

### Malpractice

Ne parliamo con *Giovannella Russo e Maurizio Maggiorotti. Uno studio per la Siot e l'esperienza del presidente A.M.A.M.I*

pagg 2-3

### Il trauma nella quotidianità

I traumi sono sempre all'ordine del giorno. Sulla strada, nel lavoro, nello sport. Vertice internazionale a Capri.

pag 6

### Parola d'ordine: aggiornamento

Una panoramica degli appuntamenti scientifici. Spicca il Congresso a Torino sul trauma addomino-pelvico.

pag 7

periodico della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia

# SIOTnews

N. ZERO QUATTRO

"Siamo fra i più colpiti da denunce, gran parte immotivate. Con le Assicurazioni onerose"

## Una professione diventata un rischio

### Quando la Giustizia entra in sala operatoria

DI ALESSANDRO FALDINI

La nuova ortopedia ha connotati diversi da quella storica. Era una branca biologica, è diventata progressivamente meccanica e sostitutiva ed ora si sta volgendo verso la "mini-invasività" in accordo con i tempi, con le tecnologie e con la richiesta dei pazienti.

A questa evoluzione, per così dire tecnica, si è aggiunto il cambiamento del rapporto medio-paziente, spersonalizzato in conseguenza di leggi e regolamenti: il medico è diventato il tecnico ed il paziente un utente.

Ora una nuova "cultura", sta prendendo il sopravvento: il risultato impreveduto o indesiderato non è la conseguenza di una ineluttabile complicità o evoluzione indesiderata di un procedimento (che ha sempre un rischio percentuale di insuccesso) bensì è ritenuto, il più delle volte a torto, un errore.

Questo modo di pensare deriva spesso, purtroppo, dalla consuetudine che abbiamo di criticare l'operato dei colleghi: si crea il dubbio al paziente (chi è quel cane che ti ha operato?), il consulente di parte il più delle volte esprime pareri senza un supporto tecnico e senza adeguatamente motivarli. Intervengono i legali che hanno tutto l'interesse a innescare procedimenti a scopo rivendicativo partendo, talvolta, dal "penale" con il criterio "non abbiamo nulla da perdere".

La nostra specialità è fra le più colpite da denunce, gran parte immotivate e le assicurazioni diventano sempre più onerose. Oggi è pericoloso fare il nostro lavoro!

La chirurgia ortopedica sta diventando "difensiva": tecniche a rischio, pazienti "difficili" o situazioni "pericolose" vengono molto attentamente valutate e talvolta si dà valore al rischio rinunciando al beneficio. I giovani oggi si allontanano sempre di più dalla nostra specialità e soprattutto dalle tecniche a risultato incerto. Così tecniche insostituibili non essendo più praticate non verranno più apprese e non faranno più parte della cultura e del bagaglio delle generazioni future.

La perdita di tecniche chirurgiche ancora valide ma a rischio di... denuncia sarà un danno irreparabile per i pazienti del domani. Se si vuole salvare la nostra specialità si devono rivedere i termini del problema: il paziente se è giusto deve essere risarcito in tempi brevi, attraverso arbitrati che escludano costosi appalti legali ed il medico, qualora sia stato ingiustamente accusato di "mal practice" deve far valere le sue ragioni in quanto colpevolizzato a torto con "lite temeraria".

Siot, Nuova Ascoti, AMAMI ed altri perseguono questo obiettivo, si invita tutti a collaborare a partecipare al dialogo. Speriamo che i legislatori recepiscano questo grave problema per ridare serenità al professionista nell'interesse di tutti anche e soprattutto dei pazienti.

Il disegno di Stefano Navarrini magistralmente esplicita lo stato d'animo attuale: la collaborazione porterà, speriamo in tempi brevi, a... una grafica serena!



Viaggio nel Congresso SIOT 90. Prima tappa



Si lavora attivamente all'organizzazione del Congresso Nazionale della SIOT che è in programma a Firenze dal 9 al 13 ottobre.

E' l'edizione numero 90: si tratta di una delle più antiche manifestazioni scientifiche non solo italiane. Per Firenze è un ritorno perché più volte il capoluogo toscano ha ospitato il vertice degli Ortopedici e dei Traumatologi italiani. Il primo Congresso a Firenze avvenne nell'ormai lontano 1913. Con questo numero di SIOTnews iniziamo un

viaggio nel Congresso, viaggio che si concluderà con un numero tutto dedicato alla manifestazione e che verrà diffuso in sede congressuale.

In controcopertina la prima tappa: l'intervista ad uno dei co-presidenti, Rodolfo Capanna che sintetizza un tema della manifestazione e cioè quello della ricostruzione ossea. Capanna si sofferma poi sugli obiettivi del Congresso. Nel prossimo numero un'ampia intervista all'altro co-presidente, Paolo Aglietti, il servizio a pagina 8



Ortopedia e Traumatologia: non solo Scienza. Anche Solidarietà. All'interno servizi sull'Associazione Orthopaedics che sta ridando il sorriso e la voglia di vivere a tanti sfortunati bambini e adulti in Africa.

pagine 4-5

Dr. GIOVANNELLA RUSSO  
AMMINISTRATORE DELEGATO  
DI A.R.T.I.S.

# Gestire il rischio medico non vuol dire assicurarsi

**R**egli ultimi anni si è osservata una progressiva escalation delle denunce dei pazienti per errore medico verso professionisti della materia in genere ed Ortopedici in particolare. E questo nonostante l'errore medico, tradizionalmente attribuito alla colpa individuale, sia stato oggi accertato essere l'ultimo anello di una catena di fattori che intervengono nel processo sanitario di diagnosi e cura producendo un evento avverso. Non è quindi detto che il soggetto a cui l'errore viene attribuito ne sia il maggiore responsabile. Ad aggravare la questione giunge che chi, a torto o ragione, è ritenuto responsabile dell'errore, spesso lo nasconde per vergogna o timore di incorrere in procedimenti legali e giudiziari mentre nella prevenzione dello stesso, essendovi sempre riferimento all'individuo, la responsabilità delle cause, anche remote, viene messa da parte.

Il principale attore di questo fenomeno, di fronte alla crescita del suo rischio professionale, reagisce con un atteggiamento di sola difesa: dal rischio, dal paziente e dai suoi legali, dal sistema. In altri termini si assicura. E resta vittima del sistema assicurativo nel quale è la parte contrattuale più debole perché subisce le statistiche, gli incrementi dei costi, le disdette anche in presenza di sola denuncia (e non di liquidazione) di sinistri.

Il risk management, tecnica in progressiva diffusione, insegna che la corretta gestione di ogni rischio richiede, prima di pensare alla sua tutela, un profondo processo di conoscenza, quantificazione, prevenzione e protezione: la difesa dal rischio ed il suo eventuale trasferimento intervengono, se del caso, solo alla fine del processo. È in questa tecnica "gestionale" dei rischi, che si situa lo studio commissionato dal Consiglio Direttivo SIOT ad ARTIS consulting: ricercare reali ed efficaci soluzioni alternative alla difesa "tout court" dal rischio medico che non consentano appunto la gestione.

Il sistema AlternativeRiskTransferIntegratedSolutions® interviene in via preventiva e protettiva direttamente sul rischio medico ed in via successiva, con trasferimento/trattamento in proprio delle conseguenze del rischio, sulla conseguenza dell'errore, il risarcimento del danno al paziente.

## L'Accordo Arbitrale AMAMI

A fine di tutelare sia il paziente, realmente vittima dell'errore sanitario, che il medico innocente, è stato studiato il testo di un accordo arbitrale che, ove sottoscritto dalle parti vedrebbe ridursi notevolmente il ricorso sistematico alla Giustizia Ordinaria. Inoltre verterebbe l'utilizzo del processo penale quale grimaldello per un risarcimento economico. Infatti la scelta di risolvere i profili di responsabilità civile attraverso la forma del compromesso arbitrale inibisce la possibilità di far valere in altra sede l'aspetto del risarcimento economico del danno.

Si tratta di uno strumento legale già previsto ed utilizzato abitualmente nei contratti delle polizze sanitarie o infortuni, negli appalti pubblici e privati ed in moltissimi altri rapporti.

La legalità dello strumento consiste nel fatto che le parti, nell'ambito della loro autonomia contrattuale, possono liberamente decidere di rivolgersi al giudice ordinario stabilito dallo Stato o ad un giudice privato. Libertà prevista espressamente dagli artt. 806 ss., c.p.c., sia perché implicitamente prevista dagli articoli 24 e 25 della Costituzione.

Il testo dell' "Accordo Arbitrale AMAMI" è stato studiato appositamente per non incorre in problemi procedurali che potessero infuocare il valore, come tale garantisce totalmente le parti solo se adottato nella sua formulazione integrale, comprensiva della paternità AMAMI. Tra i vantaggi dell'arbitrato vi è sicuramente la celerità e l'agilità dello strumento, infatti ex art. 820 c.p.c., qualora non sia stabilito diversamente dalle parti, il giudizio deve essere terminato ed il lodo va emanato entro 180 giorni dalla costituzione del Collegio Arbitrale. Inoltre il giudice è affidato sicuramente a soggetti competenti e di fiducia delle parti.

Importante anche la possibilità di valutazione di diritto ma anche equitativa prevista. Il giudizio arbitrale è un giudizio "privato" che risolve una controversia con funzione sostitutiva ad un primo grado di giudizio davanti ad un giudice ordinario e perciò equivalente ad esso, tant'è che la decisione (lodo) può essere direttamente impugnata in secondo grado, presso una Corte d'Appello.

