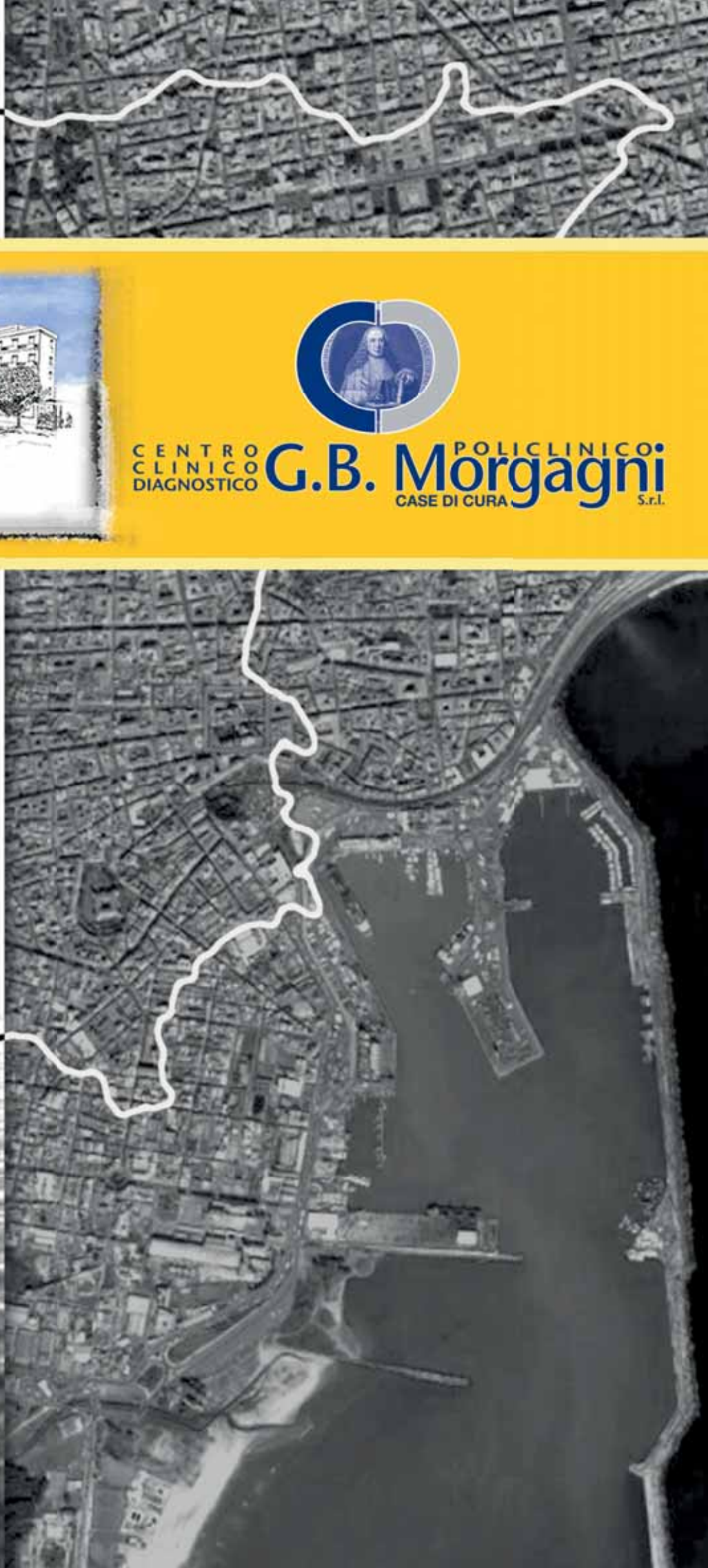


CENTRO CLINICO DIAGNOSTICO **G.B. Morgagni** POLICLINICO CASE DI CURA S.r.l.

**50**  
*Anni*  
Anniversario

**1972**  
**2022**





---

# RECALL TO IMPROVE

RICORDARE PER MIGLIORARE

---

**A**TTI

**E**VENTI

**I**STITUZIONI

**U**OMINI

**D**ONNE

**A**TTESTATI

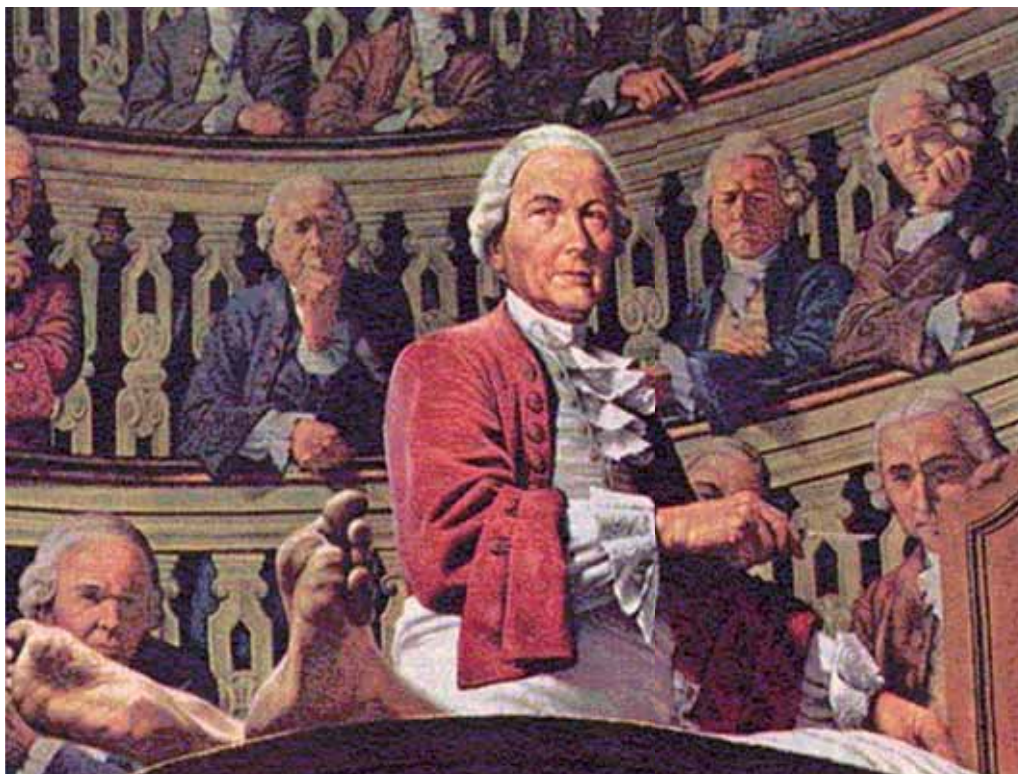
**M**EMORIE

**L**UOGHI



Il Policlinico Case di Cura è intitolato a Giovanni Battista Morgagni innovatore nello studio delle cause delle malattie.

Sua opera consacrata nella storia della medicina è “De sedibus et causis morborum per anatomicen indagatis”.



Giovanni Battista Morgagni, 1676-1735

«Dirò quali siano le prime nozioni che vorrei fossero i maestri ad impartire ai discepoli. In breve esse sono queste:

- togliere dall' animo degli alunni le false opinioni dell' ignoranza e dei pregiudizi;
- svelare gli inganni dei sensi ed illustrare i più comuni e noti errori per metterli in guarida da essi per il futuro, che non è vergognoso per l'uomo ammettere di essersi ingannato, ma lo è non ammetterlo quando si viene ammoniti dall'errore».

*Orazione Inaugurale al corso di “ Teorica ordinaria della Medicina” , Padova 17 Marzo 1712*



Padova, Università, l'Aula Anatomica “G.B. Morgagni”

# Prefazione

---



**N**on ho scritto e curato questo testo per compiacimento narcisistico bensì per rendere noti spunti di riflessioni che ritengo possono essere utili nel divenire della organizzazione ospedaliera.

Ho avuto la ventura (storicamente inconsueta) di indossare ininterrottamente il camice in corsia per 70 anni (1951-2021).

Gli eventi vissuti, i Colleghi con cui ho lavorato, le Istituzioni, le personalità e gli infermi con cui mi sono rapportato, mi hanno ispirato a raccontare per consegnare ai prossimi 50 anni quanto possa essere innovativo l'auspicio che si diffondano l'ospedale senza dolore, l'ospedale organizzato in reparti per intensità di cura, paziente al centro specialisti in orbita. L'ospedale per l'uomo, l'infermo preso in carico dal principio della malattia alla conclusione, quella che sia.

Sono i motivi ispiratori che consegniamo ai futuri decenni auspicandone la completa realizzazione in una formula assistenziale medica globale, corpo e spirito coerente con le aspettative della umanità inferma.

SALVATORE CASTORINA





50 ANNI

1972 - 2022

## La nostra storia

Salvatore Castorina  
(Chirurgo)



Leonardo Castorina  
(Avvocato)

Emilio Castorina (1900-1978)  
Umanista - Docente  
Opera di Salvatore Incorpora, Scultore

### La Prima Pietra

Consenti l'avviamento del progetto, donando la somma per l'acquisto dell'area edificabile in Barriera del Bosco che rappresenterà la sede del primo insediamento.

### Ringraziamenti estesi anche ai tanti "in memoria"

Per primo al Dott. Agostino Mulè, nella qualità di Direttore pro tempore della sede di Catania della Cassa Centrale di Risparmio V.E. per le Province Siciliane.

A lui dobbiamo il primo finanziamento, concesso senza garanzia immobiliare o finanziaria, con l'esclusiva fideiussione verbale sulla probità dei richiedenti formulata dal nostro amico ed estimatore Ingegnere Dott. Francesco Cavallaro, consulente della Banca.

Procedura non più ammissibile nel regime attuale dei finanziamenti a privati.

Vi accomuniamo la Impresa Edile dei Cavaliere del Lavoro Carmelo e Gino Costanzo, finanziatrice per il residuo costo non coperto dal mutuo bancario "sulla parola" garantita dal nostro amico ed estimatore Architetto Giacomo Leone cui si deve la recinzione merlata della Casa di Cura in via del Bosco.

In successione e in ordine alfabetico gli **Istituti di Credito**, finanziatori del "work in progress" durante i 50 anni, dopo il primo già ricordato: la Cassa di Risparmio V.E. per le Province Siciliane.

- Agricola di Ragusa
- Antonveneta
- Banco di Sicilia
- BNL
- Credito Popolare di Siracusa
- IFIS
- IRFIS
- Lodi
- Monte Paschi
- Progetto
- Sant'Angelo
- Sistema
- Unicredit



#### Leasing:

- Alba 11 SPV
- BNP Paribas
- Canada SPV
- De Lage Landen
- Leasing Firenze (la prima 1972).

I componenti del Collegio Sindacale, i Consulenti afferenti al Centro Clinico Diagnostico G.B. Morgagni e a Fondazione G.B. Morgagni per lo sviluppo delle Tecnologie in Medicina e Chirurgia.

- Il Notaio Alessandro Riggio redattore dell'atto costitutivo
- Il Dott. Andrea Abate: fu il primo Consulente Commercialista
- Prof. Pietro Abbadessa
- Avv. Vito Branca
- Avv. Nicola Burgi
- Dott. Carmelo Daniele
- Dott. Giuseppe Daniele
- Avv. Francesco Gerace
- Dott. Giuseppe Giarlotta
- Avv. Giovanni Patanè
- Avv. Linka Zangara
- Avv. Nino Zangara.

Ricordiamo

#### I Collaboratori Amministrativi

- Mario Barbagallo
- Giovanni Cali
- Achille Minaldi
- Dott. Domenico Ferrara (già Direttore delle Poste puntuale conservatore degli atti istituzionali)
- Carlo Isaia (mitico attore di collegamento con uffici esterni e banche)

Gli **Specialisti Medici** e i **Chirurghi** a partire dai primi due Chirurghi, primi inter pares con Salvatore Castorina, Francesco Panebianco, Angelo Lanzafame che hanno onorato i Quadri dei Dirigenti Medici nel primo decennio:

- Francesco Panebianco - Chirurgo (Primo collaboratore con Salvatore Castorina)
- Angelo Lanzafame - Chirurgo (Primo collaboratore con Salvatore Castorina)
- Giuseppe Siragusa - Gastroenterologo, Endoscopista
- Gaetano Milazzo - Internista
- Giuseppe Calabrese - Anestesista
- Ivan Rubulotta - Anestesista
- Corrado Maresca - Anestesista
- Nino Leonardi - Ortopedico
- Roberto Gangitano - Ortopedico
- Giuseppe Beritelli - Radiologo
- Silvestro Caltagirone - Cardiologo
- Giò Barbera - Anestesista
- Franco Lombardo - Pediatra
- Angelo Sanfilippo - Medico Laboratorista



- Franco Giuffrida - Chirurgo
- Dino Grillo - Anestesista
- Vincenzo Bisceglie - Radiologo
- Filippo Torrisi - Radiologo
- Rina Grasso - Anestesista
- Bruno Branciforti - Chirurgo Mano
- Giuseppe Frazzetto - Anestesista
- Giuseppe L'Episcopo - Radiologo
- Giuseppe Bertino - Radiologo
- Giulia Eberle (Crocerossina) fu il primo capo organizzatrice del personale (Infermieri, Ausiliari). Temuta anche dagli Specialisti Medici e Chirurghi.

Il Personale non sanitario assunto il 01 marzo 1972). Elenco dei primi 10 su un totale di 45. Oggi i diretti dipendenti dell'Azienda esclusi i Medici sono 910.



N. di matricola	COGNOME E NOME	Data di		Categoria professionale
		assunzione	licenziat. o dimissioni	
<del>1</del>	<del>Frasca Maria Rita</del>	<del>1-3-72</del>	<del>11-11-75</del>	<del>Assistente</del>
<del>2</del>	<del>Bonadonna 10000 Emanuele</del>	<del>1-3-72</del>	<del>11-11-76</del>	<del>Assistente</del>
<del>3</del>	<del>Possalacqua Antonino</del>	<del>1-3-72</del>	<del>9-5-72</del>	<del>Assistente</del>
<del>4</del>	<del>Patani Rosa</del>	<del>1-3-72</del>	<del>23-7-72</del>	<del>Assistente</del>
<del>5</del>	<del>Marletta (in Scudic) v 70000 Leonarda</del>	<del>1-3-72</del>	<del>05-11-76</del>	<del>Assistente</del>
<del>6</del>	<del>Barbapalle (in Scudic) 13000 Rosaria</del>	<del>1-3-72</del>	<del>6-9-81</del>	<del>Assistente</del>
<del>7</del>	<del>Pagano (in Scudic) 7000 Maria</del>	<del>1-3-72</del>	<del>31-9-80</del>	<del>Assistente</del>
<del>8</del>	<del>Parisi (in Scudic) 90000 Lucia</del>	<del>1-3-72</del>	<del>30-8-82</del>	<del>Assistente</del>
<del>9</del>	<del>Caramanna Nadia</del>	<del>1-3-72</del>	<del>17-5-73</del>	<del>Assistente</del>
<del>10</del>	<del>Maiorca (in Scudic) 70000 Flavia</del>	<del>6-3-72</del>	<del>31-11-75</del>	<del>Assistente</del>



CENTRO CLINICO DIAGNOSTICO **G.B. Morgagni** POLICLINICO S.r.l.  
CASE DI CURA

Catania  
DAL 1972



Centro Cuore  
Catania-Pedara  
DAL 1993



Di Stefano-Velona  
Catania  
DAL 2020



Morgagni Check Point  
Catania-San Gregorio  
DAL 2020



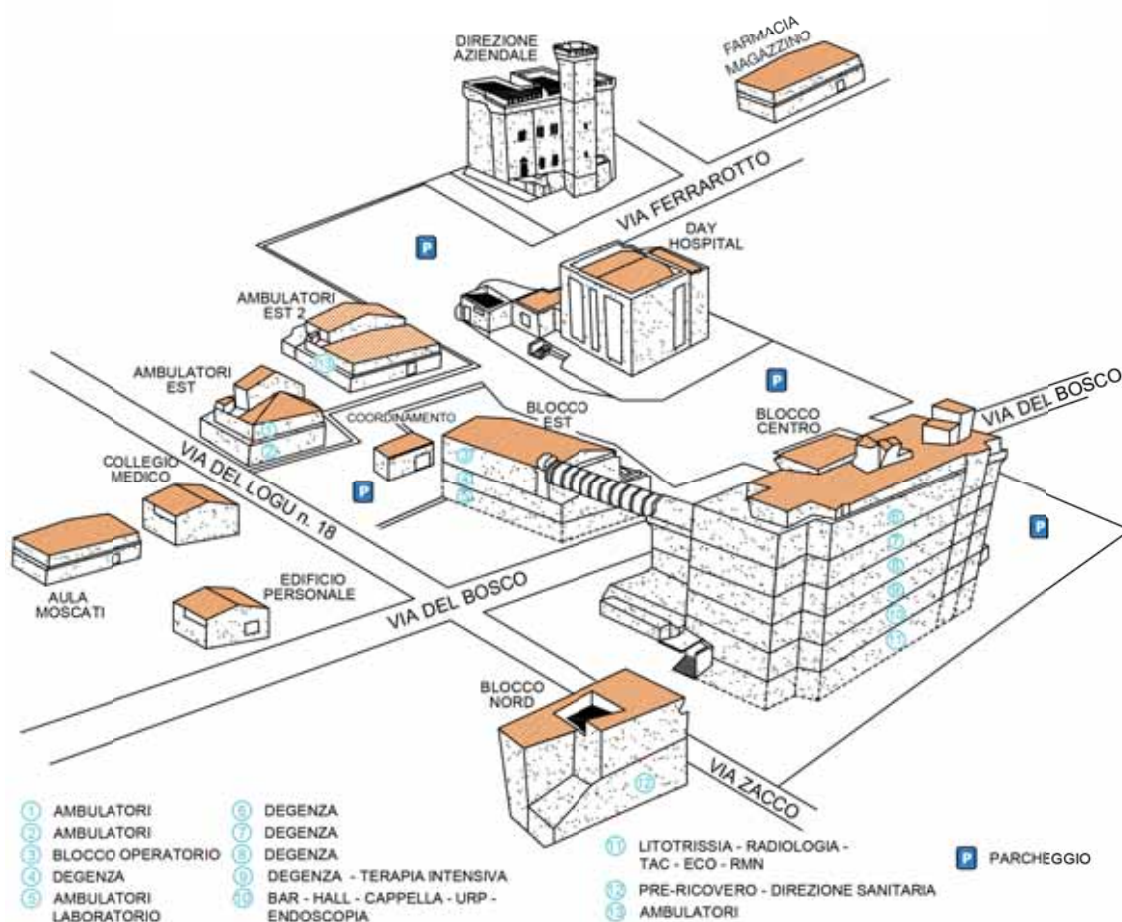




# Assonometria Polispecialistico

Unità funzionali: Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Neurochirurgia, Cardiologia, Oncologia, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Terapia Intensiva, Lungodegenza, Medicina Generale, Day Hospital Polispecialistico.

- 7 Sale Operatorie con sale preparazione e risveglio Terapia Intensiva
- Area pazienti critici
- 1 Sala per Litotrissia
- 2 Sale di Radiologia
- Cardio Tac 64 Slide
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Stazione Ecografiche
- Mammografia
- Moc
- Laboratorio Anatomia Patologica
- Laboratorio di Ricerca
- Ambulatori Polispecialistici



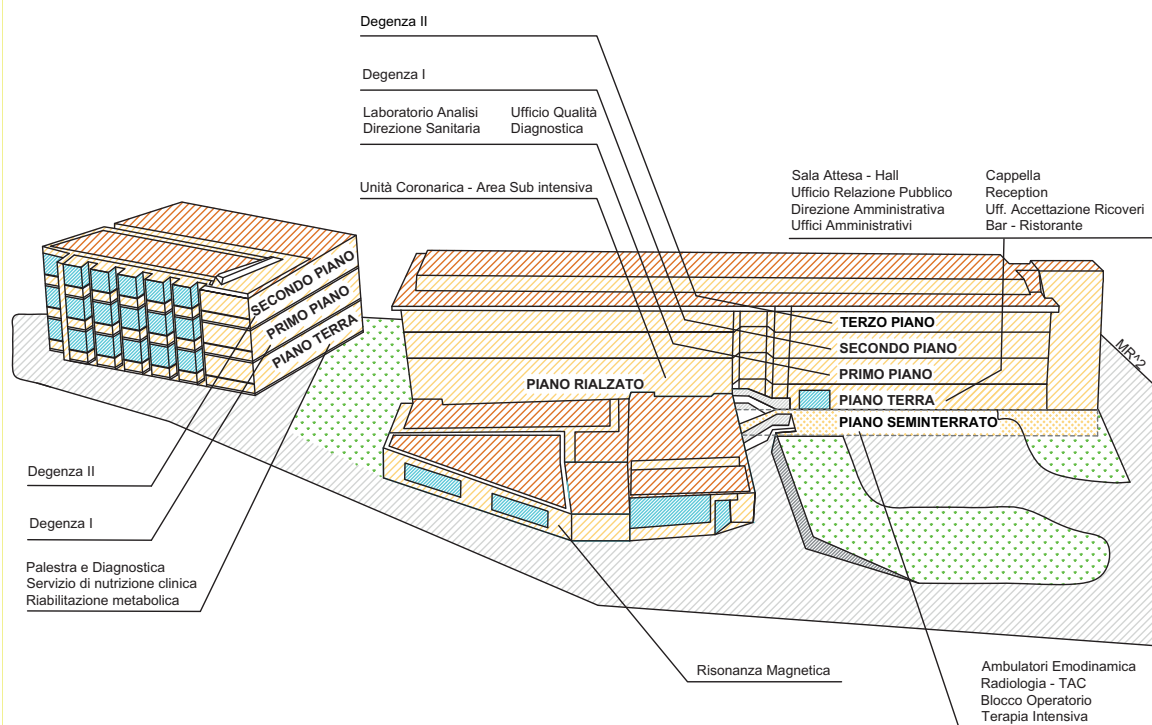
# Assonometria Centro Cuore



## Unità Funzionali:

- Cardiologia
- Cardiocirurgia e Chirurgia Vascolare
- Chirurgia Generale (modulo Toracico)
- Riabilitazione
- Riabilitazione Cardiologica
- Elettrofisiologia
- UTIC e Servizio di Emodinamica

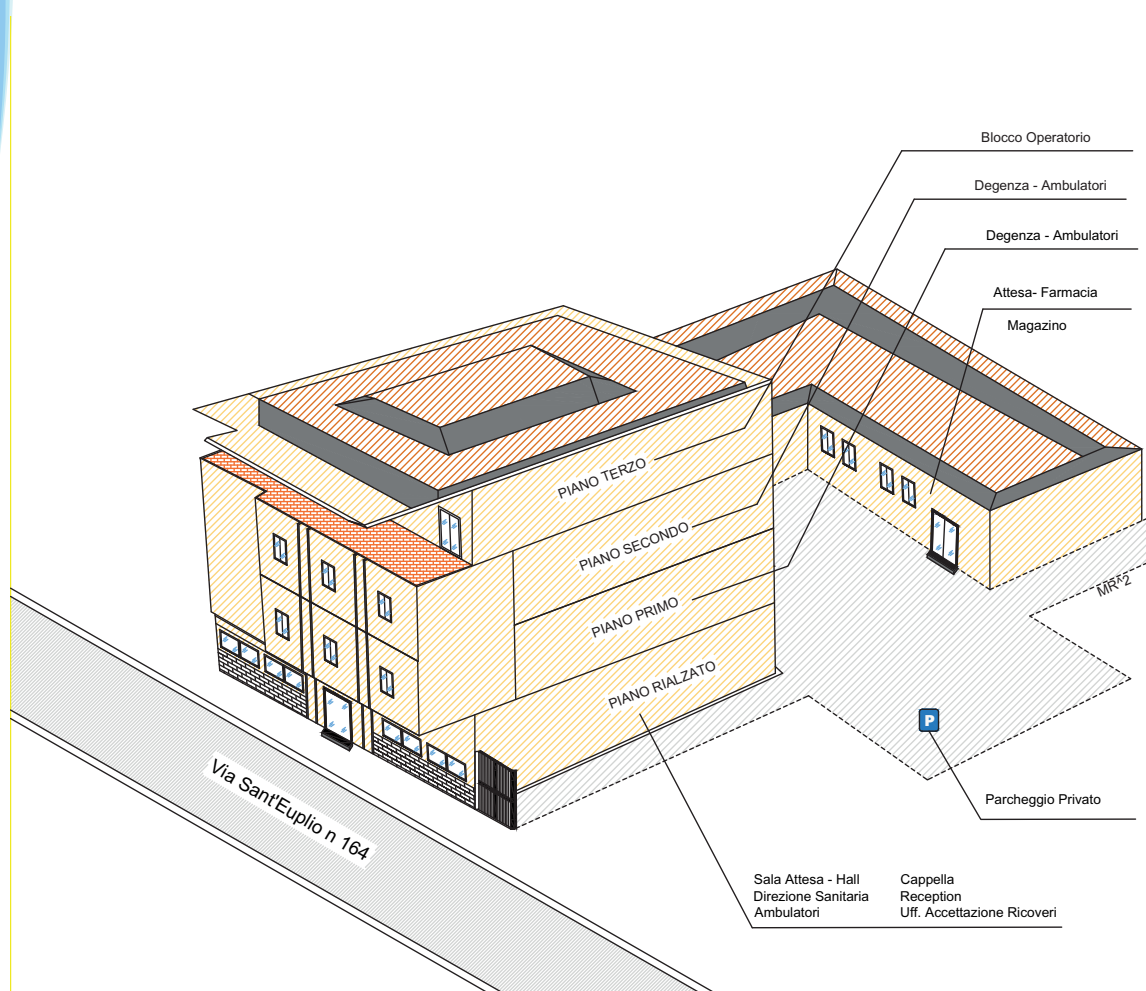
- Ricettività totale di 101 posti letto
- 230 dipendenti
- 3 Sale operatorie
- 2 Sale di Emodinamica
- Terapia Intensiva
- U.T.I.C
- 3 Reparti di Degenza
- Centro Analisi Cliniche e Microbiologiche
- Servizio di Radiologia
- Servizio di Tomografia Computerizzata
- Servizio di Risonanza Magnetica
- Ambulatori
- Ecografia





# Assonometria Di Stefano Velona

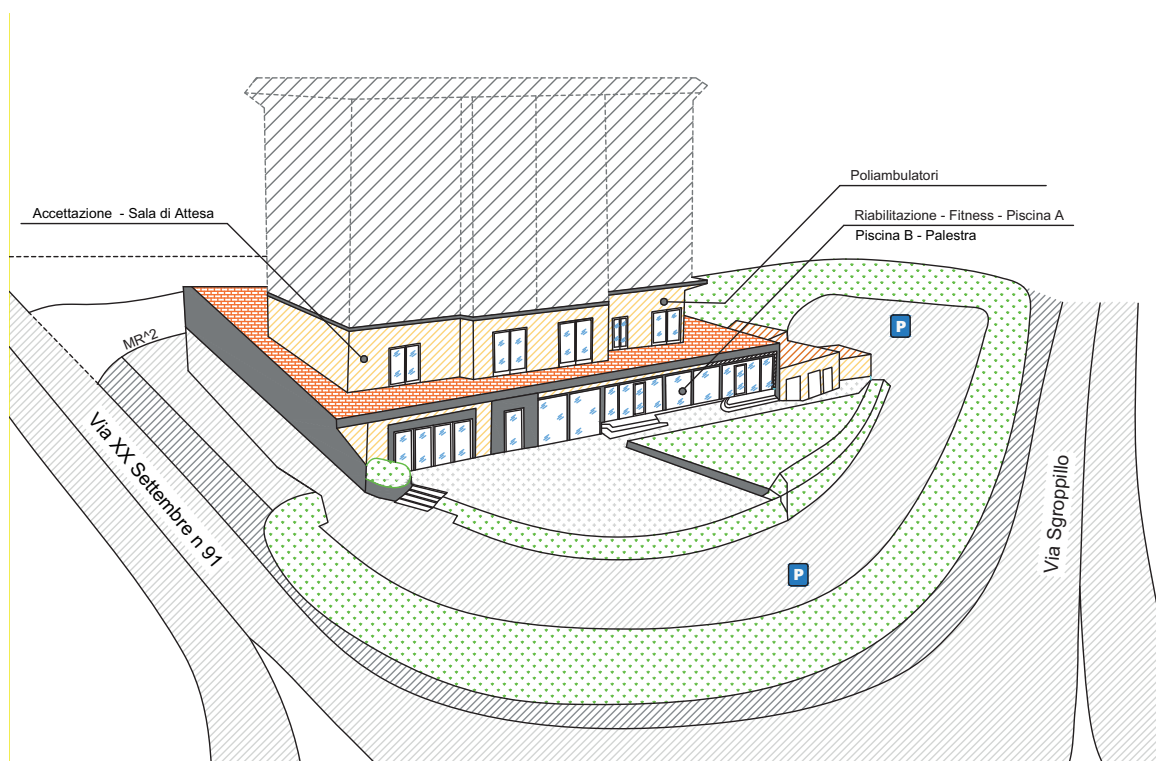
- 3 Sale Operatorie
- Chirurgia dell'Occhio
- Chirurgia Refrattiva
- Trapianti di Cornea
- Trattamento Retina: medicina e chirurgia
- Trattamento Maculopatia
- Primo intervento
- Ambulatori
- Laboratorio Analisi



# Assonometria Check Point



- DH Riabilitativo
- Riabilitazione Funzionale
- Palestra
- Piscine terapeutiche
- Fitness in acqua neonati, gestanti, cronici
- Paralympic training
- Ambulatori





# Organizzazione societaria

**2010** Consiglio di Amministrazione e Consulenti (l'anno di Fusione Morgagni Catania con Morgagni Centro Cuore Pedara)



Da sin.: Avv. Nicola Burgi, Dott.ssa Evelina Daniele, Prof. Sergio Castorina, Dott. Giuseppe Daniele, Prof. Salvatore Castorina, Avv. Leonardo Castorina, Prof. Pietro Abbadessa, Dott. Giuseppe Giarlotta, Dott. Emilio Giovanni Castorina, Prof. Avv. Emilio Castorina.

**2013** Il Governo Aziendale

Consiglio di Amministrazione

Presidente

Consiglieri



Sergio Castorina  
CHIRURGO



Riccardo Castorina  
CHIRURGO



Emilio Castorina  
PROFESSORE ORDINARIO  
DIRITTO COSTITUZIONALE  
UNIVERSITÀ DI CATANIA



Emilio G. Castorina  
RADIOLOGO



Concetta Castorina  
MEDICO

## QUADRI AMMINISTRATIVI

Direzione Amministrativa

Affari Generali

Direzione Finanziaria

Ragionieri

Economato

Assicurazioni

Qualità

Segreteria

Sicurezza e Manutenzione

Consulenti Tecnici

# Una storia che comincia da lontano: la Chirurgia a Catania nel ventennio 1940-1960

di Salvatore Castorina

Stato dell'arte nel secondo novecento alla vigilia della seconda guerra mondiale.

Si era non lontani dal momento in cui l'Europa sarebbe stata sconvolta dal secondo conflitto. La Chirurgia catanese era concentrata in due poli universitari, oltre che rappresentata in due ospedali e in alcune Case di cura (tra maggiori e minori: non oltre 5-6).

## Venti di guerra

Si cantava "Faccetta nera", le legioni italiane combattevano in Africa e in Europa. Dopo Giuseppe Muscatello, siciliano da Augusta di Scuola Napoletana, alla Clinica Chirurgica veniva chiamato Achille Mario Dogliotti piemontese, non ancora quarantenne. Elegante nella persona e garbato nella parola, conquistò i salotti di Catania, oltre che la fiducia chirurgica della città, per l'impegno nell'organizzazione della nuova Scuola e per i buoni risultati della sua chirurgia. Un documento importante, a riprova del livello della ricerca nella disciplina chirurgica, alla vigilia del grande conflitto, è rappresentato, dal curriculum scientifico presentato dal Prof. Dogliotti al concorso che lo portò nella Facoltà Catanese.

Riporto, qualche linea di ricerca prediletta dal Dogliotti e che rappresenta indicazione interessante per le prospettive che si aprivano alla chirurgia del tempo.

Argomenti innovativi che giustificavano il senso del tema scelto dal Dogliotti per la prolusione al suo primo corso di Clinica tenuto il 22.XI.1937: "Vecchi e nuovi orizzonti della Chirurgia del sistema nervoso".

Quali linee innovative cito qualcuno tra i suoi 138 lavori, pubblicati e presentati per il concorso alla Cattedra Catanese.

- Shock traumatico
- Ulcera peptica
- Enervazione del rene e funzione escretoria
- Cura della nevralgia del trigemino
- Innervazione vasomotoria del rene
- Cervello e omoinesti di fascia lata fissata in alcool
- Trasfusione di sangue (un personale apparato)
- Occlusione intestinale ed equilibrio elettrolitico
- Riflessioni sulla organizzazione di grandi Ospedali americani sulle loro linee di indirizzo chirurgico
- Rachianestesia
- Terapie delle algie con iniezione di alcool nelle radici spinali
- Rachianestesia peridurale segmentarla
- Ventricolografia cerebrale
- Anestesia (molti lavori)





- Trattamenti sintomatici del dolore
- Chirurgia del simpatico
- Chirurgia del facciale

Il curriculum cui ho fatto riferimento preludeva a quanto il Dogliotti avrebbe realizzato a Torino, pioniere anche nella nuova specialità cardiocirurgica con la collaborazione di Actis-Dato. Degli allievi di Dogliotti: andranno primari, Arezzi a Ragusa, Galvano a Enna, Caudullo a Catania, Costantini e Parenti, già liberi docenti, occuperanno sedi al Nord. Di Stefano andrà, prima in Patologia Chirurgica a Catania, quindi a Primariato; Musumeci, a parte un incarico a medicina d'urgenza, eserciterà nella sua Casa di Cura.

Nel 1940 venne la mobilitazione. Cullati dalle note struggenti di Lili Marleen, italiani, inglesi, francesi, russi, americani e tedeschi marciavano nel fango e nella sabbia.

Lili Marleen fu il motivo che segnò l'epoca. Arrigo Petacco così scrive di Lili Marleen in "l'armata nel deserto"; vale la pena ricordarlo.

### “Lili Marleen contro Rosamunda”

L'allungamento dei fronti di guerra aveva creato non pochi problemi anche ai sistemi di comunicazione, ma per tutti gli Stati Maggiori degli eserciti belligeranti era considerato di importanza primaria mantenere in contatto con la patria e con la famiglia il combattente migliaia di chilometri lontano da casa. Di conseguenza, sia la posta militare che le varie trasmissioni radiofoniche destinate alle truppe con scambi di messaggi personali inframmezzati da notiziari e da brani musicali di canzonette in voga erano particolarmente curate. I tedeschi, però vollero fare qualcosa di più: creare un'unica stazione trasmittente che potesse essere ascoltata contemporaneamente da tutti i soldati in linea.

Per irradiare le trasmissioni radiofoniche sull'intero scacchiere del conflitto venne scelta Belgrado. La potentissima stazione radio fu inaugurata il 18 agosto 1941, alle 21.50, e proprio quella sera il suo Direttore – Kariheinz Reintegen, un tenente della Wehrmacht più esperto di musica che di cose militari – al termine del notiziario mise sul grammofono un vecchio 78 giri di una cantante poco nota, dalla voce passionale, di nome Lale Andersen. Il motivo s'intitolava Lili Marleen e raccontava di una giovane che tutte le sere aspettava il suo soldatino dietro la caserma al chiaro di un fanale. La canzone edita pochi anni prima, non aveva avuto fortuna nella Germania nazista – perché assai poco marziale, anzi antimilitarista, in quanto riassumeva nei suoi versi la malinconia e i sacrifici di tutti i soldati nel mondo – e dei 5 mila dischi incisi ne erano state vendute appena 700 copie. Quella sera, però, si compì il miracolo. Lili Marleen diventò la ragazza dei soldati di tutti gli eserciti e la canzone si diffuse su tutti i fronti con una marcia inarrestabile. La cantavano i tedeschi, ma anche gli italiani, gli inglesi e persino i russi e fu tradotta in tante lingue (compreso il latino).

In Italia, i censori bacchettoni dell'EIAR, sulle prime cercarono di rendere la canzone più castigata, modificando le parole: «Maddalena Maddaleé tu non sei Lili Marleen, tu non mi aspettavi al chiaro di un fanal ma dietro i ferri del tuo davanzal». Fu però un tentativo stupido e inutile: Lili Marleen trionfò su tutto, anche su Rosamunda, la bella canzone che Montgomery cercò invano di contrapporre alla “rivale” tedesca.

Tanti chirurghi catanesi partivano per il fronte (Francia, Africa, Albania, Russia), anche Dogliotti andò in Russia. Non tornò a Catania, in quanto maturarono le condizioni perché già durante il conflitto fosse chiamato alla Facoltà di Torino.



A Catania restava incaricato di Clinica, Edmondo Malan, 1° aiuto di Dogliotti. Tra il 1948 e il 1949 Malan andava, chiamato a Parma, e Raffaele Brancati, siciliano di Pachino di scuola Romana (Durante, Alessandri), da Parma veniva chiamato dalla Facoltà alla Clinica di Catania.

La produzione scientifica del Prof. Brancati era indirizzata allo studio della biologia dei tumori, allo studio sperimentale delle resezioni gastrointestinali. In qualche ricerca precorse i tempi: innesti sperimentali di pancreas.

Nella clinica si spinse nella grande chirurgia demolitiva oncologica (*exenteratio pelvis*).

## Quale Chirurgia nel dopoguerra?

La guerra in Sicilia era finita. Chi tornava dalle sedi dal cosiddetto “sfollamento”, trovava, ancora librati su Catania i “palloni frenati”, effimero baluardo contro le incursioni aeree. Macerie in via Etnea (quattro canti, piazza Stesicoro, piazza Duomo angolo via V. Emanuele, nei quartieri del porto, al teatro Greco (Salesiani: perirono ragazzi a scuola), l'Istituto Salesiano S. Luigi (oggi Ospedale S. Luigi - Currò) trasformato dal Comando tedesco in ospedale di guerra, veniva smobilitato.

Cominciò la ricostruzione. I chirurghi tornati dal fronte riprendevano i loro vecchi ruoli. Tra questi Vincenzo Liberti, personalità integgerima che incontrai presso l'Istituto di Patologia chirurgica durante gli anni della prima mia formazione.

Tra i chirurghi in organico durante la direzione Brancati, ma ereditati da Dogliotti, il Puglionisi concluderà la sua carriera al Gemelli, Xiumè andrà a Ragusa, Giardina, andrà Primario a Taormina, Occhipinti a Caltanissetta. Si diceva di Brancati che, componente di commissione di esami avesse negato al Duce (che l'aveva convocato al telefono) la libera docenza a Marcello Petacci, fratello di Claretta.

Intanto si era nel 1950. Gussio lasciava la Patologia Chirurgica e veniva chiamato, incaricato Giacomo Giangrasso palermitano, in quel tempo a Roma presso l'Istituto di Patologia Chirurgica diretta da Pietro Valdoni, Giangrasso era buon bisturi.

Era logico che Valdoni, dotato di quelle qualità che lo avrebbero fatto risplendere di luce propria, desiderasse che il campo operatorio fosse tutto suo, per cui Giangrasso fu chiamato dalla Facoltà, a Catania (baratto con la chiamata del Prof. Luigi Condorelli dalla Clinica Medica di Catania a quella di Roma).

Giangrasso era ottimo operatore, in giovinezza, aveva anche frequentato neurochirurgia a Parigi. Veniva a Catania dotato di solida formazione acquisita negli Ospedali e nella Patologia Chirurgica romani.

Lo seguirono, da Roma, due giovanissimi medici con ruolo di Anestesisti (Giovanni Conforti e Renzo Trifogli). Con loro iniziò a Catania l'anestesia barbiturica e la narcosi con intubazione orotracheale. Seguiranno sulla linea anestesiologicala, Luigi Coscarelli (Patologia Chirurgica), Giovanni Barone (O.V.E.), Mario Bellelli (Clinica ostetrica), venuto col Prof. Mario Cetroni. Giangrasso fu il primo ad aprire un torace per cisti del mediastino.

Il limite del Prof. Giangrasso, con cui discussi la tesi di laurea e iniziai la mia formazione chirurgica, fu la diffidenza verso i Collaboratori. Un insieme di eventi, legati a questo aspetto caratterologico, lo indussero a lasciare l'incarico dall'oggi al domani e a tornare a Roma, in Casa di Cura, Bastianelli.





Nel 1952 gli succedette in Patologia Chirurgica, Gioacchino Di Stefano Velona, figlio di Nunzio. Egli fu chirurgo innovativo e audace. Allievo di Dogliotti, mantenne col Maestro un continuo rapporto. Più volte l'anno andava a Torino ed entusiasta, metteva in atto tecnologie ivi apprese, alla scuola dell'insigne Chirurgo che lanciava già la Cardiochirurgia. A questo proposito ricordo che Di Stefano eseguì per primo una valvulotomia mitralica a cuore battente usando proprio il valvulotomo di Dogliotti. In quegli anni la Patologia Chirurgica fu molto impegnata col Morbo di Bürger. Molte le ganglionectomie lombari eseguite da Di Stefano. Si cimentò anche in neurochirurgia. Eccelse nelle resezioni sul canale alimentare. Spunti di ricerca sviluppati da Di Stefano e Coll. (tra cui chi scrive), furono lo studio di alcuni aspetti di patologia tiroidea, dei circoli collaterali nel polmone, della fisiopatologia dello shock; altri interessi furono per temi di anestesia generale, enzimologia dei succhi enterici, le alterazioni gangliari nel Bürger.

