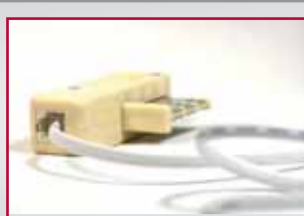




Attualità
Sanitaria



La Telemedicina



ORTHOviews
la Ricerca nel Mondo



Intervista a
Gustavo Zanolli



Ingegneria
Organizzativa



L'Agenda
dell'Ortopedico

IL MEETING POINT DEGLI ORTOPEDICI ITALIANI

Anno II Numero 4/2007

GRIFFIN EDITORE SRL DIREZIONE EDITORIALE E COMMERCIALE:
VIA AIROLDI, 11 CARIMATE (CO) TEL. 031.789085
info@griffineditore.it

Iscrizione nel Registro degli Operatori di Comunicazione
con il n. 14370 in data 31.07.2006

Poste Italiane Spa - Sped. in abbonamento postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1 comma 1, DCB Milano Taxe Percue



tabloid >>> medgate ortopedia >>> informazione cultura attualità

EDITORIALE

Quando la società ha in cura se stessa

La terza pagina di questo numero di *Tabloid di Ortopedia*, dedicata da un lato allo scandalo dell'ospedale dai condotti scambiati - protossido d'azoto per ossigeno - dall'altra a un centro di eccellenza che si dota di tecnologie di avanguardia al servizio di operatori e pazienti, rende ragione del periodo storico che stiamo attraversando. In bilico su un pericoloso crinale, come se si potesse precipitare in un medioevo socio-sanitario senza troppe speranze, continuiamo però ad andare avanti cercando soluzioni sempre nuove, che rendano più agevoli le terapie e più ospitali i luoghi dove vengono praticate: dalla telemedicina, che taglia tempi e costi della comunicazione clinica, alle applicazioni *wireless* per proseguire, senza soluzione di continuità, alla ricerca sui materiali e sui metodi: una ricerca trasversale tra differenti discipline, dalla fisica alle biotecnologie, in quello che potrebbe sembrare un trionfo illuministico del progresso scientifico se troppo spesso non si aprissero, in modo imprevedibile e sconcertante, grosse falle nel sistema, tali da farci temere che ogni sforzo possa essere vanificato. Possiamo essere affascinati dalla robotica operatoria raccontata da Confalonieri, oppure dalle raffinatezze ergonomiche e gestionali della filosofia di *team* con cui lavora il gruppo di Romagnoli, eppure ancora si chiudono ospedali per *Pseudomonas*, ogni anno si verificano 15.000 decessi per infezioni nosocomiali.

Eppure, come in fondo è normale tutto questo: perché un centro ospedaliero è lo specchio che riflette, ingigantita, l'immagine della nostra società. Ed è la nostra società, in questi primi anni del nuovo secolo, a smarrire talvolta il senso morale e la ragione stessa del vivere con regole certe in reciproca armonia funzionale; la stessa società che è in grado tuttavia di trovare al proprio interno le risorse e le intelligenze per recuperare la strada del progresso ogni volta che sembra sia smarrita.

È un'altalena rischiosa, quella che rende capaci di mettere a repentaglio le risorse del pianeta con politiche disennate e nel contempo fa sì che la vita media si allunghi, la qualità stessa dell'esistenza migliori, il dolore possa essere combattuto con efficacia, gli sforzi di chi lavora bene raggiungano risultati finora impensabili.

Ma se questo moto ondulatorio fa parte in qualche modo della natura umana e ne è difficilmente districabile, forse l'obiettivo che si potrebbe raggiungere in sanità - e so che non è chiedere poco - è lo sviluppo di un modello sostenibile che sia di guida e di riferimento anche per altri settori, che per loro *mission* non sono in prima battuta dedicati all'uomo e alla sua salute ma che possono far danni non da poco al sistema sanitario, a meno che non vengano proprio da questo affrontati, trattati e curati.