In conclusione l'Arbitrato rappresenta una procedura più snella perché l'unico principio da rispettare è quello del contraddittorio ed è di minore impatto emotivo. Si tratta in pratica di una rivoluzione nel campo sanitario, ma di una pratica ampia e collaudata in altri ambiti.

- Riassumendo i vantaggi:
- Probabile estensione dall'azione penale (tentata per giungere ad un risarcimento economico).
  - Rapido risarcimento ai pazienti realmente danneggiati.
  - Scorggiamento di una azione infondata.
  - Mancata divulgazione a mezzo stampa dell'episodio.
  - Minore impatto emotivo per il medico.
- Il testo dell'accordo si può scaricare su: [www.associazioneamami.it](http://www.associazioneamami.it)

*L'Assicurazione non è uno strumento proprio di gestione del rischio medico ma è un intervento ex post perché falsato nella determinazione dei costi (non si possono effettuare valutazioni reali sui rapporti sinistri/premi per l'arbitrarietà delle riserve, per la durata dei procedimenti giudiziari e per la diversità di determinazione del danno da Foro a Foro), nella sua vita contrattuale (manca l'alea perché se ogni medico in 20 anni di attività ha l'80% di probabilità di ricevere una richiesta di risarcimento danni si è più prossimi alla certezza) e nei suoi scopi (il rischio è quello di influire sul comportamento degli attori, rendendo più facile una pronunzia favorevole in presenza di copertura assicurativa).*

Due sono i pilastri essenziali e complementari su cui poggia il sistema. Il primo pilastro è la gestione del rischio medico diretto, strutturalmente garantito dalla creazione di un sistema continuo di accertamento e formazione (Scaf). L'accertamento del fatto è affidato ad un pool di studi legali esperti, ad una Commissione di specialisti medici e ad una Commissione medico-legale di esperti nominata dal Ministero della Salute. Contemporaneamente il controllo del pool sull'errore, vero e presunto, alimenta una banca dati costituita ad hoc, con diffusione periodica continua dei casi trattati e della loro evoluzione legale e medica. Questo primo step è economicamente garantito nella forma di una Tutela Legale totalitaria che prevede il versamento di una quota individuale che, per un massimale di 2 milioni di euro e 5000 iscritti, varia tra i 20 ed i 40 euro all'anno.

Il secondo pilastro poggia sulla istituzione di un fondo "nominale" di 5 milioni di Euro - massima somma risarcibile per uno o più errori/richieste di risarcimento danni realmente emergenti dal sistema Scaf. Il valore del fondo nominale è stato determinato in base a 3 parametri: il massimo risarcimento sinora corrisposto per malpractice (€4,3 milioni), il costo medio annuo dei sinistri (risarcimento+assistenza legale-spese di gestione) pari a 19mila Euro, ed il numero di aderenti postumi a 5mila professionisti.

La gestione del fondo nominale è affidata ad un sistema di betting (scopessa) impuro triennale che prevede il pagamento ad una Compagnia specializzata di un premio forfetario diviso in 3 rate annuali. L'importo oscilla tra 1,5 e 2 milioni di Euro - 30/40% del valore del massimale/commissa di 5 milioni di Euro corrispondenti ad una quota individuale compresa tra 100 e 133 euro. Successivamente, ogni 12 mesi viene effettuato il controllo del reale rapporto tra premi versati e risarcimenti corrisposti. Se il rapporto è inferiore all'importo iniziale, la Compagnia restituisce un valore variabile tra l'80 ed il 50% mentre, se è superiore, il contributo iniziale viene reintegrato di tante quote individuali quante sono necessarie per raggiungere le somme effettivamente pagate o non un massimo, in ogni caso, di 2 volte e mezzo la quota triennale inizialmente fissata.

Il successo del sistema nel suo complesso poggia sulla forza dell'unione e sulla volontà, comune e solidale, del Gruppo di aderenti non solo di tutelare i propri interessi e quelli dei pazienti, ma anche di risolvere in modo radicale, e non più di tamponare, il problema del rischio medico ancorandolo all'accertamento dell'eventuale causa, concessa, responsabilità e corresponsabilità.

I risultati anche hanno ottima probabilità di poter contribuire alla riduzione dei costi per la medicina difensiva, di riequilibrare il rapporto medico-paziente, di restituire alle giovani generazioni il coraggio di affrontare questa professione, indispensabile per il genere umano.

## I danni arrecati al medico innocente

La vicenda giudiziaria sebbene inizia con la più ampia formula assolutoria, crea comunque, sempre, un danno per il medico innocente.

**IL DANNO PATRIMONIALE.** Costituito dal "danno emergente" e dal "lucro cessante", determinati dalla diminuita attività lavorativa; spese legali per la difesa; aumento del premio o peggio dalla disdetta dell'assicurazione.

**IL DANNO NON PATRIMONIALE.** Ben più grave e meno risarcibile del precedente. La denuncia di "malpractice" ha connotati infamanti. La traduzione italiana del termine è disonestà, imperizia, terapia sbagliata, illecito.

**IL DANNO BIOLOGICO.** Costituisce una perdita per l'esattezza, esso consiste nella riduzione o nella soppressione della qualità della vita del danneggiato causate da una compromissione dello stato di salute goduto prima del verificarsi del danno, e debbono essere valutate a prescindere da qualsiasi conseguenza patrimoniale sfavorevole.

**IL DANNO MORALE SOGGETTIVO.** Definito come il "Pretium doloris", è il danno ai sentimenti che vengono colpiti dal torto che è tanto maggiore quanto l'aveva è distante dalla verità.

**IL DANNO ESISTENZIALE.** Si identifica con una "rinuncia al fare". Viene configurato come un pregiudizio eredituale, non patrimoniale, tendenzialmente onnicomprensivo, in quanto qualsiasi privazione, qualsiasi lesione di attività esistenziali del danneggiato può dar luogo a risarcimento.

DI MAURIZIO MAGGIOROTTI  
PRESIDENTE AMAMI

# Rabbia, frustrazione e stress, viaggio fra accuse e assoluzioni

**I**n venti anni di attività un medico chirurgo ha ottanta possibilità su cento di ricevere un avviso di garanzia o essere citato in giudizio per lesioni. Secondo i dati confermati dall'Ania nell'ultimo rapporto annuale, tra il 1994 e il 2002, le denunce per colpa professionale sono aumentate del 148%. In Italia circa quindicimila medici all'anno vengono accusati di "malpractice" e sottoposti a richieste di risarcimento per danni. Ma i due terzi vengono assolti per non avere commesso il fatto. Cosa rimane dopo l'assoluzione? Rabbia, frustrazione, depressione e stress che lasceranno per sempre il sanitario segnato nell'anima e ne condizioneranno le scelte professionali ed esistenziali.

In realtà questi tentativi di lucro, ai danni di una intera categoria di professionisti, hanno creato un problema ben più ampio. L'aumento del contenzioso paziente-medico ha determinato in molti casi l'instaurarsi della cosiddetta "medicina difensiva", ossia non operare sempre la scelta terapeutica migliore per il paziente, ma la meno rischiosa per il medico. I sanitari spesso per rassicurare i pazienti, più che per reale convincimento scientifico, richiedono esami molto costosi e a volte inutili. Le assicurazioni hanno aumentato i premi delle polizze per responsabilità professionale che devono sopportare i medici. Tutto ciò ha determinato un aumento dei costi globali dell'assistenza. Quindi l'aumento del contenzioso crea un aumento dei costi ed un peggioramento globale della qualità dell'assistenza ai danni del cittadino. Per tentare di arginare la piaga dilagante della facile accusa di malpractice a fine di lucro ed offrire una sanità migliore, l'AMAMI agisce da un anno in Italia con varie iniziative, largamente condive.

**CONFLITUALITÀ TENDENZIALMENTE ESISTE.** Questa non trova fondamento in un reale tentativo di speculazione ma si fonda sull'eccesso di aspettativa maturate circa l'esito delle cure, che si sono poi rivelate minori alle attese. Questo particolare fenomeno può trovare le sue cause in "un auto convincimento" del paziente, maturato dalla lettura di riviste e quotidiani che sovente mostrano i risultati strabilianti della conquista medica come scontati e routinari, ingenerando false aspettative. Altre volte invece, gli stessi medici forniscono un quadro talmente rassicurante della prestazione da non preparare minimamente il malato a qualsiasi inconveniente. In entrambe le situazioni prospettate, i risultati disattesi ingenerano malessere e malcontento, che possono confluire in una richiesta risarcitoria.

Per mitigare questo aspetto della conflittualità può essere sufficiente, da parte del sanitario, un'estrema chiarezza nell'esposizione orale che precede il trattamento terapeutico.

**CONFLITUALITÀ TENDENZIALMENTE DISONESTA.** La più odiosa e motivo del nostro impegno. Sempre più spesso si assiste a richieste di risarcimenti per danni da lesioni intente contro i medici allo scopo di perseguire una finalità diversa da quella di Giustizia. Questo aspetto del problema presenta molte facce ed ha diversi protagonisti. Sicuramente questo settore è visto da molti come possibile "terreno di caccia". Nascono ovunque associazioni che offrono assistenza gratuita nelle cause contro i medici. Ovviamente i risvolti dell'ingiustizia richiesta risarcitoria, perpetrata ai danni di un medico innocente, hanno un ben altro impatto emotivo e sociale e possono presentarsi numerosi e variegati risvolti di natura risarcitoria.