Nel 1956 a Raffaele Brancati succedeva in Clinica Attilio Basile. Ricca la sua scuola, ricordiamo tra i suoi diretti allievi: Salvatore Navarra, Gaspare Rodolico, Saverio Latteri, Michelangelo Zanghì, Gastone Veroux, Ercole Cirino, Gaetano Romeo, Aurelio Di Benedetto, Giulio Deodato e Ferdinando Latteri, tutti cattedratici, e tra i tanti ci è caro ricordare Nicola Nesi andato a primariato prima, e ad ospedalità privata più tardi.

Tra gli Anni 60 e 80 a Gioacchino Di Stefano Velona che andava in Chirurgia pediatrica e primario all'O.V.E., succedeva in Patologia Chirurgica, Paolo Biocca con la sua Scuola romana, cui successe Provenzale (stessa scuola) e successivamente Giovanni Carbone. In Semeiotica chirurgica era andato Aldo De Maria.

## Gli ospedalieri

Sopravvenuta in Clinica Chirurgica la Direzione Dogliotti, Giuseppe Lino già aiuto di Giuseppe Muscatello passò al primariato dell'O.V.E. Acquisì presto larga fama per la sua *Vis* chirurgica: chirurgo veloce, operava spesso in condizioni di emergenza in ospedali di provincia e persino in fattorie dislocate in aperta campagna. Si raccontava che capitò che si dovesse aprire un ombrello sul campo operatorio, a protezione della polvere che calava da un contro soffitto di legno ingombro di fave. Attorno a Lino si costituì una Scuola di ottimi ospedalieri tra cui Nunzio Caudullo, per breve tempo Assistente di Clinica, Dogliotti, Saieva, anch'egli abile chirurgo. Altro primario all'O.V.E. fu Bonaccorsi. Al Santa Marta e Villermosa, ospedale gestito dalla Curia Arcivescovile, noto perché sede di Pronto Soccorso di riferimento cittadino, operava nell'immediato dopoguerra Giovanni Selvaggi. Vizzinese, ma di Scuola romana, in guerra aveva acquisito grossa esperienza nella chirurgia d'urgenza. Fu un chirurgo eclettico esperto sia in traumatologia ossea che in chirurgia addominale. Rapido nelle splenectomie da rottura traumatica.

Nel dopoguerra, noto fu Rino Bonaccorsi figlio del precedente che si distinse in chirurgia vascolare, primario al Garibaldi. Al Garibaldi aveva operato prima, Giovanni Gullotta con esperienza in chirurgia per il collasso polmonare nella terapia della tubercolosi. Ricordiamo ancora Biagio Pecorino, primario all'O.V.E. e deputato nazionale nel Movimento Sociale Italiano.

## Gli ospedali

Erano il Garibaldi, il Vittorio Emanuele e il Santa Marta. Il Tomaselli e il Ferrarotto erano ospedali pneumologici. Tutti i reparti Universitari erano insediati nei padiglioni del

Garibaldi e del Vittorio Emanuele. Solo l'Oftalmologia era ospitata al Santa Marta. Policlinico e Cannizzaro verranno attivati a partire dagli Anni 90.

## Le Case di cura

Da ricordare la Lino, la Muscatello, la Benedetti, la Di Stefano, la Musumeci, la Zurria, la Greco, la Failla, la S. Antonio, la Giuliano, la San Vito, la Madonnina e una Catanese Oncologica. Erano case di cura esclusivamente chirurgiche che si identificavano col titolare. Le Case di cura erano ovviamente accessibili solo a paganti in proprio.

Personalità chirurgica fu negli Anni 50 e seguenti Salvatore Vittorio Musumeci allievo di Dogliotti, già citato. Eredita dal padre una Casa di Cura frequentata dalla buona società e aperta ai Maltesi con cui il Musumeci manteneva rapporti. Rappresentò senza dubbio nella Chirurgia del tempo, un riferimento.

Era in uso nell'immediato dopoguerra, che il chirurgo operasse perfino a domicilio. Si operava secondo una precisa procedura. Il tavolo operatorio si identificava col tavolo da pranzo. L'infermiere arrivava coi cestelli di biancheria sterile. I ferri si sterilizzavano in una pesciera. L'anestesista portava con sé la bombola d'ossigeno, la maschera, e, più tardi (Anni 50) il pentothal.

La chirurgia domiciliare era la chirurgia delle ernie, del canale alimentare, l'urologia, l'isterectomia subtotali, la chirurgia proctologica e naturalmente tutta la chirurgia di superficie. I risultati erano buoni. La penicillina, in assenza di resistenze batteriche, faceva il resto.

Il sistema portante dell'organizzazione ospedaliera erano le suore di S. Vincenzo, dal velo-cappello inamidato a larghe tese: Suor Agata. Suor Filomena, Suor Elena, Suor Emilia... Le Madri Superiori erano indiscusse autorità: Managers del tempo. Primari e Direttori esprimevano sudditanza. Visitare per auguri la Superiora a Natale e Pasqua era obbligo e consuetudine. La Superiora offriva caffè, biscotti o granita, secondo stagione.

Gli infermieri di sala operatoria, autodidatti, si affermavano quali mitiche figure di cani da guardia delle sale operatorie. I signori Bari in Clinica Chirurgica, Comis e Lauricella al Vittorio, Pippo Consoli al Garibaldi e Vernali al Santa Marta, erano i preparatori responsabili delle sale operatorie. Di Pippo Consoli, in Patologia Chirurgica, ricordo l'operosa attività, nell'immediato dopo-guerra, nel provvedere alla riparazione dei guanti bucati (il monouso ce lo sognavamo!) coi tappi al mastice, come si faceva con le camere d'aria delle biciclette. Era Consoli che assicurava l'approvvigionamento della seta per la sutura della cute, acquistata al negozio Barone di via Etna, e dei drenaggi di gomma acquistati da Becherucci in Viale Regina Margherita.

L'asepsi delle mani si realizzava con bagno in alcool denaturato o peggio, nelle urgenze, in alcool iodato (mani costantemente screpolate). In agosto le sale operatorie (non climatizzate) erano forni. Un infermiere era addetto ad aver cura, usando pezza laparotomica, che il sudore dell'operatore non gocciolasse nel campo.

È per questo che nei mesi caldi si evitava operare un'elezione. Il tutto si sterilizzava in autoclave o per ebollizione. Si calzavano i guanti umidi cospargendo le mani con borotalco, il barattolo aspersione di borotalco era pezzo d'obbligo, presente sul tavolo di preparazione. Non si usavano sempre i calzari, motivo per cui i chirurghi uscivano dalle sale operatorie con le scarpe imbiancate.

Se il malato non superava il post-operatorio era norma che i congiunti ringraziassero





il chirurgo: «*Dottore lei ha fatto quel che poteva ma il Signore ha voluto così*». Questo era il rapporto medico-malato.

I 20 anni compresi tra il 1940 e il 1960 rappresentano per la Chirurgia italiana, e quindi anche della catanese un periodo di consolidamento delle posizioni acquisite durante i primi 40 anni del secolo.

La *Diagnostica strumentale* era modesta rispetto alle odierne disponibilità.

La *Radiologia* forniva immagini dirette, era usata la contrasto grafia gassosa (pneumoperitoneo, retroperitoneo, ventricolografia) e la contrastografia iodata, (a rischio). La stratigrafia era molto impiegata specie nei reparti pneumologici.

La *Endoscopia* aveva limiti imposti dai broncoscopi, gastroscopi e rettoscopi rigidi.

La *Laparoscopia Diagnostica* era coltivata da pochi esperti.

La **Chirurgia Generale** affrontava il quotidiano con frequenti laparotomie “esplosive”. La patologia affrontata era prevalentemente riferita alla chirurgia delle ernie, di parete, del collo (gozzo), delle colecisti e via biliare, del canale alimentare, del rene. L'ilo epatico non era accessibile a tutti, tanto che esisteva una pinza da colecisti che consentiva la resezione poco sotto il gozzo dell'organo.

Erano largamente rappresentate la chirurgia proctologica – le amputazioni – la chirurgia della prostata (anche in due tempi previa marsupializzazione), le cistotomie.

*Suture e aghi*: seta, lino, catgut (da 00 a 5), tendine di canguro, filo d'acciaio. Assistenza al transito dall'ago con cruna (devastante più o meno) all'atraumatico.

*Strumentario*: il tavolo degli strumenti restò nel periodo piuttosto immutato ed erano strumenti ereditati dai precedenti decenni. I ferri erano gli stessi inventati e con cui avevano operato Farabeuf (1841-1910), Kocker (nato nel 1841), Durante (nato a Letoianni nel 1845), Mikulicz (nato nel 1850), Crile (nato nel 1864). Era ancora lontano il tempo del monouso per cui le sale operatorie erano dotate di capaci cestelli dentro i quali veniva autoclavato tutto il materiale in uso al tavolo operatorio. A partire dagli anni '60 lo strumentario si arricchisce. Mi riferisco ai ferri studiati per chirurgia vascolare maggiore, per la chirurgia toracica maggiore, mi riferisco allo strumentario laparoscopico a partire dagli anni '90 che finirà per cambiare totalmente il classico aspetto del tavolo di strumentazione.

I ferri erano gli stessi inventati e con cui avevano operato Farabeuf (1841-1910), Kocker (nato nel 1841), Durante (nato a Letoianni nel 1845), Mikulicz (nato nel 1850), Crile (nato nel 1864). Era ancora lontano il tempo del monouso per cui le sale operatorie erano dotate di capaci cestelli dentro i quali veniva autoclavato tutto il materiale in uso al tavolo operatorio.

La *trasfusione* – Prima che fosse introdotto il flacone Baxter la raccolta del sangue si faceva in fiasca aperta o nell'apparecchio di Dogliotti. Non esistevano gocciolatori col filtro monouso per cui le reazioni trasfusionali erano frequenti, si ricorreva alla trasfusione diretta mediante la siringa di Joubé.

La **Chirurgia addominale** maggiore si muoveva sulle direttive date dalle scuole Austriache e Tedesche dominanti nella realtà europea cui più che ai francesi guardavano i chirurghi italiani. Le resezioni gastriche e le colectomie rappresentavano il punto di arrivo del chirurgo. Si discuteva e si valutavano le varianti di sistemazione dell'ansa anastomatica nella Bilroth: si discuteva sull'emostasi elettrica o per legatura, sulla tipologia delle suture (sutura continua, punti staccati, ecc.).

La **Chirurgia toracica**: cominciavano le toracotomie ma prevaleva ancora la chirurgia del collaso extrapleurico, le toracoplastiche e la Jacobeus (la toracosopia chi-



chirurgica prima maniera) per la sezione delle sinechie pleuriche a perfezionamento del pneumotorace terapeutico. Le lobectomie divennero routinarie all'alba degli Anni 60.

I *drenaggi toracici* si innestavano col sistema Bülow realizzato artigianalmente con i bocconi slivellati, cosa ben diversa dai sistemi "monouso". Ma funzionavano anche quelli.

La **Chirurgia dei vasi** si avviava a trovare propria identità. Le safenectomie erano interventi correnti e si cominciava con le embolectomie.

La **Traumatologia** era in mano ai chirurghi, molti gessi, poca interventistica. La separazione precisa tra chirurgia e ortopedia si ebbe solo negli anni a cavaliere '50/'60 (Prof. Francesco Russo, allievo della Scuola romana di Marino Zuco, Ospedale S. Marta e Casa di Cura Russo).

La **Neurochirurgia** arrivò con Saverio Signorelli Marotta (formatosi in Svezia alla Scuola di Olivecrona tra il '50 e il '55).

Come la traumatologia, anche l'**Urologia** restò fusa con la chirurgia fino agli Anni 60 (Prof. Giovanni Carbone allievo del Prof. Paolo Biocca, Clinica Urologica Santa Maria Hospital, già Benedetti).

**Anestesia.** La cloroformica cedeva all'etere. Si perfeziona la tecnica loco regionale. La spinale si arricchiva della tecnica peridurale propugnata dal Dogliotti. Dopo il '50 si diffondeva l'anestesia barbiturica, col protossido d'azoto, l'intubazione orotracheale e naturalmente il curaro. Circolava nelle sale operatorie una vignetta che riproduceva l'Anestesista in livrea indiana e con le penne in testa, nell'atto di sparare una freccia al curaro nelle natiche del paziente già sul tavolo operatorio, mentre un ideogramma in bocca al chirurgo esterrefatto esprimeva: «*e che siamo tornati ai tempi antichi?*» (chiaro il riferimento alle frecce indiane intrise nel curaro veleno miorellassante).

Venne l'alba degli Anni 60: grosso rinnovamento si verificò con l'innesto delle Scuole di Paolo Biocca, del Prof. Provenzale (Valdoniani) e Attilio Basile.

Il primo Pace-Maker impiantato da un ruggente cardiologo Alberto Galassi è del 1964. Comincia l'era della Cardiologia invasiva. Poi venne il primo trapianto renale (Basile) il resto è storia vicina. I chirurghi di questa ultima generazione sono tanti e motivati.

Catania Chirurgica guarda a traguardi impegnativi prossimi e lontani. A quei chirurghi della ricostruzione post bellica vada il nostro pensiero. Grazie alla loro tenacia, operando in condizioni di difficoltà ambientali e poca disponibilità di mezzi, costruirono lo zoccolo da cui ha preso il volo la moderna Chirurgia.

Certamente la memoria mi ha tradito in qualche passaggio. Chiedo scusa, pertanto, a chi, tra i vecchi chirurghi in questo momento non è presente nei miei ricordi, ma resta certamente presente nel ricordo della città.

A partire dalla fine degli Anni 60 parte un globale processo nel rinnovamento organizzativo strutturale degli ospedali. Inizia la competizione tra Clinica Universitaria e Ospedale. La riforma introduce il concetto di Azienda Ospedaliera espressione operativa del Servizio Sanitario Nazionale che si sostituisce alla realtà dell'ospedale provinciale, comunale o espressione del lascito per beneficenza da mecenati.

## 1963

L'idea di una Clinica per Chirurgia da realizzare secondo la mia visione di offerta qualitativa al nostro territorio, muove dal momento che, conseguite le specializzazioni



in Chirurgia Generale (Catania 1956), Chirurgia Polmonare (Torino 1961), le docenze in Anatomia Umana (1957) e in Anatomia Chirurgica e Corso delle operazioni (1962), completata la formazione presso Istituti Universitari e Ospedalieri a Catania, Torino, Roma e Padova oltre che stages presso Centri Chirurgici Universitari Scandinavi (Stoccolma, Oslo, Copenaghen) e Olandesi (Utrecht, Amsterdam), decisi di dedicarmi. Il progetto si concretava a partire dal 1963 e inizia a realizzarsi attraverso due insediamenti, prima dell'ultimo a Catania nel 1972, che sarà denominato C.C.D. "G.B. Morgagni" Casa di cura.

La mia formazione universitaria si concludeva con la specializzazione in Chirurgia Generale nel 1956. Svolsi il primo tirocinio presso l'Istituto di Patologia Chirurgica diretto dal Prof. Giocchino Di Stefano.

In quegli anni che seguivano la fine della guerra del 1940 conclusa in Sicilia nel 1943 la Chirurgia si aprì a nuove prospettive grazie alla esperienza della chirurgia di guerra che si era arricchita di nozioni nell'ambito della fisiopatologia dello shock che consentirono successi nelle applicazioni assistenziali nel post operatorio: correzione degli squilibri elettrolitici, compensi volemici, utilizzazione della emotrasfusione e soprattutto il vantaggio dell'anestesia per intubazione oro tracheale e ventilazione assistita che confinava in museo le maschere di Esmarch e di Ombredanne, uniche risorse per indurre in anestesia cloroformica o eterea.

Mi piace ricordare che Giocchino Di Stefano inviò alla Clinica Chirurgica di Roma diretta da Pietro Valdoni, il mio caro compagno di corso, in memoria, Gino (Luigi) Coscarelli che sarebbe divenuto il primo primario a Catania di Unità di Anestesia e Rianimazione (Ospedale Garibaldi).

Con Luigi Coscarelli l'anestesia con intubazione arrivò a Catania alla vigilia degli anni '60.

Quasi contemporaneamente Giuseppe Barone formato a Parma iniziava al Vittorio Emanuele.

L'avvento degli antibiotici fu il secondo evento di evoluzione nel gesto chirurgico.

Intanto una inattesa circostanza mi dava la possibilità di nomina ad Assistente in Anatomia Umana nel ruolo didattico di dissettore. Accettai senza esitazione essendo evidente quanto la dissezione potesse migliorare la mia formazione chirurgica.

A Lavina di Aciconaccorsi, provincia di Catania, organizzai la Casa di Cura "San Giuseppe in Lavina"; "San Giuseppe" perché ospitata presso la Casa delle Suore Serve della Divina Provvidenza (Patrono S. Giuseppe), che, col consenso della Madre Generale Rev.da Suor Maria Marletta, fu data in uso allo scopo, "in Lavina", dalla denominazione della località, sede del Santuario Santa Maria Ritrovata, officiato dal Padre Stefano Cavalli che con Mons. Michele Cosentino, fondatore dell'Oasi per Sacerdoti infermi in Aci Sant'Antonio, ebbero grande merito nel momento dell'avviamento e consolidamento dell'opera; il Santuario sorge a pochi metri di quella che fu la sede della Casa di Cura.

## 1969

La seconda sede, pur mantenendo la denominazione di San Giuseppe in Lavina, operò a Catania dal 1967 al 1969 in Via del Bosco, quando la precedente sede non potè essere più disponibile per sopravvenute esigenze operative della comunità,

proprietaria. Nella stessa location demolita la vecchia struttura viene costruita la "Morgagni".

Arrivavo al 1972 avendo conseguita l'abilitazione alla docenza in Anatomia Umana e la idoneità nazionale a Primario di Chirurgia.

La mia formazione post specializzazione (1956) mi era stata consentita da una intensa attività.

Le mie giornate erano pienamente impegnate nell'attività dissettorie e didattica presso l'Istituto di Anatomia Umana a Palazzo Ingrassia, le sale operatorie dell'Istituto di Patologia Chirurgica e in successione le sale operatorie dell'ospedale sanatoriale Tomaselli (chirurgia della tubercolosi), il San Rocco in Linguaglossa e l'ospedale di Randazzo.

Cumuli di attività oggi non consentiti stante i criteri di incompatibilità vigenti. In provincia si affrontava una chirurgia da frontiera.

Si pensi che a Linguaglossa nel 1962 non esisteva ancora rete telefonica (persino l'ospedale San Rocco ne era privo) ma solo un posto pubblico che chiuderà la porta alle 17,00: solo a Fiumefreddo un telefono pubblico a gettone, nella piazza principale.

Quante notti il buon Salvatore Lo Presti (in memoria) Direttore Sanitario si doveva recare a Fiumefreddo per richiamarmi da Catania con l'Anestesista per emergenze. Era diverso però il rapporto coll'infermo e la famiglia rispetto a quanto oggi accade. Rispetto ad oggi si era anni luce lontani quanto al rispetto verso il medico, comunque andassero le vicende cliniche. Eppure osavamo chirurgia di impegno addominale e toracica persino utilizzando se del caso di presidi da museo, ricordo la decompressione pleurica post chirurgica cool Bülow

È vero, sono trascorsi 50 anni dalla prima seduta operatoria in "Morgagni, via del Bosco 105: un Ernioplastica, una Appendicectomia, una Colectomia". Con me, Francesco Panebianco, Angelo Lanzafame, Anestesista Rina Grasso. Li ricordo in memoria con immenso affetto.

In realtà ne sono trascorsi 60 dal 1962 quando iniziai a immaginare un progetto innovativo rispetto alla cultura ospedaliera del tempo.

La Casa di Cura San Giuseppe in Lavina (avevo 34 anni e specialista da 6 anni) fu la mia esperienza clinica organizzativa, consentita dalla fiducia accordatami dalla Madre Fondatrice delle suore della Divina Provvidenza presso una loro casa in Acibonaccorsi trasformata in Casa di Cura.

Di quell'epoca ricordo i colleghi medici di famiglia del territorio senza la cui fiducia non avrei potuto iniziare questa avventura.

Solo riferendomi ai Comuni del territorio, pedemontano metropolitano va il mio ricordo ai Colleghi che mi affidarono i loro pazienti chirurgici: Cavalli (Acibonaccorsi), Pulvirenti, Vecchio, Reitano (Aci S. Antonio), Coco, Cavallaro, Distefano, La Spina (S. Giovanni La Punta), Bottino, Barbagallo, La Rosa (Trecastagni), Torrisi, Russo (Zafferana), Scionti, Cicero (Valverde), Parisi, Pappalardo (Santa Venerina), Di Stefano (Tremestieri).

Al loro consenso, alla loro fiducia dobbiamo l'inizio di questo percorso.

Di quel tempo risale il mio incontro con Padre Pio di Petralcina che mi onorò ricevermi nella sua cella conventuale: esperienza mai dimenticata.

Mio fratello **Leonardo** ebbe ruolo nella fase organizzativa, per quanto attinente agli aspetti legali amministrativi della nuova Azienda che sostituiva la San Giuseppe in Lavina trasferitasi a Catania con la nuova denominazione.





Non faccio fatica a scorrere all'indietro le lancette della macchina del tempo perché in successione inversa all'andata quegli eventi si succedono in retrospettiva presenti tutti e distinti.

Personalità incontrate nel percorso sono innumerevoli, tutte immagini non sfocate gran parte in memoria.

Per primo il Direttore della sede della Cassa Centrale di Risparmio per le Province Siciliane, Dott. Agostino Mulè, palermitano sarebbe divenuto Direttore Generale di quella banca, alla cui fiducia posta in me pur privo di esperienza di impresa, devo la concessione di un mutuo milionario (di lire) che insieme alla sottoscrizione di un pacchetto di "pagherò" consegnato all'impresa del Cavaliere del Lavoro Carmelo Costanzo e fratello Gino grazie alla fideiussione sulla parola dell'Architetto Giacomo Leone cui si deve la cintura merlata della Casa di Cura su via del Bosco, noto per il restauro delle "Ciminiere" devo la realizzazione dell'attuale Blocco Centro primo dei 4 Presidi su cui oggi operiamo.

Ma il vero fondatore di quello che è oggi il Policlinico Morgagni Case di Cura fu mio Padre.

Ai miei genitori Emilio e Concetta grata memoria.

Emilio Castorina non esitò a destinare affidando a me e a mio fratello Avv. Leonardo la sua buonauscita, oggi TFR a conclusione della sua carriera professionale di docente umanista.

Quella somma fu utilizzata per l'acquisto dell'area dove sorge l'attuale Blocco Centro del Presidio di Catania via del Bosco.

Attratto dalla branca, la Chirurgia Toracica, estesi la mia formazione in Chirurgia Polmonare conseguendone la relativa formazione a Torino, Scuola del Prof. Luigi Biancalana precursore in Italia nella specialità bella persona. Tra il 1958 e i primi anni sessanta frequentai le sale operatorie dei sanatori dell'INPS attivi nella Terapia della Tuberculosis polmonare, Roma Forlanini e Padova Ospedale Busanera.

Attratto dai successi cui si aveva notizia maturati in Scandinavia nel 1958 ebbi la ventura, con borsa di studio di frequentare il Karolinska Universitate di Stoccolma e l'Öeresunds Hospital di Copenaghen.

Nel primo, al tempo operava, stella di prima grandezza, Clarence Crafoord, noto per avere eseguito con successo la prima riparazione della coartazione aortica il 19 ottobre 1944.

A Stoccolma incontrai però il suo Aiuto Åke Senning, che avrebbe retto la Cardiologia Universitaria di Zurigo dal 1961 al 1985 dove lo rincontrai anni dopo, affidandogli per la correzione di un Botallo la piccola figlia di un mio caro amico.

Un lungo periodo, un anno, trascorsi all'Öeresunds Hospital di Copenaghen, Chirurgia Polmonare J. Hansen.

Tipica rude personalità, incallito velista e fumatore di sigari danesi (ho memoria olfattiva del profumo misto a caffè e sigari di cui il reparto era permeato).

A John Hansen devo l'approccio diretto al tavolo nelle resezioni polmonari avendomi consentito di assisterlo nel ruolo di aiuto.

Altro periodo di formazione (6 mesi) lo trascorsi in Olanda presso la Clinica Chirurgica diretta dal Prof. Ite Boerema, pioniere in cardiologia.

Dopo l'esperienza iniziata nel 1962 alla San Giuseppe in Lavina di Aci Bonaccorsi inizia la storia dei 50 anni in Morgagni, Barriera del Bosco.

La **Morgagni** iniziava la sua organizzazione in una città sede di antica facoltà di Medicina e Chirurgia (sec. XVI) ricca di tradizioni ospedaliere. Veniva quindi a confrontarsi con un presente di eccellenza nell'area medica chirurgica e specialistica.

Il sistema mutualistico cede all'assistenza centralizzata nel Servizio Sanitario Nazionale (1978). L'incompatibilità sancita, successivamente, dal decreto di riforma Bindi crea le condizioni per cui le carriere degli operatori, confuse nella possibilità di operare in Clinica Universitaria, Ospedale e Case di cura si definiscono su percorsi separati

Una storia che non avremmo potuto né continuato a raccontare senza la fiducia di benemeriti ISTITUTI BANCARI DI CREDITO da una parte e dall'altra la collaborazione professionale, di COLLEGHI, OPERATORI e CONSULENTI, che mi hanno supportato e incoraggiato a proseguire.

Il Centro Clinico Diagnostico "G.B. Morgagni" Casa di Cura s.r.l., inizia dunque la sua attività a Catania nel febbraio 1972. I primi due interventi furono eseguiti il 23 febbraio: una appendicectomia e una colecistectomia.

La nuova struttura fu denominata Centro Clinico Diagnostico "G.B. Morgagni".

Fu costruita con mutuo edilizio concesso dalla Cassa Centrale di Risparmio V.E. per la Province Siciliane (Direttore di sede e successivamente Direttore Generale il dott. Agostino Mulè). L'impresa dei F.lli Carmelo e Gino Costanzo la costruì su progetto degli archh. Giuseppe Marletta e Giacomo Leone, grazie alla sua forza cantieristica, in meno di 2 anni. La cintura merlata fu disegnata dal mio caro amico architetto Giacomo Leone.

Giovan Battista Morgagni anatomico e medico nacque a Forlì il 25 febbraio 1682. A 19 anni si addottorò in filosofia e medicina a Bologna. Nel 1712 fu chiamato a Padova a insegnare Medicina nello Studio Universitario. Eccelse negli studi anatomici occupandosi di struttura di laringe, cuore, ghiandole, organi di senso. Fu anatomo patologo e medico, eccellendo nello studio delle cardiopatie e delle patologie vascolari. Descrisse per primo il caso clinico osservato in Anastasio Poggio, sacerdote di 68 anni, da inquadrare nella patologia del blocco atrio ventricolare, quella che oggi si cura col pace maker, ancora denominata MAS cioè sindrome di Morgagni associata più tardi ai nomi di Adams e Stokes.

La sua opera più celebre è il libro in 5 volumi "De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis". Gran merito scientifico del Morgagni fu propugnare il metodo della osservazione anatomica per giustificare il sintomo, nel tempo in cui dominavano in medicina concetti astratti, più filosofico-metafisici, che anatomo patologici.

Morì il 5 dicembre 1771.

A 200 anni dalla scomparsa inizia la nostra storia in questa sede.

L'assistenza nella Casa di Cura, veniva erogata sulla base di rapporti convenzionati con gli Enti Mutualistici. Veniva altresì svolta attività diagnostica radiologica, endoscopica e di laboratorio.

Il Centro si impose nel territorio per essere la prima struttura privata convenzionata polispecialistica, operante sia a fine diagnostici in regime ambulatoriale, che a fine di terapie mediche e chirurgiche in regime di ricovero.

Furono anni vissuti con impegno profuso nell'organizzazione di un sistema ospedaliero a management privato, che non trovava riscontro nell'esperienza locale, perché la "Morgagni" si presentava alla città come una casa di cura polispecialistica orientata al trattamento delle patologie complesse e non come la tradizionale Casa di Cura espressione della professionalità del chirurgo titolare.

Con postazione di controllo centralizzata vi ebbe sede la prima sala di Unità Coro-







narica, in Casa di Cura Siciliana, adottando un impianto Philips. Tutto era finalizzato per affrontare chirurgia maggiore.

Dopo l'esperienza in "San Giuseppe in Lavina" (1963-1968) la nuova sede (1972) a Catania, ci impegnò a costruire la identità della struttura: fu possibile coadiuvati da Giulia Eberle che assunse il ruolo di Capo personale.

La sua formazione paramilitare in Croce Rossa fu fondamentale per improntare disciplina il sistema coadiuvato dalle sorelle Angela, crocerossina essa stessa: quanti scontri sindacali!

**Giulia Eberle** fu un punto di riferimento per i chirurghi e i medici e soprattutto per me, diligente e presente in ogni circostanza anche in emergenza notturna in sala operatoria.

La ricordiamo una Capo Scuola nel suo ruolo dirigenziale. Grazie Giulia Eberle. Era per tutti la temuta "Signorina".

Ogni evento ricordato genera immagini, sorrisi, angosce,



figure di protagonisti tutti presenti nella nostra memoria. In primo piano quanti ci hanno prematuramente lasciato in corso d'opera. La prima Maria Di Prima (Vice cuoca), Stancanelli Vincenzo (Giardiniere) e poi senza cronologia Angela Pandolfo (Responsabile di gestione), Franco Capizzi (Direttore Sanitario), Francesco Panebianco (Chirurgo), Gaetano Milazzo (Internista), Angelo Lanzafame (Chirurgo), Salvatore Maugeri (otorinolaringoiatra), Silvio Caltagirone (Cardiologo), Corrado Maresca (Anestesista), Giò Barbera (Anestesista), Ivan Rubulotta (Anestesista), Rina Grasso (Anestesista), Angelo Sanfilippo (Medico Laboratorista), Pippo Campagna (Sterilizzazione Tecnico), Francesco Giuffrida (Chirurgo), Pier Luigi Bisceglie (Radiologo), Giovanni Muratore (Centralinista), Riita Peltoniemi, finlandese che ricordo con gratitudine perché infermiera al risveglio in sala operatoria, con eccezionale tempestività sottrasse a morte certa un carissimo storico amico della mia famiglia da me operato (se fosse morto per negligenza non me lo sarei mai perdonato) anossico da ricurarizzazione (almeno così interpretammo l'evento avverso). Ricordo le strumentiste giovani, eleganti e preparate professioniste formate alla prima Scuola Universitaria del Policlinico.

A onore della Morgagni, di fatto, i nostri infermieri migrati a centinaia nelle aziende pubbliche sono contese dai primari, motivo di compiacimento valore aggiunto riconosciuto.

Le Strumentiste furono scelte tra le infermiere professionali diplomate presso la scuola del Policlinico di prima istituzione. Va ricordato il ruolo di quel Direttore Avv. Nino Zappalà che già ufficiale di alto grado nella Marina Militare introdusse il rigore militare in quella Scuola. Ne allenammo tante e qualificarono le nostre sale operatorie che a me apparivano sempre più sovrapponibili alle danesi, norvegesi, olandesi, ma ancora debolmente paragonabili al Karolinska di Stoccolma: ma era diffusa l'aspirazione alla sanità pubblica, più attrattiva per la sicurezza professionale: tutte vi si trasferirono ad eccezione di Silvana Greco ancora con noi cara Silvana e Pina Bonaccorsi. Ma mi inor-

goglisce ancora il giudizio del Prof. Gaspare Rodolico Rettore e Clinico che in più occasione mi ringraziava per avergli formato tante brave strumentiste.

## 1978

Soppresses le “Mutue”, il C.C.D. “G.B. Morgagni” fu accreditato col S.S.N. per le specialità chirurgiche secondo le disposizioni del tempo.

Si consolidavano con la Chirurgia Generale, la Chirurgia Pediatrica, l’Ortopedia, l’Otorinolaringoiatria, l’Oncologia, la Medicina Interna, la Chirurgia Plastica, l’Urologia, l’Oculistica, la Neurochirurgia.

## 2000

Già nel 1993 **Sergio Castorina** era divenuto capofila di un progetto innovativo intraprendendo un percorso formativo regolare, indirizzato alla chirurgia laparoscopica presso la scuola di **Jacques Domergue**, Direttore di Clinica Chirurgica, Università di Montpellier, e **Aziz Karaa**, Ospedali di Parigi alternando periodi di permanenza presso le loro istituzioni, a periodi di visita di essi stessi presso le sale operatorie della “G.B. Morgagni” di Catania. **Riccardo Castorina** iniziava il suo stage in Oncologia Chirurgica Senologica presso l’Istituto Val D’Aurelle, Montpellier.

Negli anni 1999-2003, la Fondazione Morgagni, insieme con le Università di Montpellier e Valenza, inserita nell’ambito del Progetto Comunitario Leonardo da Vinci, grazie all’interessamento di **Umberto Scapagnini**, allora Europarlamentare, creò la prima telescuola di chirurgia laparoscopica, con l’ausilio della video conferenza. Ne derivò l’istituzione di un Diploma in Chirurgia laparoscopica rilasciato in modo ufficiale dalla Facoltà Medica dell’Università di Montpellier, a coloro che seguivano i corsi dell’Euro Mediterranean School of Endoscopic Surgery con sede a Catania (Morgagni), Montpellier, Valenza e Atene.

Nel 2003 e nel 2004, in collaborazione con il Board della Société Française de Chirurgie Endoscopique, a cui appartiene dal 2003, **Sergio Castorina** ha organizzato, sponsor la **Fondazione “G.B. Morgagni”**, due eventi scientifici intitolati “Anatomia e video chirurgia”. Intento era quello di coniugare anatomia e chirurgia alla luce dei nuovi approcci e tecniche di dissezione derivate dalla chirurgia laparoscopica. Nell’ultimo congresso si ebbe la diretta – video conferenza – dalla sala operatoria della Cornell University di New York, operatore **Michel Gagner**.

Oggi il Centro Clinico “G.B. Morgagni” si attesta sicuramente tra i siti regionali di punta nel settore della chirurgia laparoscopica applicata alla chirurgia digestiva, all’urologia, alla toraco-vascolare. Molte decine di procedure laparoscopiche vengono eseguite per settimana nelle sale operatorie della Morgagni di Catania, riguardanti in particolare la chirurgia del fegato e della via biliare, della parete addominale, la chirurgia del reflusso gastro esofageo, la chirurgia colo rettale, la chirurgia bariatrica, la chirurgia ginecologica, la chirurgia urologica, con particolare riferimento alla prostatectomia radicale per carcinoma prostatico, la toraco polmonare avanzata e la endovascolare.

La stima di cui già negli anni novanta godeva il gruppo Morgagni trova conferma, tra l’altro, nella richiesta che nell’aprile del 1994 fu avanzata dall’**Arcivescovo metropolitana S.E. Mons. Luigi Bommarito**, alla Presidenza della clinica affinché questa, in occasione della visita del **Santo Padre, Papa Giovanni Paolo II, Karol Wojtyla**, si tenesse allertata per eventuali emergenze sanitarie che potessero riguardare il Pontefice e il suo seguito.





Mi gratifica ricordare che la prima TC 64 Multislice (Cardiotac Siemens) fu impiantata in Italia il 28 Dicembre 2004, proprio presso il Dipartimento Immagini della Morgagni.

## La Joint Action con la Cardiocirurgia universitaria

La chirurgia del cuore si imponeva nella realtà medica siciliana come concreta espressione di possibili nuovi arditi percorsi terapeutici che la circolazione extracorporea consentiva per il controllo della patologia valvolare e coronarica.

**Benedetto (Bino) Marino** fu il professore ordinario di cardiocirurgia della Facoltà Medica, responsabile di una Scuola che prima in Sicilia, a Catania trovò accoglienza, ospitata nel Padiglione Ferrarotto dell'OVE.

Il primo intervento cardiocirurgico a cuore aperto eseguito in Sicilia fu effettuato all'Ospedale Ferrarotto nel marzo del 1977.

Trasferitosi Benedetto Marino alla Sapienza di Roma, la Scuola si raccolse attorno a **Mauro Abbate**, Professore Associato di cardiocirurgia.

A partire dagli Anni 80 (esattamente 1984) iniziò presso il Presidio Morgagni di Catania l'esperienza Cardiocirurgica.

Su Catania confluiva un'utenza da tutta l'Isola e dalla Calabria, in assenza all'epoca di altre strutture cardiocirurgiche nel Sud.

Fu così che la Morgagni accolse la richiesta di aprire alla cardiocirurgia universitaria non solo per allentare le richieste di cardiocirurgia sulla struttura universitaria, ma per favorire la crescita della Scuola allargando la piattaforma operativa, anche a favore della formazione del proprio personale.

La Morgagni contribuì subito, mettendo i suoi impianti e la sede a disposizione della cardiocirurgia universitaria con il risultato che tanti giovani cardiologi, rianimatori e chirurghi che avevano effettuato un lungo training professionale nel Pubblico ma soprattutto significativi periodi di perfezionamento all'estero, maturarono rapidamente potendo portare il proprio bagaglio di esperienze acquisite a beneficio dei pazienti siciliani.

Tale operazione fu possibile perché non erano al tempo in vigore le norme che sancivano l'incompatibilità degli operatori universitari e ospedalieri con l'attività di Casa di cura.

Nei primi mesi del 1984 fu quindi eseguito, da Mauro Abbate, il primo intervento cardiocirurgico presso il Presidio Morgagni di Catania.

Intanto veniva acquisito un nuovo edificio (ex cinema delle Rose), prospiciente al blocco che chiameremo Centro, con questo veniva collegato con sottopasso e successivamente (2008) con collegamento aereo. Il nuovo blocco viene denominato Est.

Voglio ricordare gli "Studi" impegnati nella complessa opera edilizia di ristrutturazione (**mutuo BNL**) del nuovo polo sul precedente fabbricato, già sede del "Cinema delle rose": **Colnisa (ingg. Nicola e Rosario Colombrita), ing. Bruno Condorelli, Studio ing. Amarù, Keita (ing. Tonino Sardo e collaboratori), Prometec (l'ardita struttura metallica del ponte su Via del Bosco eseguita su progetto dello Studio, ing. Mario Granata, varata l'11 agosto 2006).**

La Casa di Cura, in quel periodo, si avvale della collaborazione scientifica di numerosi centri cardiocirurgici italiani ed europei.

In quegli anni molti ospiti illustri visitarono la Casa di Cura Morgagni. Il **Cardinale Carpino** già Arcivescovo di Palermo, il Presidente Nazionale dell'AIOP **Bardelli** che



volle rendersi personalmente conto di questa Casa di Cura considerata emergente nel panorama dell'Ospedalità Privata Italiana. Con particolare compiacimento affiora tra i ricordi il 25 novembre 1985 giorno della visita di **Cristian Barnard**, il cardiocirurgo passato alla storia per aver eseguito il primo trapianto di cuore a Cape Town.

Alla fine del 1993 allo scopo di poter ulteriormente potenziare l'attività con un incremento quantitativo e qualitativo degli spazi dedicati alla Cardiologia clinica ed interventistica, alla Chirurgia Cardiaca ed alla Chirurgia Vascolare l'intero gruppo cardiocirurgico, configuratosi in assetto societario con la Morgagni si trasferì nei nuovi locali del Centro Cuore Morgagni di Pedara. Nel 1996 la struttura fu accreditata con il S.S.N. denominata I.S.C.A.S. (Istituto Siciliano Cuore Alte Specialità). La realizzazione strutturale del Centro Cuore (resa possibile da mutuo edilizio concesso alla Morgagni, proprietaria dello stabile, dal **Banco di Sicilia**) fu curata con eccezionale, elevata professionalità dall'impresa, **ingg. Nicola e Rosario Colombrita (Colnisa)**, rispettando lo splendido profilo architettonico disegnato dall'**arch. ing. Matteo Arena**, per quell'edificio (incompiuto) in origine destinato a centro di spiritualità (Stella dell'Etna). Mi affascino e conquistò lo stile asburgico mittel-europeo del suo tetto in lamiera di rame, seppur deteriorato per il lungo fermo lavori, inconsueto nella nostra latitudine. Senza il "pressing" suscitato da quel tetto di rame, forse non sarebbe sorto il Centro Cuore a Pedara. Non fu possibile restaurare il tetto con fogli di rame, ma fu utilizzato un materiale affine, che ne mantiene la caratteristica cromatica.

Sopravveniva il decreto Bindi, finalizzato tra l'altro al riordino delle norme che dovevano regolare la professione medica ospedaliera. Per l'incompatibilità sopravvenuta, alcuni professionisti di cardiocirurgia rinunciarono al rapporto ospedaliero divenendo primari esclusivi nel privato convenzionato (Alberto Lomeo, poi rientrato nel pubblico; Leonardo Patanè; Maurizio Gentile; Alessandro Bartoloni; Giuseppe Passanisi; Salvatore Tolaro; Salvatore Guarnera; Alessandro Pulvirenti; Giuseppe Laudani; Salvo Tribastone; Vincenzo De Simone; Alfio Cavallaro e Filippo Sambataro). Attorno a tale gruppo successivamente altre professionalità si sono aggregate.

