi, la bibliografia è veramente essenziale. Il fine è ambizioso: fare in modo che anche i chirurghi progrediscano nell'attualità e nei significati ortodossi della ricerca clinica sulla frontiera dell'ormai acquisito ed anche oltre per omologare e rendere possibili i riscontri e confronti di ordine planetario a tutto vantaggio della cura dei malati.

I due "Editor" principali – ambedue clinici ortopedici – sei "Editor" di sezioni e diciannove "contributori", in massima parte Universitari Canadesi, si prefiggono dunque di guidare il chirurgo sulle direttrici moderne della ricerca clinica, dominata dal concetto preminente di

"evidenza". Il chirurgo è rimasto indietro in questo campo per tante ragioni, anche per la sua stessa formazione ma soprattutto per l'esiguità del tempo a sua disposizione. È indispensabile colmare questo difetto e la prima originalità del libro sta nell'essere stato concepito e finalizzato a tale scopo (*Giorgio Di Matteo*).

David E. BECK, Patricia L. ROBERTS,
 John L. ROMBEAU, Michael J. STAMOS,
 Steven T. WEXNER

**The ASCRS Manual
 of Colon and Rectal Surgery**

Springer, New York 2009

Sarà pure un manuale, sarà pure un'edizione ridotta (un "estratto") del trattato corrispondente ("ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery") ma rappresenta di per sé una conquista didattica e metodologica. È un trattato chirurgico sulle malattie del colon e del retto ma fa posto anche, e non secondariamente, alle specifiche terapie mediche.

In tema di embriologia e di anatomia descrittiva c'è qualche buona precisazione specie per quel che riguarda le implicazioni funzionali e le correlate possibili soluzioni terapeutiche di alcune patologie. Il quadro diagnostico strumentale è illustrato con analisi razionale e di evidenza: endoscopia rigida e flessibile, radiologia, PET, CT colografia, RMN, imaging radionucleare, risonanza magnetica endorettale, ultrasuoni endoluminali con possibilità di visione tridimensionale. Seguono indirizzi per il trattamento preoperatorio e per il postoperatorio con le sue possibili complicazioni.

Poi ecco la descrizione sistematica delle patologie: benigne anorettali (includendo la "malattia" pilonidale e le dermatopatie perianali), a trasmissione sessuale, diverticolite colica, volvolo, emorragie digestive distali, endometriosi, traumi, poliposi e cancro, tumori presacrali, malattie infiammatorie, stomie, incontinenza, prolasso rettale, stipsi e sindrome dell'intestino irritabile, disordini del pavimento pelvico, laparoscopia, malformazioni, malattie rare.

Le ultime cento pagine sono dedicate ai risvolti economici dell'assistenza, a considerazioni etiche e legali, ad una revisione critica della letteratura dedicata, al miglioramento della pratica clinica, all'educazione chirur-

gica (“è tempo di cambiare!”) e ad un corposo indice analitico indispensabile per cercare immediatamente anche riferimenti particolari e occasionali.

Per i dati più importanti è considerata la scala dei livelli di evidenza. Con particolare cura ed insistenza sono illustrati i fattori e le classificazioni di rischio, le etiologie, le alterazioni genetiche, e catalogate le raccomandazioni di screening e dichiarate le curve di apprendimento.

Il rigore con il quale è condotta la trattazione generale e specifica per malattie, la serietà dell'intento informativo, la capacità di trasmettere al lettore gli elementi di un'esperienza consumata che però non esime da certe (occasionalmente) antologie metodologiche, per esporre varianti di scelta e accendere l'interesse a diversificare e a provare, fanno di questo piccolo (non tanto) ma esauriente trattato una guida sicura, una “risorsa da tasca” (“pocket resource”) da usare confidenzialmente (use “friendly”), dedicata, in prefazione, a studenti, residenti, professionisti “privati”, “nurse practitioner” e, in genere – secondo noi – a quanti si dedichino al trattamento delle malattie coloretali e su queste siano tenuti ad approfondimenti e confronti. Ma noi crediamo, per averlo esaminato con molto interesse e consultato letteralmente su molte questioni cruciali, che possa essere utile anche a chirurghi dedicati per un'immediata consultazione e per spiegazioni di ordine scientificamente conoscitivo e procedurale.

Le figure sono scarse per lo stesso peculiare impianto di estrema densità concettuale ad anche perché le im-

magini rimangono riservate al corrispondente trattato (*Giorgio Di Matteo*).