**COSA FARE PER RISOLVERE LA QUESTIONE.** È il quesito al quale abbiamo cercato di dare una risposta nel dicembre 2002 fondando a Roma una Associazione, non a fine di lucro, denominata: A.M.A.M.I. acronimo per indicare Associazione per i Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente, nata con l'unico scopo di proteggere i medici dall'accusa ingiusta di malpractice. Al fine di limitare la pratica delle facile denunce intente verso i sanitari innocenti, l'Associazione ha scelto i seguenti mezzi: diffondere la problematica dell'ingiustizia accusa sui media; avere rapporti di partnership con le Società scientifiche, Associazioni e Sindacati medici; ospi-

## Un grande successo il Convegno di Milano

Si è tenuto a Milano a Palazzo Castiglioni il 4 e 5 marzo 2005 con un enorme successo in termini di partecipazione e di risultati il 2° Congresso Nazionale AMAMI (Associazione per i Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente). Ampia la partecipazione: tra i presenti il Presidente Sicil. Alessandro Faldini. I temi affrontati nel corso due giornate sono stati: la medicina difensiva; i danni reclamabili dal medico per l'accusa infondata; la problematica assicurativa; i rimedi legislativi; lo stato dell'Arte dell'Associazione. "Determinante per il successo - dice Maurizio Maggiorotti presidente AMAMI - la partecipazione al Congresso dei massimi esponenti delle Società Italiane di Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Plastica e di Radiologia". Dalle due giornate è emerso l'impegno da parte dei politici ad introdurre nei decreti legge norme atte a tutelare maggiormente i medici ingiustamente accusati di malpractice; l'esigenza di vagliarne nuove possibilità assicurative o strategie alternative di gestione del rischio medico e delle sue conseguenze sia legal che economiche; la volontà di proseguire nell'attività di rivista condotta al fianco dei medici, in alcuni casi emblematici affrontati da ogni accusa dalla stessa Magistratura; la necessità di pubblicare un "libro bianco" che raccolga i casi più eclatanti di accusa ingiusta cui sono stati vittime i medici. Il Congresso ha plauduto alla nascita delle neonate Sezioni Periferiche di Catania e del Veneto. La rilevanza dell'evento è stata testimoniata dall'attenzione posta dal media. **IL DANNO PATRIMONIALE SOGGETTIVO.** Altri partecipanti, tratti da vari schieramenti politici, si sono detti disponibili a firmare un Disegno di Legge, su proposta dall'AMAMI che preveda: 1. Obbligatorietà per i magistrati di affiancare l'opera del medico legale a quella dello specialista della particole/branchia ed esperienza del medico imputato. 2. Istituzione di un Fondo di Garanzia Sociale - ispirato al "modello francese" - per risarcire i pazienti danneggiati da complicanze incompribili insite nelle cure. Alea terapeutica. 3. Spinta alla creazione di un sistema arbitrale da adottare nelle controversie paziente-medico.



Maurizio Maggiorotti

tare la Conferenza permanente di specialisti; ospitare il servizio di pronto soccorso legale; diffondere l'utilizzo dell'accordo arbitrale AMAMI; attività legislativa; costituire un deterrente, evitando i giudici e responsabili di un'azione infondata.

Nell'accertare la responsabilità del medico imputato o citato in giudizio, tanto il Pubblico Ministero quanto il giudice civile si trovano nella necessità di nominare un perito (nel giudizio penale) o un consulente d'ufficio (nel giudizio civile), la cui competenza non si rivela, poi, sempre esente da profili di censurabilità. Al riguardo, va osservato che per troppi anni molti medici si sono adoperati in qualità di periti e consulenti tecnici nell'esaminare l'operato di colleghi delle più diverse Specialità senza averne la necessaria conoscenza tecnica specialistica, con la conseguenza che, talvolta, i processi hanno tratto alimento e si sono incardinati su perizie assolutamente errate e prive di qualsivoglia fondamento. Troppo spesso - come ben noto - si assiste a vicende giudiziarie che vedono coinvolti dei medici innocenti, i quali vengono, però, riconosciuti tali solo dopo un calvario durato spesso molti anni.

Al fine di giudicare esattamente l'operato del medico convenuto in giudizio è necessario l'intervento di un consulente medico del Tribunale che sia realmente esperto nella particolare materia tema della controversia. Infatti, l'inesistente sviluppo tecnico e scientifico della medicina dei nostri giorni rende non indispensabile che ad affiancare l'importante professionalità dei medici legali siano chiamati altri medici, professionisti specializzati nella varie branche sanitarie e terapeutiche di volta in volta coinvolte. In tal senso, al fine di perseguire la Giustizia nel senso più alto e nobile della sua accezione, sarebbe opportuno poter fornire al Magistrato un elenco di specialisti di esperienza tecnico-specialistica non solo comprovata, ma anche pari o superiore a quella del medico il cui operato è oggetto di accertamento e valutazione.

A tal fine si è costituita in seno all'AMAMI la Conferenza di Specialità che, composta dai presidenti delle Società Specialistiche maggiormente coinvolte, è finalizzata ad offrire le più qualificate ed obiettive indicazioni specialistiche su ogni tecnica utilizzata. Sempre in tale prospettiva è stata, poi, elaborata dall'Associazione una lettera indirizzata ai Presidenti dei Tribunali di tutta Italia, per renderli edotti e partecipi dell'iniziativa condotta. ([www.conferenzaspecialita.org](http://www.conferenzaspecialita.org)).

## UNA STORIA

### Un primario ortopedico e una condanna che fa riflettere

**V.S.** Il Primario Ospedaliero di Ortopedia negli anni 1989, 1990 e 1991 utilizza per le artroprotesi totali d'anca dei cotili di una Ditta Statunitense fra le più note e le più repute sul mercato. Il tipo di impianto era stato scelto dal suo predecessore. Dal 1992 incomincia a verificare in alcuni pazienti (circa diciassette casi su una coorte di oltre trecentocinquanta cotili impiantati) una usura anomala dell'inserito in polietilene; provvede alla sua sostituzione, sospende l'utilizzo di detti cotili e rende edotti di questa anomala usura i pazienti stessi, la Direzione Sanitaria e l'Amministratore Delegato della consociata italiana della Ditta fornitrice del materiale. Direzione Sanitaria ed Amministratore Delegato ignorano la comunicazione. Il polietilene rimosso viene affidato ad un Istituto Universitario di Chimica che lo esamina e riscontra un livello di ossidazione assai elevato e conseguentemente la rottura delle catene molecolari per il polietilene in questione risulta avere un alto basso peso molecolare (normalmente il polietilene impiegato deve avere un alto peso molecolare). Sei dei suddetti pazienti presentano una richiesta di indennizzo che non viene accettata; malgrado fosse stato ben chiaramente specificato ai loro legali che si trattava di materiale fornito dalla Ditta in questione che non corrispondeva alle caratteristiche richieste, l'azione legale successiva viene intentata contro l'Ospedale ed il Primario.

La ditta in questione invia al Primario ed all'Ospedale una comunicazione scritta nella quale risultava che nel 1990 era al corrente del problema e che in quell'anno aveva richiesto alla Consociata Italiana di ritirare tutti i cotili di quel modello e sostituirli con altri, richiesta a cui la Consociata Italiana non aveva ottemperato.

Il procedimento civile è terminato nel 2004 con la condanna in solido dell'Ospedale e del Primario: la relazione del Collegio Peritale non riscontrava difetti nella collocazione chirurgica dei cotili ed attribuiva l'anomala usura ai quei difetti di ossidazione riscontrata dall'Istituto di Chimica. La motivazione della condanna è stata che Ospedale e Primario "sono responsabili in via contrattuale del danno causato ... per non aver adempiuto con diligenza alla prestazione sanitaria", "Invero l'ente ospedaliero ed il sanitario forniscono una prestazione complessa che ricomprende oltre alla prestazione professionale ... anche la scelta e la fornitura del materiale protesico da impiantare".

(Tratta dal sito dell'Associazione AMAMI)

## Gertruda va in bici, Amina cammina

DI CARLA LOMBARDINI

**S**ono partita per l'Africa come volontaria al seguito di mio marito e mio figlio entrambi ortopedici ed altri volontari per lavorare nella missione del Kituo in un piccolo ospedale, gestito da missionari, dove vengono accolti bambini con gravi lesioni dell'apparato locomotore.

Il villaggio è lontano un giorno di fuoristrada dalla capitale, senza luce e telefono, poche capanne di fango, una rada e stenta vegetazione dovuta alla siccità, terra rossa e ferite che con un po' di pioggia farebbe miracoli, una fontana ed una fila paziente di donne con contenitori di ogni tipo.

La prima volta è successo nel 1999 quando siamo venuti a sapere che in Tanzania c'era una sala operatoria che non veniva utilizzata per mancanza di "manodopera". La mia scelta era fra seguire l'équipe di volontari, messa insieme da mio marito e affrontare l'avventura, o restare a casa accanto al telefono muto, aspettando notizie. Tutto questo mi ha dato da pensare non poco. Mi ha fatto partire il desiderio di confrontarmi con me stessa, a quasi sessanta anni, di trovarmi davanti ad una realtà di sofferenza e malattia, che non essendo del mestiere non era preparata ad affrontare, il desiderio di misurarmi con una realtà di miseria e con la privazione delle comodità delle quali siamo un po' tutti schiavi (acqua gassata, doccia, un gelato, un bicchiere di prosciutto).

Poi mi è venuta una forza incredibile, una spinta da dentro, che mi ha fatto affrontare l'Africa vera, non quella dei viaggi organizzati ma quella dei villaggi polverosi, delle capanne di fango, delle lunghe distanze, dove non sai dove fare pipì, dove hai paura di bere l'acqua, dove gli scorpioni pesano tre etti, dove il cibo è poco e immangiabile per una vegetariana come me.