Il **Ministro alla Sanità Gerolamo Sirchia**, atterrato sul campo del Centro Cuore con elicottero pilotato dal Comandante Ontario, proveniente dall'eliporto del "Cannizzaro" sede di elisoccorso, visitò la struttura accompagnato dal Sindaco di Catania **Umberto Scapagnini** (grazie Umberto) e dal Presidente della Commissione Parlamentare sanità Prof. **Giuseppe Palumbo**. Ne ricordiamo il lusinghiero apprezzamento espresso sul valore e l'impegno professionale di tutti gli operatori.

Il folto gruppo di operatori staccatosi dal tronco universitario ospedaliero del Ferrarotto nel 1993 iniziò a fare scuola.

Da tale Scuola si sono staccati successivamente professionisti che attualmente operano presso Aziende Ospedaliere pubbliche (Policlinico OVE, Cannizzaro, Caltanissetta, Caltagirone, Siracusa).

Il 12 dicembre 2006 Luca Cordero di Montezemolo nella qualità di Presidente consegna a Torino al Prof. Salvatore Castorina l'attestato "Confindustria Award for Excellence", per il valore della presenza nel territorio del Policlinico G.B. Morgagni Case di Cura. L'Award fu confermato nel 2010 dal Presidente Emma Marcegaglia.

Questi eventi furono resi possibili grazie alla collaborazione di tutti gli specialisti della Casa di cura che mi onoro di rappresentare e di professionisti estimatori a supporto della nostra Governance, a cui va il nostro ringraziamento.



## La rete informatica

Il valore dell'elaborazione dei dati fu intuito sin dalla fine degli Anni 70. La Casa di cura si dotò, già quando la tecnologia girava entro le grosse macchine IBM che occupavano tutta una stanza, di una di esse, affidandone l'uso a un fisico Giuseppe Mazza. Gli succede **Giovanni Manganaro**.

L'attuale patrimonio informatico è una creatura di Manganaro che succede al Mazza si estende per almeno 7 km di rete e 200 terminali. Essa consente l'elaborazione informatica della cartella clinica (forse la prima azienda ospedaliera in Sicilia ad adottarla) la trasmissione digitale dei dati clinici, dai laboratori e dal dipartimento immagini alle degenze e agli ambulatori, oltre che gli elaborati statistici dei dati di gestione e non solo.

## 2010-2012

Sono gli anni di un coraggioso impegno in formazione e ricerca supportato da illustri chirurghi stranieri invitati. Sono gli anni di ulteriore espansione in acquisizione di strumenti e spazi.

Grazie alla fusione tra ISCAS e C.C.D. G.B. Morgagni confluenti dal 2010 in un'unica ragione sociale, resa possibile da una illuminata operazione finanziaria supportata con lungimiranza dal **Credito Siciliano ai cui vertici di Direzione dobbiamo un sentito ringraziamento per il riconoscimento e la fiducia accordati alla nostra storia personale**, la Morgagni non è più una Casa di Cura, ma un Policlinico dotato di numerosi blocchi distribuiti su 50.000 mq di superficie (30.000 mq Presidio di Catania, 20.000 mq Presidio di Pedara) per le specialità di Chirurgia Generale, Chirurgia Pediatrica, Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Ortopedia, Oncologia, Ematologia, Cardiologia, Chirurgia Plastica, Urologia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Terapia Intensiva, Utic, Riabilitazione, Lungodegenza, Diagnostica strumentale. Trenta Ambulatori Specialistici e Laboratori, 220 posti letto contrattualizzati col S.S.N. su 235 autorizzati, 600 dipendenti di cui 200 medici specialisti.

## Eventi di rilievo in successione

Tutti resi possibili dagli interventi finanziari di **Banca Agricola Popolare di Ragusa** e di **Unicredit**:

- Realizzazione di edificio in stile conforme alle esigenze sanitarie attuali destinato a ricoveri diurni (Day Hospital) equipaggiato per 14 posti letto Day hospital, 3 sale operatorie che aggiunte alle 4 portano a 7 il numero delle sale operatorie di Morgagni Catania. Progettista e accurato direttore dei lavori l'**ing. Alfio Saverio Cavallaro** (mutuo edilizio concesso dalla **Banca Agricola Popolare di Ragusa**).
- Ampliamento centrale sterilizzazione (finanziamento **Unicredit**).
- Trasferimento degli uffici con accorpamento dei servizi amministrativi dei due presidi in unico centro organizzato presso il contiguo Castello Barile-Lanza, **proprietà Basile, famiglia che ha illustrato e illustra la Chirurgia Catanese**.
- Realizzazione di un auditorium per incontri scientifici che si aggiunge all'Aula Giuseppe Moscati. Le aule collegate alle sale operatorie sono utilizzate per eventi formativi e culturali.

## La primavera della Morgagni

Con profonda emozione chiudo questa sintesi seppure breve rispetto allo spessore del tempo trascorso con la lettera di Tanino Lo Presti che nel mese di maggio 2023 senza alcun preavviso ricevo su mail della Presidenza.

Un'onda di ricordi mi sopraffecce mi tornò in memoria quella frazione di tempo tra il 1972 e il 1976 caratterizzato da una serie di eventi.

Ho ricordato già prima **Gaetano Milazzo** che, rientrato dagli Stati Uniti dove aveva completato la sua formazione, si dedicò alla messa a punto di un innovativo progetto cardiologico. Si costituì un nucleo di scuola (la "Primavera" della Morgagni, come fu battezzata da Angelo Lanzafame), studenti: quasi tutti raggiunsero posizioni primariali in ospedali siciliani o del centro-nord. Discussero la loro tesi di laurea, relatore chi scrive, tutti lo stesso giorno su argomento anatomo-clinico: l'innervazione intramurale del canale alimentare, dall'esofago al retto. Fu una splendida seduta di laurea.

Attorno a Salvatore Castorina, Angelo Lanzafame, Francesco Panebianco con Gaetano Milazzo che rientrato dagli Stati Uniti, si era dedicato alla messa a punto di un innovativo progetto cardiologico, si era costituito un nucleo di scuola (la "Primavera" della Morgagni, come fu battezzata da Angelo Lanzafame), otto studenti, tra essi prevalentemente brontesi si aggregò Emilio Calabrese (non era nel gruppo laurea) ma sviluppò la sua carriera in Scandinavia e USA dopo la sua esperienza in Morgagni: tutti raggiunsero posizioni primariali in ospedali siciliani o del centro-nord. Discussero la loro tesi di laurea, relatore chi scrive, tutti lo stesso giorno su argomento anatomo-clinico: l'innervazione intramurale del canale alimentare, dall'esofago al retto. Fu una splendida seduta di laurea.

La lettera di Tanino Lo Presti.

*"Gentilissimo prof. Salvatore Castorina, averla rivista dopo tanti anni, è stato per me, un grande piacere ed una immensa emozione.*

*Le faccio una sintesi della mia bellissima esperienza, vissuta, durante la permanenza all'interno della casa di cura G.B. Morgagni durata 3 anni.*

*Premesso che, con lei professore, avevo sostenuto l'esame di anatomia umana, peraltro, superato brillantemente.*

*Nel Settembre del 1972, venuto a conoscenza della sua titolarità presso la casa di cura, desideroso di iniziare ad avere i primi contatti con i pazienti, ho fatto, a lei, richiesta di poter frequentare la struttura.*

*La sua risposta fu affermativa.*

*Dopo pochissimo tempo si instaurò un rapporto di reciproca benevolenza, tant'è che mi fu proposto di soggiornare presso la stessa struttura.*

*Dopo qualche mese, alcuni miei compagni di università nonché compaesani, venuti a conoscenza della mia esperienza, fecero richiesta per poter, anche loro, condividere lo stesso percorso "anche loro".*

*Si creò così il gruppo degli studenti interni nei nomi di: Tanino Lo Presti, Rino Aidala, Saro Barbagiovanni, Vito Minissale, Eugenio Fallico, Ninetta Venia, Aldo Russo ed infine da Paternò, Salvo Chisari.*

*È così iniziò un'esperienza bellissima: frequentavamo i reparti con compiti assistenziali e la sala operatoria come strumentisti.*





*Quanti pomeriggi e sino a tarda notte, passati con lei, lo zio Ciccio (Dott. Panebianco) e il Dottor Angelo Lanzafame.*

*Ricordi meravigliosi che sempre mi tornano in mente con tanta emozione.*

*Studiavamo con impegno e stimolo reciproco, puntavamo sempre in alto con i voti e ci sembrava di vivere un'esperienza da college americano.*

*Un anno prima della laurea, ecco la proposta, sua professore, per una tesi di gruppo sulla topografia dei dispositivi Gangliari Intramurali nei vari tratti dell'intestino.*

*Accettammo con entusiasmo ed impegno, superammo tutti gli esami e finalmente il 6 Novembre 1975, discutemmo la tesi, fu un bel successo per noi e per lei.*

*Dopo la laurea ognuno di noi, iniziò il proprio percorso lavorativo:*

- *Ninetta Venia: Anestesia*
- *Salvo Chisari: Pediatria*
- *Tanino Lo Presti, Saro Barbagiovanni, Vito Minissale, Eugenio Fallico: Specializzazione in chirurgia*
- *Aldo Russo: un anno dopo in quanto più giovane, Chirurgia.*

*In questo mio excursus non posso non ricordare, con tanto affetto, Vito Minissale che ci ha lasciati recentemente.*

*P.S. Allego alla mail la foto di tutti noi.*

*Grazie di cuore professore, con tanto affetto,*

*Tanino Lo Presti"*

1973

Protagonisti con lo staff medici, 8 studenti di Medicina e Chirurgia accompagnati, da me Relatore, nelle prime file, alla laurea col massimo di voti e da quell'aula Magna del Sicularum distribuiti nella Penisola: 6 Chirurghi, 1 Anestesista, 1 Pediatra. Ultimo a destra Emilio Calabrese.



Oggi



Tanino Lo Presti (Gaetano)  
Chirurgo (Lecco)



Salvo Chisari (Salvatore)  
Pediatra (Paternò)



Rino Aidala (Signorino)  
Chirurgo (Catanzaro)

Non è più con noi (Covid)



Vito Minissale  
Chirurgo (Brescia)



Ninetta Venia, Anestesista (Bronte)  
col marito Aldo Russo, Chirurgo  
(Bronte)



Saro Barbagiovanni  
Chirurgo (Verona)



Eugenio Fallico  
Chirurgo (Firenze)





Ci rincontrammo proprio appena scaduto il cinquantesimo (2023). Non erano più con noi Angelo Lanzafame, Francesco Panebianco, Gaetano Milazzo e Vito Minissale.



I sette con le consorti: a destra nel gruppo. Celeste Famà, centralinista del tempo con Vincenzo Panebianco (in piedi) oggi Chirurgo a Taormina, figlio di Francesco, Emilio Calabrese (seduto) Chirurgo, al tempo medici in formazione diciamo “aggregati” al gruppo.

Nella foto anche Franco Lombardo, al tempo assistente medico di reparto, con la consorte.

In camice coi nonni Mariacarla Castorina specializzanda in Chirurgia Generale.



# FONDAZIONE MEDITERRANEA "G.B. MORGAGNI"



## PER LO SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE IN MEDICINA E CHIRURGIA

ISCRITTA IL 16 DICEMBRE DEL 2002 AL N. 20 DEL REGISTRO ISTITUITO PRESSO  
LA PRESIDENZA DELLA REGIONE SICILIANA AI SENSI DEL D.P. 361/2000



Le fondazioni sono patrimoni destinati, dalla volontà del fondatore, al raggiungimento di uno scopo particolare; esse acquistano personalità giuridica, quindi diventano soggetti autonomi, attraverso il riconoscimento della personalità da parte del Presidente della Repubblica o da parte del Presidente della Regione a seconda della estensione territoriale della loro attività. Si costituiscono con atto pubblico o con testamento, sono sottoposte al controllo e alla vigilanza delle autorità governative e sono iscritte in un pubblico registro presso la Cancelleria del Tribunale del capoluogo di Provincia, dove esse operano.

Con l'intento di dare un contributo al progresso scientifico nel campo della Medicina e della Chirurgia, accogliendo la proposta passata dal Prof. Sergio Castorina alla Presidenza del Centro Clinico Diagnostico «G.B. Morgagni» S.r.l. nacque la meritoria idea di costituire una Fondazione culturale, il cui scopo preminente fosse quello di diffondere il patrimonio di esperienza scientifica acquisita nel settore della Chirurgia e Alte Specialità del Centro Clinico Diagnostico «G.B. Morgagni» di Catania e dell'Istituto Siciliano Cardiochirurgia e Alte Specialità – Centro Cuore Morgagni di Pedara.

Da anni il Centro Clinico e Diagnostico «G.B. Morgagni» è impegnato nello sviluppo e nella promozione della chirurgia laparoscopica, specialità chirurgica basata sulla realizzazione di interventi nella cavità addominale mediante gesti video guidati ed eseguiti con minima invasività.

I risultati ottenuti hanno consentito alla struttura di caratterizzarsi come centro specialistico e di riferimento per la chirurgia in quel settore, elemento questo che ha spinto il Centro Clinico a investire risorse in tale direzione per migliorare sempre più il livello tecnico di tale specialità.

Per diffondere maggiormente nel territorio il patrimonio di esperienza così acquisito, sono stati organizzati corsi di formazione in chirurgia laparoscopica destinati a chirurghi provenienti da altri ospedali, cui si offriva la possibilità di prendere parte alle dimostrazioni in sala operatoria. A tutt'oggi sono stati realizzati diversi corsi, con alti indici di presenze e con notevole apprezzamento dei chirurghi partecipanti.

Parecchi sono oggi i chirurghi siciliani che vorrebbero frequentare in forma assolutamente volontaria e gratuita le sale operatorie del gruppo Morgagni per continuare la propria formazione.

Pertanto, si comprende come sia nata l'esigenza di creare in modo istituzionalmente riconosciuto un organismo del Centro Clinico, sotto forma di fondazione.

In data 4 maggio 1999 è stata costituita a Catania, con atto pubblico redatto dal notaio Quarataro Bertino Umberto, la «Fondazione Mediterranea G.B. Morgagni per lo Sviluppo delle Tecnologie in Medicina e Chirurgia», fortemente voluta per fini esclusivi di approfondimento nella conoscenza delle tecniche avanzate in Medicina e Chirurgia. La costituzione della Fondazione serve a qualificare il lavoro del gruppo Morgagni, arricchendolo di veste scientifica, così da consolidarne ulteriormente l'immagine, anche attraverso la creazione di rapporti di collaborazione con le Università, con l'Unione Europea, con Enti similari.

L'esistenza di una Fondazione, quindi di un organismo autonomo, facilita le iniziative di carattere culturale, come ad esempio l'istituzione finalizzata di borse di studio, l'organizzazione di masters, di corsi ed altro, attività che possono avere un carattere di continuità essendo legate alla Fondazione medesima.

Questo organismo senza fini di lucro, diventa così un istituto permanente al quale il gruppo Morgagni intende affidare l'approfondimento dell'alta formazione con l'organizzazione di corsi professionali e masters. Inoltre, la Fondazione intende stabilire un rap-

porto di partnership sul piano nazionale e internazionale con Enti e Istituzioni scientifiche, con Istituzioni universitarie, Centri clinici pubblici e privati, e con Associazioni e Fondazioni che perseguono identici scopi.

Questa attività è arricchita dalla produzione di mezzi di informazione scientifica diffusi in maniera assolutamente gratuita.

Se queste sono le linee guida e le finalità della Fondazione, occorre, a questo punto, dedicare un po' di spazio all'illustrazione del funzionamento istituzionale, che avverrà secondo le regole dello Statuto, redatto con la consulenza dei proff. Pietro Abbadessa e Salvatore La Rosa.

Gli organi che ne permetteranno il funzionamento sono: il Consiglio di Amministrazione, il Comitato dei Referenti Sociali, il Comitato Scientifico ed il Collegio dei Revisori.

Il Consiglio di Amministrazione è composto da cinque consiglieri, che nominano a loro volta il Presidente, il Vice Presidente e l'Amministratore delegato.

Il Comitato dei Referenti Sociali. Esso è organo consultivo e di proposta della Fondazione per quanto riguarda le linee strategiche di sviluppo e di gestione della Fondazione medesima. E' costituito dall'Arcivescovo di Catania, dal Presidente della Regione Siciliana, dal Presidente della provincia regionale di Catania, dal Sindaco del Comune di Catania, o loro delegati, e dal Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Catania. Vi fanno parte di diritto il Presidente e l'Amministratore delegato della Fondazione e può essere integrato da rappresentanti di Enti pubblici e privati con cui la Fondazione stabilirà rapporti di collaborazione. Attraverso questo Organo la Fondazione intende avvalersi dell'importante contributo di esperienza e di competenza dei suoi componenti per una analisi più specifica delle esigenze della popolazione nel campo in cui opera e nel territorio di sua competenza.

Il Comitato Scientifico è costituito da un minimo di cinque fino ad un massimo di dieci componenti, di cui alcuni come membri di diritto, mentre altri sono scelti dal Consiglio di amministrazione tra personalità di spicco nel settore di operatività della Fondazione, italiane, comunitarie e straniere.

Il Collegio dei Revisori è composto da tre membri, di cui un Presidente nominato dal Presidente della Corte di Appello di Catania.

La Fondazione, inoltre, può contare sul consistente aiuto che daranno le due Case di Cura del gruppo Morgagni. Infatti, rappresentano il migliore supporto per l'attività della Fondazione i novanta medici; le trecento unità di personale infermieristico, tecnico ausiliario e amministrativo; i due servizi di anestesia, i due di Terapia Intensiva, le due sale di emodinamica per cardiologia invasiva; i due laboratori e le due sezioni radiografiche con ecografi ed ecodoppler e le due TAC.

Il gruppo Morgagni rappresenta una delle realtà più significative della sanità nel territorio regionale. E proprio per sviluppare questa leadership nel mondo della sanità, il gruppo Morgagni ha voluto creare una fondazione con l'intento di razionalizzare un sistema educativo consapevolmente orientato alla gestione dell'esistente e alla comprensione del nuovo.

La previsione degli scenari scientifici e tecnologici a venire è, infatti, che il futuro ci riserverà trasformazioni sempre più rapide e complesse.

**Nino Domina**

AMMINISTRATORE DELEGATO

FONDAZIONE MEDITERRANEA "G.B. MORGAGNI"

DAL 05/1999 AL 05/2000





Ai sensi del D.P. Rep. 361/2000 la fondazione "G.B. Morgagni" in data 16 dicembre 2002 è stata iscritta al n. 20 del registro delle persone giuridiche private istituito presso la Presidenza della Regione Sicilia.

REPUBBLICA ITALIANA Mod. 14.02 - R/S

  
*Regione Siciliana*

**PERSONE GIURIDICHE E CO.RE.COM.**  
Via Genarate Magliocco, 40  
90100 - PALERMO

NUMERO DI CODICE FISCALE IDENTIFICATIVO  
PARTITA I.C.A. 027410207

**16 DIC. 2002**

GRUPPO \_\_\_\_\_ PROT. N. 2922

OGGETTO: Iscrizione Registro delle persone giuridiche private.

ALLEGATI N. \_\_\_\_\_



Fondazione Mediterranea "G.B.Morgagni"  
Via del Bosco, 105  
**CATANIA**

E, p.c. Assessorato regionale Sanità  
Dipartimento Regionale Fondo Sanitario  
Assistenza Sanitaria ed Ospedaliera  
Igiene Pubblica  
**PALERMO**

Si comunica che in data 16 dicembre 2002, codesta Fondazione è stata iscritta al n. 20 del registro delle persone giuridiche private, istituito presso questa Presidenza ai sensi del D.P.Rep. 361/2000:

Il relativo comunicato sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana.

IL DIRIGENTE PREPOSTO  
(Dott.ssa Maria Concetta Puglisi)



© Polyclinic Morgagni - Via S. Lucia, 100 - 90138 Catania - Tel. 095 460111 - Fax 095 460112

## CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

*Presidente*  
*Vice Presidente*  
*Amministratore Delegato*  
*Consiglieri*

*Prof. Salvatore Castorina*  
*Dott. Giuseppe Giarlotta*  
*Dott. Riccardo Castorina*  
*Prof. Sergio Castorina*  
*Prof. Avv. Emilio Castorina*  
*Avv. Luca Castorina*

*4° Consigliere e 5° Consigliere nominati dal Comitato dei Referenti Sociali*



da sin.: Prof. Avv. Emilio Castorina, Dott. Riccardo Castorina, Prof. Sergio Castorina  
Prof. Salvatore Castorina, Dott. Giuseppe Giarlotta, Avv. Luca Castorina

## COMITATO SCIENTIFICO

*Presidente*  
*Componenti*

*Prof. Jacques Domergue*  
*Dott. Aziz Kaara*  
*Prof. Gilles Fourtanier*  
*Dott. Bruno Le Rolland*  
*Prof. Sergio Castorina*  
*Prof. Roberto Toni*

## COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

*Presidente*

*Avv. Francesco Geraci*  
*Dott. Giuseppe Daniele*  
*Dott. Paolo Grande*

## COLLEGIO DEI REFENTI SOCIALI

*Presidente Regione Siciliana - Arcivescovo di Catania*  
*Sindaco di Catania - Presidente Provincia Regionale Catania*  
*Presidente Ordine dei Medici Catania o loro Delegati*



Cerimonia di consegna Diploma Master in Chirurgia Laparoscopica, Sala Municipale: Prof. Salvatore Castorina, Prof. J. Domergue, prof. Sergio Castorina, Prof. Umberto Scapagnini, sindaco di Catania, Dott. G. Gialotta, Prof. Ercole Cirino



I Chirurghi diplomati. Al Centro il Sindaco di Catania On. Prof. Umberto Scapagnini, a destra del Sindaco il Prof. Jacques Domergue, clinico chirurgo nella Facoltà medica di Montpellier e Presidente del Comitato Scientifico della Fondazione, a sinistra del Sindaco il Prof. Sergio Castorina, responsabile del corso.

## ANATOMIA E VIDEO CHIRURGIA LA SUA SECONDA EDIZIONE

**L**'11 e 12 novembre 2004 si è tenuta a Catania, presso l'Aula magna della Facoltà di Medicina e Chirurgia, la seconda edizione del Convegno Anatomia e Video Chirurgia, organizzato dal Dipartimento G.F. Ingrassia e dal Dipartimento di Scienze Chirurghi-



che, Trapianti d'organo e Tecnologie avanzate dell'Università di Catania, congiuntamente con la Società francese di Chirurgia Endoscopica, sponsor la Fondazione Mediterranea "G.B. Morgagni" per lo sviluppo delle tecnologie in Medicina e Chirurgia.



Un momento dell'inaugurazione: Aula Magna Facoltà di Medicina e Chirurgia



Autorità Accademiche presenti alla cerimonia inaugurale





**Il Sindaco di Catania**

2 Settembre 2002

*Prof. Salvatore Castorina*  
Casa di Cura "G.B. Morgagni"  
CATANIA

*Quest'anno il Centro Clinico Diagnostico Morgagni festeggia il suo trentesimo anniversario di attività a Catania.*

*È un traguardo lusinghiero che ne attesta la validità, vuol dire che, in tutto questo lungo lasso di tempo, la clinica è stata in grado di soddisfare, con indubbio successo, i bisogni di prestazioni medico-sanitarie, anche di alta specializzazione, di tanti.*

*Per mia personale esperienza, posso dire che la grande qualità professionale, la profondità e modernità delle conoscenze, accompagnate da una capacità organizzativa non comune, fanno del Centro un vanto sicuro della sanità catanese.*

*E allora auguri di buon lavoro e ci diamo appuntamento per la prossima "ricorrenza", quando i trent'anni saranno diventati quaranta.*

*On.le Prof. Umberto Scapagnini*



*L'Arcivescovo di Catania*

35151 Catania 22.04.1994  
*Via Filippini Emanuele, 159*

Illustre e Caro Prof. CASTORINA,

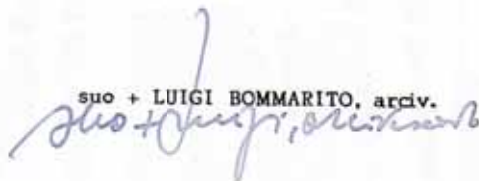
a Lei che é responsabile dell'Associazione dei Medici Cattolici mi permetto chiedere di avere la bontà di tenere allertata la Clinica Morgagni per qualunque bisogno che si venisse a manifestare in occasione della visita del S. Padre a Catania tra i membri del suo seguito, i Cardinali e i Vescovi presenti.

Ovviamente chiunque avesse bisogno dovrebbe trovare possibilità di accoglienza e di cura nella clinica.

Sarebbe opportuno che qualche altro clinico qualificato fosse pregato di tenersi disponibile.

Mentre La ringrazio per la benevola attenzione alla mia preghiera, La ossequio e La benedico cordialmente.

suo + LUIGI BOMMARITO, arciv.





## REGIONE SICILIANA

### Azienda Ospedaliera "Cannizzaro" - CATANIA

Direzione Generale

CATANIA

*Il Centro Clinico Diagnostico Morgagni ha iniziato la propria attività nel 1972 imponendosi subito nel territorio quale principale polo sanitario privato di riferimento ai bisogni di assistenza dei cittadini.*

*Vent'anni dopo, l'apertura dell'efficientissimo Centro Cuore a Pedara ha completato il contorno del Centro Morgagni disegnandolo quale Polo Sanitario privato d'eccellenza non solo nel territorio della provincia catanese ma anche in ambito regionale ed oltre.*

*Le due strutture insieme effettuano prestazioni di cardiocirurgia, UTIC, Chirurgia, Ortopedia, ORL, Oculistica, Riabilitazione, Neurochirurgia, Chirurgia Plastica e Oncologia.*

*Il Centro è, pertanto, la dimostrazione che la buona sanità non è sola prerogativa del "Pubblico" e ciò anche nell'ambito della formazione professionale di alto livello. Eccellenti figure, oggi apicali della Sanità Pubblica, hanno completato e forgiato la loro professionalità proprio in questo Centro.*

*La Scienza e la Medicina sono patrimonio comune e il diritto alla salute, come tale garantito dalla costituzione, deve ispirare l'attività sanitaria e indirizzare l'intervento delle Strutture, sedi del bisogno di benessere di tutto il genere umano.*

*Per questo motivo è importante la collaborazione tra "Pubblico" e "Privato" nella Sanità perché insieme è più facile migliorare la qualità delle prestazioni e, quindi, il raggiungimento del principale obiettivo comune: il bene della "Salute".*

*Il nostro legislatore già nella riforma sanitaria del 1992 ha ben compreso che migliorare il sistema sanitario significava ispirarsi a criteri non più aridamente concorrenziali ma che prevedessero anche forme di collaborazione efficace tra enti pubblici e privati.*

*Il Centro "Morgagni" ha saputo bene accogliere il vento dell'innovazione spingendosi fino ad esprimere la "Fondazione Mediterranea Morgagni" per lo sviluppo delle tecnologie in Medicina e Chirurgia in collaborazione con le Facoltà universitarie di Catania e di Montpellier. L'apprezzamento per il Centro Morgagni è tale da imporci di emulare l'azione dei suoi Amministratori e dei suoi Operatori per avvicinarci alla qualità certificata che il Centro abbondantemente possiede.*

*Siamo lieti di porgere a tutti quanti operano nel Centro stesso i nostri complimenti e gli auguri di una lunga e sempre efficiente attività.*

*All'amico Prof. Salvatore Castorina il ringraziamento della Sanità Catanese.*

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Giuseppe Navarra

## PASSAGGIO DI CONSEGNE FORWARD

**D**l compimento del 40° anniversario dell'Azienda, coincide con la nostra decisione di concludere il mandato nei rispettivi ruoli, presso il "Centro Clinico Diagnostico G.B. Morgagni" costituito nel 1972 ed operante oggi sui due presidi di Catania e Pedara Centro Cuore. Ne affidiamo la Governance alla successiva generazione della famiglia.

*Salvatore e Leonardo Castorina*



*Un riconoscimento affettuoso devo a Maria Di Stefano Velona, mia moglie: la sua prudenza, pazienza, intelligenza, totale e spontanea solidarietà e fiducia in me, anche nei momenti difficili, hanno avuto ruolo nella realizzazione di questo Policlinico.*

*S.C.*



...con Gaetano Catania, Presidente corso di Laurea



...col Presidente, Ercole Cirino



...con Fortunato Fimognari, inventore del premio

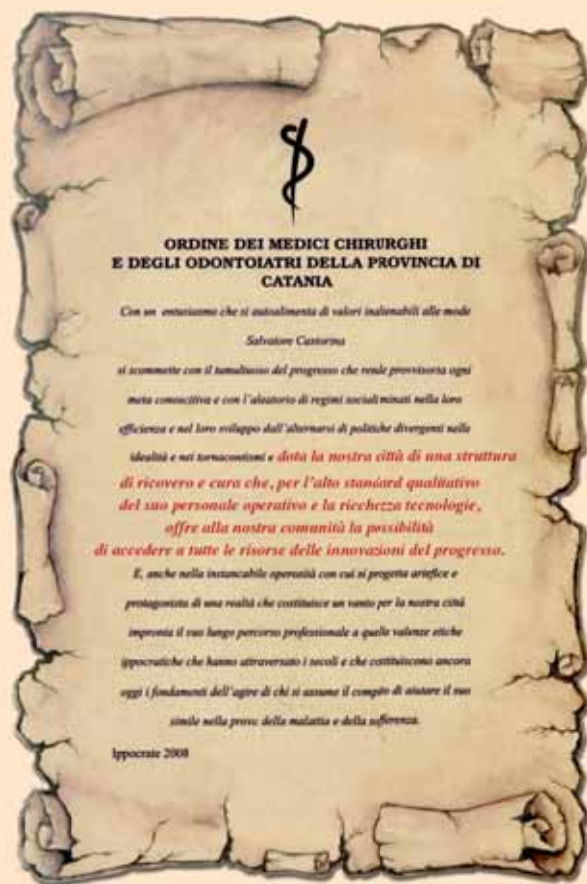


...con Giansalvo Sciacchitano, Vice Presidente



# PREMIO IPPOCRATE

14 DICEMBRE 2008



...con i giovani medici che hanno giurato

Una riflessione di Salvatore Castorina in età giovanile, già Tenente Medico di Stormo in Aeronautica



Alla base della sicurezza la disciplina.

Analogia tra il volo in formazione e un intervento chirurgico su cuore fermo e aperto: in volo le Frecce Tricolore: 8 piloti in formazione, in sala operatoria 3 chirurghi, 1 strumentista, 2 tecnici CEC (Circolazione extracorporea).

*Al Prof. Salvatore Castorina  
con stima  
le "Frecce Tricolori"*

Formazione 2019

Comandante Magg. Pilota Gaetano Farina

- Pony 1 - Magg. Stefano Vit
- Pony 2 - Cap. Alfio Mazzocoli
- Pony 3 - Cap. Emanuele Savani
- Pony 4 - Cap. Franco Marrocco
- Pony 5 - Cap. Giulio Zannucco
- Pony 6 - Cap. Mattia Bortoluzzi
- Pony 7 - Cap. Pierluigi Raspa



Scorab/Marab/Cavino - 157° Anniversario della Compagnia ©2015 - All Rights Reserved



AERONAUTICA MILITARE  
#latuasquadrachevola

# 50 anni: una meta-analisi

di Paolo Salvatore Cantaro\*



Inizia ufficialmente nel febbraio del 1972, in una sala operatoria di un edificio di quattro piani appena completato, la storia del Centro Clinico Diagnostico Morgagni che ha attraversato per cinquant'anni la stessa storia della Sanita siciliana caratterizzandosi come esperienza innovativa voluta con determinazione e fermezza dal suo fondatore Salvatore Castorina studioso, ordinario di anatomia, chirurgo eclettico ma soprattutto visionario curioso in grado di anticipare scenari, definire nuovi assetti e governare i processi di trasformazione sempre ed in interrottamente alla guida della struttura da quella data ad oggi.

Riannodare il nastro dei cinquant'anni del Centro Clinico Diagnostico, "a Morgagni" nel confidenziale vernacolo dei catanesi, offre la opportunità di scrivere un percorso di profondi cambiamenti e del costante raggiungimento di obiettivi che hanno scandito negli anni un processo in cui l'erogazione di servizi sanitari ha posto sempre al centro il malato e le sue esigenze e la ricerca di nuovi modelli assistenziali orientati al servizio.

\* Direttore Generale 2020-2023.

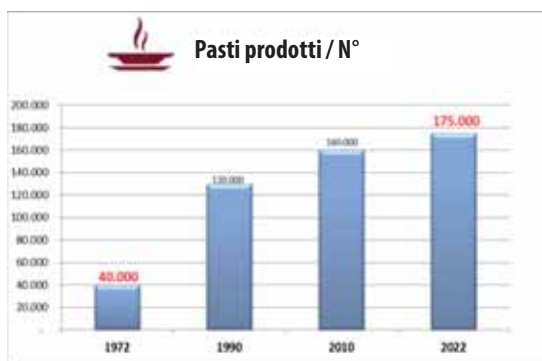
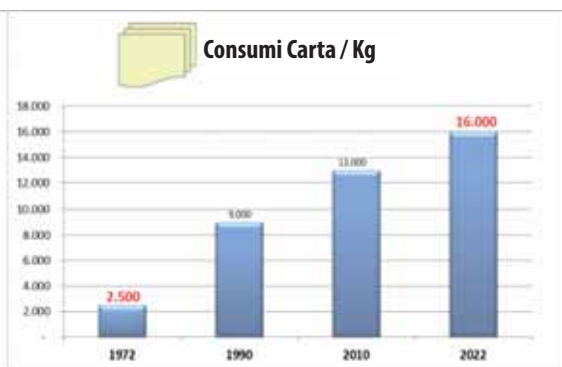
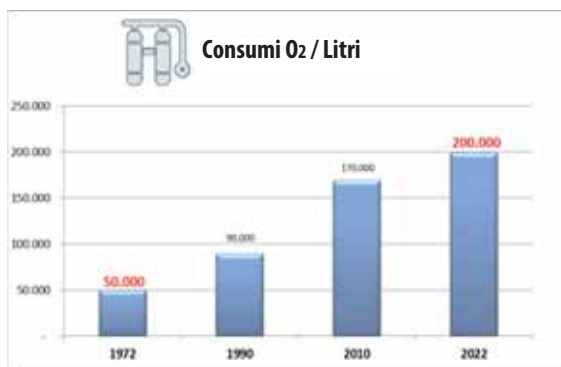
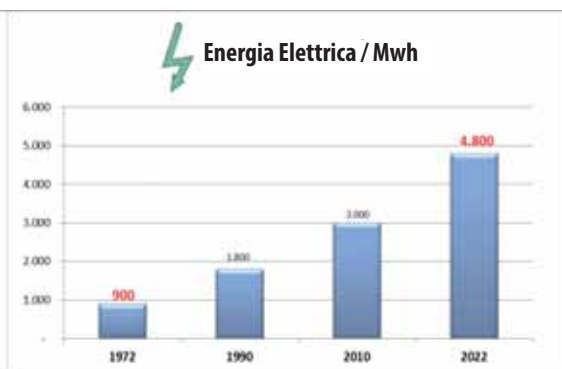
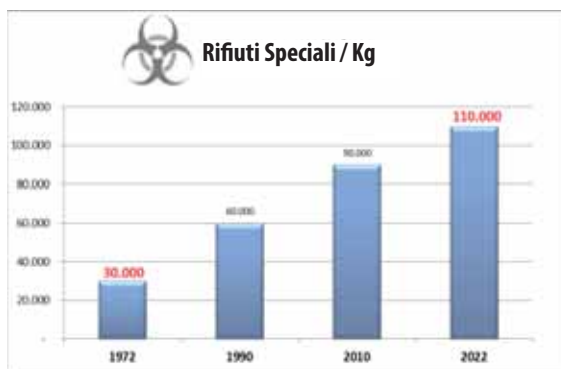


Amarcord. Si cominciò così in San Giuseppe in Lavina (1968) che precedette la Morgagni (1972) nell'insediamento su Via del Bosco 105.





# Numeri Morgagni



# Mission e valori

---



I valori fondanti del Centro Clinico sono stati sempre mantenuti nel tempo, senza mai attenuarsi attraversando anche momenti di crisi e passaggi difficili quali la recente pandemia COVID; al contrario i caratteri distintivi di Morgagni si sono via via arricchiti e rafforzati in una visione di fondo sempre ispirata al miglioramento continuo delle performance e della qualità delle prestazioni.

L'umanizzazione delle cure ha sempre guidato l'attenzione della Direzione del Centro attraverso i principi di eguaglianza fra i pazienti e l'imparzialità nell'erogazione delle prestazioni attraverso una costante informazione del paziente sulle proprie condizioni di salute; inoltre negli anni si è sempre puntato a garantire alle attività efficienza ed efficacia in omaggio ai principi di buona conduzione aziendale mentre si è sempre teso ad offrire al paziente l'esercizio del proprio diritto di scelta rafforzando il ruolo ricoperto di privato accreditato nel convincimento di rappresentare al di là degli schemi e di barriere di pregiudizio un soggetto privato comunque erogatore di prestazioni pubbliche.

Si iniziò a norma del decreto del Medico Provinciale ad operare nelle branche di Chirurgia Generale, ORL, Ortopedia convenzionate con INAM e ENPAS, INADEL e altre mutue.

Attività confermate sopravvenendo il decreto di accreditamento con il S.S.N. il 17/10/1977.

Non sfuggì al Fondatore essere venuto il momento anche per l'Ospedalità Privata di porsi in campo in ambito delle tecniche offerte dalla cardiologia che nell'Ospedalità Pubblica trovava alfiere il dr. Alberto Galassi, dotando la Casa di Cura di una unità di Terapia Intensiva coronarica.

La disegnò al primo piano delle degenze di via del Bosco con la Philips e la sala ancor oggi mantiene l'efficacia delle sue caratteristiche funzionali dedicata alla Terapia Intensiva e Rianimazione essendo poi stata l'Utic trasferita al Centro Cuore di Pedara nel 1993.

Quell'Utic fu però una scelta di preveggenza per cui la Casa di Cura si trovò pronta ad accogliere nel 1983 la richiesta dell'OVE ad accogliere l'esubero della Cardiocirurgia ospedaliera universitaria diretta da Bino Marino e successivamente da Mauro Abbate.

Va riconosciuta alla introduzione della branca cardiocirurgica nel tessuto ospedaliero universitario catanese un momento di riferimento nello sviluppo della sanità catanese del che va dato atto.

Furono questi eventi presupposto alla fondazione del Centro Cuore (Istituto Siciliano Cuore Alte Specialità – ISCAS Morgagni) con sede a Pedara a partire dal 1992.

Con decreto 08 del 1991 la Casa di Cura si espande su 145 posti letto acquisendo Neurochirurgia e Riabilitazione.

Con decreto 09/11/1999 la Morgagni Catania rimodula acquisendo le branche di Terapia Intensiva e Litotrissia extracorporea.

L'Unità Funzionale di 6 posti letto di Terapia Intensiva rappresentò da quella data l'unica vera Terapia Intensiva a tutti gli effetti unità funzionale a management privato nel sud Italia, supporto riconosciuto dato alle Terapie intensive Pubbliche in emergenza.

Con la litotrissia extracorporea la Casa di Cura si espone come prima realtà ope-



rativa in provincia coeva ad una realtà palermitana nel trattamento incruento della calcolosi renale (anni '80).

Di pari passo con l'evoluzione delle tecniche chirurgiche si sviluppava la diagnostica strumentale radiologica.

Fummo tra i primi a dotarci di intensificatore di brillantezza per impiego intraoperatorio (anni '80).

Fu acquisita la prima TAC privata convenzionata con il S.S.N. 32 slice nel 1990, sostituita dalla prima consegnata a 64 slice dalla Siemens nel 2004.

Alla prima REM 095 Tesla si aggiunge nel 2020 la 1,5 Tesla.

Le stazioni ecografiche distribuite nei suoi 4 Presidi sono oggi oltre 30.

Nell'ambito della diagnostica istologica fu la prima Casa di Cura a dotarsi nel 1989/90 di stazione criostatica per diagnosi istologica intraoperatoria già negli anni '70 grazie alla collaborazione dei patologi Enrico Vasquez (univeristario) con Giuseppe Nuciforo, da cui si sviluppò la collaborazione con Giuseppe Grasso (Primario Ospedaliero) fino all'annessione del laboratorio di istopatologia alla Casa di Cura.

Va ricordata la coraggiosa operazione promossa dal Sergio Castorina e dal fratello Emilio Ordinario di Diritto Costituzionale perché la Regione Siciliana istruita la complessa pratica riconoscesse iscritta nel 2002 nel registro delle persone giuridiche private della Presidenza la Fondazione Mediterranea G.B. Morgagni da cui discese il corso di chirurgia laparoscopica in remoto in collaborazione con il Prof. Jacques Domergue, clinico chirurgo universitario presso l'antica università di Montpellier, coronato dalla consegna del Master di Approccio alla Chirurgia Laparoscopica consegnato a 40 chirurghi siciliani dal Sindaco di Catania che affettuosamente ricordiamo in memoria, il Prof. Umberto Scapagnini, ordinario di Farmacologia nell'Ateneo (2003).