(Paolo Pegoraro)



Norberto Confalonieri

L'intervista

HIGH TECH PROTESI

intervista a pag. 2

Combined meeting American Knee Society - Sigascot

Siena, 8-9 settembre

Il servizio a pagina 5

Elbow Arthroscopy Bologna, 10-11 settembre

Il servizio a pagina 6

Live Surgery Event 2007 In collegamento, 20 ottobre

Il servizio a pagina 6

Tabloid di Ortopedia ha incontrato il professor Norberto Confalonieri, Direttore di due strutture complesse di ortopedia, del pronto soccorso traumatologico e della chirurgia plastica e ricostruttiva della mano degli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano, nonché Presidente del Comitato tecnologie ortopediche della Società Italiana di Chirurgia del Ginocchio, Artroscopia, Chirurgia dello Sport, Cartilagine e Tecnologie Ortopediche (Sigascot).

Il professor Confalonieri è uno dei maggiori esperti nel campo della chirurgia protesica articolare, avendo all'attivo più di 3.000 interventi di protesizzazione tra anca e ginocchio, per i quali utilizza, già dal 1999, i sistemi robotici.

La recente partecipazione al Carl T. Brighton Workshop (Tampa, Florida), evento di grande rilevanza scientifica in campo internazionale per l'ortopedia mininvasiva computer e robot assistita, testimonia il livello di professionalità e notorietà internazionale di Confalonieri, unico italiano presente al meeting.

! Il Quesito Diagnostico ?

A pagina 7 trovate un nuovo quesito diagnostico, con la soluzione del quesito pubblicato nello scorso numero del Giornale. È un facile esercizio e un pretesto per approfondire una patologia.

L' intervista

Protesi articolari high tech

Un viaggio nella pratica clinica,
tra nuove tecnologie
e problematiche di applicazione.
Sullo sfondo, la professione che cambia

Professor Confalonieri, è possibile dare qualche numero relativo all'incidenza degli interventi di protesizzazione in Italia?

Scorrendo i dati diffusi da Assobiomedica si rileva che ogni anno, nel nostro Paese, vengono eseguiti circa 45.000 interventi di protesi totali di ginocchio, 5.000 mono (50 bimono - 50 PFA), ben 100.000 quelli di protesi d'anca, di cui qualche migliaio a conservazione del collo e qualche centinaio di resurfacing.

In linea con i maggiori Paesi europei, Francia, Germania e Inghilterra.

Per quanto riguarda la chirurgia protesica di urgenza, in campo traumatologico, quali sono le articolazioni più coinvolte?

Di sicuro al primo posto c'è l'anca, e le fratture del collo del femore in particolare, che assorbono la maggior parte degli interventi; poi si parla di spalla, ma con un numero di interventi ben inferiore. Per le altre articolazioni si tende invece a cercare di ricostruire i rapporti anatomici, anche con innesti; l'eventuale protesizzazione avviene solo in un secondo tempo. Non si configura, infatti, come soluzione di emergenza, da attuare nel breve periodo, ma come intervento di ripiego in caso di insuccesso del primo.

Tecnologia e tecniche all'avanguardia rappresentano ormai l'argomento quotidiano dell'ortopedico. Qual è il suo rapporto con l'aspetto tecnologico della professione?

In effetti l'ortopedia è una specialità chirurgica nella quale la tecnologia offre, in continuazione, novità dal punto di vista degli strumenti e delle procedure. Siamo bombardati da continue evoluzioni tecniche di strumentari, mezzi di sintesi, modelli protesici e quant'altro. Il problema è che spesso si tratta di novità di scarso valore scienti-

fico, giustificate più da esigenze di mercato che dalle necessità della pratica medica.

Un esempio su tutti è quello che è accaduto negli ultimi anni in relazione alla chirurgia protesica mininvasiva, intesa come minincisione. Ancora oggi, a distanza di dieci anni dalla sua introduzione, non siamo ancora certi che i vantaggi, che tale metodica offre, superino le difficoltà di queste procedure chirurgiche. Lo dice la nostra esperienza clinica e una quantità di dati presenti in letteratura. Per questo mi sento di dire che il grande

“ La nostra professione non è una scienza esatta, ma un'arte. Si basa sull'esperienza del chirurgo, sulla sua predisposizione, sulla sua formazione scientifica, sulle sue opportunità di apprendimento ”

credito di cui gode oggi la mininvasività, non è altro che il frutto di un'operazione massmediatica e non, come dovrebbe essere, il risultato di un rigoroso percorso scientifico.