La carezza di pioggia rende insensibili i vegetali commestibili. I luoghi dove non c'è bisogno di qualcosa non serve avere denaro perché non c'è niente da comprare. Viene ribaltato il concetto: non sono io che cerco di comprare ma sono loro che cercano di vendere. E' un po' come un mercato di prodotti di lusso in un villaggio in mezzo alla savana arsa dal sole non c'è neanche l'ombra, non cresce niente perché non piove, gira qualche vacca magra, qualche capra, non ci sono polli: sono morti non avendo più niente da razzolare. Puoi comprare un bel kanga, non tanga, un kanga che è un pezzo di stoffa dai magnifici colori che le donne mettono intorno ai fianchi o alla vita per portare il bambino attaccato alla schiena, puoi trovare dei meravigliosi lumini a petrolio fatti riciclando bombole di insetticida o lattine di bibite (niente va sprecato). Puoi trovare il carretto che vende pesce seccato al sole, proveniente dall'Oceano Indiano, magari delle piccole arance, se è giorno di mercato, anche delle teste di capra cotte tipo fast food, grandi pezzi di sterno di mucca essiccato, molti commercializzati, in vendita ovunque.

La missione del Kituo, dove risiede l'ospedale con 50 letti per bambini handicappati, è situata su un cuscuzolo che ha l'aspetto di un vulcano.

E' apparsa ai miei occhi, la prima volta, come una visione di sogno dopo tanto squallore, una perla nel deserto, un'asi benedetta e accogliente. Sorrisi e affetto ti avvolgono con un grande abbraccio amoroso ma un'occhiata rapida e stupida afferra subito deformità tragiche, come se una natura impazzita e impetosa si fosse scatenata, per invidia, su delle creature dalle facce così belle. Ma niente lì è tragico e pesante come ci si potrebbe aspettare. I bambini ridono, si riconcorono con le carrozzine, cantano perché lì, nella missione, suore amabili li hanno lavati e dato loro messo indumenti puliti, sono stati nutriti e possono dormire in un letto come mai nella vita. Sarebbe lungo il "discorrere", si dice da queste parti, ce ne sarebbe da dire a raccontare.

Tutto è cominciato così, è stata attivata la sala operatoria, dopo aver reso utilizzabili le attrezzature rimaste ferme per troppo tempo. Molte cose mancavano, i lacci emostatici sono stati fatti con camere d'aria di bicicletta, alcuni strumenti di ortopedia, indispensabili, portati con noi dall'Italia, ci sono costati tre milioni di sovrappeso, con conseguente benedizione alla compagnia di volo che non ha saputo riconoscere una spedizione chirurgica da una squadra di surf! Qualcosa però mancava sempre ma l'inventiva italiana non ha paura di niente: se mancava un cacciavite da chirurgia si cercava un cacciavite da meccanico, si sterilizzava. Li trapano da ortopedia costa più di venti milioni di lire, non possedendolo, per molto, abbiamo usato un Black and Decker avvolto in un telo verde sterilizzato; poi un ago che ho regalato un'ora fa parte del nostro equipaggiamento e viaggia con noi. Il generatore faceva energia sufficiente per la sala operatoria, la sera era spento ed una lampadina gialla a batterie illuminava il refettorio dei frati ricco solo di amore e riconoscenza, dove ogni boccone sembrava rubato a qualcun altro. In camera le termite disegnavano sui muri strani intrecci grafici dei quali, in principio, non sa-

continua a pagina 5



## FALDINI: "LA PRIMA VOLTA ANDAMMO IN TANZANIA"

In Africa non c'è nemmeno un accenno di medicina sociale. Abbiamo ridato speranza a chi non l'aveva più

DI LUCIANO RAGNO

**T**utto ha inizio nel 1999. "Un giorno - dice Alessandro Faldini - vengo a sapere da un mio collega, Silvano Mastrogostino, che in Tanzania c'è una Missione gestita dai Frati Cappuccini di Prato che aveva una sala operatoria per interventi di Ortopedia. Una sala operatoria abbastanza attrezzata ma inutilizzata per mancanza di medici e di infermieri. Era stata donata alla missione da un volontario. La situazione mi incuriosisce molto e attiva ancora una volta quella gran voglia di fare del bene che ho dentro e che sono riuscito a trasmettere a mia moglie e ai miei figli. Sono dell'idea che un medico, se è veramente tale, deve esercitare la professione anche al servizio di gente sfortunata che non gode dei benefici della Medicina". Parte così l'avventura di Orthopaedics, l'Associazione che porta il sapere medico, quello ortopedico, e soprattutto tanta umanità e tanta solidarietà in terre lontane, dove il progresso non è né lontano né sfiorato. Alessandro Faldini racconta quanto gli aveva detto Mastrogostino in famiglia e tutti rimangono folgorati. "Dobbiamo andare in Tanzania". E così, sempre nel 1999, Alessandro Faldini, insieme al figlio Cesare, anche lui ortopedico, e un'assistente, la dottoressa Gracia, decide di non andare in ferie sulla costa tirrenica o in montagna ma di recarsi in Tanzania. E' ancora il 1999. Un lungo viaggio in aereo, nove ore di jeep di cui un paio percorrendo una strada sterrata. "Finalmente arrivo alla Missione. Effettivamente la sala operatoria c'è e non è nemmeno male, solo che non è stata mai utilizzata e quindi la strumentazione ha risentito del peso e del logorio degli anni. Questa sala era stata donata dieci anni prima da un benefattore a Padre Angelo Simonetti. Ci sono apparecchiature radiologiche, letti operatori, ma tutto in disuso". Faldini figlio e l'anestesista si mettono al lavoro per far ripartire le macchine. C'è da sistemare l'impianto idraulico, quello elettrico e la sterilizzatrice che ha le valvole chiuse. Cinque giorni di grande impegno e finalmente si può cominciare ad operare. Vengono sottoposti a interventi trenta bambini. Una sala operatoria per interventi ortopedici nei bambini estremamente interessante in quest'area della Tanzania, come del resto in tutto il Continente. Sono molte, infatti, le deformazioni congenite, come il piede torto, così come sono numerose le paralisi spastiche. Il fatto è che i bambini nascono senza assistenza sanitaria e quindi se il parto incontra difficoltà può verificarsi il fenomeno dell'afasia quindi della paralisi spastica: a rischio l'apparato locomotore. Occorre aggiungere che sono tante le persone con esiti di poliomielite, la vaccinazione in quell'area è cominciata solo nel 1987 e la copertura vaccinale è ridottissima. Ci sono poi tante persone avanti con gli anni, con i segni della poliomielite: ci vorranno almeno cinquant'anni e intense Campagne di vaccinazione per veder ridotto il numero dei pazienti con le conseguenze di una così grave malattia. C'è poi la condroplasia, una malattia a carattere familiare, legata soprattutto ai matrimoni fra consanguinei. Non bisogna mai dimenticare che in Tanzania, ma anche nel resto del Continente, i Centri di assistenza medica sono veramente pochi. C'è la medicina di chi è più e cioè di chi può permettersi le cure, nemmeno un accenno di medicina sociale. Salvo quanto si fa nelle Missioni religiose o nelle strutture create dal volon-

ariato laico.

"Si dice che presto - dice Faldini -, attraverso il tam tam, la notizia che alla Missione si ridà il sorriso a tanti bambini. E la gente dai villaggi ci viene a trovare chiedendo un intervento. Ma noi siamo pochi e i giorni a disposizione non sono tanti. E poi abbiamo il problema delle continuità assistenziali. Gli interventi in Ortopedia non sono uguali a quelli in altri settori. L'atto ortopedico ha necessità di controlli quindi dopo quel primo viaggio gli obiettivi diventano due: dare assistenza immediata e assistenza continuativa soprattutto per la grande esigenza di effettuare controlli".

Alessandro Faldini torna un anno dopo in Tanzania per operare alla Missione, questa volta il gruppo è più numeroso: è formato da sei persone. C'è anche Pasquale Pingue, è un fisico, che si rivela sul posto ottimo elettricista, ottimo meccanico, sa fare di tutto. Adidritura fa ripartire l'apparecchio per le radiografie. Tutti e sei passano nella Missione le ferie e naturalmente hanno sostenuto il viaggio a proprie spese. Con Alessandro Faldini c'è la moglie, c'è anche la figlia Olivia, fisioterapista, e un ortopedico di Bologna, Francesco Troina, che lavora al Rizzoli. E così l'attività in Tanzania si intensifica. Arriverà ad oltre mille interventi. Intanto si sparge la voce di questo gruppo di ortopedici che lascia l'Italia per dare il sorriso a tanti infelici. Gli ortopedici vanno in Guyana Inglese, in Albania: in quest'ultimo Paese c'è bisogno soprattutto di protesi perché è diffusa la displasia congenita dell'anca. E per questo tipo di intervento occorrono soldi perché le protesi costano. Alessandro Faldini va anche in Somalia e si rende conto che qui manca tutto: non ci sono strutture, non ci sono mezzi e soprattutto non c'è la sicurezza. Tante le vicissitudini che il gruppo italiano ha sostenuto in questi anni, a cominciare da un componente della spedizione colpito da malaria con il telefono satellitare guasto e quindi nell'impossibilità di comunicare.

Cresce l'Associazione anche dal punto di vista morale perché, al termine di un non breve percorso burocratico, Orthopaedics diventa Onlus entrando a pieno diritto nel luminoso firmamento delle Associazioni che hanno fatto della solidarietà il loro scopo di vita. L'Associazione si è presentata ai Media nella tarda mattinata del 15 febbraio per raccontare la propria attività ma anche per annunciare un concerto al Teatro Verdi di Pisa per raccogliere fondi. E a proposito di fondi, chi volesse aiutare l'Orthopaedics Onlus può effettuare una donazione per acquistare attrezzature ma può anche far pervenire - e qui il messaggio va ad amministratori di ospedali, case di cura o aziende farmaceutiche - prodotti che non vengono più utilizzati. Si possono anche inviare alimenti, "se qualcuno vuole fare la spesa per noi, saremmo grati" dice Faldini. E poi si possono finanziare le cure. Con soli 300 euro si può garantire la degenza in ospedale, in media quattro mesi; sostenere il costo di un intervento chirurgico e le spese della riabilitazione di un piccolo paziente.