Da quella esperienza discende l'evento vissuto nell'aula Magna del Policlinico organizzato dal Sergio Castorina: Anatomia e Video Chirurgia presieduto dal Rettore compianto Ferdinando Latteri e illustre personalità chirurgiche italiane, francesi, belgi, americani (maggio 2003).



Con la propria nascita il Centro Clinico Morgagni sancisce una discontinuità con le modalità operative delle Case di Cura dell'epoca proponendosi quale prima struttura polispecialistica nel territorio a differenza delle Cliniche allora operative che si identificavano esclusivamente nelle specialità di cui il fondatore o il clinico di riferimento era espressione dando vita così a strutture ora di chirurgia, di ostetricia e ginecologia o ancora di medicina generale; in buona sostanza una visione innovativa che non confinava il paziente alla sua patologia prevalente ma che era tesa a favorire nella stessa sede, attraverso la multidisciplinarietà, un approccio più moderno ai trattamenti.

A questa scelta si accompagnò allora, con conseguente logica anticipatrice, quello di non denominare la Casa di Cura con il cognome del proprio fondatore ma di effettuare una scelta che contenesse un valore simbolico; venne scelto così il nome evocativo di uno dei padri della Medicina Sperimentale, quello di Giovan Battista Morgagni anatomico, internista, endocrinologo e autore di un'opera monumentale con la quale si affermò come "inventore" dell'Anatomia Patologica riuscendo a dimostrare il nesso intercorrente tra le patologie e determinati organi attraverso le modificazioni strutturali di questi ultimi così da essere definito da Rudolf Virchow "il padre della Patologia moderna" e da tutti gli scienziati suoi contemporanei "Sua Maestà Anatomica".

Le più rilevanti tappe dell'evoluzione dell'assetto strutturale del Centro Clinico del cinquantennio sono caratterizzate, dopo l'apertura della prima sede nel 1972, dalle trasformazioni operate in due trienni; il primo dal 1990 al 1993 dopo l'acquisto dell'edificio Villa delle Rose sul lato opposto di Via del Bosco rispetto alla sede originaria, vede realizzato un tunnel sotterraneo di collegamento, il nuovo Blocco Operatorio e l'avvio del Centro Cuore a Pedara ed il secondo dal 2003 al 2005 la espansione dell'area Est della Casa di Cura con la realizzazione di ambulatori, oltre a un tunnel sopraelevato di collegamento diretto dell'edificio storico alle sale operatorie ed inoltre la acquisizione della contigua area di via De Logu riservata ai locali della Presidenza, ad uffici amministrativi e ad un ampio parcheggio.

Mentre si andava allargando il ventaglio delle discipline attive presso il Centro Clinico, per come sarà illustrato più avanti, è tra il 2013 e 2015 che verranno realizzati





l'edificio di Day-Hospital e Day Surgery presso il Centro di Catania con la riedificazione della ex Villa Brighina e la struttura di Pedara su tre elevazioni per 20 posti letto dedicata alla riabilitazione.

Con l'acquisizione della quote della casa di cura Di Stefano Velona a seguito di lavori di riadattamento della stessa si realizzava nel 2019 un Polo Oculistico orientato al trattamento medico chirurgico di tutte le patologie oculari compresa l'attività di primo intervento; nello stesso anno prenderà il via l'attività di Riabilitazione del nuovo presidio Check Point di San Gregorio con palestre e piscine terapeutiche e nell'anno successivo l'insediamento si completerà con l'apertura delle attività di un Poliambulatorio specialistico posizionato su una piastra sovrapposta al Centro Riabilitativo.

Inoltre la storia del cinquantennio, dopo l'intuizione della Casa di Cura polispecialistica, si accompagna a scelte del management e del Centro che sviluppano via via una visione anticipatrice e realizzano scelte sorprendenti per quanto riguarda quello delle discipline su cui sviluppare le attività che evidenziano uno stile operativo volto non tanto a garantire in via esclusiva la marginalità e la ricerca dell'utile quanto la qualità delle cure e la risposta alla domanda sanitaria del territorio.

Accade così che già nel 1972, partendo da un centinaio di posti letto, oltre a discipline quali la Medicina, la Chirurgia, l'Oculistica e l'Otorino nell'assetto dei letti si troveranno spazi per Unità Coronarica e Rianimazione mentre nel 1991 verranno resi operativi 20 letti di Chirurgia del cuore e dei grossi vasi, 10 di Neurochirurgia, otto di Terapia Intensiva e 2 per le procedure di Litotrissia, assieme alla implementazione di letti di Day Hospital e Riabilitazione indicatori della attenzione posta ai nuovi setting assistenziali.

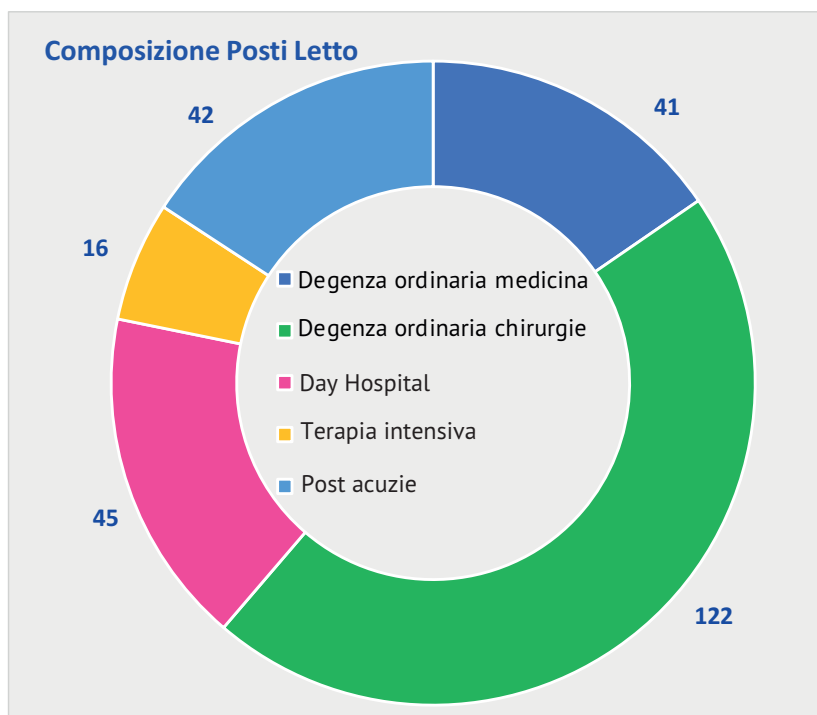
Ed è ancora la ricerca della qualità delle cure e delle linee di attività sperimentali, ambiziose e di alta specialità che porterà il Centro Polispecialistico di Catania a sviluppare la chirurgia oncologica sia in chirurgia generale che in urologia, la chirurgia bariatrica e la ortopedia protesica e traumatologica; è inoltre nella storia più recente l'ulteriore implementazione presso il Presidio di Pedara dell'attività di Emodinamica e l'avvio del trattamento per via endonasale della chirurgia dell'Ipofisi e della Cardiologia strutturale con TAVI.

Nel 1993 prende il via con forma societaria autonoma il Centro Cuore di Pedara vocato nella sua totalità a contenitore delle cure mediche chirurgiche dell'intera specialità cuore; i posti letto raggiunsero in quell'anno il numero di 148-117 Catania e 31 Pedara – per arrivare nel 2001 alla ragguardevole grandezza di 220 – 145 Catania e 75 Pedara.

# Composizione posti letto



Degenza ordinaria medicina	41
Degenza ordinaria chirurgie	122
Totale degenza ordinaria	163
Day Hospital	45
Terapia intensiva	16
Post acuzie	42
<b>Totale</b>	<b>266</b>





La tutela della riservatezza è ispirata al riconoscimento della privacy come diritto degli utenti attraverso la impegnativa attività svolta negli anni con la realizzazione di una rete di incaricati e attraverso la costruzione di sistemi di blocco e garanzia nel trattamento dei dati.

Il Decreto Legislativo 231/2001 Anticorruzione ha trovato in ambito aziendale la sua applicazione attraverso una intensa attività preparatoria fatta di analisi organizzative dei processi esitata in un poderoso documento che definisce i riferimenti di legalità nella operatività della struttura e nella incisiva presenza attiva dell'Organo di Vigilanza; il processo si è caratterizzato per una intensa attività formativa nei confronti del personale finalizzata a diffondere buone pratiche e strumenti anticorruzione quali la trasparenza nei meccanismi di acquisto e selezione del personale e la promozione del whistleblowing.

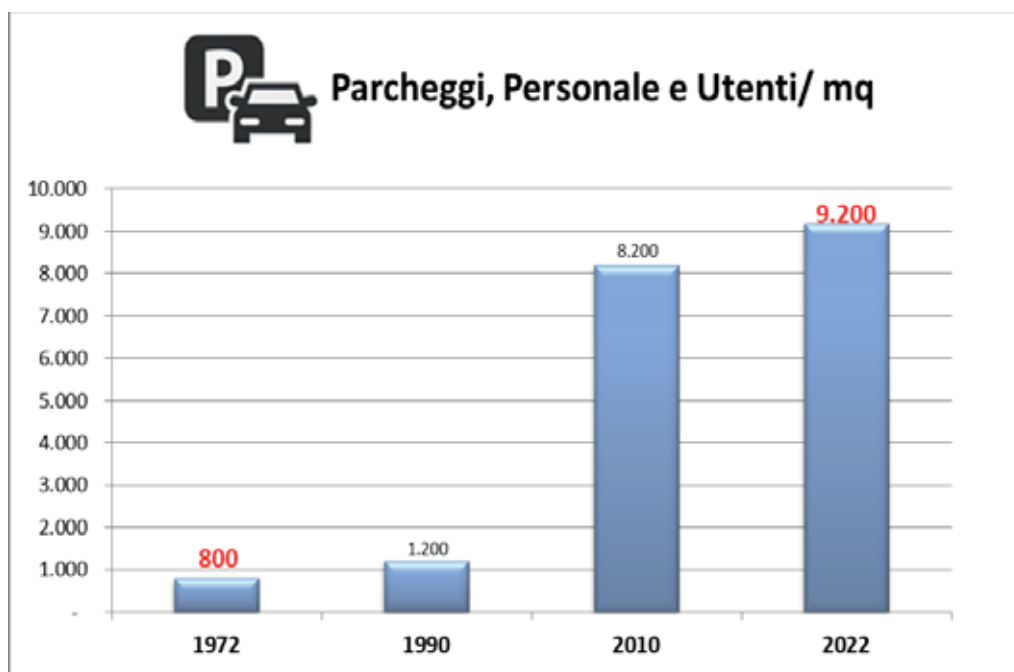
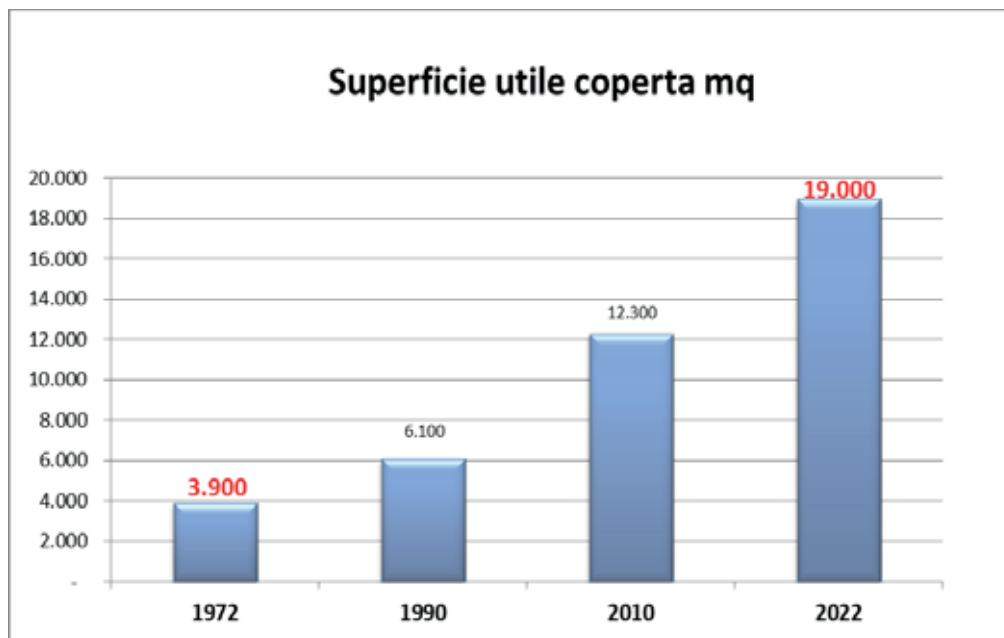




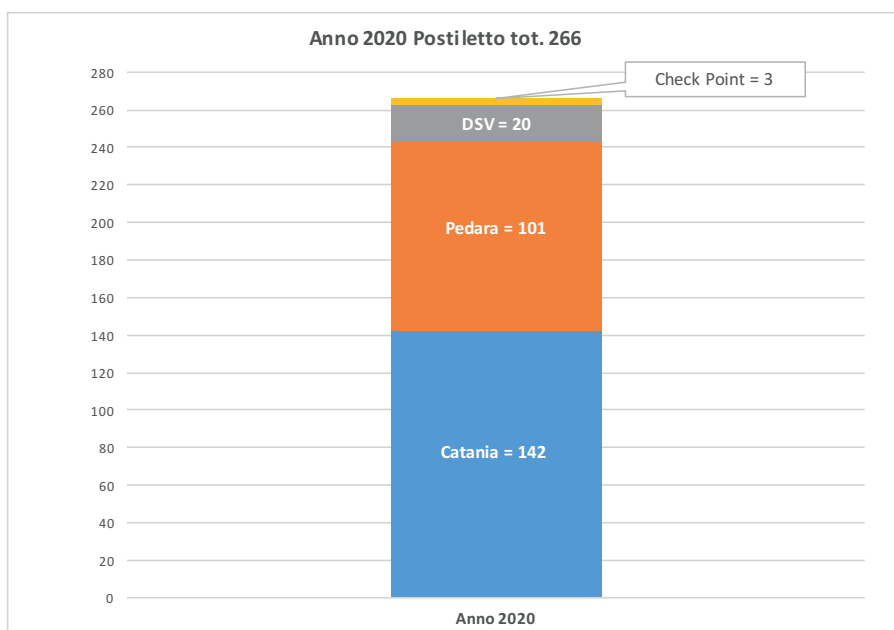
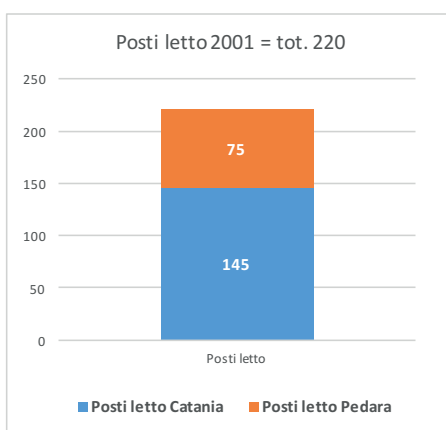
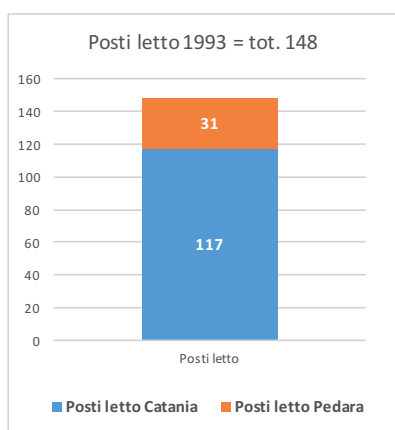
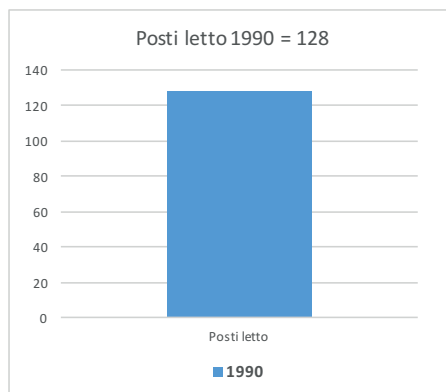
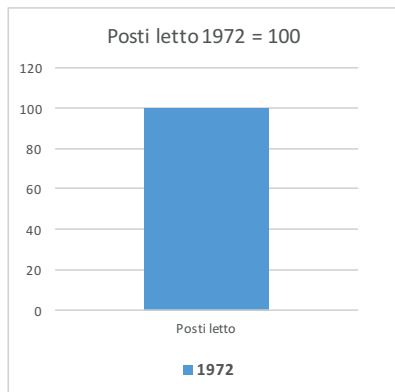




## Mq



# Posti letto nei 50 anni





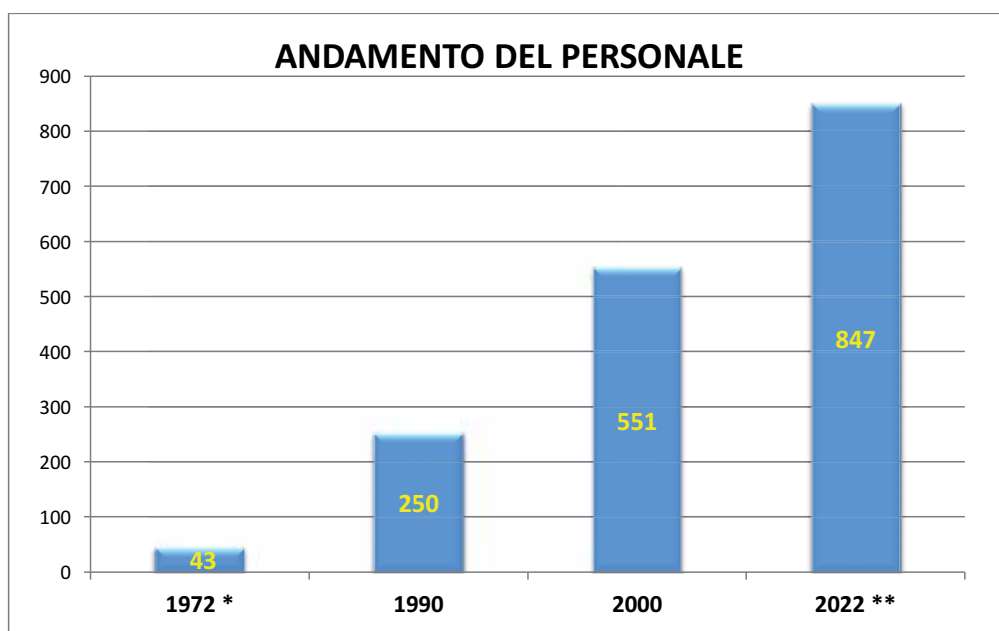
# Un modello di sviluppo sostenibile

Il Centro Clinico Morgagni ha nel tempo costruito un suo originale modello interno di sviluppo adattando la sua organizzazione al mutevole quadro normativo, assecondando se non anticipando la domanda sanitaria, realizzando modalità assistenziali adeguate al contesto cangiante delle patologie e stabilendo rapporti favorevoli con i suoi stakeholder; inoltre il Centro è stato in grado nel suo percorso di 50 anni di generare un rilevante indotto economico, realizzando una produzione sempre al limite se non in esubero rispetto al tetto assegnato e costruire nel tempo un importante valore aggiunto sotto il rilievo economico.

Ciò è stato reso possibile attraverso un'accorta direzione delle attività e grazie all'aver riconosciuto in aspetti core e periferici della propria attività la giusta gerarchia di valori.

## 1. HUMAN RESOURCES

Per il Centro Clinico l'insieme di tutto il personale ha da sempre rappresentato un fattore determinante per lo sviluppo e la crescita della struttura e le iniziative a riguardo da parte del management sono sempre state informate alla piena applicazione dei contratti di lavoro al rispetto della diversità e del genere favorendo la creazione di condizioni di clima organizzativo ottimale per gli stessi operatori.



\* di cui: 7 Infermieri e Tecnici; 37 Ausiliari; 9 Medici.

\*\* di cui: 374 Infermieri, Tecnici, O.S.A., Ausiliari;  
69 Medici, Biologi, Farmacisti;  
225 Liberi Professionisti;  
179 Altri

La crescita del personale è sempre stata favorita attraverso attente modalità di accoglienza e inquadramento flessibile con un inserimento agevolato nella funzione attraverso specifiche e mirate iniziative di formazione e educazione permanente.

La diffusione della cultura aziendale ha sviluppato nel personale in maniera rilevante il senso di appartenenza mentre si è sviluppato un costante impegno per garantire agli utenti un rapporto di fidelizzazione attraverso lo sviluppo della personalizzazione delle cure, l'offerta di un elevato comfort alberghiero e la attenta raccolta del livello di soddisfazione dei pazienti.

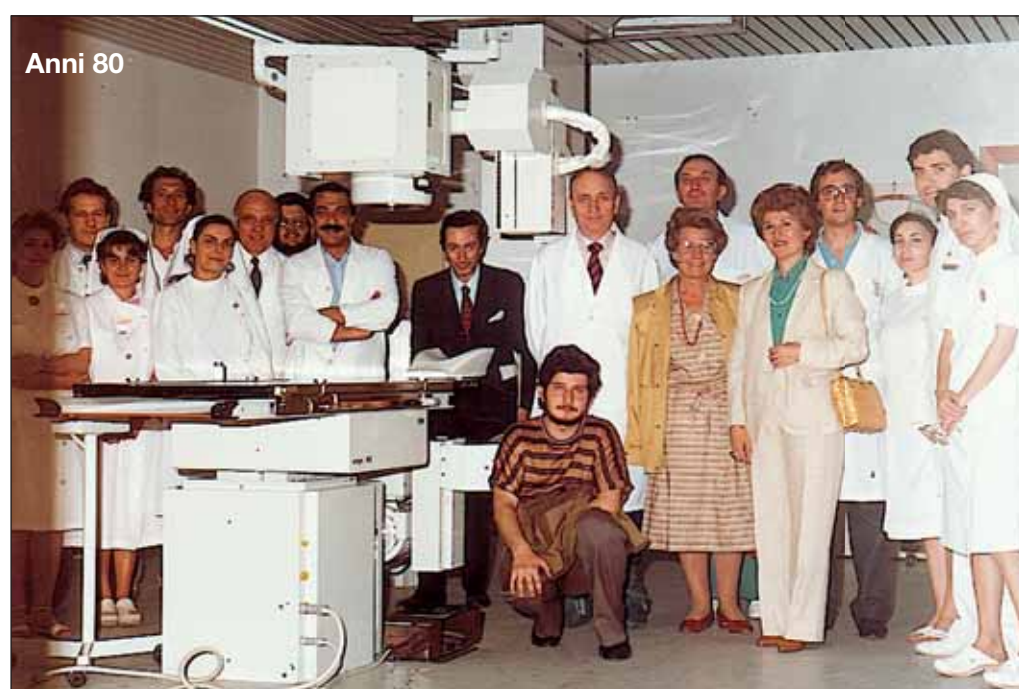
In particolare, per quanto riguarda il personale medico le modalità di accoglienza e la cultura Morgagni finalizzata a svilupparne le competenze, con misure volte a favorire la formazione permanente, hanno consentito un reclutamento di eccellenza acquisendo sempre più il Centro Clinico un prestigio crescente in grado di attrarre le migliori professionalità cliniche e legarle con forza al proprio sviluppo.

È un lungo elenco quello dei professionisti clinici che hanno prestato la propria attività presso il Centro Clinico Diagnostico a partire dai chirurghi capo scuola Salvatore Castorina, Angelo Lanzafame, Francesco Panebianco, dagli ortopedici Nino Leonardi, Roberto Gangitano, Quintino Mollica, Giuseppe Sessa, Giovanni Restuccia, Gianfranco Longo, Bruno Branciforti.

E ancora vanno menzionati fra gli anestesisti Giuseppe Calabrese, Giovanni Rubulotta, Corrado Maresca, Rina Grasso, Giuseppe Frazzetto, Giò Barbera, fra gli internisti Gaetano Milazzo, l'otoiatra Salvatore Maugeri, nel campo della Anatomia Patologica Enrico Vasquez, Giuseppe Nuciforo e Giuseppe Grasso mentre per quanto riguarda la specialità Cuore Silvestro Caltagirone, Mauro Abbate e Alberto Galassi, cui va aggiunto per la Neurochirurgia Vincenzo Albanese.

A questi vanno aggiunti i professionisti sanitari del ruolo infermieristico, tecnico ed ausiliario che hanno riconosciuto in Giulia Eberle una guida professionale ed umana per lo svolgimento di una funzione a diretto supporto e contatto con i pazienti.

In buona sostanza è grazie ai propri professionisti della salute, medici, infermieri, osa che il Centro Clinico ha potuto raggiungere i livelli di prestazioni riportati nella tabella seguente.





## Le attività

### RICOVERI PER DECENNIO

1972-1982	1983-1992	1993-2022	2003-2012	2013-2021
<b>23.031</b>	<b>30.810</b>	<b>60.908</b>	<b>99.817</b>	<b>105.768</b>

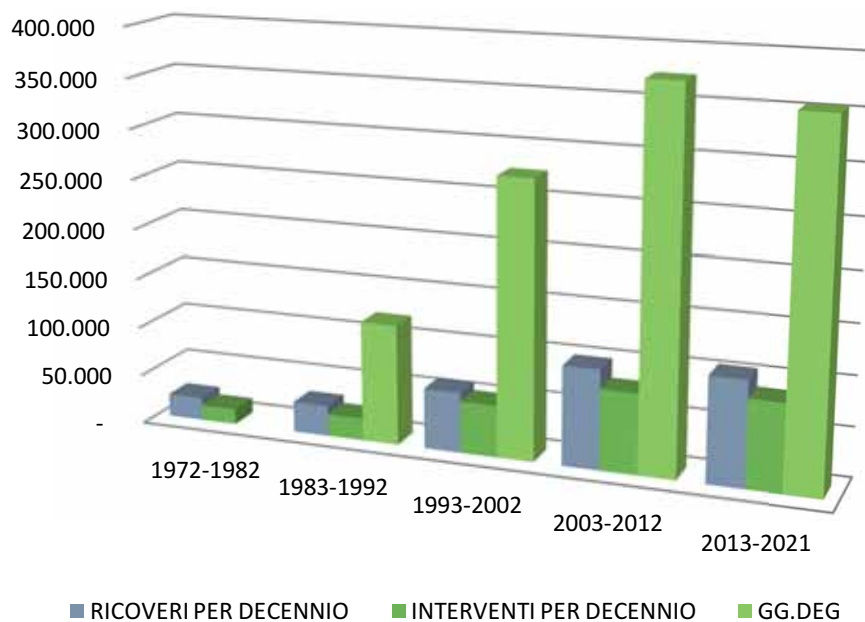
### INTERVENTI PER DECENNIO

1972-1982	1983-1992	1993-2022	2003-2012	2013-2021
<b>15.239</b>	<b>22.368</b>	<b>52.089</b>	<b>80.674</b>	<b>87.963</b>

### GG. DEG.

1989-1992	1993-2002	2003-2012	2013-2021
<b>121.122</b>	<b>275.946</b>	<b>374.632</b>	<b>354.575</b>

### ANDAMENTO PER DECENNIO



## 2. LA COMUNICAZIONE

Politiche di comunicazione sono state dai primi anni di attività indirizzate nei confronti della classe medica puntando a favorire il trasferimento di informazioni utili a stabilire un costante rapporto tra professionisti, al fine di consentire i trattamenti più appropriati in ordine all'offerta di servizi e prestazioni del centro clinico.

Costante e solido è stato il rapporto stabilito con i medici del territorio ancor oggi centrale attraverso newsletter e riunioni periodiche finalizzati all'instaurarsi di una comunicazione circolare che nel pieno convincimento del ruolo positivo e cruciale di una figura professionale di rilievo nell'assetto istituzionale della Sanità del nostro paese.

Fra le iniziative un posto di rilievo va riservato a quanto realizzato nel 1998 con l'acquisizione della testata denominata "il Morgagni giornale di cliniche terapia indirizzato al progresso della medicina" edito a Napoli fin dal 1868 ed il 1900. Il Morgagni viene dalla nuova proprietà orientato nella sua finalità a strumento offerto alla comunità scientifica del territorio per la rappresentazione dei risultati clinici conseguiti dai professionisti del centro clinico e degli obiettivi gestionali raggiunti non con spirito celebrativo ma come piattaforma divulgativa aperta anche i contributi esterni.

Il Morgagni ha negli anni sviluppato un ruolo certamente originale con la pubblicazione di numerosi quaderni indirizzati a tutti i medici dell'Ordine della Provincia di Catania.

Per quanto riguarda la comunicazione degli utenti il Centro Clinico è oggi presente in rete con la denominazione "Policlinico Morgagni". La carta dei servizi viene costantemente aggiornata e oltre che in formato cartaceo è consultabile in forma digitale sul sito web in atto oggetto di una manutenzione finalizzata a renderlo più attrattivo e vicino alle esigenze degli utenti.





### 3. QUALITÀ E SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA

La ricerca della qualità è stato un cardine del governo clinico del Centro che fin dagli anni '90 ha avviato una intensa attività interna per il perseguimento della Certificazione ISO 9000; oggi tutti i rami d'azienda sono certificati ISO dal 2000 presso il Centro Cuore di Pedara e dal 2002 per quanto riguarda il Centro Polispecialistico di Catania e la Certificazione viene periodicamente rivalidata mentre le strutture di più recente acquisizione hanno completato il loro percorso in questa direzione fra il 2020 ed il 2021. Le procedure e le istruzioni operative prodotte ad oggi sono oltre 300 e le revisioni sono complessivamente circa 2800; supera inoltre il numero di 400 quello di altri documenti elaborati e diffusi dagli Uffici Qualità del Centro Morgagni nell'ambito della attività legata alla certificazione quali ad esempio Protocolli, Regolamenti Interni, Job description, Consensi informati e Note Informativa.

Durante la Pandemia Covid il Centro ha aggiornato il suo complesso sistema di procedure, adattandolo al nuovo scenario operativo con una costante e rilevante produzione di Linee Guida, raccomandazioni, istruzioni ISO 9000 in particolare finalizzate

al governo dei comportamenti e alle applicazioni delle indicazioni del Ministero della Salute; in particolare la Unità di Crisi COVID aziendale ha prodotto una originale metodologia mediata fra procedure ISO e analisi dei rischi e dei punti critici di controllo con metodologia Joint Commission per la gestione in house della vaccinazione Comirnaty che è stata pubblicata nella rivista ad elevato impact factor in lingua inglese della Società Italiana di Igiene.

Nel cinquantennio la politica aziendale ha sviluppato il costante reinvestimento delle risorse economiche per l'incremento del corredo tecnologico per quanto riguarda attrezzature e laboratori al fine di garantire un alto livello di qualità delle prestazioni.

È grazie a questa vision anticipatrice che la struttura già all'inizio degli anni '80 ebbe a dotarsi fra i primi di un intensificatore di brillantezza e successivamente per prima convenzionò con il SSN una Tac 32 slice cui nel 2004 seguì la Cardio Tac 64 slice.

Già nel 1988 il Centro Clinico si dotò anticipando i tempi di stazione criostatica per diagnosi istologica intraoperatoria.

Il parco tecnologico della diagnostica è oggi completato da due RNM, la più recente da 1,5 Tesla, installata nel 2004, garantisce una avanzata diagnostica in particolare del cuore e dei grossi vasi.



Anni 90. Inaugurazione Piazzale Don Bosco

#### 4. L'INFORMATIZZAZIONE

Fin dai primi anni ottanta è stata impressa a livello aziendale una decisa accelerazione alla informatizzazione dei processi; l'obiettivo conferito con lungimiranza era quello di liberare dalle procedure cartacee quanto più possibile dell'attività amministrativa e la competenza di operatori motivati e professionalmente capaci consentì di sviluppare in house sistemi operativi, programmi e procedure.

La vera prova del fuoco sarà però costituita dal varo del progetto Clinic ovvero dalla realizzazione all'interno del Centro della digitalizzazione completa della cartella clinica e della cartella infermieristica che si sarebbe accompagnata al tracciamento completo del percorso del paziente dal momento del pre-ricovero quello delle dimissioni. Gli attuali software di gestione dei dati clinici in uso sono quasi interamente sviluppati dai nostri team di Catania e Pedara, così come i LIS e RIS con cui sono integrati. Lo sviluppo interno permette al Centro di porre l'accento sulla customizzazione oltre che sulla sicurezza.

L'infrastruttura hardware, anch'essa progettata e gestita da team interno, vanta, tra le altre, svariati Km di rete, dorsali in fibra ottica con capacità fino a 10 Gb/s, oltre 100 apparati di connessione, sia attivi che passivi, che consentono la segmentazione dei servizi e 5 sale server che ospitano anche 4 sistemi di storage. Il tutto è distribuito su quattro presidi, costantemente interconnessi tra loro con i più moderni sistemi di monitoraggio e filtraggio del traffico.

Tutto quanto sopra descritto consente di mantenere costantemente attivi i servizi, sia interni che esterni, rivolti ai pazienti, accompagnatori e visitatori anche grazie alle oltre 500 postazioni informatiche client, completamente accessoriate di tutti i devices necessari per facilitare e velocizzare ogni singolo servizio.

La prima stazione informatica 1973 IBM mod. S34. Come si nota nella foto si trattava di una apparecchiatura ancora ingombrante e pesante.

Giovanni Manganaro sviluppò egregiamente il progetto realizzando fra l'altro il programma Clinic che consentì all'Azienda di operare su cartella informatizzata tra le prime aziende in Italia.



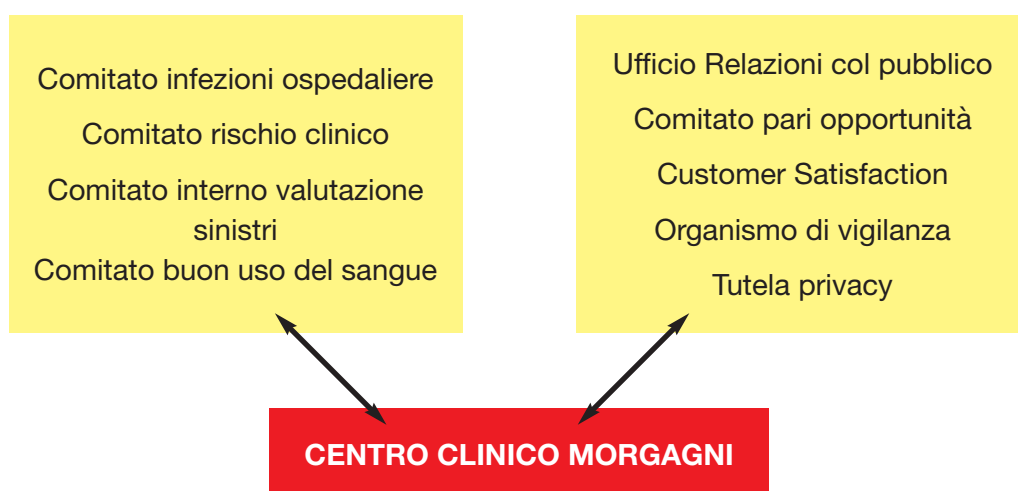




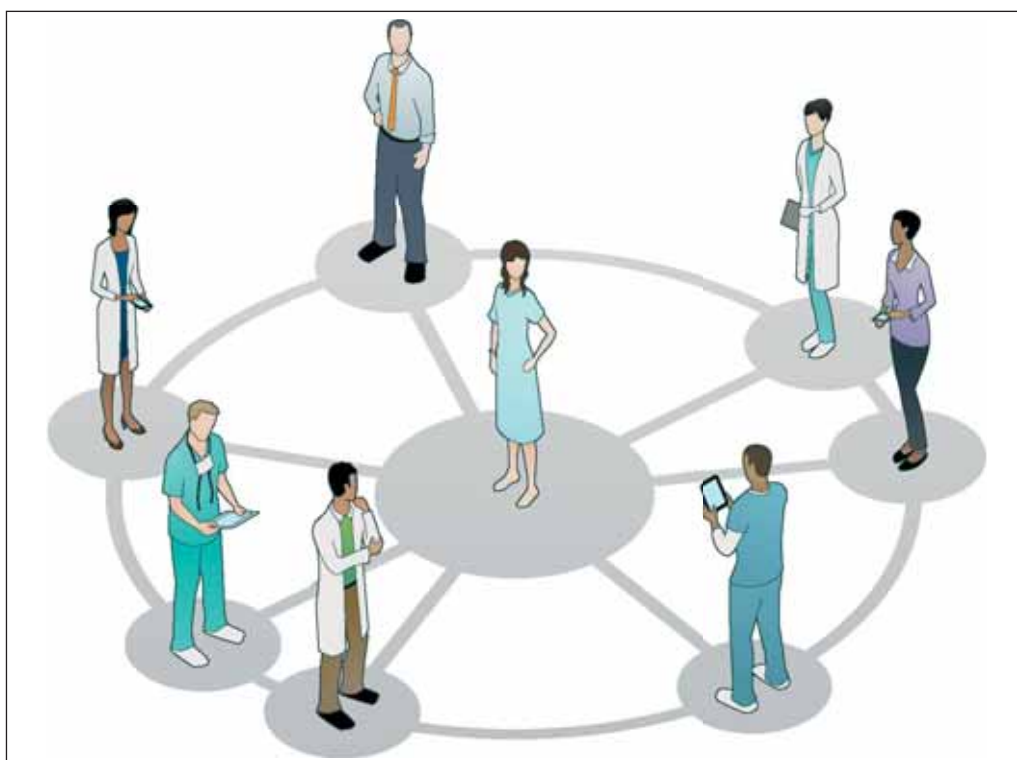
## 5. IL PAZIENTE AL CENTRO

La centralità del paziente ha rappresentato nella vita del C.C.D. Morgagni un costante riferimento cui sono state sempre rivolte le attenzioni del management.

Le attività sanitarie sono sempre state informate ai principi di assicurazione della qualità attraverso i sistemi di certificazione dei diversi processi di produzione codificati in modo di garantire l'operatività di un ospedale sicuro grazie alla storica attività del Comitato Infezioni Ospedaliere (prima riunione ..... ) e del Comitato per il Rischio Clinico.



Inoltre l'Ufficio Relazioni con il Pubblico è operativo dalle origini. La Customer Satisfaction è regolarmente monitorata: più recenti sono sia l'istituzione del Comitato Pari Opportunità (2019) che quella del Comitato Interno Valutazione Sinistri (2019). Comitato Buon uso del Sangue.



## 6. GOVERNO CLINICO

L'informatizzazione della struttura e la costante ricerca della qualità hanno costituito insieme alle politiche poste in essere per la centralità del paziente illustrate nel precedente paragrafo il perno essenziale per sviluppare un avanzato sistema di governo clinico e dei processi che, partendo dai bisogni di salute dei pazienti, ha saputo valorizzare il ruolo degli operatori.

Dall'adesione al Progetto Nazionale Linee Guida, alla definizione di percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali, al riconoscimento del valore della medicina basata sull'evidenza si è garantito ai pazienti un accesso in sicurezza alle prestazioni sanitarie; più in particolare va notato come grazie alla disposizione della degenza per cure progressive attraverso la istituzione di letti di terapia semintensiva nel percorso post operatorio prima dell'approdo alla degenza ordinaria del paziente, si è favorito l'approccio multidisciplinare degli operatori nel trattamento delle patologie.

Come barriera al rischio è stato posta una costante attività di costruzione di procedure e raccomandazioni sul piano operativo per i nostri professionisti come in occasione della recente campagna sviluppata per il contenimento dei consumi per l'affermazione dell'appropriatezza clinica.

Inoltre il livello diffuso di informatizzazione ha consentito la costruzione di un sistema avanzato di Contabilità Analitica per Centri di Costo che ha permesso alla Direzione Aziendale un costante livello di monitoraggio delle attività attraverso la produzione di report periodici a mezzo dei quali è stato possibile imprimere alla operatività le giuste azioni di orientamento e correzione finalizzate al perseguimento degli obiettivi assegnati alle unità funzionali.

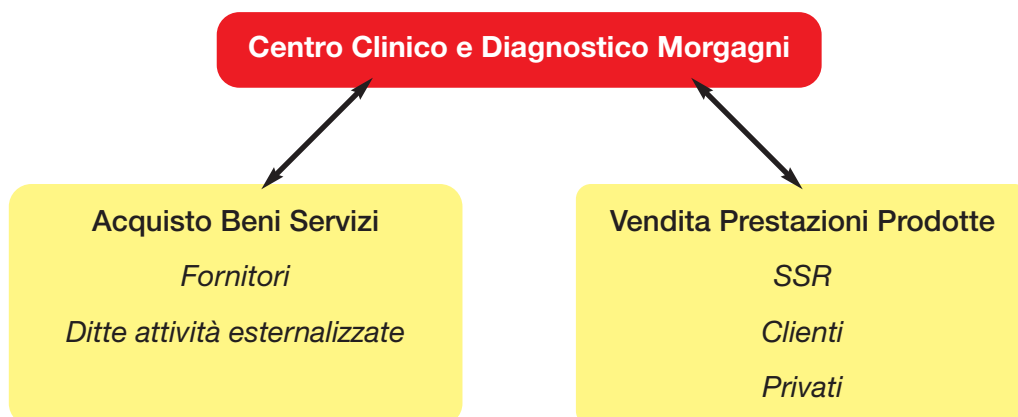
Inoltre l'attività di Governo Clinico e di ricerca della qualità e della sicurezza ha trovato congeniale e principale campo di applicazione nell'ambito dell'attività chirurgica e delle sale operatorie grazie all'impegno, in tal senso profuso, dal Dr. Riccardo Castorina, Amministratore Delegato del Centro Clinico e Responsabile del complesso operatorio del Presidio Polispecialistico di Catania.