E per quanto riguarda le tecniche robotiche, come il navigatore computerizzato?

La navigazione ha avuto un cammino più sofferto, ma provato. I dati della letteratura, infatti, indicano una reale utilità nel posizionamento delle componenti protesiche, di anca e ginocchio. I problemi correlati non sono, però, secondari. I costi della tecnologia, i tempi di intervento più lunghi, le difficoltà di acquisizione dei punti di repere, per informare il computer, l'instabilità dei supporti per i diodi e la scarsa attitudine del chirurgo a seguire le indicazioni di un computer,

hanno l'effetto di vanificare i pregi della navigazione, a mio parere, quanto basta per dire che, forse, oggi non ne vale la pena: tra impiantare bene una protesi e impiantarla meglio non c'è una differenza tale da spingere i colleghi a una nuova curva di apprendimento.

Tutto questo è stato l'argomento cardine dell'incontro di Tampa. Dove non sono mancate accese discussioni e confronti. Come ho spiegato ai colleghi americani, il computer è utile in sala, soprattutto se si vuole ridurre la via d'accesso e bilanciare il

ginocchio, quando si conservano i due crociati. Utile ma non indispensabile, con qualche problema ancora non risolto. Per questo motivo è un campo ancora lontano da essere applicato su larga scala. Solo il 10% dei chirurghi nel mondo, infatti, utilizza la tecnologia robotica, con tedeschi e americani primi in classifica.

In quest'ottica, quale applicabilità delle tecnologie per il domani? Cambierà qualcosa? Verranno affrontati e superati i problemi?

Nonostante tutto, la ricerca prosegue, anche per il robot chirurgico, senza possibilità di tornare indietro. Insomma non si può pensare che queste tecnologie, che circondano la nostra vita, non riescano a entrare in sala operatoria. L'attenzione, ora, va quindi sui problemi legati alla loro

diffusione, costi compresi. E si stanno studiando software più semplici, sistemi più veloci e strumenti sempre meno invasivi. La nostra mission è dimostrare alle Autorità preposte, non solo l'utilità di tali sistemi, ma soprattutto la loro sostenibilità economica a medio-lungo termine.

Ad ogni modo, alla base di tutto c'è un dato di fatto: il nostro lavoro sta cambiando. Il computer porta un nuovo approccio alla chirurgia. Standardizza i gesti, pianifica i risultati, trasforma le impressioni e le esperienze, in dati, quindi leggibili e confrontabili, registra il nostro operare, insomma, ci rende meno artisti e più scientifici. L'obiettivo e la scommessa è, in ultima analisi, quello di alzare il livello delle prestazioni chirurgiche dei nostri impianti. Tutti, in futuro, saranno in grado di posizionare al meglio una protesi.

Quanto incidono nella pratica clinica le variabili di tipo organizzativo-burocratico, legate all'attività gestionale dell'ospedale?

Ripeto spesso, perchè non sono convinto, che per fare un buon ortopedico servono 2 grammi di cervello e 2 chili di buonsenso. Certamente l'aziendalizzazione degli ospedali e l'accreditamento, a volte selvaggio, delle strutture private, hanno portato a una parziale distorsione nella nostra attività professionale, introducendo il concetto di convenienza economica nel piano terapeutico. Senza parlare poi dei contratti dei chirurghi legati, in percentuale, ai DRG che, di fatto, spingono verso una specie di lavoro a cottimo, con tutti i risvolti del caso. È un dato di fatto che il rimborso a prestazione abbia snaturato, almeno in parte, il nostro lavoro: un forte aumento degli interventi ben remunerati, con propensione a spostare in altre strutture la traumatologia più impegnativa, ricorso a dimissioni precoci, interventi sempre più veloci e altro ancora. Tutto questo impedisce, ovviamente, il ricorso a tecnologie costose, perchè poco remunerative.