## Aiutateci ad aiutare. Basta un piccolo gesto. In Africa, anche poco diventa moltissimo

CHI SIAMO

Chirurghi ortopedici, anestesisti, fisioterapisti, infermieri e tecnici volontari che da anni passano le proprie vacanze a lavorare nei paesi in via di sviluppo, con lo scopo di operare pazienti affetti da deformità ortopediche e di cura.

Curiamo i pazienti dall'intervento chirurgico fino alla guarigione completa ed al loro reinserimento nella vita sociale. Organizziamo e rendiamo funzionanti le sale operatorie dei Paesi in via di sviluppo riparando apparecchi elettromeccanici.

Inviemo viveri, biancheria, ausili ortopedici, materiale scolastico ed altri aiuti, agli ospedali dei Paesi poveri dove andiamo ad operare.

DI CHE COSA CI OCCUPIAMO

**La ortopedia pediatrica** - I bambini nei Paesi in via di sviluppo vivono costantemente in una situazione di emergenza sanitaria che pur troppo riguarda anche l'ortopedia. I medici di Orthopaedics Onlus intervengono per operare sulle principali deformità dello scheletro quali piede torto, displasia dell'anca, deformità poliomielitiche, esiti di paralisi cerebrali infantili, acondroplasia e deformità di altra natura.

**Ortopedia dell'adulto** - Attrosi dell'anca e dei ginocchi: le attrosi gravi possono essere curate con l'impianto di protesi, ovvero con la sostituzione delle articolazioni, che sono molto costose e difficili da reperire nei paesi poveri.



LE NOSTRE ATTIVITA'

Abbiamo organizzato sale operatorie in vari Paesi e attualmente svolgiamo chirurgia ortopedica su bambini ed adulti in diverse nazioni, tra cui la Tanzania, la Guyana Inglese, la Somalia e l'Albania.

PERCHE' CHIEDIAMO AIUTO

Orthopaedics Onlus è una associazione senza sprechi: non ha personale assunto ed i viaggi sono in gran parte auto-finanziati. Chi partecipa alle spedizioni lo fa durante le proprie ferie. Tutti i fondi raccolti vengono destinati al-

## E' un'Associazione senza fini di lucro e senza sprechi. Non ha personale assunto. Gli ortopedici che partono usano le ferie

pevo definire la natura. Un grosso geko nero abitava dietro la porta, terrorizzato dalla mia presenza, ci siamo rispettati entrambi per tre settimane. Solo le zecche non mi hanno rispettata, né io loro: le ho pinzate a dovere per toglierle.

Il passaparola riempie il cortile del Kituo, i genitori dei piccoli pazienti, accollati in un loro aspettano il loro turno ed il responso di mio marito. Si può fare... si può e si può, con più interventi... si ottiene un miglioramento... no, aspettiamo il bimbo troppo piccolo... facciamo un piccolo intervento poi si vedrà... no, non c'è niente da fare... Il responso negativo, tradotto in Swahili, cade sui genitori fiduciosi nel miracolo impossibile e trasforma i loro volti in maschere di ebano dall'espressione fissa e attenta: caricano il loro fardello aggroviato sulle spalle e via giù per la discesa polverosa.

Anno dopo anno, per più volte l'anno, la nostra équipe ha svolto il suo lavoro, tornando per i controlli con continuità. L'importanza della continuità l'ho capita visitando ospedali africani costruiti da generose donazioni: "cattedrali nel deserto" che cadono a pezzi per mancanza di fondi per il mantenimento: finestre senza vetri, letti senza biancheria, sale operatorie deserte. Poche garze, pochi medicinali, poco o niente di tutto perché, nei Paesi poveri, come i figli, gli ospedali è facile farli ma è difficile mantenerli: ho visitato un ospedale nel quale le flebo venivano riempite da un serbatoio del cortile e rinforzate con pochi sali minerali.

Trovare medici e personale sanitario per andare in Africa a fare i volontari non è difficile, la buona volontà non manca e l'avventura è bella... per una volta. Dopo la prima volta, pochi tornano e danno continuità alla loro opera, perché la realtà è ben diversa da quello che si vede in TV, perché l'Africa è sporca perché c'è la malaria, ci sono l'AIDS e un'infinità di malattie contagiose; c'è poco da mangiare. Si rendono presto conto che l'avventura è scomoda e poco divertente. Andare, tornare a proprie spese, rubare tempo alla famiglia, al lavoro, chiedere permessi speciali al capo o al datatore del lavoro, spendere il tempo delle ferie può essere troppo grave. L'Africa fa una selezione naturale spietata dei volontari, infatti c'è chi rinuncia e chi ne contrae una sorta di dipendenza dalla quale non si riprende più: punte altissime di nostalgia possono presentarsi a qualsiasi ora del giorno e della notte. Il contagio si crea albi e pianifica il suo lavoro per poter tornare in Africa a sentire quegli odori e rivedere quei sorrisi.

Facendo un piccolo bilancio della nostra iniziativa possiamo dire, con soddisfazione, che alcuni casi che da prima sembravano disperati, sono stati dei successi, altri delle semplici migliorie, altri avranno bisogno di altri interventi e di una costante riabilitazione, per raggiungere una certa autonomia. Sono stati rese utilizzabili le protesi amputate, radiazioni piedini torti, rimesse in asse gambe, rimediati pasticci combinati da madre natura e... dai medici locali.

Anno dopo anno e vari interventi le gambe intricate di Gertruda hanno una forma accettabile e le permettono di andare in bici. Amina, la sarta del villaggio, sta in piedi senza appoggi e cammina.

Daniel, di etnia Massai, aveva le anche lussate, operato con successo, è tornato al suo villaggio, dalla gioia di essere guarito ha cavalcato un pecorone, è caduto, si è fratturato ed è stato rioperato. Grace, la bambina di vetro, si fratturava spontaneamente anche mentre dormiva: le sono stati introdotti dei ferretti nelle ossa dove era possibile, per impedirle di rompersi con i mallocci. Baraka con piedi torti congeniti bilaterali gravissimi. Appoggiava scalzo sui mallocci: con l'intervento camminava sulle piante dei piedi e calza scarpe normali. Così per decine di bambini, che poi sono diventati centinaia. Orthopaedics è andata in Albania, in Somalia, in Guyana Inglese. L'Africa però è il primo amore; anche se qui il mio lavoro di ausiliaria è del tutto irrilevante, mi sento una privilegiata: quando attraverso il cortile i bambini mi tendono le braccia altri mi si aggrappano alle gambe, vedo le magliette i pantaloni, le mutande che ho inviato durante l'anno, li vedo giocare con le costruzioni, disegnare con i pennarelli, mangiare i biscotti che sono riusciti ad inviare grazie all'aiuto di amici generosi.

Anche alla mensa si mangia con più serenità, senza il complesso di rubare il pane agli altri, perché mandiamo quintali di pasta, olio, scatole e marmellate nonché generi di ogni tipo come sapone, disinfettanti, pannolini e naturalmente medicinali: quest'anno ad esempio macchine da cucire che daranno lavoro alle donne.

I nostri aiuti partono tre o quattro volte l'anno per la Tanzania in un container, con dentro un pezzo del nostro cuore. Non manca nel carico qualche stecca di sigarette per i frati e l'Amareto di Saronno per le suore ma, in particolare, non mancano mai capperi per Padre Francesco ma questa è un'altra storia.

le spedizioni, all'acquisto di medicinali, di strumenti chirurgici e di altro materiale necessario. Operare in ospedali poveri comporta spese notevoli: a volte dobbiamo interrompere il lavoro perché il materiale non è sufficiente.

COME AIUTARCI

**Donazioni:** anche una piccola somma sarà utile. Le donazioni sono fiscalmente detraibili: viene inviata la ricevuta fiscale.

**Attrezzature:** se sei un amministratore di ospedale o di casa di cura, se hai una azienda di riparazioni elettromeccaniche o una casa farmaceutica e possiedi materiale che non utilizzi più, che ritieni possa essere riparato e usato in un ospedale povero, contattaci.

**Banco alimentare:** raccogliamo alimenti che inviamo negli ospedali dove andiamo a lavorare.

**Finanzia le cure:** Con soli 300Euro si può garantire la degenza nell'ospedale (in media 4 mesi), sostenere il costo dell'intervento chirurgico e della riabilitazione di un piccolo paziente. Vengono inviate la documentazione relativa, un attestato, alcune fotografie e la ricevuta fiscale del versamento detraibile dalle tasse.

# Il Trauma nella quotidianità. Nella Società e in Medicina

INTERVISTE DI LUCIANO RAGNO A GIUSEPPE MONTELEONE E FILIPPO RANDELLI

Il tema è veramente accattivante: la Traumatologia Ortopedica. I relatori, tutti di chiara fama e provenienti da Europa e Stati Uniti d'America. La sede è eccezionale, l'isola di Capri, proprio nel momento del massimo fulgore, maggio. Questi sono gli elementi che fanno del 1st International Orthopaedic Trauma Course un evento che rappresenta il panorama delle manifestazioni scientifiche a livello mondiale. Presidenti sono Giuseppe Monteleone e Filippo Randelli, il coordinatore internazionale è M. Morandi e il coordinatore europeo è E. C. Marinoni. "Si tratta di un corso di altissimo livello" - dicono Monteleone e Randelli - "dedicato alla Traumatologia Ortopedica nel vero senso della parola. Purtroppo, i traumi sono all'ordine del giorno. Basti pensare a cosa succede ogni giorno sulle strade, sul lavoro e sui campi sportivi. Il trattamento delle fratture, quindi, rappresenta uno dei principali problemi quotidiani di noi ortopedici. Eppure la Traumatologia è un settore dell'Ortopedia che, chissà perché, è considerato da molti povero, routinario e poco stimolante. In realtà la traumatologia, eseguita ad alto livello, è uno dei campi in più rapido sviluppo culturale e tecnologico al mondo. È un segmento della patologia ortopedica particolarmente sentito dai pazienti.