## 7. VALORE CREATO

Sotto il profilo della sostenibilità economico finanziaria negli anni della propria attività è di immediata evidenza come il Centro Clinico in quanto struttura sanitaria di Diritto Privato abbia su un doppio versante speculare creato e acquisito valore attraverso la vendita delle prestazioni prodotte in campo clinico ed assistenziale e l'acquisto di beni e servizi necessari per l'alimentazione del ciclo produttivo.



Il Centro Clinico ha nei suoi 50 anni di vita mantenuto sempre nel bacino di territorio servito la quasi totalità della ricchezza economica prodotta immettendovi risorse attraverso la scelta dei propri contraenti e generando un incremento del reddito della Provincia e anche se in misura inferiore della stessa Regione.

Fra gli effetti prodotti sotto il profilo della creazione di valore aggiunto i 50 anni di attività del Centro Clinico Diagnostico Morgagni rappresentano un esempio longevo di una struttura produttiva che ha generato ricadute favorevoli nel contesto socio economico del territorio servito del quale ha costituito una leva non secondaria per la coesione sociale e lo stesso sviluppo.

Più in particolare la creazione di valore sotto il profilo economico ha riconosciuto tre livelli di risultato e più precisamente oltre alla valorizzazione delle prestazioni, gli investimenti realizzati e la redistribuzione di ricchezza nei confronti di diversi soggetti con cui sono stati intrattenuti rapporti economici.

# Amarcord



1985. Visita Cristian Barnard



1993. Visita Girolamo Sirchia, Ministro Salute.  
Centro Cuore Morgagni



2006. Visita Helen Hoezing, Joint Commission  
International



1982. Autorità in visita (S.E. Prefetto Domenico  
Salazar) ricorrendo il 20°



Ordine dei Medici, Presidente Prof. E. Cirino:  
presentazione Fondazione Mediterranea  
"G.B. Morgagni"



Celebrazione dei 20 anni



2019. Visita Avv. Ruggero Razza, Assessore Salute  
Centro Cuore Morgagni



## Eventi

---



1982 - Ricorrenza del ventennio consegna targhe



2002 - Inaugurazione Parcheggio



Consegna Diplomi anno 2003-2004 Master Chirurgia Laparoscopica. Chirurghi, Sindaco Umberto Scapagnini, Prof. Sergio Castorina, Prof. Jacques Domergue.

# Le strutture fisiche nei 50 anni



1972 - Via Zacco ang. Via del Bosco



1990 - Tunnel Sotterraneo



1991 - Blocco Operatorio Centro



1993 - Centro Cuore Pedara





# Le strutture fisiche nei 50 anni

2003 - Ambulatori EST



2004 - Tunnel sopraelevato



2005 - Presidenza e Uffici Amministrativi



2007 - Aula Moscati



# Le strutture fisiche nei 50 anni



2013 - Edificio DH



2014 - Castello Lanza



2015 - Riabilitazione Pedara











## Le strutture fisiche nei 50 anni

2019 - Casa di Cura Di Stefano Velona



2019 - Check Point Riabilitazione



2020 - Check Point Ambulatori specialistici



# La ricerca ed i rapporti con le Università degli Studi



La qualificazione delle attività assistenziali avvista le sue principali leve dell'attività di ricerca svolte all'interno del centro clinico e nella costruzione di solidi rapporti che l'Università degli studi.

Fra i progetti di ricerca attivati fin dagli anni 80 grazie all'impegno ed alla capacità del Prof. Segio Castorina si ricordano quelli legati ad:

- Utilizzo di tecniche immunoistochimiche e molecolari sulla mucosa gastrica pazienti operati di sleeve gastrectomy operato in collaborazione con l'Università delle Marche-professor Cinti e con l'Università di Catania-professor Condorelli;
- Effetti prodotti dal trattamento di varie linee di cellule tumorali con sostanze naturali in collaborazione con il Centro Nazionale delle Ricerche sede di Catania;
- Culture di linee cellulari di carcinoma del colon, polmone, ovaio, prostata e cervice uterina attraverso lo studio degli effetti di associazione di farmaci, del grado di apoptosi a mezzo di western blotting, tecniche immunoistochimiche e citofluorimetriche;
- Utilizzo di tecniche immunoistochimiche sul tessuto adiposo umano con università delle Marche;
- Patologia tiroidea realizzato con il Prof. Roberto Toni Università di Parma.

Data inoltre fin dal 1993 la collaborazione ancora operativa con l'Università di Montpellier che nel tempo si è caratterizzata per la costituzione di una scuola europea per la chirurgia videolaparoscopica con sede presso le Università di Montpellier, Valenza, Atene e il Presidio Morgagni di Catania, finalizzata ad una formazione sul campo in grado di attestare con i diplomi rilasciati un apprendimento nelle procedure; non è su-





perfluo ricordare il Master promosso in collaborazione con il Prof. Domergue ed il Prof. Sergio Castorina a 40 chirurghi siciliani nel 2003 sotto l'egida del Comune di Catania.

Con l'Università di Catania è in essere uno stretto rapporto che ha portato tra l'altro alla sottoscrizione di convenzioni con le Scuole di Specializzazione per medici in numero di 8 oltre alla stipula di ulteriori convenzioni cosiddette "fuori rete" legate all'attività del Centro Clinico come ad esempio con Università di Palermo, Messina e Catanzaro.

Rilevante inoltre il rapporto instauratosi con l'università Dunarea Sede di Enna partner storico per lo svolgimento di tirocini degli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

In data più recente è stato sottoscritto il convenzionamento con il Corso di Laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Catania per tutte le specialità cliniche presenti nel Centro Morgagni pari a 16.



# Diritto costituzionale e scienza medica: alcune riflessioni

di Emilio Castorina



In materia di salvaguardia e cura della salute pubblica, non meno che in altri campi in cui le conoscenze scientifiche sono chiamate a supportare le decisioni dei pubblici poteri (si pensi, ma non solo, anche al settore ambientale e dell'energia, alle biotecnologie o all'informatica), non si può prescindere dal "parere della scienza".

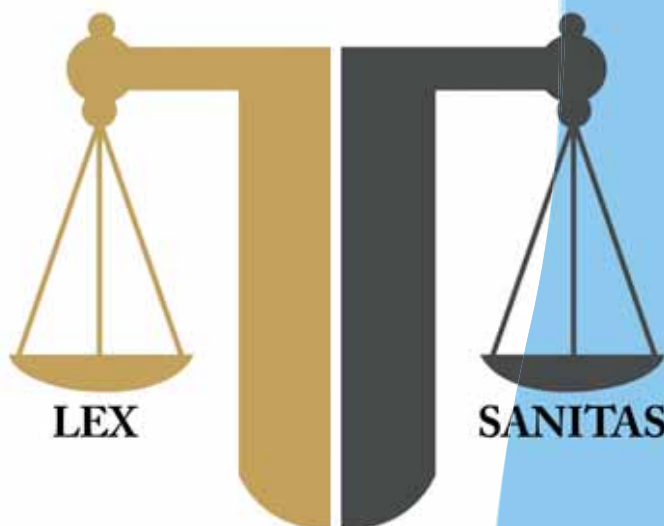
Il fenomeno pandemico è stato costellato da dispute, anche vivaci e accese, che hanno interpellato le acquisizioni tecnico-scientifiche: dalla determinazione, assunta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, di classificare SARS-CoV-2 come virus trasmesso per via aerea piuttosto che attraverso le goccioline respiratorie (*droplets*), con significative ricadute sulle determinazioni da adottare in via precauzionale (se quelle per la difesa individuale ravvicinata, ovvero mediante una più efficace ventilazione nei luoghi chiusi); alle metodologie statistiche impiegate per ricavare gli indici di trasmissione dei contagi.

Superata del tutto, ormai, la fase di massima acuzie, sono rimaste sul tappeto questioni altrettanto delicate che, "da solo", il decisore politico non è in grado di affrontare appropriatamente, come, ad esempio, i possibili effetti a lungo termine legati alla contrazione del virus (il c.d. *long Covid*) in attesa di Linee guida nazionali e di una compiuta casistica per fronteggiare e gestire questa sindrome a livello sanitario e logistico; parimenti problematica risulta la stima del mantenimento di elevate risposte immunitarie sulla base dell'alternativa di pianificare richiami vaccinali piuttosto che attenderne la sperimentazione di nuovi, avendo numerosissimi approfondimenti scientifici documentato come a seguito della vaccinazione (o della guarigione dal contagio) si attiva comunque una risposta anticorpale, ancorché soggettivamente apprezzabile.

In questi casi, soltanto in via esemplificativa riportati, il decisore pubblico è chiamato a disciplinare l'"uso" della scienza, che riesce anche a materializzarsi nel "prodotto" tecnologico e nella sua "somministrazione": il diritto costituzionale, allora, fornisce, per così dire, la "misura della scienza", segnando i confini (e i limiti) entro cui l'ordinamento giuridico è legittimato a intervenire in queste attività umane senza violare lo statuto della persona e, dunque, i valori dai quali essa è identificata come tale nella Costituzione.

Il fondamento delle decisioni che devono necessariamente rifarsi ai dati della scienza e della tecnica riposa nel principio di "non contraddizione" tra normazione positiva e fenomeno naturale scientificamente osservato, com'è stato evidenziato e dimostrato già nell'età dei "Lumi".

Le scienze esatte hanno svolto una funzione decisiva nella "formazione della consapevolezza del mondo politico e sociale" da quando s'indirizzarono alle prime interpretazioni della natura. La "rivoluzione" dei secoli XVI e XVII, proponendo nuovi campi



\* Professore Ordinario di Diritto costituzionale nell'Università degli studi di Catania, Consigliere.



di conoscenze e la loro applicazione ai diversi fenomeni dell'esistenza, fu determinante per la formazione di ciò che oggi chiamiamo "scienza dello Stato". Quando i modelli d'interpretazione filosofici e teologici persero la pretesa di spiegare qualsiasi fenomeno dell'esperienza umana e le acquisizioni delle nuove scienze naturali si diffusero rapidamente, "le scoperte astronomiche, meccaniche, matematiche e mediche si ripercossero direttamente sull'etica, sulla politica e sulla giurisprudenza"; è proprio questo il momento in cui le scienze moderne, con la domanda sul "come delle cose", si sono poste al servizio delle finalità della volontà umana e del vivere civile.

Gli sviluppi del costituzionalismo, caratterizzati dall'abbandono di un concetto neutro di costituzione e dall'assunzione di un predeterminato ordine di valori condivisi, al quale la "legge politica" deve rifarsi e armonizzarsi, hanno condotto il principio di separazione-non contraddizione tra scienza e ordinamento costituzionale in un contesto del tutto nuovo rispetto al precedente e, per altro, contrassegnato prima di ogni altra cosa dalla "libertà" della ricerca scientifica e tecnologica.

Prende forma più compiuta, dunque, l'idea che il rapporto tra scienza, tecnica e ordinamento giuridico debba essere declinato in termini di "non contraddizione" e di tendenziale "non interferenza" con la "natura della cosa", poiché il rapporto tra il "fatto" espresso dalla "legge naturale" e la "legge politica" – riprendendo la nota separazione proposta da Hume – sta nella distinzione tra "ciò che è" e "ciò che deve essere".

Negli ordinamenti contemporanei, il principio di "non contraddizione" della legge politica rispetto alla legge naturale si fa carico di contenuti assiologici che sono il dato più sensibile delle odierne democrazie costituzionali. Queste si sono assunte il compito, attraverso specifiche disposizioni di rango costituzionale, non solo di garantire i fondamentali diritti della persona umana, ma anche di promuovere lo sviluppo della cultura e della ricerca, assicurandone sia l'autonomia rispetto agli apparati di governo (art. 33 Cost.), sia la divulgazione dei risultati conseguiti attraverso le più diverse modalità di diffusione (scuola, università, pubblicazioni di sempre più ampia circolazione attraverso Internet, ecc.).

La previsione del comma 1 dell'art. 33 traduce, in definitiva, il divieto per i pubblici poteri e, innanzitutto, per il legislatore di penetrare il "limite tecnico scientifico" in uno all'esigenza di protezione forte della libertà di scienza (istituzionalizzata o meno), come mise già in evidenza la dottrina nel richiamare il testo dell'art. 142 della Costituzione di Weimar, che i nostri Costituenti hanno inteso riprodurre, al fine di sancire l'indipendenza del "mondo del pensiero".

E da ritenere, su tali premesse, che i testi costituzionali vigenti – e, per quanto in questa sede interessa, l'art. 33 della Costituzione italiana – vadano interpretati alla luce di tale accezione di "arte", comprensiva, appunto, dell'insieme delle possibili "tecniche", baconianamente intese quali arti del fare; conclusione che trova, per altro, ripetute conferme anche nell'interpretazione del giudice costituzionale, il quale, ad esempio, utilizza l'espressione "arte medica", appunto, quale tecnica e pratica terapeutica fondata su acquisizioni scientifiche e sperimentali (sent. n. 151 del 2009).

Il progresso scientifico innerva ormai – tranne rarissime eccezioni – qualsiasi forma di rapporto interpersonale: l'avanzare dell'acquisizione tecnologica è divenuto fattore determinante dello sviluppo dello Stato-comunità, della sua coscienza sociale e guida il "conferimento di senso ai valori costituzionali", ma non per questo si può concludere che il modello tecnocratico si sia sostituito a quello democratico mediante l'assunzione di un nuovo formante tecnologico per l'ordinamento giuridico.

Ferma restando, allora, la libertà, garantita costituzionalmente in modo unitario, di scienza e tecnica, è da escludere che sia realmente ipotizzabile un governo del tutto autonomo della scienza, rimesso a indirizzi, per così dire, strategici, elaborati all'interno

della comunità scientifica e in grado di divenire, essi stessi, “valori-guida” esclusivi e legittimanti, anche in potenziale conflitto con i valori costituzionali.

Se tale governo dovesse comportare l'autoreferenziale pretesa della scienza di dominare tutti gli aspetti dell'esistenza umana attraverso le proprie applicazioni tecnologiche e, dunque, il prevalere di una mentalità scienziata che reputasse ammissibile tutto ciò che è tecnicamente fattibile, la risposta alla domanda dipenderebbe soltanto dalle concezioni etiche di soggettivo riferimento, ma non sarebbe certo guidata da alcuna regola giuridica e costituzionale in particolare. A simile pretesa potrebbe, ad esempio, opporsi quella visione morale, secondo cui la scienza, da sola, “non è in grado di elaborare principi etici”, che le sono offerti, ma non per limitarla, dalla teologia e dalla filosofia, dalla fede e dalla ragione, affinché, mantenendo vigile il senso di responsabilità, essa “per-manga nel solco del suo servizio all'uomo” e debelli le sue eventuali patologie.

La conciliazione, per così dire, tra scienza e tecnica sul piano giuridico-costituzionale è fondata, in definitiva, sul raccordo di entrambe (unitariamente intese) col valore universale del “primato dell'essere umano”.

Il compito di rendere compatibile con i diritti costituzionali il grande potenziale di utilizzo del prodotto tecnico-scientifico spetta, nei sistemi costituzionali, primariamente al Legislatore, il quale, anzi, nelle questioni più controverse, può essere obbligato a intervenire con una legge formale, assumendosi, dunque, “la responsabilità di decidere”, rendendo le tecniche oggetto di regola per dare risposte ai veri e propri bisogni e necessità che si presentano nelle circostanze emergenziali. Negli ordinamenti pluralisti, della sfera bio-politica dovrebbe farsi carico, in prima battuta, sempre il Parlamento, chiamato a individuare – talvolta anche col fondamentale contributo del giudice costituzionale e sovranazionale e comunque senza poter alterare e/o prescindere dal dato tecnico-scientifico – un ragionevole punto di equilibrio tra i diversi beni costituzionali coinvolti.

Non può, infatti, dubitarsi che proprio nella sede parlamentare risiede la competenza istituzionale della disciplina dei “nuovi beni della vita”, anche se la questione di “come” la pertinente regolamentazione possa prendere forma compiuta non è affidata, del tutto meccanicisticamente, né all'operare del principio di maggioranza, né a una, non più attuale e realistica, concezione dei precetti costituzionali come se fossero ermeticamente chiusi e refrattari a riempirsi di contenuti “dall'esterno” dell'ordinamento statale.

La regola delle decisioni a maggioranza, indispensabile, in via generale, sotto il profilo procedurale e democratico, non è sufficiente allo scopo specifico, in quanto non si inscrivono nel novero delle scelte politiche in senso stretto le decisioni che danno cittadinanza alle acquisizioni scientifiche e tecniche nel mondo del diritto. Essendo tali determinazioni direttamente o indirettamente incidenti sullo “statuto” relazionale, identitario o perfino biologico dell'essere umano, così come decifrato dalle conoscenze scientifiche, e, pertanto, non risultando tali decisioni pienamente libere nel fine, il principio di maggioranza non può superare e/o contraddire l'evidenza tecnico-scientifica, opponendovi una contraria manifestazione di “potere”.

Non a caso, dunque, la discrezionalità nella imposizione degli obblighi vaccinali deve essere esercitata alla luce delle condizioni sanitarie ed epidemiologiche, così come accertate dalle autorità preposte, e delle acquisizioni, sempre in evoluzione, della ricerca medica, che devono guidare, appunto, il Legislatore nell'esercizio delle proprie scelte politiche, sì da consentire, eventualmente, alla Corte costituzionale, com'è accaduto per fronteggiare il Coronavirus, di valutare la non irragionevolezza e la non sproporzionalità dell'introduzione di obblighi in tale senso e delle specifiche conseguenze che la fonte primaria abbia voluto accostare alla violazione di esso (cfr. le sentt. n. 15 e n. 14 del 2023, n. 5 del 2018 e n. 282 del 2002).







## Configurazione aziendale: oggi

di Sergio Castorina\* e Riccardo Castorina\*\*

L'attuale layout aziendale è il risultato del progetto avviato alla fine degli anni 60 presso la Casa di cura "San Giuseppe in Lavina", Acibonaccorsi, e perseguito presso questa seconda sede a partire dal 1971 (sale operatorie attivate nel 1972), da nostro padre, prof. Salvatore (oggi Presidente onorario di questo Policlinico Case di cura, oltre che Presidente della Fondazione "G.B. Morgagni"). Sul suo esempio, a partire dal 2013, questo Consiglio d'Amministrazione prosegue ad operare aggiornando la propria offerta sanitaria alla richiesta del territorio, nel rispetto della deontologia medica e delle aspettative della "persona", utilizzando le risorse che la tecnologia realizza e ci offre per migliorare la qualità dell'approccio strumentale, diagnostico e terapeutico, alle patologie di nostra competenza specialistica.

Siamo al 50° anno dall'inizio di attività, in questa Azienda, oggi Policlinico - Case di Cura. Complesse revisioni e adeguamenti sono stati progressivamente realizzati nella struttura (area degenza, area diagnostica, area quartiere operatorio, parcheggi utenti, medici e personale) per ottemperare alle norme di legge costantemente in evoluzione, ma anche per rendere coerente con l'offerta tecnologica l'operatività clinica. Ogni modifica dello stato *quo ante*, strutturale o tecnologico, è stata finalizzata al conseguimento del profilo organizzativo idoneo a realizzare una buona qualità del prodotto finito, che in ambito clinico si può definire come il risultato di una organizzazione strutturale e funzionale atta a rendere la prestazione medico-chirurgica quanto più possibile scevra da rischi sicché, supportata dalla compliance dell'utente corrisponda alle aspettative del curante e del curato.

Intendiamo riferirci, non solo agli adattamenti funzionali rispetto agli spazi disponibili, ma anche agli interventi di collegamento tra degenza, dipartimento immagini, laboratorio, sale operatorie, centro elaborazione dati: intendo inoltre riferirmi all'atto medico e alla tenuta del sistema della rete dei servizi ausiliari per la gestione clinica del paziente e al buon risultato del trattamento medico e chirurgico.

Testimoni della modernizzazione del sistema, ci è parso utile, per la crescita nell'ambito strategico e gestionale, correlare il nostro adeguamento strutturale-aziendale all'offerta tecnologica, per realizzare progresso in ambito clinico. Tutto ciò è stato possibile anche grazie alla partecipazione dei meno giovani e dei più giovani collaboratori in questa Casa di cura.

La formula "a padiglione", è stata, sin dall'inizio, una scelta obbligata, considerata la sua allocazione in sede urbana, per il presidio di Catania. Correlandoci alla densità urbana di Barriera del Bosco, l'espansione aziendale è stata favorita dalla contiguità con aree non edificate, per cui dalla primitiva superficie di 4000 mq e un padiglione (il Blocco Centrale), oggi operiamo in Barriera di Catania su circa 30.000 mq e 8 Blocchi (Centro, Blocco Est, Est1, Est2, Blocco Direzione Aziendale, Blocco Coordinamento, Blocco Day Hospital e un



\* Presidente del Policlinico "G.B. Morgagni".

\*\* Amministratore Delegato C.d.A. "G.B. Morgagni".

Blocco Nord) con uno sviluppo di superfici coperte di circa 15.000 mq, esclusi i 2 blocchi del Centro Cuore che si sviluppano su 21.000 mq., la Casa di Cura Morgagni Di Stefano Velona e la Smart Ward Morgagni Check Point.

È stato impegnativo, in ambito tecnico e finanziario, la realizzazione di reti necessarie per trasmettere le informazioni in tempo reale tra i reparti dislocati, a vantaggio delle decisioni cliniche e delle decisioni connesse con il controllo dei costi.

Abbiamo ritenuto garantire la sicurezza della rete dei gas medicali e delle informazioni su superfici estese in piano orizzontale e verticale, la tracciabilità della sterilizzazione chirurgica, la tracciabilità delle terapie e la tracciabilità dei trasferimenti del paziente dalla degenza al blocco operatorio e post operatorio, e infine alla cartella clinica computerizzata.

È fuori discussione che, allo stato dell'evoluzione dell'approccio clinico, l'atto medico sia multidisciplinare. Il concetto del malato al centro, con gli specialisti in orbita è nei nostri progetti.

A partire dal 1993 abbiamo partecipato alla evoluzione tecnologica in chirurgia generale. Erano gli anni dell'avvento della chirurgia laparoscopica, nata in Francia e diffusasi progressivamente nel mondo, allargando le indicazioni via via a tutte le patologie addominali, con il noto vantaggio della mini invasività.

Cogliemmo precocemente l'importanza di tale evoluzione chirurgica, decidendo di frequentare scuole chirurgiche d'oltralpe per perfezionarci in questo settore. Dagli incontri francesi scaturirono collaborazioni scientifiche e chirurgiche presso la Morgagni di Catania, che ci portarono a perfezionare sempre più le procedure laparoscopiche che oggi caratterizzano la nostra attività in chirurgia, comprendendo interventi sulle vie biliari, parete addominale, reflusso gastroesofageo e acalasia, neoplasia colo rettali, interventi bariatrici e ginecologici.

La costante collaborazione con i colleghi francesi e belgi ha contribuito inoltre a perfezionare le competenze dell'intero personale del blocco operatorio, medici anestesisti,





strumentisti e infermieri di sala operatoria. Tale attività è stata inoltre sostenuta da un notevole impegno devoluto in campo rianimatorio, consentendoci la gestione post operatoria in sicurezza dei pazienti più delicati e sottoposti a procedure chirurgiche avanzate.

È in corso la istituzione di un Istituto di carattere europeo annesso alla Fondazione Morgagni, ove far convergere collaborazioni chirurgiche di chiara fama, accumulate dalla matrice francese e dalla francofonia, per continuare l'impegno formativo in Morgagni, di giovani chirurghi generali presenti nella struttura grazie alla partecipazione della Morgagni alla rete formativa della Scuola di Specializzazione in chirurgia generale dell'Università di Catania.

Ulteriore peculiarità dell'Azienda riguarda la componente scientifica presente in loco, attraverso la istituzione di un laboratorio di ricerca di base, diretto da Sergio in convenzione con il Dipartimento Universitario "G.F. Ingrassia" nella qualità di professore Ordinario di Anatomia Umana. Gli studi riguardano aspetti morfologici e molecolari nei tumori colo rettali, nel tessuto adiposo di pazienti obesi e sottoposti a procedure bariatriche, nonché ricerche in ambito anatomico clinico. Nel laboratorio operano ricercatori della Fondazione Morgagni, dell'Università di Catania e della Università Kore di Enna. Fondamentale per lo sviluppo scientifico è la collaborazione con l'Anatomia Umana dell'Università politecnica delle Marche.

Sono in corso diversi progetti scientifici sostenuti da fondi ministeriali e regionali.

La convenzione con la Università Kore di Enna ha aperto il percorso per la istituzione della Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione diretta dal Prof. Federico Pappalardo oltre che la istituzione di due Unità Operative, una semplice di Cardiocirurgia diretta dal Prof. Antonio Rubino e una complessa di Oculistica diretta dalla Prof.ssa Caterina Gagliano.

Ricordiamo fra l'altro

- 2019 – Il Centro Cuore viene inserito nella Rete dell'Infarto (DA n. 1870 del 26.09.2019)
- 2020 – Morgagni CHECK POINT e Piscine Medicalizzate.
- dalla fine di Giugno 2020 prende via l'attività di una nuova Rnm da 1,5 Tesla acquistata per il Presidio di Pedara, e in quella sede, tra l'altro, utile per l'attività di specialità cardiologica della struttura;
- nei mesi di ottobre e novembre 2020 si registrava l'apertura dei nuovi Presidi di Morgagni Check Point ovvero della struttura di riabilitazione con attività di day-hospital e piscine terapeutiche e della Piastra di diagnostica ambulatoriale per attività poli-specialistiche out of pocket rivolta anche alla attività di screening e check up in particolare nei confronti delle Assicurazioni operative nel territorio;
- nel febbraio 2021, a seguito di una rilevante acquisizione di apparecchiature oculistiche di ultima generazione, prende avvio presso il polo oculistico l'attività ambulatoriale per le patologie oculari mediche e chirurgiche con tra l'altro la presenza di un ambulatorio dedicato al primo intervento.
- 2022 con l'acquisizione di una Tac di ultima generazione a 256 Slice fortemente orientata all'imaging cardiologico in grado di abbassare i tempi di acquisizione delle immagini alla frazione di una singola sistole.
- 2023 - Realizzazione di un Training Center per la formazione chirurgica nella specialità Oculistica.

Implementazione della collaborazione con gli Atenei nella rete formativa (attualmente UniCT - UniME - UniKORE - UniDUNAREA Rumena (delocalizzata EN).

- 2024 a seguire implementazione del progetto di Educazione Continua in Medicina (ECM) che la Fondazione Morgagni gestisce quale Provider ECM n° ID 847 Agenas: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Condizione per cui il personale medico dei vari ruoli dispone di un regolare diario di eventi che si succedono con regolarità senza costi per gli utenti in organico con beneficio effetto sui risultati di efficienza clinica tradotta in sicurezza.
- Recente arricchimento qualitativo in quanto sede di policlinici della Facoltà Medica di Kore Università per le cattedre:
  - Cardiochirurgia
  - Anestesia e Rianimazione
  - Anatomia Patologica
  - Oculistica.
- Recentissima la realizzazione del Portale ([www.policlinicomorgagni.it](http://www.policlinicomorgagni.it)).

È nostro auspicio realizzare la compiutezza dei seguenti obiettivi:

- “Morgagni” Ospedale senza dolore
- Organizzazione delle degenze per intensità di cura

La storia continua con la irrinunciabile collaborazione dei nostri 800 collaboratori di cui 235 medici specialisti.

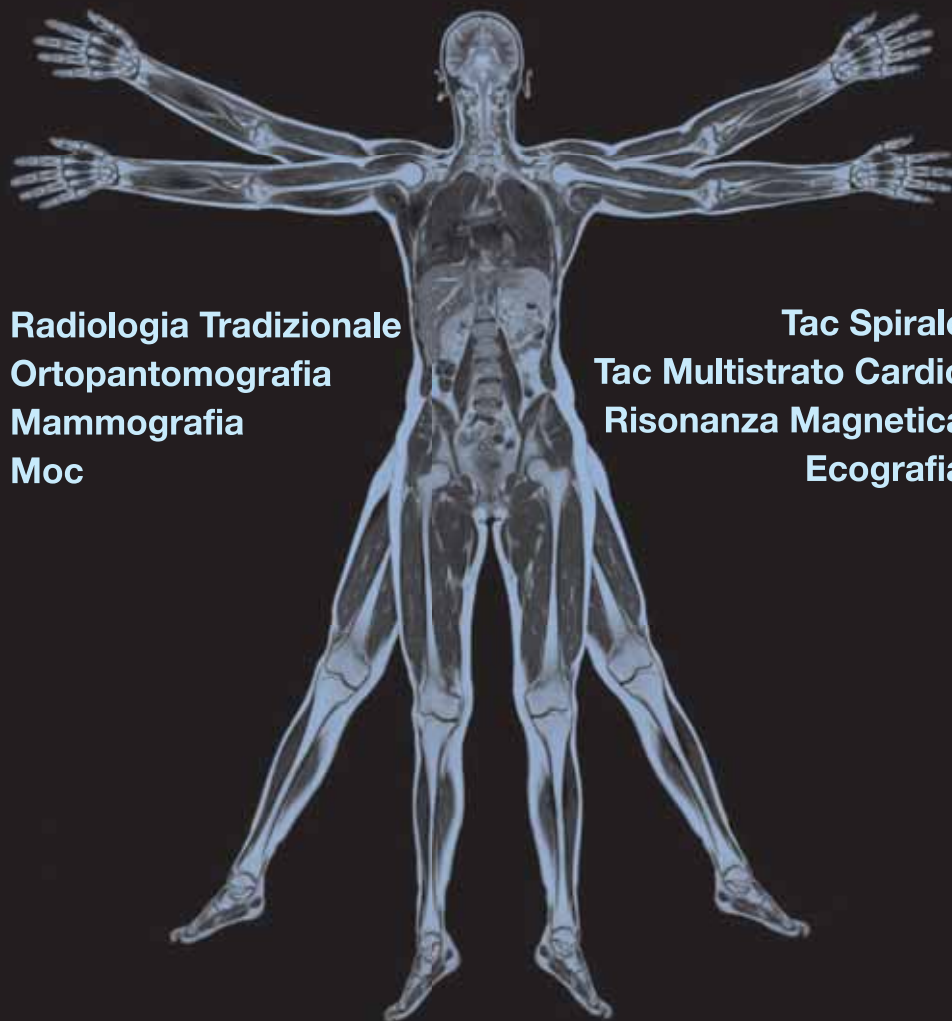
A loro rendo affettuoso riconoscimento del possesso di elevate doti tecniche ed etiche, auspicando traguardi di eccellenza nell’ambito delle nostre competenze.





CENTRO CLINICO DIAGNOSTICO **G.B. Morgagni** CASA DI CURA S.r.l. - CATANIA

## Dipartimento di Radiologia



Radiologia Tradizionale  
Ortopantomografia  
Mammografia  
Moc

Tac Spirale  
Tac Multistrato Cardio  
Risonanza Magnetica  
Ecografia

# Il Dipartimento di Radiologia e Diagnostica per immagini

a cura di Emilio Castorina (Radiologo)



Il reparto di Radiologia del Centro Clinico e Diagnostico Morgagni ha subito una grande trasformazione nel tempo e, forse, tra tutti i reparti, la maggiore evoluzione tecnologica.

Si iniziò nel 1972, con un tavolo radiologico che permetteva di eseguire le normali radiografie in ambito ortopedico ed i “pasti baritati” per lo studio dell’apparato digerente, mediante un ortoscopio che aveva una radioscopica dedicata.

Si era ancora nel periodo di utilizzo delle pellicole radiografiche e lo sviluppo delle stesse avveniva in camera oscura, “a mano”, senza sviluppatrice automatica, ponendole su telai e lasciando all’arte dei tecnici di radiologia, il loro corretto sviluppo, evitando che, rimanendo negli acidi troppo a lungo o troppo poco, le pellicole risultassero sovra o sottoesposte e, quindi, non refertabili.

L’odore acre degli acidi di sviluppo era una costante del reparto. La saletta di refertazione era molto piccola. Al suo interno vi erano due scrivanie. una ingombra di esami da refertare, l’altra con il telefono e l’agenda per prendere le prenotazioni.

Le pareti erano tappezzate da diafanoscopi.

Ma quelli erano tempi quasi pionieristici.

Il primo collaboratore radiologo fu il Prof. Beritelli, a volte sostituito da un giovanissimo Prof. Petrillo.

Successivamente i collaboratori radiologi che per anni refertarono le radiografie inerenti la Struttura e quelle inviate (in convenzione con le mutue e poi con la ASL) dai medici curanti, furono i Dottori radiologi Torrisi e L’Episcopo ed il Dr. Cimino.

Questi professionisti terminarono la collaborazione con la struttura ed a loro subentrarono il giovanissimo Dr. Vincenzo Riccioli ed il Dr. Carmelo Fisichella (che collaborò per un brevissimo periodo).

Nel 1988, conclusa la propria carriera ospedaliera in qualità di Primario presso l’Ospedale Ascoli Tomaselli, venne a guidare il reparto il Dr. Pierluigi Bisceglie.

Il reparto allora era dotato di una prima sala di diagnostica, ove erano allocati un nuovo apparecchio telecomandato, un ortopantomografo ed una apparecchiatura pensile per eseguire gli esami a pazienti barellati, e di una seconda sala di diagnostica, ove vi era una apparecchiatura non telecomandata.

Le apparecchiature erano perlopiù di marca Gilardoni (fabbrica lombarda che aveva aperto una filiale in provincia di Catania e con la quale si instaurò un sodalizio trentennale).

Si aggiunse una prima sala di diagnostica ecografica.

Il Dr. Bisceglie, Maestro di radiologia, figura di grande professionista dotato di grandissima preparazione anatomica ed intuito radiologico, riusciva ad affrontare le diverse “sfide” radiologiche ed ecografiche, riuscendo, come solo i veri “Grandi” sanno fare, a rendere semplici le cose che semplici non erano. Soprattutto facendolo con il massimo rigore scientifico e con semplicità.



La più grande eredità che ha trasmesso al reparto, dopo la sua prematura dipartita (2016) è stata la capacità di lavorare in gruppo, sempre in allegria e con il massimo rigore scientifico. Il lavorare in gruppo è stato un punto di forza del reparto che, giornalmente deve assolvere il proprio compito nei confronti dei pazienti degenti e dei pazienti che provengono dagli ambulatori esterni.

La sintonia tra segretarie, ausiliari, tecnici e medici fa sì che questo avvenga nel miglior modo possibile, avendo 6 o 7 sale di diagnostica (2 di radiografia tradizionale, 3 di ecografia, 1 TAC e 1 RM e Mammografia) che funzionano contemporaneamente.

La possibilità, inoltre, di avere molte professionalità a disposizione e poter passare da una metodica di primo livello (radiografia tradizionale, ecografia) ad una di secondo livello (TC), facendo solo qualche metro, consentono una maggiore facilità diagnostica.

Il Dr. Bisceglie fu il primario, diede una ossatura organizzativa al reparto con il Dr. Vincenzo Riccioli, primo aiuto, che, in un primo periodo, si dedicò oltre alla radiologia tradizionale, alla ecografia che sempre più prendeva piede.

Iniziarono a collaborare il Dr. Giuseppe Bertini e successivamente, dal 1990 il Dr. Emilio Castorina.

Una colonna portante del reparto di radiologia sono sempre stati i Signori Tecnici radiologi soprattutto nelle figure storiche della capotecnica Rosalba La Piana, di Carmelo Ferlito e del compianto Pietro Macaluso. Una triade che garantiva ai medici radiologi la corretta esecuzione tecnica degli esami. A loro, nella nuova generazione di tecnici se ne aggiunsero altri tre (Rocco Ferraro, Francesca Milici e Emanuele Battiato) che raccolsero il testimone.

Nel 1990 si acquisì da parte della struttura la prima TAC (Tomografica assiale computerizzata). Era un apparecchio di 4ª generazione (a singolo strato) di allora, che consentiva una singola scansione intervallata da una pausa. Quindi con tempi di esecuzione degli esami, veloci per quei tempi, ma assolutamente improponibili andando avanti con la evoluzione tecnologica. La metodica fu affidata al Dr. Vincenzo Riccioli ed al Dr. Emilio Castorina.

Nel 1995 il Dr. Giuseppe Bertini a seguito del decreto Bindi (incompatibilità da parte dei professionisti a prestare servizio in ospedale pubblico e privato) dovette optare per l'Ospedale San Luigi, dove era appena stato assunto.

Il Dr. Riccioli (già di ruolo in ospedale a Giarre Linguaglossa), lasciò il Servizio pubblico ed optò per la Morgagni.

Nel 1997 iniziò ad essere eseguita in reparto la mammografia, la cui lettura era sempre affidata al Dr. Bisceglie.

Nel 2001 la prima apparecchiatura TAC fu sostituita da una seconda TAC "spirale" a singolo strato che consentiva delle acquisizioni più veloci e la esecuzione degli esami in tempi più brevi.

Nel 2002 giunsero a collaborare in reparto due nuovi professionisti non radiologi, ma internisti, che si erano dedicati alla ecografia: il Dr. Salvo Antoci ed il Dr. Enrico Campanile. Si ampliò il parco macchine ecografiche con la acquisizione di più nuovi e moderni ecografi (Acuson Siemens), che permisero attraverso la collaborazione delle nuove professionalità, di ampliare l'offerta degli esami ecografici, estendendoli agli esami eco-color-doppler, allo studio delle anse intestinali alle biopsie eco-guidate, oltre agli esami ecografici standard dei parenchimi addominali e delle strutture superficiali.



Nel 2004, invitati dalla SIEMENS ad un meeting in cui si presentava la nuova apparecchiatura TC multistrato a 64 strati, appena rientrati i Dr. Vincenzo Riccioli e il Dr. Emilio Castorina riferirono al Prof. Salvatore Castorina le capacità diagnostiche della nuova macchina ed il Professore, entusiasta, diede il nulla osta alla sua acquisizione.

Fu la prima macchina SIEMENS a 64 strati installata in Italia.

E per noi radiologi fu come atterrare su Marte.

La velocità della macchina consentiva di abbattere i tempi di acquisizione dei dati permettendo, quindi, lo studio di strutture estremamente piccole ed in movimento: cuore e, quindi, coronarie.

Si aprì un mondo.

Il Dr. Riccioli dopo un breve stage a Rotterdam iniziò ad eseguire la Coronaro TAC. Esame che senza la introduzione di cateteri, come nella coronarografia tradizionale, consente di valutare la pervietà e/o l'eventuale grado di stenosi delle arterie coronarie, riservando ai casi che necessitano di angioplastica, l'esame coronarografico.

La nuova apparecchiatura consentì una migliore valutazione delle strutture vascolari consentendo un miglioramento dello studio delle strutture vascolari sovra-aortiche e dei circoli periferici gamba-braccio.

Nel 2008 fu installata la prima apparecchiatura di Risonanza Magnetica a Catania. Questo permise di ampliare la possibilità diagnostica con esecuzione di esami includendo soprattutto la patologia articolare e la patologia neurologica. La metodica fu affidata al Dr. Emilio Castorina.

Dal 2009 iniziò a collaborare il Dr. Luca Schillaci che cessò la collaborazione del 2019.

Il Dr. Bisceglie ed il Dr. Riccioli dal 1993 iniziarono a seguire il nascente reparto di radiologia del Centro Cuore Morgagni Pedara, che in seguito fu solo seguito dal Dr. Riccioli.

A Pedara in un primo periodo si eseguivano solo esami di radiodiagnostica tradizionale. Fu acquisita una prima TC che nel 2011 fu sostituita con una apparecchiatura a 64 strati per permettere, anche lì maggiori possibilità di studio velocizzando la esecuzione degli esami.

Sempre a Pedara, nel 2019 fu installata una nuova apparecchiatura di Risonanza Magnetica da 1.5 Tesla (Siemens Aera 1,5T). La metodica, affidata al Dr. Emilio Castorina.

Mediante questa apparecchiatura ad alta intensità di campo magnetico, si ha la possibilità di poter studiare il cuore. Fondamentale la collaborazione dei medici cardiologi, nella persona della Dr.ssa Francesca Bellomo e dei tecnici radiologi dedicati nella persona di Carmelo Ferlito.

In atto (2024) il Centro Cuore Pedara è l'unico centro nella Sicilia orientale dove viene effettuato lo studio RM del cuore sotto stress indotto farmacologicamente.