Luigi CRISPINO

ALIMENTAZIONE MEDITERRANEA E STILE DI VITA

Edizioni del Centro di Promozione Culturale
per il Cilento, Accioroli (SA), 2008

La cultura del mangiare sano è anche una cultura più vasta che include storia, etnografia, antropologia, arte, magia ed espressioni religiose. Per cui alcune caratteristiche dietetiche e le scelte connesse si muovono in un comprensorio di condizioni psicologiche e ambientali di ampio respiro, talora anche erudito, che servono a nobilitare ma anche a spiegarne compiutamente significati e opportunità.

Questo, in sintesi, è lo spirito che Luigi Crispino, medico e storico della medicina, ha voluto dare alla raccolta di consigli e precetti alimentari, che dalla antica Scuola di Salerno procedono fin negli studi attuali italiani e stranieri, sulla qualità della dieta mediterranea. Di questa si decantano virtù e appetibilità. La breve ma sostanziosa trattazione converge infine in un'appendice che, con una certa passione, prodiga ricette secondo tradizione ed esperienza (*Giorgio Di Matteo*).

Congresso Internazionale

“Mini-invasive Surgery. What’s new?”

Presidente Prof. F. Corcione

2nd edition - Napoli, 11-13 marzo 2010

Centro Congressi Complesso Universitario “Monte S. Angelo”

Il tempo non è stato particolarmente clemente, la contemplazione del terso anfiteatro naturale del golfo praticamente impossibile. Ci siamo dedicati pertanto con ancora maggiore attenzione e solerzia a seguire questo secondo Congresso Internazionale di Corcione che, a cadenza biennale, fa il punto e costituisce un insostituibile osservatorio sullo stato della chirurgia mini-invasiva in Italia e all’Estero.

Con quale spirito ha organizzato Corcione struttura e svolgimento di questo indispensabile incontro per la ricerca e l’aggiornamento? Prima di tutto concedendo spazi privilegiati a presentare e discutere le tecniche recentemente validate ed originali in divulgazione iniziale, senza pregiudiziali concetti di esaltazione o di critica ma secondo un approccio di intelligenza interpretativa e di etica, caratteristiche che fortemente contraddistinguono qualità e comportamenti di questo Chirurgo esperto nel tradizionale e pioniere nell’innovativo.

A una parte introduttiva del Congresso, rivolta alla definizione di indicazioni e dettagli tecnici ad opera di chirurghi ed équipes particolarmente addestrati, ha fatto séguito lo sviluppo di tematiche tuttora in movimento e in perfezionamento che emergono dagli studi casistici. Queste tematiche comprendono piccoli e grandi argomenti che si arricchiscono di ulteriori e nuove osservazioni e disamine sul divenire della chirurgia laparoscopica, oltre le frontiere ormai consolidate, nei settori esofageo e gastrico, colico, rettale. Una sessione a più voci, italiane e straniere, ha proposto, alla numerosissima platea, natura, essenza e sviluppo di nuovi recenti approcci chirurgici (“Single Port Access” o SPA e “Natural Orifices Transluminal Endoscopic Surgery” o NOTES). Altre sessioni sono state dedicate alla didattica per argomenti e all’informazione su quesiti controversi, alla revisione critica di metodi e tecniche, a “live sessions”.

Nella parte conclusiva dell’incontro è stata messa in discussione e confronto una serie di casi clinici e si è dedicato un *panel* alla chirurgia laparoscopica epatica mininvasiva nelle UOC di Chirurgia Generale (si può? si deve?). Un videofestival internazionale di opere selezionate, un simposio sulla chirurgia dell’obesità, un videoforum e un corso per infermieri hanno chiuso la manifestazione.

Si dimostra, in conclusione, che anche la chirurgia mini-invasiva continua, naturalmente, ad essere perfetibile anzi diventa, nella nostra epoca, anche innovatrice (contrariamente al concetto tardo-ottocentesco che non fosse più possibile modificare in meglio la tecnica o svilupparne ulteriormente certi aspetti fondamentali) e che il vero chirurgo deve seguirne e, per quanto possibile, applicarne l’evoluzione alla pratica non tanto per dimostrare di aver inventato qualcosa di nuovo di cui fregiarsi, ma per cercare nei cambiamenti scelte migliori per il malato e per se stesso nel quadro complessivo di una Sanità nazionale in progresso sociale e scientifico.

Melotti, in una bella intervista al centro del Congresso, ha parafrasato che “la Chirurgia è mente e mestiere”, quindi cultura e applicazione, etica e credo. Oggi la sua progressione è prevalentemente tecnologica. Ma la tecnologia, di principio, è contro natura così che ogni sua adozione in questo, come in ogni altro campo, deve essere convenientemente vagliata tenendo in conto la vitale utilità e convenienza per il malato, anche ai fini della qualità di vita e nella valutazione dell’entità dei costi.