Pensiamo solo che cosa accade in un pronto soccorso dove c'è bisogno di grande professionalità unita alla tempestività degli interventi. Il vertice di Capri avrà il compito di fornire a ortopedici giovani e meno giovani, ma con la mente ancora disposta ad apprendere e modificare i propri preconcetti, i canoni dei più moderni trattamenti delle fratture".

Nel corposo programma scientifico di Capri, aggiungono Randelli e Monteleone, saranno trattati tutti gli argomenti della Traumatologia Ortopedica comprese le complesse fratture della colonna vertebrale e del bacino. Poi è incluso anche tutto il panorama delle fratture in età pediatrica.

Inoltre verrà dato spazio alla descrizione e modo d'impiego dei mezzi di sintesi più attuali e alla ricerca di base. Lezioni pratiche vedranno protagonisti massimi cultori della materia intenti a mostrare tramite video chirurgici e interventi simulati su ossa sintetiche come loro trattano le fratture.

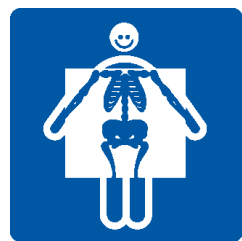
Verranno poi riportati i primi risultati dell'utilizzo delle cellule staminali e dei fattori di crescita in traumatologia nonché dell'utilizzo del computer come ausilio al chirurgo in sala operatoria. Novità quasi unica: questo corso ospiterà relatori di tutte le più importanti scuole di pensiero presenti al mondo, senza discriminazioni, con il solo fine di poter trasmettere tutto lo scibile senza dimesse censure culturali. Il Congresso vuole allargare l'orizzonte perché esistono varie esperienze internazionali, compresa quella italiana, di largo spessore anche se talvolta meno risonante e pubblicizzate.

Il Congresso di Capri, che ha come promotori i professori Vittorio Monteleone e Gianfranco Randelli, vede protagonista la Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT) e le Società affiliate specializzate nelle problematiche del trauma come AISO, AITOC, AOA, ASAMI & TE, CIO, SIGASCOT e SOCIATRAS. Saranno presenti al corso anche la Società di Traumatologia Statunitense (O.T.A.) e la Società di Traumatologia Europea (E.T.S.). L'appuntamento è a Capri, come abbiamo detto, per un Congresso che si presenta davvero di grandissimo interesse.

## NOTIZIE IN POCHE RIGHE

**È stato costituito in data 8 marzo** dalla Commissione Affari Sociali della Camera un comitato ristretto che dovrà proporre un unico dei progetti di legge sul cosiddetto "Governo Clinico" nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Tra i progetti presentati al Montecitorio figura quello del ministro della Salute, Girolamo Sirchia.

**Le foto scattate** per interventi chirurgici sono dati personali. Lo ha stabilito il Garante della Privacy al quale una donna si è rivolta riuscendo ad ottenere le fotografie scattate prima e dopo alcuni interventi di chirurgia plastica ai quali si era sottoposta.



**Genzyme Co. ha annunciato** l'acquisizione di Verigen AG, un'azienda tedesca che ha sviluppato un'innovativa terapia cellulare per la riparazione dei difetti cartilaginei denominata MACiB (Matrix-induced Autologous Chondrocyte Implantation). "Questa strategica acquisizione aiuterà ad incrementare l'offerta Genzyme nel campo della chirurgia ortopedica, proponendo un avanzato prodotto di seconda generazione per la riparazione dei difetti cartilaginei", ha affermato Ann Merrifield, Presidente di Genzyme Biosurgery.

## Aggiornamento, primo obiettivo dello Specialista

# Vertice a Torino sul trauma addomino-pelvico

Appuntamento al 10 giugno.

Presidenti:  
**Paolo Gallinaro,  
Antonio Miletto  
e Francesco Enrichens**

# La gonartrosi mette in ginocchio gli anziani

Il Convegno ha avuto un grande successo. Promotori i Presidenti delle Società: SIMG, SIR, SIOT e SIMFER

Le lesioni pelviche rappresentano un problema clinico complesso che richiede un approccio multidisciplinare da parte di un team esperto plurispecialistico.

L'introduzione di metodiche diagnostiche estremamente sensibili e di nuovi trattamenti chirurgici basati sui concetti della "damage control surgery" e della "minimally invasive surgery" hanno prodotto drastici cambiamenti nella gestione di questi traumi.

Il costante incremento nell'afflusso di tali lesioni ha reso necessario definire con il supporto del Sistema per la Gestione della Qualità un protocollo che fornisca agli specialisti che operano nell'area dell'emergenza le linee di condotta più efficaci secondo i criteri suggeriti dall'EBM e in accordo con le risorse. E il

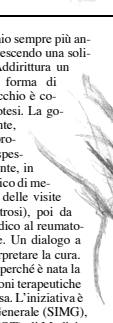


Convegno "L'approccio multidisciplinare al trauma addomino-pelvico" organizzato a Torino per il 10 giugno prossimo - presidenti Paolo Gallinaro, Antonio Miletto e Francesco Enrichens - al Centro Congressi del Museo dell'Automobile di Torino sarà l'occasione per avere un momento di aggiornamento e di confronto sulle terapie ed i trattamenti più efficaci nel trauma addomino pelvico.

Il Congresso rientra nel programma ECM e si rivolge a ortopedici e traumatologi, chirurghi di chirurgia generale, medici e chirurghi d'emergenza, anestesisti e rianimatori. Per ogni informazione si può contattare la segreteria scientifica del Convegno (Daniela Decaroli, Alessandro Massè e Jacopo Pallavicini al numero 011/505730) oppure la segreteria organizzativa Il Melagrano Centro Servizi (via Pigafetta, 36 - 10129 Torino - tel 011/505730 - segreteria@ilmelagranoconservizi.com oppure www.ilmelagranoconservizi.com). La partecipazione al convegno è gratuita.

La gonartrosi mette in ginocchio sempre più anziani. Li blocca in casa, accrescendo una solitudine che già è marcata. Addirittura un anziano su cento per questa forma di osteoartrite che colpisce il ginocchio è costretto a farsi impiantare una protesi. La gonartrosi è una malattia invalidante, dolorosa, cronica e costosa. Un problema in più: la curano in tanti e spesso in modo discordante. Il paziente, in prima battuta, va dal proprio medico di medicina generale (il 10 per cento delle visite ambulatoriali riguarda l'osteoartrosi), poi da uno o più specialisti, dall'ortopedico al reumatologo, all'esperto di riabilitazione. Un dialogo a più voci - con tanti modi per interpretare la cura. Chi ci rimette è il paziente. Ecco perché è nata la necessità di varare raccomandazioni terapeutiche per un'azione uniforme e condivisa. L'iniziativa è di Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), di Ortopedia e Traumatologia (SIOT), di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER) e di Reumatologia (SIR). Venerdì 25 febbraio nell'Aula Magna della Facoltà di Medicina a Pisa, in un Convegno, sono state presentate e discusse le raccomandazioni te-

rapite per la gonartrosi. Promotori i presidenti delle quattro Società: Claudio Cricelli della SIMG, Stefano Bombardieri della SIR, Alessandro Faldini della SIOT e Alessandro Giustini della SIMFER. Un'iniziativa di grande valenza non solo scientifica ma anche sociale tenendo conto che l'osteoartrosi è la malattia cronica di più frequente riscontro nella popolazione e rappresenta la causa più comune di disabilità nell'anziano. Basti pensare che l'osteoartrosi, comprendendo tutte le fasce della popolazione, colpisce nella forma sintomatica circa 4 milioni di persone. I costi totali, diretti o indiretti, si aggirano intorno ai 6,5 miliardi di euro con una spesa globale annua pro capite di circa 500 euro. A far lievitare questi costi, il consumo di FANS che rappresentano non solo le sostanze più adoperate nella popolazione ma anche quelle più frequentemente causa di effetti indesiderati. Sempre nel Convegno di Pisa è stato creato un gruppo di studio per la messa a punto di Linee Guida per la cura della coartrosi, la malattia che colpisce l'anca.



## Un nostro primato in 749 ospedali italiani

I reparti di ortopedia e traumatologia raggiungono le migliori performance negli ospedali italiani. Il mensile *Men's Health* ha pubblicato i risultati di un'indagine svolta in collaborazione con la società Acqua su 749 complessi ospedalieri e 8.115 i reparti. Le classifiche si riferiscono alla capacità delle strutture pubbliche di rispondere in prima istanza alle richieste di accoglienza, alla disponibilità di posti letto e all'efficienza del servizio day - hospital. In particolare, *Men's Health* ha analizzato le strutture di ricovero pubbliche ed equiparate alle pubbliche, appartenenti alle seguenti tipologie: strutture gestite direttamente

dalla Asl, Azienda Ospedaliera e strutture equiparate alle pubbliche. I reparti che vantano le migliori performance in assoluto sono ortopedia e traumatologia: 7 i centri con punteggi superiori a 90/100 e i celeberrimi Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna nelle primissime posizioni. Seguono urologia (con una media di 88,8 in una scala al cui vertice c'è Padova, ospedale di punta anche in altri settori) e cardiologia (88,5). Sono due i policlinici alla guida nelle diverse graduatorie: il San Matteo di Pavia per la cardiocirurgia e il Policlinico di Cagliari per l'allergologia. Le lunghe liste di attesa penalizzano le metropoli.