Dal 2016 il Prof. Guido Politi (già docente Università di Catania) iniziò la propria collaborazione con il reparto di radiologia di Catania.

Dal 2019, conclusa la propria carriera ospedaliera in qualità di primario dell'Ospedale San Marco, iniziò la propria collaborazione con il reparto di radiologia il Dr. Carmelo Privitera (past president della SIRM: Società Italiana di Radiologia Medica).

Ulteriore appendice al reparto di Radiologia originario della Morgagni Catania è la





sezione di ecografia del Check Point Morgagni ove operano, in atto, la Dr.ssa Anna Lea Distefano Velona ed il Dr. Mario Scuderi.

Come ultima acquisizione, nel 2022, nel reparto di Catania, è stata la TC 64 strati, con una ulteriore apparecchiatura TC a 256 strati con doppio tubo radiogeno (Siemens Drive), che consente la riduzione della dose al paziente ed una ulteriore riduzione dei tempi di acquisizione in maniera da rendere possibile la esecuzione di esami di coronaro TC anche in pazienti che mantengono una frequenza cardiaca alta.

Ulteriori miglorie sono derivate dall'utilizzo di consolle di refertazione con schermi ad alta risoluzione a 6Mpx per la mammografia: dal 2022 per tale metodica ha iniziato a collaborare la Dr.ssa Antonella D'Angelo.

Dal 2022 ha iniziato a collaborare, nella sezione ecografia il Prof. Rosario Scuderi.

Nelle stazioni di refertazione, inoltre, sono presenti software di autodetezione (autoCAD) per la ricerca ed il controllo nel tempo dei noduli polmonari.

L'archivio delle immagini del reparto di Radiologia è "on line", consultabile da qualsiasi computer collegato in Clinica.



Rosalba La Piana, Tecnica di Radiologia da 47 anni in Azienda.  
*Guinness dei Primati.*  
Memoria storica, assunta nel 1977.  
Attenta e vivace protagonista nella storia del Dipartimento.



CENTRO  
CLINICO  
DIAGNOSTICO

**G.B. Morgagni**  
CASE DI CURA S.r.l.

**PRESIDIO DI CATANIA**

***POLISPECIALISTICO***



## Guida ai Servizi

**VIA DEL BOSCO, 105 - 95125 CATANIA**

Contatti Presidenza Policlinico: 095 238256 - 095 238426 - 095 238 245

Direzione Sanitaria: 095 238235

Tel. 095 238111 opzione 1 - Ricoveri

2 - Prenotazioni e accertamenti diagnostici

3 - Assicurazioni e Check Up

4 - Segreteria Aziendale

9 - Centralino

[presidenza@morgagni.it](mailto:presidenza@morgagni.it) - [www.policlinicomorgagni.it](http://www.policlinicomorgagni.it)



Il Policlinico “G.B. Morgagni” Case di Cura S.r.l. inizia la sua attività nel febbraio 1972, su precedente esperienza nella Casa di Cura San Giuseppe in Lavina che aveva operato dal 1963 al 1966 ad Aci Bonaccorsi (CT) e successivamente a Catania nell'attuale area Via del Bosco 105, fino al 1969, anno in cui demolita la vecchia struttura, fu costruita l'attuale, grazie a donazione del Prof. Emilio Castorina (1900-1978). È organizzata al fine di operare con finalità diagnostica e terapeutica in regime ambulatoriale o di ricovero.

Persegue inoltre finalità scientifica.

Il Policlinico è intitolato a Giambattista Morgagni.

Giambattista Morgagni, anatomico e medico, nacque a Forlì il 25 febbraio 1682. A 19 anni si addottorò in filosofia e medicina a Bologna. Nel 1712 fu chiamato a Padova a insegnare Medicina nello Studio Universitario.

Eccelse negli studi anatomici occupandosi di struttura di laringe, cuore, organi genitali, ghiandole, organi di senso.

Fu anatomo-patologo e medico, eccellendo nelle cardiopatie e nelle patologie vascolari. Descrisse, per primo, il caso di Anastasio Poggio, sacerdote di 68 anni, da inquadrare nella patologia del blocco atrio ventricolare, quella che oggi si cura col pace-maker, ancora denominata MAS cioè sindrome di Morgagni e associata più tardi ai nomi di Adams e Stokes.

La sua opera più celebre è il libro in 5 volumi “De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis”. Gran merito scientifico del Morgagni fu propugnare il metodo della osservazione anatomica per giustificare il sintomo, nel tempo in cui dominavano in medicina concetti astratti, più filosofici-metafisici, che anatomo patologici.

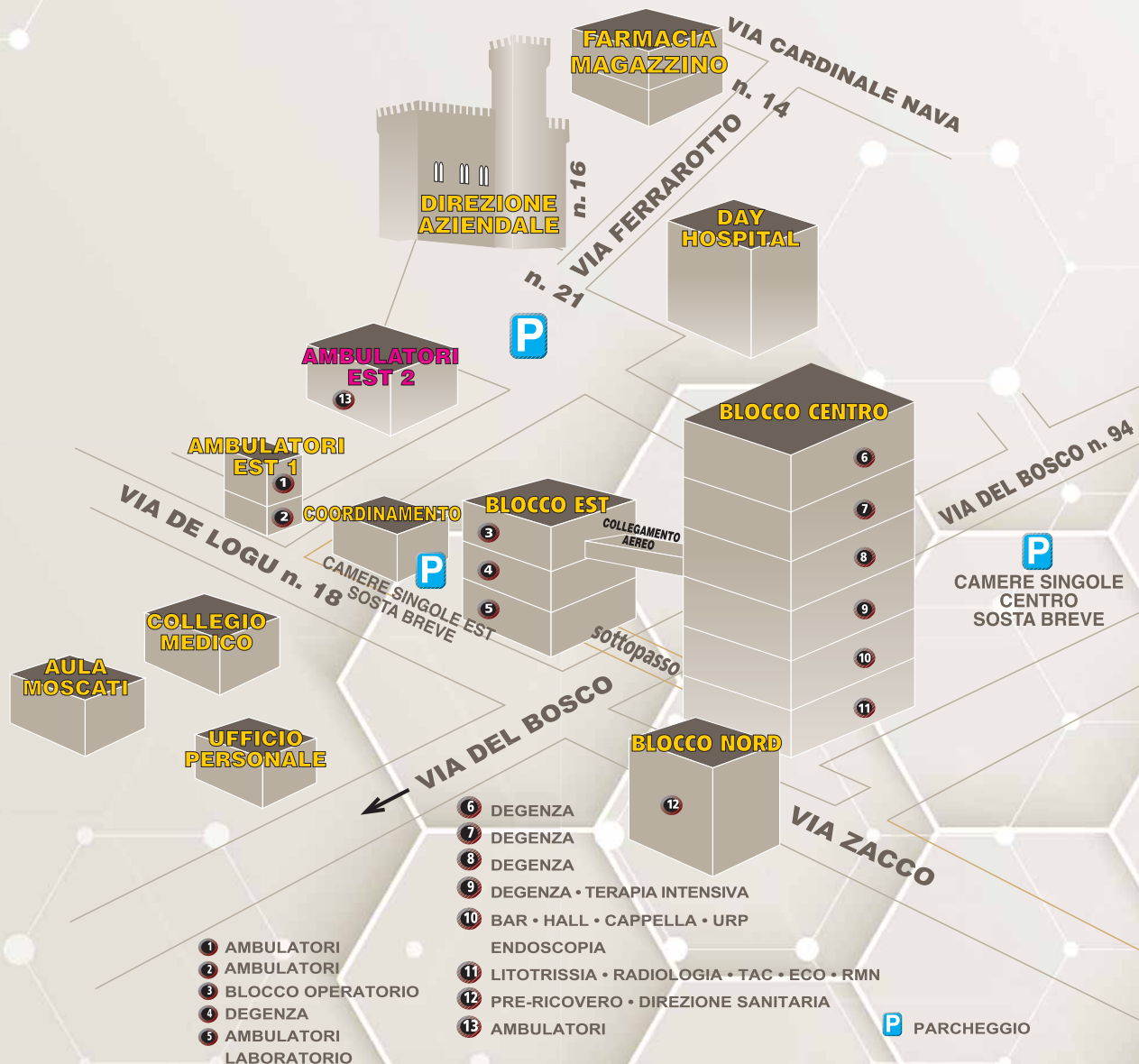
Morì il 5 dicembre 1771.



Casa di cura Polispecialistica accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale.

**Unità funzionali:** Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Neurochirurgia, Cardiologia, Oncologia, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Terapia Intensiva, Lungodegenza, Medicina Generale, Day Hospital Polispecialistico.

- ◀ 7 SALE OPERATORIE CON SALE PREPARAZIONE E RISVEGLIO
- ◀ TERAPIA INTENSIVA
- ◀ 1 SALA PER LITOTRISSIA EXTRACORPOREA
- ◀ 2 SALE DI RADIOLOGIA
- ◀ CARDIO TAC 64 SLIDE
- ◀ RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- ◀ STAZIONI ECOGRAFICHE
- ◀ MAMMOGRAFO
- ◀ MOC
- ◀ LABORATORIO DI ISTO-CITO-PATOLOGIA DIAGNOSTICA
- ◀ LABORATORIO DI ANALISI
- ◀ LABORATORIO DI RICERCA
- ◀ AMBULATORI POLISPECIALISTICI





## Ambulatori Specialistici

- « Allergologia
- « Angiologia
- « Cardiologia
- « Chirurgia Generale
- « Chirurgia Della Mano
- « Chirurgia Della Tiroide
- « Chirurgia Vascolare
- « Chirurgia Pediatrica
- « Chirurgia Toraco-Polmonare
- « Dermatologia
- « Diabetologia
- « Endocrinologia
- « Gastroenterologia
- « Immunologia
- « Infettivologia
- « Internistica
- « Neurologia
- « Neurochirurgia
- « Oncologia
- « Ortopedia
- « Otorinolaringoiatria
- « Pneumologia
- « Proctologia
- « Psicologia
- « Urologia

*Il curriculum di ogni Specialista può essere tratto dal portale: [www.policlinicomorgagni.it](http://www.policlinicomorgagni.it)*



**LILT**

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

*Prevenzione primaria - Prevenzione secondaria  
Nutrizione*

A photograph of a surgical team in an operating room, viewed from above. The team is wearing blue scrubs and masks, and is focused on a patient. A large surgical light fixture with multiple circular lamps is visible in the upper portion of the frame, casting a bright light over the scene. The overall color palette is dominated by light blues and whites, creating a clinical and professional atmosphere.

## Dipartimento di Chirurgia

### UNITÀ FUNZIONALI

#### ◀ CHIRURGIA GENERALE

- Addome Parete
- Bariatrica
- Gastroenterologia (Stomaco - Vie Biliari - Pancreas - Colon Retto)
- Oncologica
- Pediatrica
- Proctologica
- Tiroide

#### ◀ UROLOGIA

#### ◀ OTORINOLARINGOIATRIA

#### ◀ ORTOPEDIA

- Protesica
- Traumatologica
  - Modulo Mano
  - Modulo Piede

#### ◀ NEUROCHIRURGIA

#### ◀ CHIRURGIA PLASTICA

#### ◀ TERAPIA INTENSIVA

## Dipartimento di Medicina

### UNITÀ FUNZIONALE

- « Medicina Interna
- « Lungodegenza
- « Cardiologia
- « Oncologia

## Servizio di Diagnostica Strumentale

- « Radiologia
- « Tomografia Computerizzata
- « Risonanza Magnetica
- « Ecografia
- « Moc
- « Laboratorio Analisi
- « Istopatologia

*Specialisti Operatori presso i Dipartimenti  
e Servizi Diagnostici: N° 234*





## In regime Assicurativo operano:

- « Aon Hilt
- « Allianz AWP
- « Allianz Health (Pulse)
- « Allianz (SAS)
- « Assirete (Day Medical - Assirecre)
- « Blue Assistance (Reale Mutua - Egida - Fasi - Pegasus - Zurich Vita - Clinica Amica)
- « Cesare Pozzo
- « Healt Assistance (ex Coop Salute)
- « Double You S.r.l.
- « Easywelfare
- « Europe Assistance Service (Toro - Cattolica - Cattolica On line - Zurigo - Maeci - Duomo - Assitalia - Gruppo Fiat - Cattolica Previdenza - Gruppo Unicredit)
- « Fondo Salute - Cesare Pozzo
- « Generali Weilon S.C. ARL
- « International S.O.S. - Tricare
- « Inter Partner Assistance (Axa Assicurazioni)
- « Mapfre Warranty (Cattolica - Fondo Inarcassa)
- « Medicall Italia S.r.l.
- « Medic4all
- « Med 24
- « Migliore Salute
- « Mondial Assistance  
(Assitalia - Gan Italia - Meie - Maeci - La Nazionale - Prevised Duomo - Liguria)
- « My Assistance - AXA Caring
- « My Rete (Dimservice) - My Marsh
- « Nobis (Compagnia di Assicurazione)
- « Pronto Assistance Servizi
- « PRO.GE.SA. (For All/Allianz)
- « RBM Previmedical
- « SARA Assicurazioni
- « Sistemi Sanitari - Sanicard Fondiaria SAI  
(Fondiaria - Milano Assicurazioni - Previdente - Bavaria - Geas - Systema Terra)
- « UNISALUTE (Sisasalute)
- « UNIPOL SAI
- « WIT Divisione Salute
- « VIS

## CASSE E FONDI INTEGRATIVI

- « Banca d'Italia (Check up)
- « CASPIE
- « CASAGIT (Giornalisti Italiani)
- « CASAGIT SERVIZI
- « Cassa Forense (Generali per Avvocati)
- « Consorzio Musa
- « F.A.S.D.A.C. (Dirigenti Aziende Commerciali)
- « F.I.S.D.E. (Dipendenti Enel)
- « F.N.D.A.I. (Dirigenti Aziendali Industriali)
- « F.I.M.I.V. (Società Mutuo Soccorso)
- « Fondo Salute
- « Galeno (Cassa Autonoma di Previdenza e Assistenza Integrativa di Medici e Odontoiatri)
- « PRO.GE.SA. - S.A.S.
- « Praesidium Famiglie (Medici e Odontoiatri)

## VOUCHER

- « Edenred Italia S.r.l.
- « My Net

## ALTRO

- « Centro Diagnostico Italiano
- « Consorzio Opi (Leonardo Spa)
- « Edison
- « Istituto Zooprofilattico Sicilia
- « Philips
- « Poste Italiane
- « St-Microelectronics
- « Tim









# Norme accesso ricovero



La linea chirurgica prevede la valutazione presso l'Ambulatorio Prericovero. Da tale valutazione vengono esclusi i pazienti afferenti al Dipartimento Medico.

## Accettazione ordinaria



L'Utente viene dagli Ambulatori indirizzato alla Segreteria per conoscere la data del Prericovero e del Ricovero.

## Accettazione urgente



La richiesta perviene dal Medico curante o dal Paziente alla Direzione Sanitaria 095.238235:

- può essere accettata
- non accettata (per non disponibilità
- di posto-letto o non congruità del ricovero).

## Prericovero chirurgico

Il giorno indicato per la valutazione preoperatoria l'utente si presenterà a digiuno, all'ora indicata, all'Ambulatorio prericovero sito in via Zacco, 24 (Blocco Nord, dirimpetto al Blocco Centro). È necessario che l'Utente esibisca, al momento

della visita l'elenco di tutti i farmaci eventualmente assunti, i referti di precedenti esami eseguiti (ECG, Radiografie, Ecografie, ecc.), la scheda di dimissione di precedenti ricoveri e le indicazioni dei farmaci e delle sostanze cui riferire eventuali allergie.

Presso questo Ambulatorio, Medici Specialisti raccoglieranno la sua storia clinica e valuteranno il suo stato generale ai fini della idoneità all'atto chirurgico. Sarà eseguito un prelievo di sangue e, se ritenuto opportuno dal medico, sarà effettuata una radiografia del torace. Un cardiologo lo visiterà ed eseguirà un elettrocardiogramma, se necessario saranno richiesti ulteriori esami diagnostici, seguirà valutazione anestesiologicala.

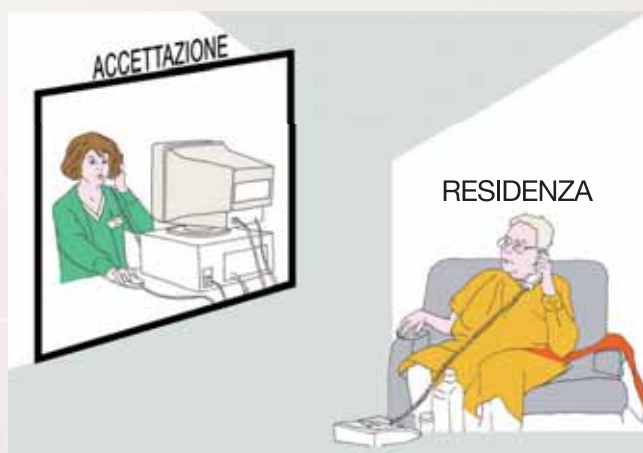
Il consenso all'atto chirurgico invece sarà richiesto dal chirurgo, il quale ha il dovere di dare tutte le informazioni relative alle finalità della prestazione e delle possibili complicanze e insuccessi. Questo avverrà in degenza qualora non fosse già stato sottoscritto al momento dell'incontro in ambulatorio. Il paziente non è ammesso ad alcuna procedura senza avere preso coscienza sottoscritta del valore del consenso dato anche ai fini medico legali. L'impegnativa di ricovero deve essere consegnata alla Segreteria, in sede di Prericovero, in via Zacco, 24.



## Raccomandazioni

I pazienti cardiopatici, ipertesi, affetti da distiroidismo, epilessia o Morbo di Parkinson dovranno assumere i farmaci previsti dal loro schema terapeutico la mattina del Prericovero anche se a digiuno. Quando ricoverati sarà cura del Medico di Reparto dare istruzioni su farmaci da assumere. I pazienti diabetici sono tenuti a seguire un corretto regime alimentare per almeno 3 giorni prima del ricovero al fine di giungere in buon compenso glicometabolico. I pazienti in terapia con anticoagulanti orali (Sintrom, Coumadin) o con antiaggreganti (Aspirinetta, Cardioaspirina, Ticlopidina, Ibustrin, Plavix, ecc.) dovranno sospendere l'assunzione del farmaco secondo l'indicazione data dal Cardiologo in visita Prericovero. Presentarsi muniti di elenco di tutti i farmaci assunti a domicilio.

## Il giorno del ricovero



Di norma il ricovero ordinario ha luogo durante le prime ore del pomeriggio. L'Utente si presenterà il giorno indicato dalla Segreteria in Via Zacco 3 (Blocco Centro) previa conferma telefonica da chiedersi alle ore 10.00 dello stesso giorno al numero 095 238116 (se il ricovero avviene di domenica chiamare il sabato entro le ore 12.00).

La Segreteria di Accettazione farà tutto il possibile per mantenere l'impegno di prenotazione, anche se potrebbe essere costretta a rinviare il ricovero in conseguenza di imprevisto blocco nella rotazione dei posti liberi. Presentarsi muniti di tessera sanitaria e documento di riconoscimento, alla Segreteria del Blocco Centro. Portare farmaci eventualmente assunti a domicilio, per favorire l'immediata som-



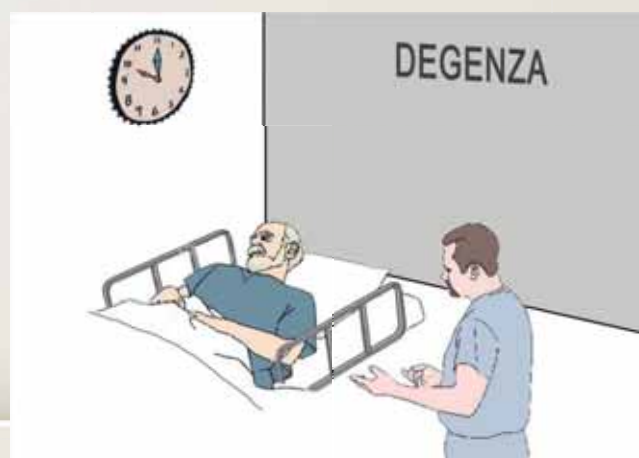
ministrazione, prima che vengano forniti dalla farmacia interna.

I pazienti chirurgici avviati a degenza ordinaria (si esclude il Day Surgery, cioè il ricovero breve) si presenteranno muniti di calza elastica a tutta coscia (prevenzione antitrombo).

**Se l'Utente non avesse rispettato la procedura di prericovero non potrà essere accolto e dovrà accettare nuova prenotazione.**

Il ricovero in Day Surgery o in Day Service viene programmato in funzione dell'orario previsto dell'intervento chirurgico.

## Momento operatorio



L'indicazione della presunta ora di chiamata per la Sala Operatoria sarà data in funzione del programma operatorio della giornata. Gli orari forniti sono assolutamente indicativi e potrebbero non essere rigorosamente rispettati per motivi imprevedibili.

In caso di ritardo di chiamata che superi le 2 ore sul previsto il paziente chieda consiglio al Medico di reparto sulla possibilità di interrompere il divieto di assumere liquidi. Il trasferimento dell'Utente dalla degenza verso la Sala operatoria avviene solitamente 1-2 ore prima dell'inizio dell'atto operatorio per



consentire l'esecuzione degli atti necessari in sala preparazione.

In sala preparazione l'Anestesista rivaluta gli esami e le condizioni cliniche del momento e, ove (raramente) nell'attesa dell'atto operatorio fossero sopravvenute alterazioni dei parametri vitali metabolici, a insindacabile giudizio dell'Anestesista, l'operando, informato del problema, sarà riportato in degenza col progetto di rivalutarne l'operabilità.

L'orario dell'intervento è solo indicativo perché correlato alla variabilità della durata degli atti chirurgici.

Dopo la conclusione dell'atto operatorio il paziente resta per il tempo necessario in area di sorveglianza nello stesso blocco operatorio, per rientrare nell'area di degenza o nell'area "Intensità di cure" secondo valutazione dell'Anestesista e del Chirurgo.



I congiunti saranno avvisati della conclusione dell'intervento dall'URP (piano Centralino-Bar) a mezzo altoparlante attivato nelle sale, presso piano centralino e sala bar. Il paziente è individuato col numero della camera, i familiari incontreranno il congiunto presso il punto rientro ⊗ (sbocco ponte 2° piano).

## Tipologia delle camere di degenza

### Camere a 2 letti per 2 Pazienti.

A carico dell'Utente una quota per confort extrasanitario costituito da: linea telefono diretta in entrata (095 238... seguito dal numero della camera), frigobar, Tv, Wi-Fi, cambio biancheria quotidiano, menù a scelta se ordinario. Posto auto in parcheggio interno non custodito. Il costo del confort extrasanitario è valorizzato in una cifra pagata solo una volta, proporzionata alla durata presunta del ricovero. Sono esonerati gli Utenti con patologie gravemente invalidanti.

**Camera singola (Est e Blocco Centro).** Confort extrasanitario: disponibilità linea telefonica in entrata e uscita (libero uso); frigobar, servizio bar aziendale a chiamata, Tv, Wi-Fi, letto per accompagnatore a scomparsa.

La scelta tipologica della degenza viene definita al momento della prenotazione.



## Accesso alle degenze



### Visite ai Pazienti ricoverati (dall'1-7-2023)

L'accesso in visita nei reparti del Centro Clinico è regolamentato dal seguente protocollo comportamentale che prevede 1 solo visitatore per paziente e nel rispetto della seguente tabella:

<b>1° Turno ore 13,00-14,00</b>	<b>1° piano</b>
<b>2° Turno ore 14,30-15,30</b>	<b>2° piano</b>
<b>3° Turno ore 16,00-17,00</b>	<b>3° piano</b>
<b>4° Turno ore 17,30-18,30</b>	<b>4° piano</b>
<b>Ore 16,30-17,30 Terapia Intensiva</b>	

Il visitatore può restare in reparto per un tempo massimo di 30 minuti.



Il regolamento di comportamento viene consegnato all'utente dei servizi della Casa di Cura al prericovero o all'accettazione ricovero.

**Assistenza notturna al paziente:** durante la notte nessun congiunto può restare in degenza. Congiunti di pazienti in stato di gravità clinica potranno essere autorizzati a sostare in sala attesa muniti di PASS.

**Camere singole:** consentita la presenza massima di 2 visitatori in contemporanea e la sosta notturna di 1 accompagnatore.

I minori possono essere assistiti, solo da 1 genitore o tutore, munito di PASS durante la notte (età inferiore a 14 anni, età pediatrica anche durante il giorno).



## Dimissioni

In genere le dimissioni hanno luogo entro le ore 11.00. Il ricoverato riceverà dal Medico o dall'Infermiere i documenti di dimissione con la lettera che contiene indicazioni relative a controlli e a follow-up.

# Blocco Est

(ingresso via Del Bosco 96)

**Norme valide per Ricoveri in camere di degenza da 501 a 508.  
Sono tutte degenze singole con accompagnatore (letto a scomparsa)**

L'Accettazione ordinaria, l'Accettazione urgente, il Prericovero chirurgico, le Raccomandazioni e Il giorno di ricovero sono come previste dalle Norme accesso ricovero.

## Momento operatorio



L'indicazione della presunta ora di chiamata per la Sala Operatoria sarà data in funzione del programma operatorio della giornata. Gli orari forniti sono assolutamente indicativi e potrebbero non essere rigorosamente rispettati per motivi imprevedibili.

Il trasferimento dell'Utente dalla degenza verso la Sala operatoria avviene solitamente 1-2 ore prima dell'inizio dell'atto operatorio per con-



sentire l'esecuzione degli atti necessari in sala preparazione.

In sala preparazione l'Anestesista rivaluta gli esami e le condizioni cliniche del momento e, ove (raramente) nell'attesa dell'atto operatorio fossero sopravvenute alterazioni dei parametri vitali metabolici, a insindacabile giudizio dell'Anestesista, l'operando, informato del problema, sarà riportato in degenza col progetto di rivalutarne l'operabilità. L'orario dell'intervento è solo indicativo perché correlato alla variabilità della durata degli atti chirurgici.

Dopo la conclusione dell'atto operatorio il paziente resta per il tempo necessario in area di sorveglianza nello stesso blocco operatorio, per rientrare nell'area di degenza o nell'area "Intensità di cure" secondo valutazione dell'Anestesista e del Chirurgo.

I congiunti saranno avvisati della conclusione dell'intervento dall'Infermiera del Piano Degenza.

## Tipologia delle camere

**Camera singola (Blocco Est).** Rispetto al confort del Blocco Centro: maggiori spazi, con letto accompagnatore, Wi-Fi, bar aziendale a chiamata, doccia in camera, posto auto assegnato. La quota confort al Blocco Est è maggiore che al Blocco Centro.

## Dimissioni

In genere le dimissioni hanno luogo entro le ore 11.00. Il ricoverato riceverà dal Medico o dall'Infermiere i documenti di dimissione con la lettera che contiene indicazioni relative a controlli e a follow-up, tale lettera deve essere portata in visione al proprio Medico curante; riconsegnerà il telecomando del parcheggio e regolerà presso il Coordinamento le pendenze amministrative.

Tariffario confort esposto presso le Segreterie di Accettazione.

## Diario di vita in reparto

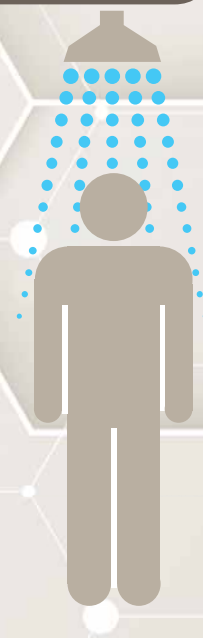
La doccia preoperatoria con antisettici ha l'obiettivo di ridurre la carica microbica e il rischio di infezione della ferita chirurgica.

Tale doccia antisettica va effettuata la sera prima o il mattino dell'intervento con lavaggio dell'intero corpo (capelli inclusi).

Nella sala doccia il paziente troverà:

- 1 sapone
- 2 liquido antisettico
- 3 spugne monouso
- 4 telo per asciugarsi
- 5 asciugacapelli

Per informazioni rivolgersi al personale di reparto.



## Diario di vita in reparto

### Orario antimeridiano (6.00-13.00)

- Pulizia del paziente non autosufficiente
- Somministrazione terapia
- Rilevazione parametri vitali ed eventuali attività preparatorie all'intervento.
- Colazione (esclusi i candidati per intervento chirurgico)
- Visita Medico di Reparto: Medicazione e Terapia
- Visita del Responsabile di raggruppamento
- Pulizia e riordino delle Camere
- Colloquio con i familiari a cura del medico di reparto
- Pranzo

### Orario pomeridiano (13.00-21.00)

- Visite di cortesia (vedi "Accesso nei reparti di familiari e visitatori")
- Somministrazione terapia
- Rilevazione parametri vitali
- Visita Medico di reparto: Medicazione e Terapia
- Santa Messa in Cappella (sabato o festivi)
- Cena
- Controlli del Medico di Guardia

### Assistenza religiosa

Esiste una cappella consacrata.

# Procedure per accedere al Day Surgery, al Day Hospital e al Day Service

- 1** Per accedere si richiede la proposta di uno specialista della Casa di Cura.
- 2** Contestualmente le Segretarie dal Coordinamento danno la indicazione del giorno in cui accedere all'Ambulatorio Prericovero per la "Valutazione clinica preoperatoria".
- 3** L'Utente richiederà, quindi, al Medico di base l'impegnativa della prestazione per Day Surgery o Day Service.  
Solo per il Day Surgery è previsto l'Allegato "E".
- 4** Il giorno assegnato per la valutazione preoperatoria l'Utente si presenterà all'ora indicata all'**Ambulatorio Prericovero** sito in **via Zacco, 24** o presso il **Blocco DH** esibendo la richiesta di ricovero del Medico di base con l'Allegato "E" (solo per i Day Surgery) e la Tessera Sanitaria valida.
- 5** In ambulatorio Prericovero potranno essere effettuati prelievi di sangue, elettrocardiogramma e radiografie (tutto a carico della Casa di Cura). Su richiesta del Medico Specialista potrà essere effettuato l'esame delle urine. In tal caso il paziente dovrà consegnare il 2° campione di urine del mattino.
- 6** Il giorno che precede la prestazione tra le ore 12.00 e le ore 14.00 l'Utente sarà contattato dall'Ufficio accettazione DH per la conferma del ricovero.  
Nel caso i nostri uffici non riuscissero a mettersi in contatto potrà contattare l'ufficio ricoveri allo **095.238116 o 095.238421 tra le 17.00 e le 18.00.**
- 7** Il giorno del ricovero l'Utente **dovrà essere a digiuno totale (solidi e liquidi)** dalla mezzanotte del giorno precedente e si presenterà al Blocco DAY HOSPITAL per le formalità di accettazione (accesso al parcheggio Via del Bosco 94 o Via Ferrarotto 21).
- 8** Eventuali accompagnatori devono soggiornare presso la Sala attesa.  
**La visita di un parente è tra le 17.00 e le 18.00.**  
Per gli Utenti è previsto uno snack oltre che il posto auto nel parcheggio interno. Alla dimissione l'Utente riceverà una scheda con utili informazioni per il post trattamento.

*P.S. La quota richiesta, a carico dell'Utente è utilizzata per coprire servizi confort non strettamente connessi alle cure.*

**La Direzione farà tutto il possibile per mantenere l'impegno di prenotazione, anche se potrebbe essere costretta a rinviare il ricovero di qualche giorno in conseguenza d'imprevisto ritardo nella rotazione dei posti liberi.**





CENTRO CLINICO DIAGNOSTICO **G.B. Morgagni** POLICLINICO  
CASE DI CURA S.r.l.

*Città Metropolitana di Catania*

Presidente:  
Prof. CASTORINA Sergio

Amministratore Delegato  
Dr. CASTORINA Riccardo

## **CASA DI CURA G.B. MORGAGNI** **POLISPECIALISTICA**

### **DIPARTIMENTO CHIRURGICO**

Responsabile Coordinatore: PULEO Stefano  
(M.D. Prof. Specialista in Chirurgia Generale)

### **DIPARTIMENTO MEDICO**

Responsabile Coordinatore: SFOGLIANO Luciano  
(M.D. Prof. Specialista in Medicina Interna e Cardiologia)

Direttore Sanitario: CATALANO Sebastiano (M.D. Specialista Igiene e Medicina Preventiva)

### **UFFICIO DRG (Diagnosis Related Group - SDO)**

Responsabile: CASTORINA Concetta  
(M.D. Specialista in Igiene e Medicina Preventiva)

## **RAGGRUPPAMENTO CHIRURGICO**

### **SPECIALITÀ CHIRURGICHE**

#### **CHIRURGIA GENERALE**

##### **Primi Operatori**

CASTORINA Riccardo (M.D. Spec. in Chir. Generale - Resp. U.F.)  
CASTORINA Sergio (M.D. Prof. Spec. in Chirurgia Generale)  
PIAZZA Diego (M.D. Spec. in Chirurgia Generale)  
RUSSELLO Domenico (M.D. Prof. Spec. in Chir. Generale)  
THENASSERYL Benny (M.D. Spec. in Chirurgia Generale)  
GIUFFRIDA Giuseppe (M.D. Prof. Specialista in Ginecologia)

##### **Surgeons visitors**

DOMERQUE Jacques (M.D. Prof. Spec. in Chirurgia Generale)  
KARAA Aziz (M.D. Prof. Spec. in Chirurgia Generale)  
KNOLL Jupp (M.D. Prof. Spec. in Chirurgia Generale)  
PANARO Alessandro (M.D. Prof. Spec. in Chirurgia Generale)

#### **CHIRURGIA PROCTOLOGICA**

##### **Primi Operatori**

PECORELLA Giuseppe (M.D. Prof. Spec. Chir. Gen. Proctologia)  
PULVIRENTI Antonio (M.D. Spec. in Chir. Gen. Proctologia)  
CAVALLARO Venera (M.D. Spec. in Chir. Gen. Proctologia)  
LA GRECA Giorgio (M.D. Spec. in Chirurgia Generale)

#### **CHIRURGIA PEDIATRICA**

##### **Primo Operatore**

BAGNARA Vincenzo (M.D. Specialista in Chirurgia Pediatrica)

##### **Surgeon visitor**

RIGAMONTI Waifro (M.D. Prof. Spec. in Chirurgia Pediatrica)

## CHIRURGIA TORACICA

### Primo Operatore

NICOLOSI Tommaso (M.D. Spec. in Chirurgia Toracica)

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

### Primi Operatori

DI GIUNTA Angelo (M.D. Spec. in Ortopedia - Resp. U.F.)  
RESTUCCIA Giovanni (M.D. Spec. in Ortopedia - Resp. U.F.)  
GRIMALDI Alfio (M.D. Specialista in Ortopedia)  
IOPPOLO Francesco (M.D. Specialista in Ortopedia)  
MUSCARÀ Giuseppe (M.D. Specialista in Ortopedia)  
CASSARINO Alfonso M. (M.D. Specialista in Ortopedia)  
COSTA Danilo (M.D. Specialista in Ortopedia)

### PATOLOGIA DELLA MANO

CATANA Giuseppina (M.D. - Privileges Chirurgia Muscolo Tendinea)  
GIUFFRIDA Stefania (M.D. Fisiatra - Privileges Chir. Muscolo Tendinea)

## CHIRURGIA UROLOGICA

### Primi Operatori

GRANATA Mario (M.D. Specialista in Urologia - Resp. U.F.)  
COSTANZO Vincenzo (M.D. Specialista in Urologia)  
CONDORELLI Sebastiano (M.D. Specialista in Urologia)  
PISCIOTTA Filippo (M.D. Specialista in Urologia)  
MINALDI Giancarlo (M.D. Specialista in Urologia)

### Surgeons visitors

LE ROLLAND Bruno (M.D. Specialista in Urologia)  
ROQUES Nicolas (M.D. Specialista in Urologia)

## CHIRURGIA VASCOLARE

### Primo Operatore

CINÀ Claudio (M.D. Prof. Specialista in Chirurgia Vascolare)  
MONACA Vincenzo (M.D. Specialista in Cardiochirurgia)

## CHIRURGIA PLASTICA

### Primo Operatore

MARCHI Marcello (M.D. Specialista in Chirurgia Plastica)

## NEUROCHIRURGIA

### Primi Operatori

D'ARRIGO Corrado (M.D. Spec. in Neurochirurgia - Resp. U.F.)  
TOMASI Santino (M.D. Specialista in Neurochirurgia)

## OTORINOLARINGOIATRIA

### Primi Operatori

LICCIARDELLO Giuseppe (M.D. Specialista in ORL)  
MAUGERI Marisa (M.D. Specialista in ORL)  
PENNISI Orazio (M.D. Specialista in ORL in aspettativa)  
SERRA Agostino (M.D. Prof. Specialista in ORL)

### Senior Consultant

RASO Domenico (M.D. Prof. Specialista in ORL)

## CHIRURGIA ENDOCRINA TIROIDEA

### Primi Operatori

MASUCCI Romilda (M.D. Spec. in Chirurgia Generale Tiroide)  
CANNIZZARO Matteo (M.D. Prof. Spec. in Chir. Gen. Tiroide)

### TEAM CHIRURGICO DI SALA OPERATORIA

ADAMANTINO Giuseppe (M.D. Spec. in Chirurgia D'Urgenza)  
BELFIORE Martina (M.D. Specialista in Chirurgia Generale)  
CACCIAGUERRA Biagia (M.D. Spec. in Chirurgia Generale)  
COCO Ornella (M.D. Specialista in Chirurgia Generale)  
LIARDO Giuseppe (M.D. Specialista in Chirurgia Plastica)  
LOPES Maria Rosa (M.D. Specialista in Urologia)  
MASSIMINO Agata (M.D. Specialista in Chirurgia Pediatrica)  
MATYSOVA Jana (M.D. Specialista in Chirurgia Plastica)  
NICOLOSI Nancy (M.D. Specialista in Chirurgia Generale)  
PIAZZA Caterina (M.D. Specialista in Chirurgia Generale)  
GIUFFRIDA Alessandro (M.D. Specialista in Ginecologia)  
MANGIACASALE Antonio (M.D. Specialista in Ginecologia)  
SANTONOCETO Antonella (M.D. Specialista in Ginecologia)

## ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA

ARAZZULLA Francesco (M.D. Spec. in Anestesia)  
BATTAGLIA Pietro (T.I. Resp., M.D. Spec. in Anestesia)  
CARUSO Alfina (M.D. Spec. in Anestesia)  
COCO Mauro (T.I., M.D. Spec. in Anestesia)  
CONIGLIO Salvatore (M.D. Spec. in Anestesia)

PAVONE Marialuisa (T.I., M.D. Spec. in Anestesia)  
PETRINA Francesco (M.D. Spec. in Anestesia)  
SALA Giuseppe (M.D. Spec. in Anestesia)  
SCIUTO Giuseppe (T.I. M.D. Specialista Geriatria)  
TERRANOVA Costantino (M.D. Spec. in Anestesia)

## ALGOLOGIA

CHISARI Sergio (M.D. Specialista in Anestesia)

**8 SALE OPERATORIE**

**1 UNITÀ FUNZIONALE  
DI TERAPIA INTENSIVA  
E RIANIMAZIONE (6 P.L.)**





# RAGGRUPPAMENTO MEDICO

## SPECIALITÀ MEDICHE

### MEDICINA INTERNA

**BORZÌ Vito** (M.D. Spec. in Medicina Interna e Diabetologia)  
**GRASSO Gaetana** (M.D. Specialista in Medicina Interna)  
**PANARELLO Alessandra** (M.D. Generalista)  
**SFOGLIANO Luciano** (M.D. Spec. in Medicina Interna)  
**SPINA Sebastiano** (M.D. Generalista)

### PNEUMOLOGIA

**CALTAGIRONE Francesca** (M.D. Specialista in Pneumologia)  
**DI MAURO Camillo** (M.D. Specialista in Pneumologia)  
**PRIVITERA Maria Luisa** (M.D. Specialista in Pneumologia)

### INFETTIVOLOGIA

**DI GREGORIO Pietro** (M.D. Prof. Specialista Infettivologo)

### NEUROLOGIA

**TARASCONE Maria** (M.D. Specialista in Neurologia)  
**VISCUSO Antonio** (M.D. Specialista in Neurologia)

### DIABETOLOGIA

**BORZÌ Vito** (M.D. Specialista in Diabetologia)

### ALLERGOLOGIA

**RAIMONDI Massimo** (M.D. Spec. in Allergologia e Immunologia)

### PSICOLOGIA

**SPADA Michele** (M.D. Specialista in Psicologia)

### CARDIOLOGIA

**BARBAGALLO Giuseppe** (M.D. Specialista in Cardiologia)  
**CANNAMELA Luigi** (M.D. Specialista in Cardiologia)  
**MONACA Vincenzo** (M.D. Specialista in Angiocardiochirurgia)  
**PULVIRENTI Anna** (M.D. Specialista in Cardiologia)  
**RUSSO Nunzio** (M.D. Specialista in Cardiologia)  
**SANTONOCITO Daniela** (M.D. Specialista in Cardiologia)  
**SFOGLIANO Luciano** (M.D. Specialista in Cardiologia)  
**TOMASELLI Andrea** (M.D. Specialista in Cardiologia)  
**VIRGILLITO Sebastiano** (M.D. Specialista in Cardiologia)