In realtà le Istituzioni dovrebbero venirci incontro, sopportando i costi del sistema, così come hanno fatto per la profilassi antibiotica e antitrombotica. Il malposizionamento delle componenti protesiche è la prima causa di fallimento dell'impianto e revisione chirurgica. I sistemi di navigazione computerizzata costituiscono la profilassi di questa complicanza. Un "assistente" esperto che registra, consiglia e uniforma i nostri gesti operatori. Un aggiustamento del rimborso dell'intervento dovrebbe incentivarne la diffusione in un'ottica di risparmio della spesa sanitaria generale, per la diminuzione delle revisioni e delle complicanze.

Qual è stato il suo contributo personale al Carl T. Brighton Workshop in Florida?

Come si potrà leggere nel numero speciale della rivista scientifica americana *Clinical Orthopaedic and Related Research (CORR)*, in pubblicazione nel 2007, che raccoglie le nostre relazioni e discussioni, ho portato la cultura Italiana, per un approccio meno aggressivo alle articolazioni, diversa dalla moda americana dell'incisione più piccola. Il nostro approccio all'articolazione, sia dell'anca che del ginocchio, prevede un reale risparmio dei tessuti nobili, muscoli e nervi,

secondo una nuova ottica della chirurgia mininvasiva, attraverso l'utilizzo di protesi più piccole, così da risparmiare il più possibile i tessuti sotto la cute. Scuola italiana insomma, a differenza di quella americana che si ostina a guardare a protesi tradizionali, più aggressive (magari con sacrificio di tutti i legamenti crociati, nel ginocchio), che si professa mininvasiva solo perchè pratica un'incisione più piccola, rischiando, in questo modo, una chirurgia attraverso il "buco della serratura". Tanto più che oggi abbiamo la possibilità di ricorrere a differenti impianti per l'anca e il ginocchio, veramente mininvasivi, con grande risparmio tissutale, anche dell'osso (mono, bi-mono, femororotulea, a conservazione del collo, resurfacing d'anca, eccetera). La moderna chirurgia ricostruttiva delle articolazioni deve comprendere una personalizzazione della protesizzazione. Non si può più impiantare la medesima protesi in tutti i pazienti perchè è più pratico. Ai giovani chirurghi dobbiamo insegnare il rispetto dei tessuti e della biomeccanica articolare. Solo conservando il più possibile questi dettami, con l'ausilio dei sistemi computerizzati, potremo avvicinarci alla protesi perfetta, quella che toglie il dolore, corregge la deformazione artrosica e dura tutta la vita.

P. P.





Chirurgia a quattro mani

Sigascot e American Knee Society insieme per parlare di ginocchio

Sabato 8 e domenica 9 settembre a Borgo La Bagnai, in provincia di Siena, si terrà un importante meeting organizzato in maniera congiunta dalla Società Italiana di Chirurgia del Ginocchio, Artroscopia, Sport, Cartilagine e Tecnologie Ortopediche (Sigascot) e dall'American Knee Society. Si tratta di un evento unico nel suo settore anche perchè i membri della prestigiosa Knee Society americana non si erano mai esposti in un confronto diretto con altre società internazionali e non avevano mai tenuto un loro meeting al di fuori del territorio americano. "Il fatto che l'American Knee Society abbia accettato subito e con grande entusiasmo di confrontarsi con Sigascot dimostra che il livello della chirurgia del ginocchio in Italia è alto e che i nostri contatti internazionali sono decisamente positivi" - ha commentato il Professor Roberto D'Anchise, uno dei presidenti del Congresso.