## Quando in corsia sono in agguato i germi

In Italia sono circa 500.000 i pazienti, su 9 milioni e mezzo di ricoverati l'anno, che contraggono un'infezione in ospedale, con percentuali che oscillano fra il 5 e il 17% dei degenzi. La mortalità raggiunge il 3%. Lo riferisce il ministro della Salute, Girolamo Sirchia (nella foto), rispondendo ad un'interrogazione parlamentare presentata da Aldo Perrotta (Forza Italia), per chiedere quali iniziative si intenda adottare per prevenire e fronteggiare le infezioni ospedaliere. Sono diffuse, scrive il Ministro nella risposta, le setticemie, le polmoniti, le infezioni da catetere venoso centrale, quelle urinarie e del sito chirurgico.

per studiarne la prevalenza e le cause e prevedere le misure organizzative e comportamentali per la riduzione e la gestione del problema. La commissione ha elaborato il documento "Risk management in sanità: il problema degli errori", invitando a luglio 2004 a tutti gli assessorati regionali alla Sanità e pubblicato sul sito internet del ministero della Salute. Di recente è stato costituito un gruppo tecnico, che valuterà l'efficacia delle iniziative adottate.

Le infezioni contratte in ospedale - afferma Sirchia - sono una delle principali minacce per la salute pubblica. La più alta frequenza si registra nei reparti di terapia intensiva dove circolano anche batteri multiresistenti agli antibiotici (Staphylococcus aureus metilclorinsensibile, Pseudomonas, Escherichia coli e Acinetobacter baumannii).

Fra le misure immediate per prevenirle, attenzione all'igiene personale e ambientale, con particolare riguardo al lavaggio delle mani del personale sanitario, l'uso di tutti i dispositivi di protezione individuali e di contenimento della trasmissione di agenti infettivi (mascherine, camici, soprascarpe, guanti) e la corretta gestione del paziente, con adozione rapida, se necessario, delle procedure di isolamento. Articolo tratto da "Doctor News"



| Congressi e seminari SIOT 2005  |  |
|---|--|
| <p><b>6-8 maggio</b><br/>65° Congresso della Società di Ortopedia e Traumatologia dell'Italia Centrale (S.O.T.I.C.) Pisa, Auditorium Area di Ricena CNR San Cataldo Prof. G. Guido<br/>Segreteria Organizzativa: Academic Studio Congressi, Pisa, Tel. 050 984400 Fax. 050 984419 e-mail: academicstudio@edbusiness.it</p>                  | <p><b>12-13 maggio</b><br/>IV Convegno Internazionale "Attualità e prospettive nella protes dianca e ginocchio". La mininvasività: dove siamo, dove stiamo andando Roma, Aurelia Convention Centre - Prof. F. Falez<br/>Segreteria Organizzativa: AISC &amp; MGR - AIM Group, Roma, Tel. 06 809861 Fax. 068088491</p>  |
| <p><b>13-14 maggio</b><br/>131° Riunione della Società Emiliano-Romagnola Triveneta di Ortopedia e Traumatologia (S.E.R.T.O.T.) "Il gomito traumatico" Faenza RA - Dr. M. Fontana<br/>Segreteria Organizzativa: Medicina Viva, Parma - Tel. 0521291314 Fax. 0521291314 e-mail: sertot@congressi.it</p>                                      | <p><b>20-24 maggio</b><br/>Il Corso Internazionale di Traumatologia: Capri - Grand Hotel Quisisana Dr. G. Monteleone, Dr. F. Randelli, Dr. Max Morandi (Hany Ford Hospital, Ditro1, USA)<br/>Segreteria Organizzativa: AISC&amp;MGR- AIM Group, Roma Tel. 06809681 - Fax 068088491 e-mail: traumacourse@aimgroup.it www.internationaltraumacourse.com</p>            |
| <p><b>23-26 maggio</b><br/>17° Congresso Nazionale della Società Italiana di Artroscolosi (S.I.A.) - Catania Centro Congressi Le Ciminiere Dr. A. Nicerò<br/>Segreteria Organizzativa: Dynamicom, Milano</p>  | <p><b>25-27 maggio</b><br/>18° Congresso Annuale della European Musculoskeletal Oncology Society (E.M.S.O.S.) Trieste, Stazione Marittima Congress Centre Dott. F. Gherlinzoni<br/>Segreteria Organizzativa: Rain Drops Congressi S.r.l., Trieste Tel. 040 3480166 Fax. 040 3484656 e-mail: info@raindrops.it www.emsos.org</p>                                      |
| <p><b>26-28 maggio</b><br/>36° Congresso Nazionale Ortopedici Traumatologi e Ospedalieri d'Italia (O.T.O.D.I.) - S.resa (VE), Palazzo dei Congressi Dr. E. Bux, Dr. A. Peveraro<br/>Segreteria Organizzativa: CSR Congressi, Bologna,</p>   | <p><b>10 giugno</b><br/>"L'approccio multidisciplinare al trauma addomino-pelvico" Torino, Centro Congressi Museo dell'Automobile Prof. F. Gallinaro, Dr. A. Miletto, Dr. F. Enrichens<br/>Segreteria Organizzativa: Il Melagrano Centro Servizi, Torino, Tel. 011505730 Fax. 011509400 email:segreteria@ilmelagranoconservizi.com www.ilmelagranoconservizi.com</p> |
| <p><b>9-11 giugno</b><br/>XXVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia Vertebrale (G.I.S.) Corso di Aggiornamento per Infermieri e Fisioterapisti (9 giugno) - Pesaro, Hotel Flammino - Prof. F. Greco<br/>Segreteria Organizzativa: CSR Congressi, Bologna, Tel. 051 765357 - Fax. 051765195 email:info@congressi.com</p> | <p><b>16-17 giugno</b><br/>21° Congresso Annuale della Cervical Spine Research Society - European Section Roma, Hotel Cavalieri Hilton Prof. C. Logroscino<br/>Segreteria Organizzativa: Studio EGA, Tel. 06328121 Fax 063240143 e-mail: cns21@ega.it/cns21v</p>   |

|   |   |  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|---|---|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| <p><b>SIOnews</b><br/>Tel. 0680691593<br/>E-mail: segreteria@sio.it<br/>Indirizzo: www.sio.it</p> | <p><b>Trimestrale Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia</b><br/>Direttore responsabile Luciano Ragno<br/>Direzione: Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia, SioT Via Nicola Martelli, 3 00197 Roma</p> | <p><b>Redazione e Segreteria di Redazione:</b><br/>A ragn Media Via Cortina D'Ampezzo 190 00135 Roma Tel. 0635511025 063508014 Fax 0635059343 e-mail: argonmedia@argonmedia.it</p> | <p><b>Impaginazione:</b><br/>Stefano Navarini<br/>E-mail: stefano.navarini@tin.it</p> | <p><b>Stampa:</b><br/>Istituto Arti Grafiche Menganelli Via Cassiodoro, 1 - 00193 Roma Tel. 0632111054</p> | <p><b>Direttivo SIOT Presidente:</b><br/>Alessandro Faldini</p> | <p><b>Vice Presidenti:</b><br/>Ettore Campailla Arturo D'Elia</p> | <p><b>Consiglieri:</b><br/>Marco Bardelli Giuseppe De Giorgi Fernando Denicolai Marco D'Imposanzano Vincenzo Guzzanti Marco Maiotti Ugo Pazzaglia Giovanni Riccardi</p> | <p><b>Segretario:</b><br/>Giuseppe Rinonapoli</p> | <p><b>Past-President:</b><br/>Vittorio Monteleone</p> | <p><b>Garante:</b><br/>Giuseppe Guida</p> | <p><b>Tesoriera</b><br/>Elena Cristofari S.I.O.T.</p> | <p><b>Presidente Nuova Ascoti:</b><br/>Ugo De Nicola</p> | <p><b>Segretario alla Presidenza:</b><br/>Paolo Tranquilli Leali</p> |
|---|---|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|--|--|

# Ricostruzione ossea, confronto aperto

**F**ino agli anni '70 la chirurgia ricostruttiva delle ampie perdite di sostanza osteoarticolare degli arti (limb salvage surgery) era considerata pionieristica e veniva eseguita quasi esclusivamente su pazienti oncologici. Negli anni '80 per gli effetti dei trattamenti adiuvanti che hanno permesso nel campo oncologico interventi conservativi su larga scala, vi è stato un impulso considerevole permettendo l'acquisizione di una vasta esperienza anche se limitata in un campo superspecialistico. Negli anni '90 tale esperienza si è progressivamente espansa cimentandosi in altri settori della patologia ortopedica (disgiunzioni pelviche per difetti acetabolari e femorali di grado IV° nelle revisioni protesiche di anca e ginocchio; gravi sequele posttraumatiche o infettive etc.). Si è sentita dunque l'esigenza di puntualizzare lo stato dell'arte in questo nuovo settore presentando approcci ed esperienze diverse sia a livello nazionale che internazionale. E' quindi un confronto aperto e a tutto campo tra le tecniche di ricostruzione ossea utilizzate da oncologi ortopedici, protesizzatori e traumatologi". Così Rodolfo Capanna, Co-presidente insieme a Paolo Aglietti del 90° Congresso Nazionale SIOT che si tiene a Firenze dal 9 al 13 ottobre. Direttore del Centro di Chirurgia Ortopedica - Ricostruttiva e del Dipartimento di Ortopedia del CTO di Firenze, sintetizza uno dei due temi dell'appuntamento nazionale della Società di Ortopedia e Traumatologia.