### ONCOLOGIA

**MARINO Orazio** (M.D. Specialista in Oncologia)  
**PAPPALARDO Alessandro** (M.D. Specialista in Oncologia)  
**PETRALIA Giuseppina** (M.D. Specialista in Oncologia)  
**SCUDERI Cristina** (M.D. Specialista in Oncologia)

### ENDOCRINOLOGIA

**DE GERONIMO Vincenzo** (M.D. Specialista in Endocrinologia)

### GENETICA MEDICA

**MATTINA Teresa** (M.D. Prof. Specialista in Genetica Medica)

### DERMATOLOGIA

**SORBELLO Francesco** (M.D. Specialista in Dermatologia)

### ANGIOLOGIA

**FICILI Tiziana** (M.D. Specialista in Angiologia)  
**SANTONOCITO Maurizio** (M.D. Specialista in Angiologia)

# DIPARTIMENTO DI RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Coordinatore: **CASTORINA Emilio Giovanni** (M.D. Specialista in Radiologia)

## RX - TAC - RMN ECOGRAFIA E MAMMOGRAFIA

**ANTOCI Salvatore** (M.D. Specialista in Medicina Interna)  
**CAMPANILE Enrico** (M.D. Specialista in Medicina Interna)  
**D'ANGELO Antonella** (M.D. Specialista in Radiologia)  
**DI STEFANO VELONA Anna Lea** (M.D. Spec. in Radiologia)  
**POLITI Guido** (M.D. Specialista in Radiologia)  
**PRIVITERA Carmelo** (M.D. Specialista in Radiologia)  
**RICCIOLI Vincenzo** (M.D. Specialista in Radiologia)  
**SCUDERI ROSARIO** (M.D. Spec. in Medicina Interna e Angiologia)

## TECNICI DI RADIOLOGIA

**BATTAGLIA Francesco**  
**CALCAGNO Giuseppe Enrico**  
**FERRARO Rocco**  
**LA PIANA Rosalba**  
**MILICI Francesca**

## LABORATORIO GENERALE ANALISI CLINICHE E MICROBIOLOGICHE

Responsabile: **BONFIGLIO Giovanni**  
(M.D. Specialista in Microbiologia)

### BIOLOGI CLINICI

**AMATO Sabrina**  
**AMORE Maria Lia**  
**CATANIA Elena**  
**RICCIARDOLO Francesca**  
**SCIUTO Marco**

## UFFICIO QUALITÀ

**CONTINA Giuseppe** (Informatico)  
**GIAVARDI Fabiana** (Economia Aziendale)



## ENDOSCOPIA DIGESTIVA

**APRILE Giuseppe** (M.D. Specialista in Gastroenterologia)  
**COSENTINO Salvatore** (M.D. Specialista in Gastroenterologia)  
**FIACCAVENTO Roberto** (M.D. Specialista in Gastroenterologia)  
**MONTEROSSO Nicola** (M.D. Specialista in Gastroenterologia)  
**PRIVITERA Antonino Carlo** (M.D. Spec. in Gastroenterologia)  
**URSO Giovanni** (M.D. Specialista in Gastroenterologia)

## FARMACISTI

**LONGO Maria**  
**MORANA Barbara**

## FISIOTERAPISTI

**FICHERA Agata G.**  
**GENOVESE Simona Paola**

## AREA FORMAZIONE - PROVIDER

Responsabile: **MONEA Maria Concetta**  
(M.D. Spec. in Anestesia e Rianimazione)  
**SCALIA Patrizia** (Segreteria)  
**CANNONE Pierangela** (Giornalista - Portale Web)  
**MARCHESE Attilio** (Grafico)

## DIREZIONE INFERMIERISTICA

Responsabile: MONTELEONE Carmelo

### COORDINATORI (Dottori in Infermieristica)

ASERO Andrea (Senior, Terapia Intensiva)	MIRABELLA Sergio (Degenza)
BARBAGALLO Sonia (Sala Operatoria DH)	PALADINO Federica (Degenza)
BIGLIO Grazia (Degenza)	PAPPALARDO Alfio Domenico (Degenza)
CAUDULLO Carmela (Terapia Intensiva)	RAGUSA Jessica (Degenza)
CELI Rosa (Degenza)	ROMANO Valentina (Degenza)
FICARA Giuseppe (Degenza)	SAPUTO Rosaria (Sala Operatoria Blocco Centro)

### INFERMIERI (Dottori in Infermieristica)

#### DEGENZA

AMATO Arianna  
ASERO Agnese Antonietta  
BARBAGALLO Elisa  
BERLOTTI Annalisa  
BORGESE Daniela  
BORZÌ Gaia  
BOTTA Martina  
CAFARELLI Sara  
CALÌ Maria Elena  
CARDELLO Michela  
CARUSO Carmelina  
CARUSO Martina  
CHIARENZA Beatrice  
COCO Alessia  
CONSOLI Antonino  
DI SALVATORE Sara Rita  
D'URSO Concetta  
FERRIGNO Egle Maria Angela  
FERRO Alfio  
GRECO Santi  
GULINELLO Maika  
LA IACONA Alessandra  
MAGRÌ Grazia Alfia  
MANTELLO Federica  
MARZULLO Emanuela Francesca  
MOSCHETTO Sabrina  
PITIDDU Giada  
QUATTROCCHI Giusy  
SALERNO Alessia Maria  
SCARPATO Marisa

SERGI Simona Maria  
SPITALERI Serena  
TAFFARI Veronica  
THANO Rafaela  
TORRISI Viviana  
TROFIN Emilia

#### TERAPIA INTENSIVA

ASSENZA Salvatore  
BRANCATO Flavio  
CALABRESE Martina  
CIANCIO Andrea  
FRACCAVENTO Giovanni  
IACONO Carla  
PIAZZA Denise  
SARACENO Giuseppe  
TROPEA Chiara

#### SALE OPERATORIE

BARBAGALLO Provvidenza  
BUDA Angelo  
CACCIOLA Rosaria  
CALANDRA Vito  
CALLUSO Claudia  
CAMPO Ramona  
CARAGEA Geanina  
CARAMAGNO Simona  
CARUSO Michele  
CASCIANO Valentina  
CUMIA Salvatore  
DI CARLO Monica  
FABBIO Laura

FILETTI Concetta  
GIAMPICCOLO Noemi  
MUCHA Malgorzata  
MURATORE Nunziatina  
NISI Francesca  
PAPALIA Viviana  
PAPPALARDO Melany  
PARISI Angela  
PENNA Giulia  
PENNISI Michelangelo  
PRINCIPATO Alessio Emanuele  
QUATTROCCHI Anna  
RAPISARDA Noemi Elisabetta  
RIZZA Davide  
ROSSO Mara  
SAPIENZA Claudio  
TROVATO Alessia  
VIRZÌ Daniele  
WANAUSEK Denis

#### AMBULATORI

CAMPISI Giorgia  
CELARY Danuta  
DI PAOLA Marta Grazia  
GALLO Miriana  
GRANIERI Serena  
GULLOTTA Claudia  
RAPISARDA Rosanna  
RASCUNÀ Simona  
SCALIA Francesca  
SCUDERI Valentina  
SORBELLO Laura

OPERATORI SOCIO-SANITARI: 90 UNITÀ DISTRIBUITE IN VARI RUOLI

# La Morgagni nella storia della Cardiocirurgia a Catania

a cura di Leonardo Patanè, Alessandro Pulvirenti, Salvatore Tolaro,  
Gaetana Sciuto, Alessandro Bartoloni, Maurizio Gentile,  
Salvatore Tribastone, Salvatore Guarnera



La Cardiocirurgia è noto essere la più recente disciplina introdotta in Chirurgia.

Non è questa la sede per illustrare la successione degli eventi che nella storia della medicina si sono succeduti fino a consentire l'accesso a fine terapeutico alle camere cardiache. Questo avviene solo a partire dagli anni del secondo cinquantennio del secolo ventesimo, e precisamente dal 1953 quando Jhon Gibbon (1903-1973) in USA Filadelfia, dimostra per la prima volta che un dispositivo meccanico può sostituire temporaneamente la funzione cardiaca: la macchina per la circolazione extracorporea.

Perfezionata da Clarence Walton Lillehei (Minneapolis 1918-1999) la tecnica si diffuse: inizia così il capitolo della chirurgia sul cuore fermo.

Pioniere in Italia fu Achille Mario Dogliotti (Torino Molinette: fondò il centro Blalock: Alfred Blalock, 1899-1964. Baltimora, Johns Hopkins Hospital, fu il primo a operare con la Taussig, (Cardiologa) la Tetralogia di Fallot collaborato da Actis Dato, Cardiologo, negli anni '70 in Italia oltre che a Torino operavano a Milano, Verona, Roma.

La Chirurgia del cuore non era ancora routine, ma in questo contesto l'Università di Catania istituisce nel 1974-75 la Cattedra di Cardiocirurgia e chiama un siciliano: il Prof. Benedetto Marino (1933-2020) detto Bino, nato a Porto Empedocle, allievo della Scuola romana del Prof. Pietro Valdoni.

Il Prof. Benedetto Marino chiamò col ruolo di diretto collaboratore il Prof. Mauro Abate (1936-2024), Campano (Napoli) formato alla Scuola di Charles Hahn, Professore di Chirurgia Cardiovascolare all'ospedale cantonale di Ginevra.

L'ospedale Vittorio Emanuele II commissionò a Sicilprofilati, industria catanese (Gruppo Rendo, Cavaliere del lavoro) il Padiglione prefabbricato dislocato presso il distaccamento "Ferrarotto", che diviene la sede della Specialità.



Benedetto Marino, Professore di Chirurgia Cardiaca dell'Università di Catania



Il nuovo Centro di Cardiocirurgia. L'edificio è stato prefabbricato con strutture portanti in acciaio.



Bino Marino e Mauro Abbate, per realizzare l'esperienza Cardiochirurgica al Ferrarotto ebbero a confrontarsi con problemi tecnici organizzativi di tipo strutturale e gestionale stante l'assenza di strutture con le caratteristiche richieste da una chirurgia priva di tradizione, totalmente carente di logistica idonea ad assicurare la sicurezza clinica con l'aggravante di assenza di professionalità specialistica inclusiva del team diagnostico, chirurgico e rianimatorio che la tecnica di approccio al cuore fermo e aperto, imponevano. L'assoluta mancanza di infermieri qualificati, di tecnici competenti e le obiettive difficoltà gestionali dell'azienda ospedaliera universitaria per l'assoluta novità della specialità in Sicilia (incluso tutto il sud) posero una serie di difficoltà, pioneristiche affrontate e risolte con impegno e fantasia.

La formazione del personale paramedico fu risolta inviando personale locale a perfezionarsi in Centri con esperienza o invitando a lavorare presso il centro di Catania personale straniero (Inghilterra, Sud America) reclutato in ambito infermieristico specializzato.

Il personale medico fu selezionato per i ruoli chiave: chirurgia, anestesia, cardiologia, rianimazione integrando figure formate con giovani medici siciliani attratti dalla suggestione di intraprendere il nuovo percorso specialistico.

Alla fine del 1976, la struttura era allestita. Seguì un periodo di preparazione e simulazioni finalizzate a testare le apparecchiature. I monitor per la monitoraggio cruenta della pressione arteriosa, venosa e gli altri parametri vitali, il carrello di emergenza per trattare l'arresto cardiaco.

La stessa terapia intensiva post operatoria rappresentava una assoluta novità rispetto alla esperienza nel territorio (ospedale Garibaldi, Prof. Luigi Coscarelli; ospedale Santa Marta, Prof. Mario Bellelli) indirizzata al trattamento delle criticità polispecialistiche non connesse alla chirurgia cardioaortica.

Finalmente, il 2 marzo del 1977, tra lo scetticismo degli ambienti ospedalieri catanesi, veniva eseguito all'Ospedale Ferrarotto il primo intervento a cuore aperto in Sicilia. L'equipe chirurgica era formata dal Prof. Benedetto Marino, Prof. Mauro Abbate, Prof. Corrado Mercanti, dott. Alberto Lomeo, dott. Leonardo Patané. La paziente era una giovane donna affetta da una cardiopatia congenita semplice, una comunicazione interatriale. L'intervento andò bene e due giorni dopo ne venne eseguito un secondo su di un ragazzo affetto dalla medesima patologia.

La cardiologia con emodinamica era coordinata dal Prof. Giovanni Scibilia, anche lui siciliano, di adozione e formazione romana. Si eseguirono i primi cateterismi del

cuore destro e sinistro, le prime coronarografie e le prime arteriografie. In una regione dove gli ammalati emigravano al Nord o all'estero per semplici interventi di chirurgia generale o ortopedia si era raggiunto un traguardo considerevole.

Nel 1979 il Prof. Marino venne chiamato all'Università La Sapienza di Roma per dirigere la Cardiochirurgia Universitaria del Policlinico Umberto I, con lui andò il Prof. Scibilia. A Catania restò il Prof. Abbate coadiuvato da un gruppo di giovani chirurghi (Alberto Lomeo, Leonardo Patané, Vincenzo Monaca, Maurizio Gentile ed altri) e da giovani cardiologi, (Rosario Grassi, Alfio Monaco, Giovanni Russo) che continuarono l'attività di emodinamica. Questo gruppo di giovani siciliani, coordinati da un uomo di grandi capacità or-



Equipe ad inizio anni '80

ganizzative e lavorative come il Prof. Abbate e spinti da un formidabile senso di gruppo e di "stato nascente", riuscì tra l'incredulità generale a continuare l'attività e far radicare sempre più la Cardiocirurgia catanese che, nel giro di pochi anni, si affermò su tutto il territorio regionale.

Era iniziata la lotta ai viaggi della speranza! Le patologie trattate erano soprattutto quelle valvolari, spesso conseguenza di malattia reumatica, seguite negli anni successivi dalle malattie coronariche e congenite. La cardiocirurgia del capoluogo etneo rappresentava una grossa speranza per tutta la sanità siciliana in una disciplina che era ancora complessa e difficile e che vedeva la gran parte dei cardiopatici emigrare al Nord o all'estero.

Ad inizio degli '80 le liste di attesa superavano i sei mesi e per far fronte alle richieste il Prof. Abbate chiese ed ottenne ospitalità al Prof. Salvatore Castorina che nel 1984 mise a disposizione un intero piano della Clinica Morgagni di Barriera del Bosco, approntando in breve tempo sala operatoria, terapia intensiva, sala di emodinamica dedicate all'attività cardiocirurgica.

La cardiologia e la cardiocirurgia della clinica Morgagni affiancarono quelle dell'Ospedale Ferrarotto e si svilupparono sempre più in piena collaborazione. Alla clinica Morgagni iniziò anche l'attività di cardiocirurgia pediatrica e neonatale.

Nel 1989 al Ferrarotto si verificò un evento che suscitò scalpore: il primo trapianto cardiaco.

Da allora l'equipe si dedicò per anni a diffondere la cultura della donazione degli organi e si fecero molti altri trapianti.

Ad inizio degli anni '90 anche il reparto di Barriera non bastava più, l'attività cresceva, il gruppo era affermato e stringeva intensi rapporti di collaborazione con Specialisti e Centri Italiani ed internazionali. I cardiocirurghi siciliani erano tenuti in grande considerazione per la qualità del lavoro, per le attive partecipazioni a Congressi e per la capacità di organizzare in Sicilia eventi scientifici di respiro internazionale.

Ad inizio degli anni '90 Il Prof. Castorina, individuò un edificio già di sua proprietà a Pedara e, grazie alla sua lungimiranza e in accordo col Prof. Abbate, iniziò la realizzazione del Centro, una intera struttura dedicata alla cardiologia e cardiocirurgia.



Leonardo Patanè e Maurizio Gentile, medici dell'equipe del Prof. Abbate, scendono da un aereo militare, dopo aver effettuato in un'altra regione l'espianto di un cuore da trapiantare nel loro centro.



A sinistra Prof. Abbate e i dottori Nicosia e Gentile all'arrivo in ospedale col cuore espantato.



Si festeggia il primo trapianto.



Fu denominato Istituto Siciliano Cardiochirurgia e Alte Specialità modificato successivamente in Morgagni Centro Cuore.

Seguirono anni di duro lavoro organizzativo e di preparazione al primo intervento che venne eseguito il 28 gennaio su una bimba di 9 mesi affetta da malformazione congenita cardiaca.

Ad aprile 1996 il Centro Cuore veniva accreditato con il SSN. Anche a seguito dell'accREDITAMENTO e della conseguente incompatibilità, l'equipe, fino al quel momento unica tra Ospedale e Clinica, si scisse ed il Centro Cuore ebbe la propria equipe dedicata.

Il Centro Cuore Morgagni di Pedara era una struttura molto bella, ben al di sopra della media. Nuova di zecca, ben attrezzata e completa di tutti i reparti necessari al percorso diagnostico e terapeutico del cardiopatico: dagli ambulatori alle degenze cardiologiche, dalle sale di emodinamica e chirurgiche alla terapia intensiva e unità coronarica, per finire con la riabilitazione.

La funzionalità del Centro era garantita da una proprietà attenta alle necessità del personale e degli ammalati, da una Direzione e amministrazione accorte e da medici

e paramedici con età media piuttosto giovanile e motivato dal lavorare in un Centro che mostrava grandi potenzialità. Era il momento di proiettare e far conoscere il Centro al territorio e a tale scopo si organizzarono numerose riunioni scientifiche di respiro regionale e nazionale. Si doveva inoltre puntare sulla qualità e sull'aggiornamento continuo.

A tale scopo tra la fine degli anni '90 e l'inizio del 2000, si crearono, tra la fine degli anni '90 e l'inizio del 2000 intensi rapporti di collaborazione con illustri specialisti e con équipes di diversi Centri pilota nazionali ed europei: tra questi il gruppo di Bologna del Prof. A. Pierangeli ed il suo associato Prof. R. Di Bartolomeo per la chirurgia dell'aorta, il Prof. Claude Planché e Dr. Lacour-Gayet del Centre Chirurgical Marie Lannelongue di Parigi per la cardiochirurgia pediatrica, il Prof. Jean Kachaner dell' Hopital Necker Enfants Malades di Parigi per la cardiologia pediatrica, il dott. L. Menicanti e A. Frigiola dell'ospedale San Donato di Milano per la chirurgia ricostruttiva del Ventricolo sn e Cardiopatie dei Congeniti adulti, il Dr. Bill Brawn e G. Di Giovanni del Birmingham Hospital per la cardiochirurgia e cardiologia pediatrica e neonatale, il Dr. Mattia Glauber di Massa ed il Dr. Hugo Vanermen di Aalst per la chirurgia mini-invasiva, il Prof. Gebrine El Koury di Brussel per la chirurgia riparativa mitralica ed aortica.

Nei quasi 32 anni passati dall'inizio dell'attività ad oggi sono stati ricoverati al Centro Cuore più



Il Prof. Christian Barnard in visita alle terapie intensive dell'Ospedale Ferrarotto e della clinica Morgagni di Barriera. A destra accompagnato dal Prof. S. Castorina e M. Abbate.

di 113.000 pazienti, sono state eseguite 72.000 procedure di emodinamica, più di 30.000 procedure chirurgiche di cui oltre 17.500 interventi di Cardiocirurgia e 6992 di chirurgia vascolare. L'attività del personale tutto è stata sempre supportata e ha tratto vigore dalla instancabile dinamicità del fondatore, da sempre aperto al colloquio e ai preziosi suggerimenti a tutta l'equipe. Particolare attenzione è stata rivolta al continuo aggiornamento professionale ed alle innovazioni tecnologiche nonche' al rispetto dell'ammalato considerato da sempre al centro di tutta l'attività.

Oggi il Centro Cuore rappresenta una importante realtà e punto di riferimento per buona parte dei cardiopatici della Sicilia orientale ed è proiettato al futuro, all'innovazione tecnologica e allo sviluppo di procedure sempre meno invasive mediante interventi trans-cate-tere ed approcci chirurgici mini-invasivi.

2024. Nel corso di stampa del volume il Centro Cuore si arricchisce nei suoi valori operativi della sopravvenienza del Prof. Corrado Tamburino nel ruolo di Direttore Generale del Presidio e Direttore del Dipartimento Cardio-Toraco Vascolare.



Equipe chirurgica Centro Cuore



Col Prof. C. Planché e il Dr. Louis Auriacombe cardiopediatra emodinamista



Con Peppino Passanisi (in ricordo) e Alberto Lomeo



Riunioni scientifiche



Riunioni scientifiche





Presidio Catania

## VISITING PROFESSOR - ITALIANI E STRANIERI OSPITI DEI DUE PRESIDI



Visita di Cristian Barnard (Cape Town)  
in Presidenza



Adrian Bianchi  
MANCHESTER



Cadiere Guy Bernard  
BRUXELLES



Jacques Domerque  
MONTPELLIER



Gilles Fourtanier  
TOLOSA



Brice Gayet  
PARIGI



James T. Goodrich  
NEW YORK



Aziz Karaa  
PARIGI



Gerard Morrison Lacombe  
MARSIGLIA



Bruno Le Rolland  
PARIGI



Emanuele Lezoche  
ROMA



Jean Moreaux  
PARIGI



Alessandro Paganini  
ROMA



Jacques Perissat  
BORDEAUX



Jean Francois Regnard  
PARIGI



Nicolas Roques  
PERPIGNAN



Philippe Rouhanet  
MONTPELLIER



Barry Salky  
NEW YORK



Roberto Toni  
PARMA



# Presidio Pedara



Roberto Di Bartolomeo  
BOLOGNA



Gebrine Elkhoury  
BRUXELLES



Alessandro Frigiola  
MILANO



Mattia Glauber  
MASSA CARRARA



Teruhisa Kazui  
SAPPORO (GIAPPONE)



Francois Lacour-Gayet  
PARIGI



Lorenzo Menicanti  
MILANO



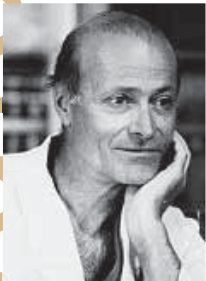
Remi Nottin  
PARIGI



Carlo Pappone  
MILANO



Jean-Francois Piechaud  
PARIGI



Angelo Pierangeli  
BOLOGNA



Claude Planché  
PARIGI



Claudio Zussa  
MESTRE



# La mia “nuova vita” al Centro Cuore Morgagni (CCM)

di Corrado Tamburino\*

## Introduzione

Ho speso tutta la mia carriera professionale per costruire una Scuola, con la “S maiuscola”, che avesse la finalità di essere presente sul territorio, che avesse un ruolo di primo piano nelle Aziende Ospedaliere in Regione e in Italia e che fosse punto di riferimento per la ricerca in ambito internazionale. Contestualmente non ho mai perso di vista le potenzialità che il sistema pubblico/privato aveva nell'affiancare in tutto e per tutto il mio progetto di Scuola, indirizzando così al CCM chi mi stava più a cuore, mia figlia e mio genero, con lo scopo di creare un ponte solido, proiettato verso il futuro.

La caratteristica monospecialistica del Centro Cuore Morgagni, uno dei pochi esempi nazionali, offre infatti tante opportunità e si apre a sfide e compiti difficili da realizzare altrove.

Perseguendo il mio progetto, ho iniziato, già da diversi anni, un percorso mentale parallelo alla mia posizione dell'epoca, proiettandomi idealmente con sufficiente anticipo verso il CCM per la terza fase della mia vita professionale. A giugno 2024, dopo aver dato le dimissioni dalla mia amata Università e dall'Ospedale, grazie alla benevola e affettuosa accoglienza della famiglia Castorina, sono stato accolto a Pedara. Era un momento molto difficile della mia vita, durissimo da tollerare ma fortunatamente trascorso e superato senza sequele. Il vissuto cristiano della famiglia Castorina, unito alla nuova sfida, mi hanno dato energie e rinnovata spinta per i progetti che da tempo avevo in mente.

La sfida era ed è tuttora enorme: innanzitutto, essendo il “nuovo intruso”, farsi accogliere di buon animo da 250 persone che da anni lavorano e trascorrono gran parte della loro giornata nel “loro” posto di lavoro. Non solo: occorreva introdurre innovazione, migliorare tanti percorsi, aumentare i numeri, ridurre i costi, dare nuove motivazioni e impulsi senza urtare, contrastare, violare l'identità, l'animo e la professionalità dei tanti colleghi di lavoro, molti dei quali miei vecchi amici o allievi.

## Cosa è accaduto

Il “leit motiv” della mia vita è sempre stato quello di utilizzare molto raramente l'autorità e quasi sempre l'autorevolezza unitamente ad un forte spirito di sacrificio e dedizione al lavoro che mi vede dare prima l'esempio e i risultati per poi poter chiedere quanto utile alla comune causa.

A dire il vero tutto questo non è stato necessario perché sono stato accolto da tutti, dico tutti nessuno escluso, con rispetto, amicizia e spirito di collaborazione. Per me il “lavoro” è stato relativamente facile perché ho trovato un team rodato, consolidato nella “best practice” e con elevatissimo livello di professionalità e dedizione al

\* Direttore del Dipartimento Cardio-Toraco Vascolare. Direttore Generale Centro Cuore Morgagni.

luogo di lavoro, contraddistinto dalla gentilezza e disponibilità del personale di comparto nei confronti dei degenti e dei loro parenti. Tutto mi ha stupito e favorevolmente impressionato.

A questo punto, liberatomi dalle preoccupazioni circa i rapporti interpersonali, ho iniziato, accanto alla professione medica, anche il lavoro di Manager a tutti gli effetti che mi ha visto rapidamente essere promosso dal CDA. Oltre che Direttore di Dipartimento sono stato infatti nominato anche Direttore Generale e ormai da qualche mese non c'è giorno che non trovi un motivo di innovazione o una proposta volta a migliorare ulteriormente quanto di buono già c'era. Dal coordinamento del personale, al parcheggio, all'accoglienza, alle pulizie straordinarie, alle piccole e grandi riparazioni, all'aumento dei posti letto per cardiologia con istituzione di stanze per solventi di cui c'è grande richiesta e tante altre attività culturali e gestionali.

Tutto questo avviene grazie alla stretta collaborazione con il meraviglioso personale e alla proprietà che condividono e sposano ogni scelta volta al miglioramento. Con il supporto degli uffici amministrativi abbiamo effettuato la revisione dei DRG da applicare, delle diarie mediche e una conseguente e parallela analisi dei costi/benefici di ogni procedura eseguita. Un aspetto importantissimo visto il costante incremento della produzione degli ultimi mesi che ha superato ogni più rosea e ottimistica previsione.

## Conclusioni

Ci sarebbero tante cose, fatti, aneddoti e esperienze da raccontare; sebbene ci si potrebbe prolungare parecchio, è più opportuno un paragrafo conclusivo e schematico che racchiuda le principali caratteristiche del mio "nuovo mondo".

Livello organizzativo di eccellenza

Molta umanità, unita alla professionalità di chi lavora, a qualunque grado e livello

Amore e dedizione per il centro e i pazienti

Elevato grado di collaborazione fra le diverse sotto-specialità che compongono i reparti

Attenzione da parte della famiglia Castorina alle esigenze del CCM. Nonostante i tempi difficili si va verso una rimodulazione delle energie e risorse, volte al beneficio comune

Per me, come singolo individuo, spogliato da ogni responsabilità e ruolo, riconoscenza nei confronti di chi ha creduto in me.

Grazie.



7 Dicembre 2024. Paziente con cuore molto depresso, frazione di eiezione 10%, abbiamo messo un sistema di pompa esterna (Impella da 5 litri al minuto). Primo caso con questo tipo di pompa in Sicilia. Salvo Tolaro e Federico Pappalardo primi operatori, isolamento della succlavia Daniele Sangrigoli.





CENTRO  
CLINICO  
DIAGNOSTICO

**G.B. Morgagni**  
POLICLINICO  
CASE DI CURA S.r.l.

**CENTRO CUORE - PEDARA**

**Città Metropolitana di Catania**

**Comune di Pedara**

**Via della Resistenza, 31**

Contatti Presidenza Policlinico: 095 238256 - 095 238426 - 095 238 245

Direzione Sanitaria: 095 7026217 - 095 7026418



**Guida ai Servizi**

Il Centro Cuore Pedara inizia la sua attività nel 1993 quale Polo di Alta Specialità del Policlinico "G.B. Morgagni" Case di Cura S.r.l. che avvia la sua attività nel febbraio 1972, su precedente esperienza nella Casa di Cura San Giuseppe in Lavina che aveva operato dal 1963 al 1966 ad Aci Bonaccorsi (CT) e successivamente a Catania nell'attuale area Via del Bosco 105, fino al 1969, anno in cui demolita la vecchia struttura, fu costruita l'attuale, grazie a donazione del Prof. Emilio Castorina (1900-1978). È organizzata al fine di operare con finalità diagnostica e terapeutica in regime ambulatoriale o di ricovero.

Persegue inoltre finalità scientifica.

Il Policlinico è intitolato a Giambattista Morgagni.

Giambattista Morgagni, anatomico e medico, nacque a Forlì il 25 febbraio 1682. A 19 anni si addottorò in filosofia e medicina a Bologna. Nel 1712 fu chiamato a Padova a insegnare Medicina nello Studio Universitario.

Eccelse negli studi anatomici occupandosi di struttura di laringe, cuore, organi genitali, ghiandole, organi di senso.

Fu anatomo-patologo e medico, eccellendo nelle cardiopatie e nelle patologie vascolari. Descrisse, per primo, il caso di Anastasio Poggio, sacerdote di 68 anni, da inquadrare nella patologia del blocco atrio ventricolare, quella che oggi si cura col pace-maker, ancora denominata MAS cioè sindrome di Morgagni e associata più tardi ai nomi di Adams e Stokes.

La sua opera più celebre è il libro in 5 volumi "De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis". Gran merito scientifico del Morgagni fu propugnare il metodo della osservazione anatomica per giustificare il sintomo, nel tempo in cui dominavano in medicina concetti astratti, più filosofici-metafisici, che anatomo patologici.



Polo di Riabilitazione

La Casa di Cura Centro Cuore Morgagni è accreditata con il SSN per le seguenti Unità Funzionali:

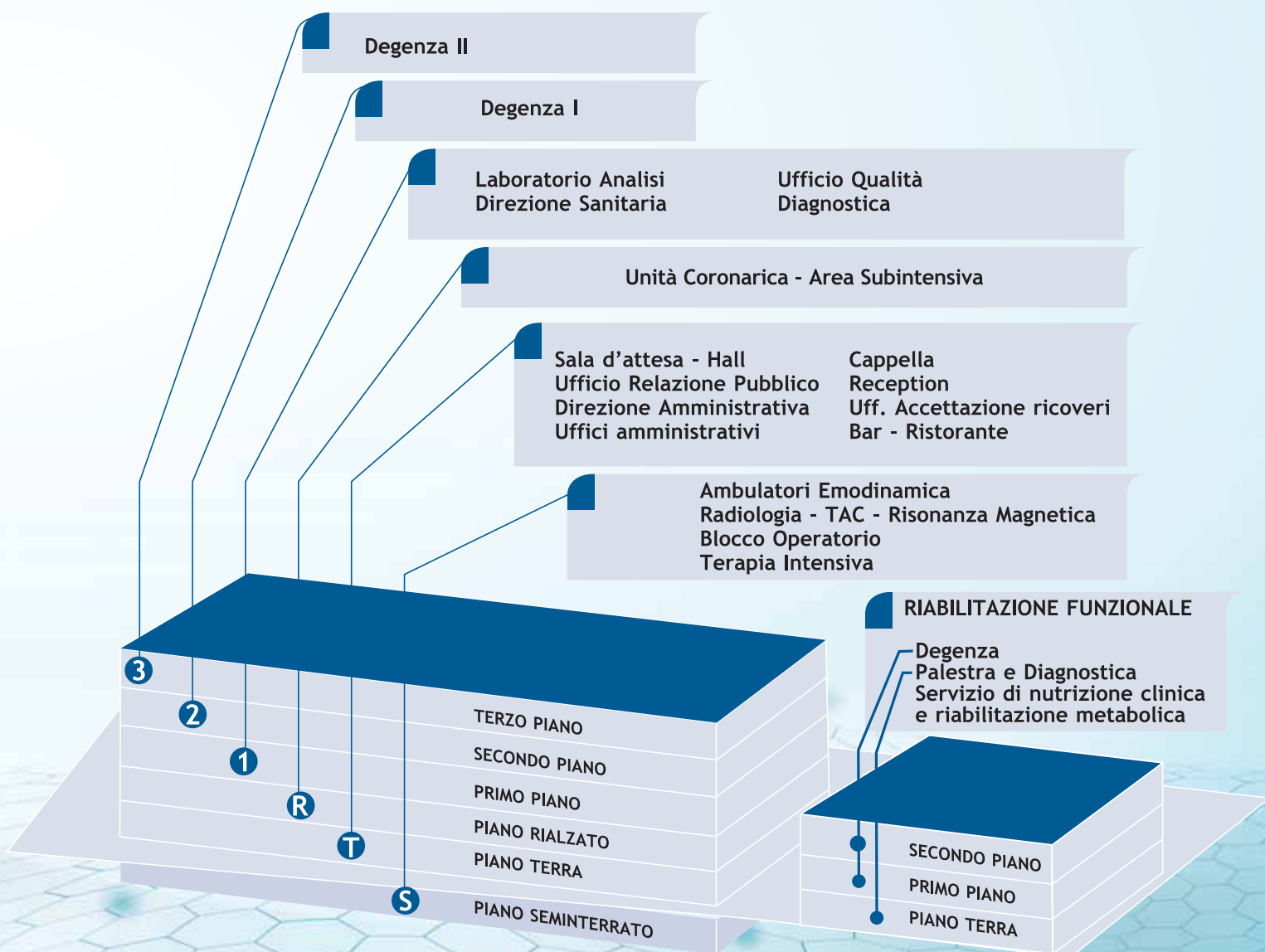
- Cardiologia
- Cardiochirurgia e Chirurgia Vascolare
- Chirurgia Generale (modulo Toracico)
- UTIC con Emodinamica
- Riabilitazione

- Ricettività totale di 101 posti letto
- 230 dipendenti di cui 53 Specialisti
- 3 Sale operatorie
- 2 Sale di Emodinamica
- Terapia Intensiva
- U.T.I.C.

- 3 Reparti di Degenza
- Centro Analisi Cliniche e Microbiologiche
- Servizio di Radiologia
- Servizio di Tomografia Computerizzata
- Servizio di Risonanza Magnetica
- Ambulatorio

## La Struttura

Il Centro Cuore Morgagni è costituito da un edificio centrale e da un padiglione dedicato alla Riabilitazione, così suddiviso:



# Prestazioni Sanitarie in regime di ricovero

## PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

### CARDIOLOGIA

Cateterismo Cardiaco  
Coronarografia ed angioplastica percutanea coronarica  
Tavi e Valvuloplastica Aortica - Mitraclip  
Chiusura percutanea PFO e Auricola sinistra

### ANGIOLOGIA

Arteriografia ed Angioplastica percutanea vascolare

### ELETTROFISIOLOGIA

Studio Elettrofisiologico endocavitario  
Ablazione delle aritmie  
Impianto di pace-maker e Defibrillatore

### DIAGNOSTICA ECOCARDIOGRAFICA

## Centro Analisi Cliniche e Microbiologiche

Il servizio di analisi cliniche e microbiologiche opera in regime di non convenzionamento con il S.S.N.; vengono comunque applicate le stesse tariffe dei laboratori convenzionati (ticket).

## TIPOLOGIA DI ESAMI

### EMATOLOGIA E COAGULAZIONE

### AMBULATORIO TAO (Terapia Anticoagulante Orale)

### CHIMICA - CLINICA

### SIEROLOGIA

### EMOGASANALISI

### IMMUNIDIAGNOSTICA

### MICROBIOLOGIA

### DIAGNOSTICA COVID-19

I prelievi si effettuano dal Lunedì al Sabato dalle ore 8,30 alle ore 10,00, per prestazioni non in regime di ricovero.

I risultati vengono consegnati sempre in giornata, tranne i referti microbiologici, dalle ore 8,30 alle ore 20,00.



## AMBULATORI SPECIALISTICI

CARDIOLOGIA ADULTI

CARDIOLOGIA PEDIATRICA E PRENATALE

ARITMOLOGIA ED ELETTROFISIOLOGIA

CONTROLLI PACEMAKER

CARDIOCHIRURGIA ADULTI

CHIRURGIA VASCOLARE

CHIRURGIA GENERALE  
> MODULO TORACICO

ANGIOLOGIA

PNEUMOLOGIA





# Servizio Ambulatoriale

Si può accedere al servizio ambulatoriale telefonando al numero **095/7026341**.

## ESAMI DIAGNOSTICI

**PROVA DA SFORZO**

**ECOCARDIOGRAFIA**

**ECOCARDIOGRAFIA FETALE**

**HOLTER ECG**

**HOLTER PRESSORIO**

**ECO COLOR DOPPLER VASCOLARE**

**SPIROMETRIA**

**ECO TRANSESOFAGEO IN SEDAZIONE**

**ECO TRANSCRANICO CON BOLLE**

**ECO TRANSESOFAGEO**

**ECOSTRESS**

**DIAGNOSTICA RADIOLOGICA - TAC BODY TAC NEUROLOGICI - TAC ESTREMITÀ  
ANGIO TC VASCOLARE - CARDIO TC**

**RISONANZA MAGNETICA**

**CARDIO RM**



# Dipartimento Cardio - Toraco - Vascolare

## UNITÀ FUNZIONALI

### CARDIOCHIRURGIA

Interventi di Chirurgia Coronarica  
Interventi di Chirurgia Vascolare  
Interventi di Chirurgia dell'Aorta Ascendente e Toracica  
Interventi di Cardiopatie congenite dell'adulto

### CHIRURGIA VASCOLARE

Interventi di Chirurgia dell'Aorta Addominale  
Interventi di Chirurgia per patologie arteriose cerebrali e periferiche  
Interventi di Chirurgia Endovascolare

### CHIRURGIA GENERALE > MODULO TORACICO

Interventi di Chirurgia Polmonare

### TERAPIA INTENSIVA

### UTIC con Servizio di EMODINAMICA > MODULO CARDIOLOGIA STRUTTURALE

### CARDIOLOGIA

### LUNGODEGENZA

### RIABILITAZIONE > MODULO CARDIOLOGIA > MODULO LOCOMOTORIO

## SERVIZIO

### RADIOLOGIA - DIPARTIMENTO IMMAGINE

### RISONANZA MAGNETICA

*Il curriculum di ogni Specialista che opera nella Struttura può essere tratto dal portale: [www.policlinicomorgagni.it](http://www.policlinicomorgagni.it)*



# Il Ricovero

Le prenotazioni di ricovero avvengono su proposta del Medico inviante o dei Medici del Centro Cuore Morgagni, contattando il servizio di Accettazione.

Per l'accettazione al ricovero è necessario presentare:

## Cittadini residenti in Italia

- Tessera sanitaria
- Documento di riconoscimento
- Prescrizione sanitaria rilasciata dal medico curante
- Scheda di accesso in ospedale (Modello E) rilasciata dal medico curante
- Certificato di trasferimento da una Struttura Pubblica o Privata Convenzionata nel caso di ricovero in urgenza

## Cittadini Stranieri Comunitari UE, SEE e Svizzera

- Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) o certificato sostitutivo provvisorio in corso di validità.

Le cure programmate devono essere preventivamente autorizzate dal Paese di provenienza. Modello S2 (ex E112).

- Documento di riconoscimento

## Cittadini Stranieri Extracomunitari

### A) in regola con le norme di ingresso e soggiorno in Italia e iscritti al Servizio Sanitario Nazionale

- Tessera sanitaria;
- Documento di riconoscimento
- Prescrizione sanitaria rilasciata dal Medico curante;
- Scheda di accesso in ospedale (Modello E) rilasciata dal Medico curante;

### B) NON in regola con le norme di ingresso e soggiorno in Italia (indigenti)

- Documento di riconoscimento
- Attribuzione del codice STP (Straniero Temporaneamente presente sul territorio italiano) rilasciato da una qualsiasi Azienda Ospedaliera.

Il codice STP consente di ricevere cure urgenti o essenziali per sei mesi.