Le due Società scientifiche daranno vita a un confronto di opinioni ed evidenze scientifiche in merito a tutte le tematiche riguardanti il trattamento dell'osteoartrosi di ginocchio e in particolare la soluzione di trattamento con l'artroprotesi totale. "Il riconoscimento dell'elevato livello scientifico raggiunto dall'ortopedia italiana, e in particolare della nostra Società - ci ha detto il professor Paolo Adravanti, l'altro Presidente italiano del Congresso - è dato non dalla presenza di qualche oratore americano, situazione del resto già frequentemente avvenuta negli ultimi anni in numerosi congressi italiani, ma dal confronto stimolante con una intera società scientifica, con i suoi problemi organizzativi e le sue molteplici realtà scientifiche e culturali".

Gli argomenti trattati in questo incontro saranno le alternative alla protesi di ginocchio, quali l'utilizzo di viscosupplementazione, l'osteotomia tibiale, i rivestimenti di superficie e le protesi monocompartimentali. La protesi totale di ginocchio sarà poi sviscerata in tutti i suoi aspetti a partire dai materiali, al design, alla cinematica, la tecnica chirurgica, gli aspetti peroperatori, i risultati e le revisioni. "L'incontro verte prevalentemente sul trattamento chirurgico dell'artrosi

del ginocchio, che oggi è essenzialmente protesico - ci ha spiegato D'Anchise - La chirurgia protesica ha raggiunto livelli di eccellenza significativi e oggi parlare di protesi significa parlare di interventi con una percentuale di ottimi risultati di oltre il 90% a 15-20 anni. Certamente gli americani sono stati i precursori di queste tecniche e ancora oggi molte

delle innovazioni arrivano dagli Usa, anche se noi europei e in particolare noi italiani siamo diventati punto di riferimento per le innovazioni tecniche. Verranno poi valutati quasi tutti gli aspetti delle più recenti tecniche come l'utilizzo della chirurgia assistita dal computer e gli attuali orientamenti nelle revisioni protesiche, che oggi sono sempre in mag-

gior numero considerando il numero di protesi che vengono impiantate e che sono state impiantate dagli anni Ottanta. Credo che questo sia un argomento molto importante, che evidenzia come la protesi non sia un intervento senza ritorno, con risultati dei reimpianti protesici sempre migliori". Scopo dell'incontro, quindi, è quello di diffondere le



attuali conoscenze riguardanti la chirurgia protesica di ginocchio e le sue alternative, attraverso la trattazione degli argomenti da parte di relatori di fama internazionale. Dai lavori del meeting uscirà una analisi critica di sicuro valore didattico sia per il chirurgo che intende avvicinarsi a questo tipo di chirurgia, sia per il chirurgo già esperto che desidera aggiornare le proprie conoscenze. "Sigascot si sta impegnando in modo

rigoroso per dare un impronta notevolmente scientifica all'attività congressuale - ha voluto sottolineare Adravanti - E questo atteggiamento deve essere di monito ai numerosi giovani chirurghi che si avvicinano alla nostra difficile specialità". Oltre ai due italiani, Adravanti e D'Anchise, a presiedere il Congresso ci saranno due americani: Michael A Kelly e Giles R Scuderi. La lingua ufficiale del meeting sarà l'inglese.

Andrea Peren



Il professor Roberto D'Anchise è responsabile dell'Unità Operativa di Chirurgia del Ginocchio I dell'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano



Il professor Paolo Adravanti è Responsabile del Reparto di Ortopedia presso la Casa di Cura Città di Parma

Per informazioni:

Endogroup International srl
Tel. 031.646141 - Fax 031.646731
combiknee@endogroupinternational.com
www.combinedknee.it

Sigascot: la mission

La Società Italiana di Chirurgia del Ginocchio, Artroscopia, Sport, Cartilagine e Tecnologie Ortopediche (Sigascot) nasce a Firenze il 15 maggio 2004.

Il modello al quale il Comitato dei promotori si è ispirato è quello delle Società estere Esska e Isakos, che operano ad altissimi livelli nelle rispettive aree di interesse e di cui fanno parte molti iscritti Sigascot.