**Professor Capanna, quali le problematiche della chirurgia ricostruttiva?**

Sono principalmente due. La prima è che in tale settore non vi è (e probabilmente non vi può essere) una soluzione terapeutica tale da soddisfare unitariamente ogni problematica ricostruttiva: la scelta deve essere dunque personalizzata per ogni paziente tenendo conto di vari fattori e criteri che verranno precisati durante lo stesso Congresso. La seconda è che per affrontare tale patologia l'Ortopedico deve avere esperienza delle varie alternative che spaziano dalle protesi da revisione alle megaprotesi e alle protesi composte dai trapianti massivi alle ricostruzioni microchirurgiche, dalla rigenerazione ossea con la tecnica di Ilizarov alla bioingegneria tissutale.

**Cosa porta l'esperienza italiana a questo Congresso?**

L'esperienza italiana è unanimemente considerata, anche a livello internazionale, come una fra le maggiori al mondo sia per numero di casi che per livello tecnico acquisito. Tale favorevole evento si è potuto concretizzare non solo per il fatto che l'oncologia ortopedica in Italia ha delle radici antiche e profonde con illustri Maestri (Putti, Goidanich, Scaglietti, Fineschi, Campanacci, solo per nominarne alcuni tra i più famosi) ma anche per aver saputo concentrare da sempre tali rare e complesse patologie in maniera spontanea e naturale solo in alcuni Centri superspecialistici e dedicati, permettendo a quest'ultimi di affinare esperienze, comparare risultati e sperimentare nuove tecnologie. In Italia nel campo della chirurgia oncologica di salvatag-



gio sono stati ideati e introdotti vari interventi innovativi (successivamente adottati anche negli U.S.A.), sperimentate e ideate nuove megaprotesi nell'ambito di progetti internazionali. La casistica italiana di trapianti massivi da cadavere, di peroni vascolarizzati microchirurgici e di megaprotesi è la maggiore in Europa e competitiva con i maggiori Centri statunitensi. E' superfluo ricordare i livelli di eccellenza raggiunti dai nostri Centri italiani nella riparazione ossea mediante tecnica di Ilizarov.

**Quali le novità?**

Le novità sono molteplici e spaziano dalla ricostruzione di emiarticolazioni distrutte mediante trapianti emiarticolari freschi o di banca, alla ricostruzione di segmenti ossei mediante trapianto della cartilagine di accrescimento dalle ricostruzioni diafisarie classiche con tecnica di Ilizarov o perone vascolarizzato a quelle più complesse basate sulla associazione di trapianto massivo e perone vascolarizzato fino a quelle sperimentali di scaffold sintetici associati a cellule staminali e fattori di crescita. Per quanto riguarda le ricostruzioni articolari di particolare interesse saranno i risultati delle nuove megaprotesi vincolate o semivincolate di ginocchio, le tecniche e i metodi (devices) di reinserzione tendinea e muscolare, nonché le curve di sopravvivenza degli steli ad ancoraggio diafisario. Nuovi orizzonti sono aperti dall'utilizzo di protesi composte (protesi da revisione associata a un trapianto massivo dotato delle rispettive inserzioni tendinee) che permettono di ricostruire il ginocchio in toto compreso l'apparato estensore, l'intera tibia etc.

**E gli obiettivi del Congresso?**

Da una parte si vuole portare a conoscenza dei Colleghi, non coinvolti in questi settori superspecialistici, delle varie tecniche di ricostruzione di ampie perdite di sostanza e dei risultati attesi sia sotto il profilo funzionale che di longevità dell'impianto. Dall'altra, per gli addetti ai lavori, si è cercato per ogni sede anatomica di difetto osteoarticolare di mettere a confronto le soluzioni adottate da superspecialisti di varia estrazione (protesizzatore, traumatologo, microchirurgo, oncologo), sottolineandone limiti e possibilità.

**Che ruolo svolgono le Banche dell'Ossso oggi in Italia?**

Le Banche dell'Ossso rivestono un ruolo fondamentale proprio perché permettono al chirurgo ortopedico di ampliare le possibilità ricostruttive: dai piccoli trapianti morcellizzati di riempimento (necessari nelle revisioni protesiche), ai trapianti massivi strutturali (necessari in oncologia per la sostituzione di intere articolazioni o interi segmenti ossei grandi resezioni) per giungere ai trapianti freschi osteoarticolari, ai trapianti legamenti e di menisco. Questo in Italia fino a poco tempo fa non era possibile, mentre ora è diventato una realtà grazie all'intenso sforzo organizzativo del Centro Nazionale Trapianti e della sensibilità al problema dei piani politico-sanitari di alcune Regioni. Le Banche dell'Ossso italiane - Bologna, Firenze e Treviso - sono all'avanguardia in Europa per numero di prelievi, disponibilità, sicurezza e certificazione.

**A che punto è l'organizzazione del Congresso?**

Dal punto di vista scientifico, la parte delle Relazioni sui temi principali è completata, e si stanno prendendo in considerazione le richieste di comunicazione su tema libero. Dal punto di vista organizzativo, si sta anche lavorando sulla parte sociale del programma che vorremmo allo stesso livello di quello scientifico. Ancora vi è molto da fare, ma siamo certi che per la novità e importanza degli argomenti trattati nonché il livello dei Relatori il Congresso Nazionale della SIOT saprà catturare anche quest'anno l'attenzione del mondo scientifico e dei Media.

**NEL PROSSIMO NUMERO INTERVISTA AL PROFESSORE PAOLO AGLIETTI**

Nel prossimo numero di "SIOT news" ad accompagnarci nei lavori di preparazione del 90° Congresso SIOT sarà il professor Paolo Aglietti, co-presidente del Congresso. Anche con lui faremo il punto su questo importante appuntamento per la Società - ma anche per l'intero mondo scientifico - alla vigilia dell'inaugurazione.

## Firenze, un felice ritorno

**E'** il 1913 quando Firenze ospita l'VIII Congresso SIOT con la presidenza di E. Burci. E poi ancora nel '22 la XIII edizione con la presidenza di Maragliano e nel 1946 SIOT XXXI con G. Palagi. Ma veniamo a tempi più recenti. Nel 1960 con il tema "Indirizzi odierni nel trattamento della TBC. osteoarticolare" il 45° Congresso torna a Firenze. La presidenza è di O. Scaglietti. Ancora una volta un Congresso di grande successo e valenza scientifica. Passano vent'anni e nel 1980 Firenze ospita il 65° Congresso SIOT. Un Congresso che segna una svolta e che porta diverse innovazioni, sotto la duplice presidenza universitaria e ospedaliera di Stringa e Calandriello. La presidenza onoraria fu affidata al professor Oscar Scaglietti. "Le sessioni superspecialistiche - ricorda Nicola Misasi - sono state svolte indipendentemente dalle sedute congressuali per cui la partecipazione dei Soci è stata più numerosa e si è stabilito, per la prima volta, di riservare un'intera giornata alle riunioni delle Associazioni superspecialistiche". "In quell'occasione - ricorda Misasi - furono appena quattro le associazioni superspecialistiche ufficialmente costituite. Si riunirono precisamente: la Società Italiana di Medicina e Chirurgia del Piede; il Gruppo Italiano Scoliosi (G.I.S.), la Società di Biomeccanica Ortopedica e Traumatologica ed il Club Italiano di Chirurgia del Ginocchio. Due le relazioni ufficiali: La fisiopatologia del metabolismo dello scheletro e Gli insuccessi nella chirurgia delle sindromi radicolari lombari: causa e cura".

Devono passare 14 anni prima che Firenze ospiti un altro Congresso SIOT. E' il 1994 quando la Fortezza da Basso, sede del Palazzo dei Congressi, apre le porte al 79° Congresso sotto la presidenza di G.E. Jacchia e Bruno Giorgi. Si chiude il mandato di Nicola Misasi come Presidente. Ed è lo stesso Misasi a ricordare: "I lavori scientifici sono stati incentrati sulle artroprotesi impiantate senza cemento in quasi tutte le articolazioni del nostro organismo. E' stato fatto un completo studio biologico, fisiopatologico e clinico su questo argomento organizzato da Jacchia, Presidente del Congresso. L'ultima giornata è stata occupata da una Tavola Rotonda sui reinterventi delle artroprotesi, i più volte presente nelle riunioni di questo decennio".

A proposito di Congressi all'insegna della "toscanità" non si può non ricordare quello che si è tenuto a Pisa nel 1968 con la presidenza di M. Paltrinieri. Era l'edizione numero 53.

## Nomi e numeri di Firenze 2005



**90° Congresso SIOT 2005 Firenze**

**Presidenti**  
Paolo Aglietti  
Rodolfo Capanna

**Segreteria Scientifica**  
Domenico A. Campanacci  
Antonio Ciardullo  
Pierluigi Cuomo  
Pietro De Biase  
Francesco Giron  
Marco Mugnaini

**CTO largo P. Palagi, 1-50139 Firenze**  
p.aglietti.siot2005@ega.it  
r.capanna.siot2005@ega.it

**Organizzazione Congresso e Mostra:**  
Studio Ega srl  
Viale Tiziano, 19 - 00196 Roma  
Tel. +39 0632812.1  
Fax +39 063240143  
siot2005@ega.it  
www.ega.it

**Ufficio stampa:**  
Argon Media srl  
Via Cortina d'Ampezzo, 190  
00135 Roma  
Tel. +39 063058014  
Fax +39 0635059343  
argonmedia@argonmedia.it