Giorgio Di Matteo

Giorgio Montanari

In occasione della cerimonia di intitolazione di una piazza in Morciano di Romagna (Rimini) dedicata al Professor Giorgio Montanari, sono stato incaricato di portarVi il saluto della Società Italiana di Chirurgia. Il testo seguente è solo una preliminare versione sintetica e informativa del mio intervento a braccio sul palco della manifestazione. Tengo a pubblicarlo in ricordo di Giorgio Montanari, scomparso nel 2006, per la stima reciproca e la consuetudine che mi hanno legato a Lui.

Sono stato incaricato di portare il saluto della Società Italiana di Chirurgia a questa cerimonia in onore del Professor Giorgio Montanari.

Le scuole chirurgiche hanno il compito non solo e non tanto di forgiare aggiornati e sicuri professionisti quanto di far progredire applicazioni e tecniche in chirurgia sulla base di presupposti e realtà scientifiche. Nella prima metà del secolo Scorso, e oltre questa, la Scuola chirurgica creata e diretta dal Prof. Raffaele Paolucci – clinico chirurgico nelle Università di Parma, Bologna e Roma – interpretò e realizzò questi ruoli in maniera esemplare. A questa Scuola, e senz'altro fra le migliori figure, appartiene Giorgio Montanari. Di Lui ho un ricordo diretto, vivido e non occasionale, direi di familiarità. Infatti fisicamente vissi e prestai servizio per alcuni anni, circa alla metà del Secolo scorso, nell'Istituto di Clinica Chirurgica dell'Università di Roma, diretta appunto dal Prof. Paolucci. Ero ospitato in una camera dell'ultimo piano dell'edificio insieme a pochi altri Colleghi, fra cui Montanari. A tutti noi era stata data la possibilità, a titolo di merito, di esercitare – almeno temporaneamente – la scelta di dedizione assoluta alla chirurgia con rinuncia completa ad ogni forma diversa di aggregazione sociale. Ho avuto, quindi, occasione, in quel periodo, di conoscere bene Giorgio Montanari, di osservare la Sua attività scientifica e clinica, di capire le finalità del suo impegno, di assistere allo spirito che guidava la Sua formazione. Anche se a quel tempo ero molto giovane e poco esperto, ho tuttavia avuto modo di cogliere, nel ritmo della vita giornaliera in comune, i valori del suo comportamento sociale fondato su principi morali e onestà intellettuale.

Montanari era nato a Saludecio, in provincia di Forlì, nel 1910. Si laureò a Bologna nel 1935 con 110 su 110 e Lode e seguì poi a Roma il Professor Paolucci, con il quale percorse brillantemente i primi gradi essenziali della carriera universitaria. Fu assistente volontario, incaricato infine, per concorso, assistente effettivo, il che, allora, era considerato a ragione un ottimo ruolo di posizione accademica. Richiamato alle armi nel 1940, già specialista in chirurgia generale e in urologia, fu destinato agli Ospedali Militari di Etiopia e come unico chirurgo di divisione coloniale. Preso prigioniero dagli Alleati per la capitolazione della Colonia italiana, fu trasferito in India e qui fu a lungo operativo come chirurgo responsabile di un importante ospedale per prigionieri di guerra connazionali.

Tornato nel 1945 nella Clinica Chirurgica di Roma, conseguì la libera docenza in Patologia Chirurgica e, come allora era possibile, mantenendo qualifica e afferenza universitarie, fu primario chirurgo negli Ospedali di Fondi e Magliano Sabina. Nel 1953 è primario dell'Ospedale di Santarcangelo di Romagna e pertanto si dimette dall'Università, e poi dal 1964 al 1973 primario dell'ospedale di Riccione. Nel 1954 ottiene una seconda libera docenza in Clinica Chirurgica.

Dal 1973 e fino alla Sua scomparsa (2006) guida la Casa di Cura "Ernesto Montanari" a Morciano e vi lavora come chirurgo. La popolazione tutta, con questa manifestazione così largamente partecipata, gli testimonia ulteriore piena stima, riconoscimento ed affetto. Giorgio Montanari è veramente l'esempio di una figura che è riuscita a svolgere intensamente con perizia e successo l'attività assistenziale chirurgica in ambito universitario e ospedaliero, eseguendo decine di migliaia di interventi, al tempo stesso curando adeguatamente la ricerca scientifica con numerosi contributi sperimentali e clinici e l'attività didattica sulla base delle Sue importanti Libere Docenze.

Egli riassume così, in se stesso, i caratteri di una personalità professionale completa, determinata da profonde qualità morali e sociali di comprensione, solidarietà e soccorso.

Sono onorato di essere stato chiamato a ricordarlo qui, con Voi.

Giorgio Di Matteo