Gli scopi che la Sigascot si è prefissa di raggiungere sono:

- ▷ l'accrescimento delle conoscenze e delle capacità tecniche e scientifiche degli operatori sanitari;
- ▷ la tutela dei rapporti etici fra paziente e mondo scientifico;
- ▷ la diffusione della conoscenza scientifica di chiara ed evidente validità (evidence based medicine);
- ▷ la creazione di comitati scientifici atti a promuovere l'educazione, la comunicazione e la circolazione della conoscenza in materia di chirurgia del ginocchio, artroscopia, traumatologia dello sport, cartilagine e nuove tecnologie ortopediche, favorendo e supportando le persone e i soci che dimostrano di avere doti speciali nel perseguimento di questi scopi, senza pregiudizio d'età o posizione professionale;
- ▷ l'attivazione di intense relazioni e interscambi culturali e scientifici con le altre Società scientifiche del panorama nazionale e internazionale, oltre allo sviluppo di relazioni con enti pubblici e privati.

Per realizzare tale mission, Sigascot si è dotata di un consiglio direttivo, responsabile dell'attività dell'Associazione, che comprende:

- ▷ l'organizzazione di un Congresso nazionale biennale, che vede accanto alle main lectures di illustri specialisti i lavori scientifici e culturali sviluppati dai 9 Comitati durante i due anni di attività. Ci sono poi dei mini simposi, workshop e un'esposizione di ditte farmaceutiche. Sono previste anche pubblicazioni libere e sedute poster;
- ▷ una riunione, ogni due anni, durante il Congresso Siot. La Sigascot, infatti, partecipa al Congresso Nazionale della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia nella giornata dedicata alle superspecialistiche. In questa occasione ogni Comitato presenta una relazione o illustra uno studio al quale sta lavorando;
- ▷ cinque Congressi interregionali l'anno. Ogni regione ha il suo delegato regionale, che deve organizzare, insieme a uno o due delegati di regioni confinanti, un corso di aggiornamento nella sua zona. I relatori sono sia locali che scelti fra i soci e dirigenti della Società. Il corso può rivolgersi agli specializzandi oppure

ai medici specialisti con accreditamento di punti ECM. La partecipazione a questi eventi è gratuita, perchè finanziati dalla Società stessa;

- ▷ convegni internazionali di comitato. Ogni Comitato, infatti, può organizzare un Convegno a carattere internazionale nell'ambito della sua competenza;
- ▷ un Master universitario di 2° livello, rivolto a chi intende approfondire gli studi;
- ▷ fellowship annuali, per mandare due o tre giovani specializzandi nei migliori centri europei e americani di traumatologia ortopedica;
- ▷ programmi di formazione a distanza (FAD), ritenuta uno dei più sensibili mezzi innovativi di formazione;
- ▷ studi policentrici randomizzati su campioni distribuiti su tutto il territorio nazionale, per poter elaborare delle vere banche dati;
- ▷ premi di ricerca e borse di studio, rivolti ai giovani.

Sigascot: il Consiglio direttivo

Presidente: *Maurilio Marcacci*

Vice Presidenti: *Matteo Denti, Claudio Zorzi*

Past President: *Giuliano Cerulli*

Segretario Tesoriere: *Francesco Giron*

Presidente Comitato Arto Superiore: *Alessandro Castagna*

Presidente Comitato Artroscopia: *Antonio Delcogliano*

Presidente Comitato Cartilagine: *Donato Rosa*

Presidente Comitato Comunicazione: *Antonio Ciardullo*

Presidente Comitato Ginocchio: *Paolo Adravanti*

Presidente Comitato Riabilitazione: *Stefano Della Villa*

Presidente Comitato Scientifico: *Francesco Benazzo*

Presidente Comitato Sport: *Piero Volpi*

Presidente Comitato Tecnologie Ortopediche: *Norberto Confalonieri*

Delegati del Presidente: *Vittorio Patella, Massimiliano Salvi*

Coordinatore Delegati Regionali: *Biagio Moretti*

Direttore Esecutivo e Segreteria:

Nives Sagamola

Via Montebello, 23 - 50123 Firenze

Tel. 055.294289 - Fax 055.2399112

www.sigascot.com - segreteria@sigascot.com