# Servizi per il Paziente e per i Familiari

AD ECCEZIONE DI DISPOSIZIONI DELLA DIREZIONE SANITARIA

<b>UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO</b>	Da Lunedì al Venerdì dalle ore 8,00 alle 14,00
<b>BAR</b>	Dal Lunedì al Sabato dalle 8.00 alle 18.30 Domenica e Festivi dalle 11.00 alle 18.00 In Sala di attesa e al Secondo piano Degenza sono a disposizione distributori di caffè e bevande
<b>RISTORANTE</b>	Pranzo: ore 13.30                      Cena: ore 18.00 Se il paziente è ricoverato in camera singola con accompagnatore, il familiare può ricevere il pasto direttamente in camera
<b>BARBIERE</b>	A richiesta
<b>TELEFONI</b>	Le camere sono dotate di telefoni
<b>FUNZIONI RELIGIOSE</b>	La domenica e giorni festivi liturgici ore 10.00
<b>PARCHEGGI</b>	Parcheggi interni contrassegnati con tre colori: AZZURRO e GIALLO: riservati al personale interno BIANCO: visitatori

# Degenze

<b>CAMERE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Singole con quota a carico del degente</li><li>• Doppie con quota confort una tantum</li></ul>
<b>VISITE DEI FAMILIARI</b>	<p>DEGENZA da Lunedì al Sabato dalle 12,30 alle 13,30 e dalle 17,00 alle 18,00. Domenica e festivi dalle 15,30 alle 18,00</p> <p>UTIC solo per 30 minuti tutti i giorni dalle 12.30 alle 13.00 e dalle 13,00 alle 13,30</p> <p>TERAPIA INTENSIVA non sono consentite visite RIABILITAZIONE dalle 15.30 alle 18.00</p> <p>Ad eccezione di disposizioni della Direzione Sanitaria. Sono consentite visite massimo di 1 persona per ogni paziente (anche per le camere singole). Non è consentito l'accesso ai reparti per i bambini di età inferiore ai 12 anni. L'Anestesista/Rianimatore di turno di Terapia Intensiva Deciderà, in base alle condizioni cliniche del paziente e dopo aver dato notizie sul suo stato di salute, in merito all'eventuale visita di un solo parente per paziente.</p>
<b>NOTIZIE CLINICHE</b>	<p>DEGENZA durante gli orari di visita</p> <p>UTIC durante gli orari di visita</p> <p>TERAPIA INTENSIVA tutti i giorni ore 12,00</p> <p>RIABILITAZIONE dalle 14.00 alle 16.00 martedì e giovedì c/o Studio Medico</p> <p>Le notizie relative ai pazienti ricoverati vengono date dal personale medico di reparto. Le notizie relative ai pazienti operati vengono date dal Medico Specialista operatore a completamento dell'intervento.</p>
<b>VITTO</b>	<p>Il vitto al paziente è distribuito direttamente in camera: ore 12.00 per il pranzo e ore 18.00 per la cena. I familiari che desiderino consumare il pasto possono prenotarlo, effettuando il relativo pagamento di euro 6.20 presso il bar compilando l'apposito buono pasto entro le ore 11.00 per il pranzo e le ore 16.00 per la cena. Il familiare può consumare il pasto al bar oppure, solo se il paziente è ricoverato in camera singola con accompagnatore, il familiare può ricevere il pasto direttamente in camera.</p>

# Punti informazioni

<b>Centralino</b>	<b>095.7026111</b> (24 ore su 24)
<b>Servizio Accettazione Prenotazione - Ricoveri</b>	<b>095.7026424</b> (tutti i giorni 8.30-20.00, Sabato 8.30-14.00)
<b>Segreteria Direzione Sanitaria</b>	<b>095.7026651</b> (tutti i giorni 8.30-14.00, escluso il Sabato)
<b>Ufficio Cartelle Cliniche</b>	<b>095.7026649</b> (tutti i giorni 8.30-14.00 escluso il Sabato) crdc@centrocuore.it
<b>Ambulatori</b>	<b>095.7026341</b> (tutti i giorni 8.30-20.00, Sabato 8.30 - 14.00)
<b>Segreteria di Dipartimento</b>	<b>095.7026436</b> (tutti i giorni 9.00-15.30 escluso il Sabato) segreteria.dipartimento@centrocuore.it
<b>Segreteria di Cardiochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Generale (modulo toracico) Anestesia e Rianimazione</b>	<b>095.7026415</b> (tutti i giorni 9.00-15.30 escluso il Sabato) cardiochirurgia@centrocuore.it
<b>Segreteria di Cardiologia, Utic ed Emodinamica, Anestesiologia, Elettrofisiologia, Lungodegenza, Riabilitazione</b>	<b>095.7026412</b> (tutti i giorni 9.00-15.30 escluso il Sabato) cardiologia@centrocuore.it

## Per raggiungere il Centro Cuore Morgagni

Il Centro Cuore Morgagni è situato a Pedara, in provincia di Catania, alle pendici sud dell'Etna. È possibile raggiungerlo con:

<b>MEZZI PROPRI</b>	<b>Provenienza: CT - AG - SR - RG - PA - EN - CL - TP</b> Percorrere la Tangenziale di Catania, uscita Gravina seguire le indicazioni per Mascalucia - Pedara
<b>MEZZI DI TRASPORTO</b>	<b>Provenienza: CALABRIA - ME</b> Percorrere autostrada ME-CT (A18), uscita Acireale seguire indicazioni Trecastagni - Pedara
<b>TAXI</b>	Autobus AST Tel. 095.7230511 Tel. 095.330966



### Centro Cuore Pedara

Via della Resistenza,31  
95030 Pedara (CT) Italy

Tel. 095 7026111 - Fax 095 915161

**Accettazione:** 095 7026424

**Ambulatorio:** 095 7026341

[www.policlinicomorgagni.it](http://www.policlinicomorgagni.it)







CENTRO  
CLINICO  
DIAGNOSTICO **G.B. Morgagni**  
POLICLINICO  
CASE DI CURA S.r.l.

*Città Metropolitana di Catania*

Presidente:

**Sergio CASTORINA** (Chirurgo)  
Professore Ordinario di Anatomia  
Chirurgo – Fellow A.C.S

Consigliere Amministratore Delegato

**Riccardo CASTORINA**  
Chirurgo

## ***CENTRO CUORE MORGAGNI***

Casa di Cura accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale D.A. n. 5077 del 23-03-1993

Direttore Sanitario: **Salvatore TRIBASTONE** (M.D. Cardiocirurgo)

### **Dipartimento Medico Chirurgico Cardiotoracovascolare**

Direttore: **Prof. Corrado TAMBURINO**

#### **RAGGRUPPAMENTO CHIRURGICO**

**CARDIOCHIRURGIA - VASCOLARE - TORACICA**

Direttore: **Leonardo PATANÈ** (M.D. Cardiocirurgo)

#### **RAGGRUPPAMENTO MEDICO**

**CARDIOLOGIA - EMODINAMICA - UTIC**

Direttore: **Salvatore TOLARO** (M.D. Cardiologo)

### **POLO DIDATTICO UNIVERSITÀ KORE ENNA**

**FACOLTÀ DI MEDICINA  
E CHIRURGIA**



**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE  
IN MEDICINA E CHIRURGIA**

**UNITÀ DI CARDIOCHIRURGIA  
E CHIRURGIA VASCOLARE**

**Prof. Antonio RUBINO**

**UNITÀ DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE**

**Prof. Federico PAPPALARDO**

# RAGGRUPPAMENTO CHIRURGICO DI CARDIOCHIRURGIA E CHIRURGIA VASCOLARE

Direttore: Leonardo PATANÈ (M.D. Cardiochirurgo)

## UNITÀ FUNZIONALE DI CARDIOCHIRURGIA

Resp.: Raffaele FUGÀ (M.D. Cardiochirurgo)

## UNITÀ FUNZIONALE DI CHIRURGIA VASCOLARE

Resp.: Daniele SANGRIGOLI (M.D. Chirurgo Vascolare)

### Senior Consultants

Maurizio GENTILE (M.D. Cardiochirurgo)

Vincenzo MONACA (M.D. Cardiochirurgo e Vascolare)

Claudio CINÀ (Prof. M.D. Chirurgo Vascolare)

## UNITÀ FUNZIONALE DI CHIRURGIA POLO TORACICO

Resp.: Tommaso NICOLOSI (M.D. Chirurgo Toracico)

### Degenze

Resp.: Maria BARILLÀ (M.D. Cardiologo - Cardiochirurgo)

### Team Specialisti Cardiochirurghi

Alessandro ARMARO

Alfio CAVALLARO

Vincenzo DI SIMONE

Massimo DI BARTOLO

Filippo SAMBATARO

Salvatore SCIANNA

### Antonio RUBINO

Professore Associato di Cardiochirurgia e Chirurgia Vascolare

Università KORE Enna

## UNITÀ FUNZIONALE DI TERAPIA INTENSIVA

Direttore: Federico PAPPALARDO

Professore Associato Università Kore Enna

## UNITÀ SERVIZIO DI ANESTESIA

Direttore: Alessandro PULVIRENTI

(M.D. Anestesista)

### Team Specialisti Anestesia - Rianimazione

Marco CIAORELLA - Sara COLUMBA - Domenica DI BELLA - Giuseppe FERLAZZO - Giulia GAROFALO - Umberto SCAGLIONE

(M.D. Anestesia - Rianimazione)

## RAGGRUPPAMENTO MEDICO DI CARDIOLOGIA – EMODINAMICA – UTIC

Direttore: Salvatore TOLARO (M.D. Cardiologo)

### UNITÀ FUNZIONALE DI CARDIOLOGIA

Resp.: Claudia TAMBURINO (M.D. Cardiologo)

### UNITÀ DI CARDIOLOGIA STRUTTURALE

Resp.: Sebastiano IMMÈ (M.D. Cardiologo)

### UNITÀ FUNZIONALE CORONARICA

Resp.: Matteo PRICOCO (M.D. Cardiologo)

### UNITÀ DI ELETTROFISIOLOGIA

Resp.: Giuseppe DISTEFANO (M.D. Cardiologo)

f.f.: Giuseppe BOTTARO

### UNITÀ FUNZIONALE DI RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E LUNGODEGENZA

Resp.: Rosaria RACITI (M.D. Cardiologo)

### UNITÀ FUNZIONALE DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Resp.: Stefania GIUFFRIDA (M.D. Fisiatra)

### Team Specialisti Cardiologi Clinici

Francesca BELLOMO

Gabriella BOSCO

Giuseppe BOTTARO

Giuseppina D'AGATA

Pierluigi NAPPI

Giuseppina MIRONE

Ivana RINALDI

### Team Specialisti Cardiologi (Emodinamica)

Luigi FERRAROTTO

Giordana FINOCCHIARO

### Team Specialisti Pneumologi

Giuseppina PAOLINO (M.D. Pneumologo)

Giuseppe SANTONOCITO (M.D. Pneumologo)

### Team Fisioterapisti

Barbara BARINI

Eliana CAMMARATA

Rita CAMPISI

Simona DISTEFANO

Gabriele FINOCCHIARO

Tamara MUSUMECI

Fabio RUSSO

Enzo SAPIENZA

## UNITÀ DIAGNOSTICHE

### **SERVIZIO DI DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA STRUMENTALE**

Responsabile: **Margherita MINISTERI** (M.D. Cardiologo)

#### **Senior Consultant**

**Salvatore GUARNERA** (M.D. Cardiologo)

### **DIPARTIMENTO RADIOLOGIA E IMMAGINI**

Responsabili

**Vincenzo RICCIOLI** (M.D. Radiologo)

**Emilio Castorina** (M.D. Radiologo)

\*

#### **CardioRM**

**Francesca BELLOMO** (M.D. Cardiologo)

\*

#### **Tecnici**

**Carmelo FERLITO**

**Manuel AMATA**

**Francesco BENEDETTO**

**Antonio ZAPPALÀ**

### **TEAM LABORATORIO ANALISI**

Responsabile: **Maria Grazia SORBELLO** (Biologo)

**Cettina DRAGO** (Biologo)

**Maria Teresa MACCHI** (M.D. Endocrinologo)

**Filippa CAVALLARO** (Biologo)

**Angela SANTONOCITA** (Biologo)

**Benedetta MANNINO** (Tecnico)

## DIREZIONE INFERMIERISTICA

Domenico DI DOMENICO

## COORDINATORI

Agnieska BULA  
Francesca CERRUTO  
Caterina PACE  
Domenico SANFILIPPO  
Salvatore SCALISI  
Jessica SPITALERI

## INFERMIERI

ADORNETTO Ludovica  
AMATO Antony  
ARCIDIACONO Sara  
AVILA Tiziana  
BONFIGLIO Ludovico  
BUONVENGA Jennifer  
CAIAZZO Federico  
CALANNA Sarah  
CANNELLA Dario  
CANNIZZO Mirco  
CAPRA Gaetano  
CAVALLARO Ylenia  
CERNEA Natalia  
CIRAULO Giuseppe  
COSTANZO Martina  
DI STEFANO Sabrina  
DI STEFANO Carmelo  
GALEANO Grazia  
GAROZZO Flaminia  
GIGLIOTTI Valentina  
GLIOZZO Adelina  
GUGLIARA Giuseppina  
GULIZIA Giorgia  
IACOB Olimpia  
IRACI Erika  
LEOTTA Rosario

LO PRESTI Anna Giulia  
MACCARONE Chiara  
MAKOLA Ewa  
MANCANI Antonella  
MARANO Miriam  
MARCHESE Ambrosina  
MARINO Francesca  
MAZZAGLIA Sara  
MELIDONI Pasquale  
MELILLI Gabriele  
MENEGHINI Letizia  
MESSINA Giuseppe  
MIHAESCU Adelina  
MINACAPILLI Chiara  
MOTTA Anna  
MOTTA Valentina  
MUSARRA Claudio  
NASTASI Francesca  
NICOLOSI Carmelo  
OLARU Iuliana  
PARRINELLI Carmela  
PARRINELLI Nunzio  
PEROTTO Sebastien  
POLITI Alessia  
POPESCU Rodica  
POVERELLO Roberta

PUGLISI Valeria  
RAU Luigi  
REITANO Monica  
REITANO Alessio  
RIZZO Valeria  
RUSSO Giuseppina  
RUSSO Simone  
SAITTA Davide  
SANFILIPPO Ginevra  
SAPIENZA Martina  
SAPIENZA Emanuele  
SAVOCA Marcello  
SAVOCA Samuela  
SCAVO Marco  
SIGNORELLI Elisa  
SINATRA Antonio  
SPARTÀ Giuseppe  
TASCA Mattia  
TURIANO Salvatore  
VALASTRO Enrico  
VERZÌ Antonino  
VINCIGUERRA Carmelo  
VISCUSO Clara  
ZAGAME Anna  
ZAPPALÀ Salvatore

## OSA

ARNONE M. Antonietta  
BARANOVSCA Irina Elena  
BERTOLAMI Veronica  
CANNAVÒ Anna  
CANNAVÒ Graziana  
CASTORINA Maila  
COCO Simona  
COSENTINO Anna Maria  
DI GRAZIA Mariella  
DI GUARDO Carmelo  
DI GUARDO Mirko  
GERVASI Loredana  
GIANNOTTA Maria Milena  
GIAQUINTA Federica  
GIORDANO Giovanna  
GRASSO Valentina  
LA ROSA Maria  
LOMBARDO Giuseppa  
MESSINA Giovanna  
PUGLISI Sara  
RUSSO Gisella  
SANTONOCITO Maria Angela  
SCALIA Sonia

## TECNICI CEC

DI SIMONE Francesco  
DI STEFANO Gabriele  
SCATÀ Maurizio  
SPITALERI Salvatore

## AUSILIARI

AMATO Giovanna	ILARDO Giuseppe
BAUDO Francesco	LANZA Pietra
BELFIORE Rita	LEOCATA Anna
CALÌ Fabio	LISI Giuseppina
CALOGERO Mariella	LO CASCIO Francesco
CAROBENE Giovanni	MAUGERI Rosetta
CATANIA Andrea	MONACO Alfio
CATANIA Francesco	NAPOLI Teresa
CAVALLI Agatino	PERLA Cinzia
CONDORELLI Agata Lucia	PLATANIA Sebastiano
CUSUMANO Annamaria	RAPAGLIÀ Silvia
CUTUGNO Teresa	RIZZO Rosaria
D'ARRIGO Rosaria	SAGLIMBENE Anna
DE LUCA Floriana	SANTORO Giuseppe
DI BLASI Rosario	SCALIA Antonio
DI MAURO Gaetano	SPANÒ Antonio
DI PRIMA Giuseppe	SPINA Alessandro
FISICHELLA Isabella	TOMARCHIO Fabio
GRANDE Salvatrice	TRIBASTONE Marina
GRASSO Marco	ZINGALE Concetta
GRECO Sebastiano	

## FARMACISTA

MORANA Barbara

## UFFICIO QUALITÀ

SILVIA Giuseppina  
SGROI Francesco

## AMMINISTRATIVI DI SEGRETERIA

BARBAGALLO Rosetta  
BASILE Laura  
BURGARETTA Rossella  
CRISTAUDO Maria  
INGARAO Angela  
PEZZINO Domenica

## MAGAZZINO

FONTANA Cristina  
MONACO Alfio  
SANTORO Giuseppe

## SERVIZIO TECNICO

CHIARENZA Vincenzo  
LEOTTA Alfio  
TRISCARI Claudio

## CED

BAFUMI Mario  
MONACO Antonio

## UFFICIO ACCETTAZIONE

MACCHI Paola (Responsabile)  
MURGIA Giuseppe  
FERRARA Antonio

## UFFICIO PERSONALE

MOTTA Filippa

## SODEXO (Cucina)

CAMPISI Giuseppina  
CAUDULLO Fabrizio  
NICOSIA Simona  
PAGNONI Patrizia  
PANDETTA Claudia  
ROVITO Samuele  
SPATAFORA Roberto

## CENTRALINISTI

BONACCORSO Francesco  
CATANIA Giovanni  
CORSARO Claudio  
FICHERA Orazio  
PATANÈ Angela

## SODEXO (BAR)

BRUNO Manuel  
CONTARINO Roberto



CENTRO  
CLINICO  
DIAGNOSTICO

**G.B. Morgagni**  
POLICLINICO  
CASE DI CURA

**PRESIDIO OCULISTICO DSV**

Contatti Presidenza Policlinico: 095 238256 - 095 238426 - 095 238 245

Direzione Sanitaria: 095 6735173



## Guida ai Servizi



95124 CATANIA - Via Sant'Euplio, 162 (presso Piazza Roma)

Tel. 095 446950 pbx - Fax 095 448148

E-mail: [info@distefanovelona.com](mailto:info@distefanovelona.com)

[www.policlinicomorgagni.it](http://www.policlinicomorgagni.it)



Il “Sanatorio Chirurgico Di Stefano” fu costruito nel 1905 dal Prof. Nunzio Di Stefano, Primario Ospedaliero Catanese formato nella Scuola Napoletana e nella Tedesca di Heidelberg: gli succede il figlio Gioacchino Di Stefano Velona, Professore di Patologia Chirurgica nell’Università di Catania e la Casa di Cura restaurata tra la fine degli anni '50 e i '60, nel rispetto del gradevole impianto strutturale Liberty diventa l’attuale Casa di Cura Di Stefano Velona.

Fu sede di attività negli anni 40/50 anche dei Clinici Chirurghi Universitari Prof. Achille Mario Dogliotti e Raffaele Brancati.

A partire dagli anni '50 ne assume la titolarità il Prof. Gioacchino Di Stefano, operando nell’ambito della Chirurgia Generale.

Dal 2020 la Casa di Cura diventa Polo Chirurgico Oculistico del Policlinico G.B. Morgagni.

Giambattista Morgagni, anatomico e medico, nacque a Forlì il 25 febbraio 1682. A 19 anni si addottorò in filosofia e medicina a Bologna. Nel 1712 fu chiamato a Padova a insegnare Medicina nello Studio Universitario.

Eccelse negli studi anatomici occupandosi di struttura di laringe, cuore, organi genitali, ghiandole, organi di senso.

La sua opera più celebre è il libro in 5 volumi “De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis”. Gran merito scientifico del Morgagni fu propugnare il metodo della osservazione anatomica per giustificare il sintomo, nel tempo in cui dominavano in medicina concetti astratti, più filosofici-metafisici, che anatomico patologici.

Morì il 5 dicembre 1771.



Prof. Nunzio Distefano, fondatore

Il Presidio Specialistico Oftalmologico dedicato all'intera attività Clinica Medica e Chirurgica nell'ambito oculare, comprende un reparto di degenza, un servizio di pre-ricovero, un servizio di chirurgia ambulatoriale e Day Surgery.

La nostra attività chirurgica prevede sia interventi sulla retina e sul bulbo che sugli annessi (cataratta, glaucoma, trapianti di cornea, plastiche palpebrali ecc.).

Trattamenti parachirurgici vengono eseguiti su: malattie vascolari retiniche come retinopatia diabetica, degenerazioni retiniche maculari (terapia iniettiva intravitreale) e periferiche.

Trattamenti dei vizi refrattivi con Laser ad Eccimeri.

Tutti gli interventi vengono eseguiti utilizzando tecniche chirurgiche avanzate e strumentazioni di ultima generazione.

Il Presidio svolge la sua mission nell'ambito delle patologie oculari, garantendo ad ogni cittadino, in ogni circostanza, la cura più adeguata ed altamente specializzata al proprio bisogno di salute con l'obiettivo del pieno e rapido recupero clinico e funzionale.

Dotazione:

◀ 20 posti letto organizzati in Unità funzionale di Day Hospital e Day Surgery.

◀ 3 sale operatorie dotate di microscopi operatori di ultima generazione.

◀ Strumenti di base e di alta specialità:

- Laser eccimeri
- Femtolaser
- Strumentazione per Retina medica e chirurgica.

La procedura di ricovero ha inizio presso gli ambulatori intramoenia o presso lo studio dello Specialista liberamente scelto e prosegue presso il Presidio per la valutazione preoperatoria dell'operando a cura del Cardiologo e dell'Anestesista.

Dal punto di vista del regime di cura il paziente può accedere a regime convenzionato col S.S.N., a copertura assicurativa, a regime privato.

**Direzione Sanitaria: 095 6735173**

**Guardia Oculistica: 095 6735267**

**Segreteria: 095 6735244**

## Responsabile Unità Funzionale Oculistica: **Rapisarda Antonio**

- ▶ **AMANTIA Lorenzo**  
Via Caronda, 462/B - Catania  
Tel. 095 502280
- ▶ **AMORE Augusto**  
Via V. Emanuele, 274 - Paternò (CT)  
Tel. 095 856970
- ▶ **BELLINO Michele**  
Via N. Martoglio, 18 - Catalgirone (CT)  
Tel. 0933 55448
- ▶ **BIONDI Pietro**  
Via E. Maiorana, 1 - Adrano (EN)  
Tel. 095 7690727
- ▶ **CASTIGLIONE Francesco**  
Viale Ionio, 146 - Catania  
Tel. 338 9417693
- ▶ **CENTARO Andrea**  
Via Basento, 16/A - Siracusa  
Tel. 0931 21639
- ▶ **CORRENTI Odile**  
Piazza Marconi, 10 - Floridia (SR)  
Tel. 0931 943777
- ▶ **DI MAITA Marco**  
Viale Alcide De Gasperi, 151 - Catania  
Tel. 095 377776
- ▶ **DI MAITA Massimo**  
Viale Alcide De Gasperi, 151 - Catania  
Tel. 095 377777
- ▶ **FILIPPELLO Massimo**  
Corso Italia, 22 - Catania  
Tel. 095 536448
- ▶ **GHIRLANDA Rita**  
Via Sant'Euplio, 162 - Catania  
Tel. 095 446950
- ▶ **GRASSO Michele**  
Via Delle Rose, 3 - Zafferana (CT)  
Tel. 095 7083698

Il curriculum di ogni Specialista può essere tratto dal portale: [www.policlinicomorgagni.it](http://www.policlinicomorgagni.it).



- ◀ LANZAFAME Francesco  
Morgagni Check Point  
Via XX Settembre, 89 - S. Gregorio di Catania (CT)  
Tel. 339 7200714
- ◀ OTT Johannes Peter  
Via Reitano, 40 - Catania  
Tel. 095 347509
- ◀ RAPISARDA Antonio  
Via Androne, 34 - Catania)  
Tel. 095 326683
- ◀ RAPISARDA Carlo  
Via Milano, 3 - Catania  
Tel. 095 431501
- ◀ SANTOCONO Marcello  
Via Caronda, 460 - Catania  
Tel. 095 449803

- ◀ SPINELLO Alfonso  
Via Asilo Sant'Agata,74 - Catania  
Tel. 320 8717559
- ◀ URSO Mario  
Via Libertà 52 - Acicatena (CT)  
Tel. 3478744318
- ◀ VENUTO Giacomo  
Via G. Mercurio, 13 - Giarre (CT)  
095 8810042
- ◀ ZAGARI Marco  
Via Vampolieri, 26 - Aci Castello (CT)  
Tel. 349 5593572
- ◀ ZAGARI Silvio  
Via Vampolieri, 26 - Aci Castello (CT)  
Tel. 349 5593573

---

Il Servizio di Cardiologia e il Servizio di Anestesia sono assicurati dal Policlinico Morgagni.



## Procedura per accedere al Day Surgery e al Day Service

- ▶ Per accedere è richiesta la proposta di uno specialista fiduciario della Casa di Cura.
- ▶ Contestualmente le Segreterie danno la indicazione del giorno in cui accedere all'Ambulatorio Prericovero per la "Valutazione clinica preoperatoria".
- ▶ L'Utente richiederà, quindi, al Medico di base l'impegnativa della prestazione per Day Surgery o Day Service.  
Solo per il Day Surgery è previsto l'Allegato "E".
- ▶ Il giorno assegnato per la valutazione preoperatoria l'Utente si presenterà all'ora indicata in Casa di Cura esibendo la richiesta di ricovero del Medico di base, con l'Allegato "E" (solo per i Day Surgery), la Tessera Sanitaria valida e la Carta d'identità.
- ▶ In ambulatorio Prericovero saranno effettuati visita medica, prelievo di sangue ed elettrocardiogramma (tutto a carico della Casa di Cura).  
Presentarsi a digiuno.
- ▶ Il giorno previsto del ricovero l'Utente si presenterà (a digiuno almeno da 5 ore) sempre munito di Documento di riconoscimento e Tessera Sanitaria.
- ▶ Durante il trattamento previsto può soggiornare in sala d'attesa un solo familiare.  
Per gli Utenti è previsto uno snack dopo l'intervento.  
Alla dimissione l'Utente riceverà una scheda con utili informazioni per il post-trattamento.

P.S. La quota richiesta, a carico dell'Utente è utilizzata per coprire servizi confort non strettamente connessi alle cure.

Il tariffario confort è esposto presso le Segreterie di accettazione.



Il Presidio ospita il training center Accademia Mediterranea di Chirurgia - ETS dotata di simulatori utilizzati per l'allenamento chirurgico dei giovani specialisti.







CENTRO  
CLINICO  
DIAGNOSTICO **G.B. Morgagni**  
POLICLINICO  
CASE DI CURA S.r.l.

*Città Metropolitana di Catania*

Presidente:  
Prof. CASTORINA Sergio

Amministratore Delegato  
Dr. CASTORINA Riccardo

## **CASA DI CURA DI STEFANO VELONA** **MONOSPECIALISTICA OFTALMOLOGICA**

Direttore Sanitario: Annamaria OSSINO (M.D. Diabetologa)

UNITÀ FUNZIONALE DI OCULISTICA - Responsabile: Antonello RAPISARDA (M.D. Oculista)

### **TEAM OCULISTI OPERATORI**

AMANTIA Lorenzo	DI MAITA Massimo	RAPISARDA Carlo
AMORE Augusto	FILIPPELLO Massimo	SANTOCONO Marcello
BELLINO Michele	GHIRLANDA Rita	SAVARINO Filippo
BIONDI Pietro	GRASSO Michele Massimo	SCANDURA Giovanni
CASTIGLIONE Francesco	GUTTUSO Giuseppe	SPINELLO Alfonso (Vice Dir. Sanitario)
CENTARO Andrea	LANZAFAME Francesco	VENUTO Giacomo
CORRENTI Odile	OTT JOHANNES A	ZAGARI Marco
DI MAITA Marco	RAPISARDA Antonio	ZAGARI Silvio Antonio

### **ANESTESISTI**

COCO Mauro Orazio  
FERLAZZO Giuseppe  
GRASSO Dante  
TERRANOVA Costantino

### **MEDICI ALTRI RUOLI**

LISI Francesco (Cardiologo)

### **LABORATORIO ANALISI**

STRANO Francesca (Biologo)

### **ORTOTTISTI**

BARBAGALLO Elisa  
BRUNO Barbara  
CANELLI Federica Cristiana  
CATANIA Giovanni Vincenzo  
FRANCAVIGLIA Alessia  
GRASSI Elena  
MARCHESE Giuliana  
MARITATO Valeria  
PALERMO Luca  
PELLEGRINO Agnese  
RAPAGLIÀ Melissa  
RIVA Federica  
SANTORO Maria  
SCILIO Cristina  
TURNATURI Caterina  
URSINO Tatiana

### **Coordinatore Degenze**

ORFILA Rosaria  
Infermiera Professionale

### **Coordinatore S.O.**

FORCISI Antonio  
Infermiere Professionale

### **INFERMIERI PROFESSIONALI**

ANTONAZZO Roberta  
BEJENARU Simona Diana  
CORBINO Aurelio  
D'AGOSTINO Daniela  
FORTE Lidia  
GALLETTA Antonina Maria Laura  
MUREDDU Elisa  
MUSCUSO Antonina  
SICOVA Renata  
ZINNA Rosy

### **ALTRI RUOLI**

CATALDI Marco  
MOTTA Maria  
PAGLIARO Ornella  
PEZZINO Maria  
STABILE Concetta  
TRECCARICHI Maria Nunziatina  
VADALÀ Grazia  
VALASTRO Giovanna

### **AMMINISTRATIVI**

DI STEFANO VELONA Corrado (Coordinatore)  
GERACE Antonio  
VILLARÀ Saverio (Segreteria Accettazione Ricoveri)



# MORGAGNI CHECK POINT

Piano Primo: POLIAMBULATORIO - SERVIZIO CHECK UP  
Piano Terra: DAY HOSPITAL RIABILITAZIONE  
PISCINE MEDICALIZZATE

FITNESS BY



Contatti Presidenza Policlinico: 095 238256  
095 238426 - 095 238 245

Direzione Sanitaria: 095 587 66 47



## Guida ai Servizi



CENTRO  
CLINICO  
DIAGNOSTICO

**G.B. Morgagni**  
CASE DI CURA

POLICLINICO

Il Poliambulatorio opera dal 2020. Eroga prestazioni in regime privato e assicurativo. È un Presidio distaccato del Policlinico “G.B. Morgagni” Case di Cura S.r.l che inizia la sua attività nel febbraio 1972, su precedente esperienza nella Casa di Cura San Giuseppe in Lavina che aveva operato dal 1963 al 1966 ad Aci Bonaccorsi (CT) e successivamente a Catania nell'attuale area Via del Bosco 105, fino al 1969, anno in cui demolita la vecchia struttura, fu costruita l'attuale, grazie a donazione del Prof. Emilio Castorina (1900-1978). È organizzata al fine di operare con finalità diagnostica e terapeutica in regime ambulatoriale o di ricovero.

Persegue inoltre finalità scientifica.

Il Policlinico è intitolato a Giambattista Morgagni.

Giambattista Morgagni, anatomico e medico, nacque a Forlì il 25 febbraio 1682. A 19 anni si addottorò in filosofia e medicina a Bologna. Nel 1712 fu chiamato a Padova a insegnare Medicina nello Studio Universitario.

Eccelse negli studi anatomici occupandosi di struttura di laringe, cuore, organi genitali, ghiandole, organi di senso.

Fu anatomo-patologo e medico, eccellendo nelle cardiopatie e nelle patologie vascolari. Descrisse, per primo, il caso di Anastasio Poggio, sacerdote di 68 anni, da inquadrare nella patologia del blocco atrio ventricolare, quella che oggi si cura col pace-maker, ancora denominata MAS cioè sindrome di Morgagni e associata più tardi ai nomi di Adams e Stokes.

La sua opera più celebre è il libro in 5 volumi “De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis”. Gran merito scientifico del Morgagni fu propugnare il metodo della osservazione anatomica per giustificare il sintomo, nel tempo in cui dominavano in medicina concetti astratti, più filosofici-metafisici, che anatomo patologici.

Morì il 5 dicembre 1771.



## IL MORGAGNI CHECK POINT POLIAMBULATORIO

è costituito su una superficie di 600 metri quadri, da nove ambulatori polispecialistici e da un laboratorio di analisi, ha come obiettivo quello di porre al centro della propria attività l'esigenza del paziente, il suo stato di salute, con l'attenzione umana e la competenza professionale, nel rispetto della dignità e della privacy, necessaria a soddisfare ogni bisogno di diagnosi e cura, attraverso un'equipe sempre volta all'analisi dei risultati e a perseguire il miglioramento della qualità, attraverso l'applicazione condivisa di principi etici.

Il Poliambulatorio intende perseguire l'eccellenza mediante la formazione continua, l'implementazione delle prestazioni e delle dotazioni strumentali, la qualità nell'erogazione delle prestazioni nella sfida continua volta all'abbattimento delle liste d'attesa delle prestazioni di diagnostica.

Le prestazioni sono rese tutte in regime privato o a copertura assicurativa.

Attualmente il Poliambulatorio si caratterizza per l'ampia gamma di prestazioni tale da renderlo un punto di riferimento specialistico multidisciplinare completo ed efficace per le esigenze degli utenti.

Gli obiettivi del Poliambulatorio sono i seguenti:

- ✔ garantire l'efficacia e l'efficienza dei processi aziendali ambulatoriali e la qualità del servizio erogato attraverso l'utilizzo di risorse professionali e tecnologiche adeguate;
- ✔ mantenere e implementare un Sistema Qualità;
- ✔ soddisfare le esigenze dell'utenza rispetto alle tipologie e ai volumi di prestazioni richieste, nell'obiettivo di ridurre i tempi d'attesa, in particolare per le prestazioni diagnostiche ambulatoriali;
- ✔ garantire il rispetto del tempo;
- ✔ raggiungere e mantenere gli standard di prodotto e di servizio così come programmati, con il fine di perseguire un miglioramento continuo.

Con frequenza trimestrale il responsabile per la Qualità analizzerà le risposte ai questionari rese dagli utenti, inoltrandoli alla Direzione che provvederà alla soluzione di eventuali fonti di disservizi e insoddisfazioni.





## **Ambulatori Specialistici**

- « **Allergologia e Immunologia**
- « **Cardiologia**
- « **Chirurgia**
- « **Dermatologia**
- « **Diabetologia**
- « **Ecografia**
- « **Fisiatria**
- « **Gastroenterologia**
- « **Ginecologia**
- « **Neurologia**
- « **Oculista**
- « **Oncologia**
- « **Ortopedia**  
Chirurgia della Mano
- « **Otorinolaringoiatria**  
Audiometria
- « **Pneumologia**
- « **Psicologia**
- « **Urologia**
  
- « **Laboratorio Analisi**
  
- « **Check Up Multidisciplinare**





## Sezione Piscine Medicalizzate

### **Unità di Riabilitazione – Piano Terra del Check Point**

Morgagni Check Point si estende su un'area di circa 1000 mq, e mette a disposizione dei suoi utenti una piscina per terapie avanzate di idrokinesi di oltre 50 mq, ove l'acqua raggiunge, per le finalità proprie dei trattamenti, circa 32 °C, oltre ad una seconda piscina di oltre 100 mq dedicata ad una fase due di riabilitazione per i trattamenti in acqua con una temperatura fino a 29 °C anche finalizzata al benessere ed al nuoto libero;

Sono presenti strumentazioni e macchinari per la piena funzionalità articolare e muscolare oltre ad una moderna sala attrezzi ove è possibile praticare attività di cardio fitness e tonificazione muscolare.

Le ammissioni alle cure sono svolte da personale medico specialista-fisiatra e per la palestra con programmi di fitness dedicati anche a chi ha limitazioni funzionali o problematiche peculiari.

Le attività di wellness in acqua comprendono: Scuola nuoto, Nuoto libero e perfezionamento per adulti, Water circuit, Aquapilates, Aquagym, Idrobike e Idrokinesi in fase due.





## Prestazioni di riabilitazione

- ◀ DH Riabilitativo
- ◀ Prestazioni Fisioterapiche
- ◀ Riabilitazione pre operatoria e post intervento ortopedica e neurologica
- ◀ Riabilitazione patologie interventistiche flogistiche, croniche e degenerative
- ◀ Idrochinesi terapia
- ◀ Visita fisiatrica
- ◀ Riabilitazione Pavimento Pelvico
- ◀ Riabilitazione Respiratoria





Il Check Point, Sezione Piscine Medicalizzate, opera collaborato dall'esperienza di 4SPA Sport oltre che nel campo della Riabilitazione Postraumatica proponendo i seguenti corsi e attività:

- ◀ ACQUATICITÀ NEONATALE: dal quarto mese fino ai 3 anni tra le braccia del genitore
- ◀ CORSO PER GESTANTI: dal quarto mese
- ◀ PSICOMOTRICITÀ IN VASCA PICCOLA: dai 3 ai 6 anni: percorsi psicomotori ed attività natatoria propedeutica
- ◀ SCUOLA DI NUOTO dai 7/12 ANNI IN VASCA GRANDE: apprendimento dei quattro stili ed avviamento alle discipline del nuoto, della pallanuoto, del nuoto sincronizzato, del salvamento
- ◀ NUOTO ADULTI: corsi di apprendimento e perfezionamento delle tecniche natatorie, allenamento per le qualità fisiche
- ◀ FITNESS ACQUATICO con IDROBIKE, TRADMILL, JUMP, piccoli attrezzi
- ◀ ACQUA GYM e ACQUA PILATES
- ◀ RFA: attività fisico motoria adattata in acqua, trattamenti personalizzati per terza età, grave sovrappeso, dolorabilità neuro-muscolare.

Prosecuzione delle attività successive ai cicli di riabilitazione.

Iniziative finalizzate al benessere sociale attraverso l'esercizio fisico strutturato ed adattato.







Morgagni Check Point percorre a garanzia del paziente per prima un nuovo itinerario attraverso la coniugazione di procedure di cura e riabilitazione a componente clinica significativa, con pratiche legate al wellness in una prospettiva in cui i nuovi stili di vita esercitano un preminente ruolo di prevenzione per il mantenimento dello stato di salute posseduto o riconquistato.

L'accesso ai trattamenti solo dietro invio ed accettazione da parte di un medico-clinico, consente di definire il più appropriato percorso di riabilitazione per pazienti.





Il vasto e rilevante ventaglio di indicazioni offerte dagli esiti di grandi traumi, alle gravi cronicità e al recupero della postura, in Fisiatria, Ortopedia, Neurologia e non solo, troverà indicazione in trattamenti fisiokinesiterapici a secco e in piscina terapeutica; raggiunto il livello di guarigione atteso sarà possibile mantenere lo stato di benessere attraverso programmi personalizzati in palestra e piscina finalizzati al mantenimento dello stato di salute attraverso la prevenzione.

Per assecondare una logica in cui il trattamento di cura e riabilitazione e la condizione di benessere non comunichino con una sorta di porta girevole continua ma al contrario assecondino un ideale transito verso il miglior equilibrio finalizzato alla salute come stato completo di benessere, Morgagni Check Point offrendo l'expertise clinico dell'insieme dei propri professionisti, ha inteso avvalersi della partnership di 4 SPA che rappresenta nel territorio catanese una nota azienda leader nella conduzione di impianti sportivi e si avvale di una compagine sociale, costituita da personale di grande esperienza e di elevata professionalità.





L'ambiente acquatico è un setting terapeutico ideale in cui, un Fisioterapista esperto di Idrokinesiterapia, può effettuare un lavoro di grande valenza riabilitativa enfatizzando al massimo il recupero motorio dei pazienti. La Riabilitazione in acqua che per la particolarità stessa dell'acqua da piacere fisico, crea una motivazione ed interesse nel paziente spesso costretto a lunghi percorsi riabilitativi.

L'idrokinesiterapia è una prestazione sanitaria prescritta dal Medico Specialista, svolta da Fisioterapisti specializzati; è un modello riabilitativo che si basa sul movimento in acqua e rappresenta l'unione di tecniche diverse per trattamenti terapeutici eseguiti in acqua riscaldata.

## Benefici dell'idrokinesiterapia

Grazie alle qualità fisiche dell'acqua (galleggiamento, pressione idrostatica e viscosità), è possibile agire sul carico, riassorbimento degli edemi, rilassamento muscolare e potenziamento muscolare.

I benefici ottenuti grazie alla terapia in acqua influiscono sui seguenti sistemi:

- ▶ muscoloscheletrico;
- ▶ cardiovascolare;
- ▶ nervoso;
- ▶ respiratorio.

## Quando sottoporsi a idrokinesiterapia

L'idrokinesiterapia è raccomandata nelle prime fasi dei programmi riabilitativi dopo interventi chirurgici, per riprendere in maniera corretta i movimenti spontanei. Questa terapia in acqua viene associata, spesso, alla riabilitazione a secco o utilizzata come unico trattamento. È anche indicata per svolgere eser-





cizi in scarico parziale o totale, facilitando l'esecuzione di movimenti che a secco sarebbe difficile da effettuare. Le sedute di idrokinesiterapia in acqua calda a 32/34°C rivestono un importante ruolo terapeutico in caso di rigidità articolari, algie articolari, spasticità, purché siano sempre osservati i principi fondamentali della rieducazione: il non dolore; il rispetto dei movimenti richiesti; il rispetto delle pause e del ritmo nell'esecuzione degli esercizi. Le sedute possono essere svolte quotidianamente oppure a giorni alterni secondo indicazione del Medico Specialista, e del Fisioterapista con cui è necessaria una stretta collaborazione, in quanto il lavoro di equipe è indispensabile per ottenere risultati ottimali". Gli esercizi vengono selezionati dal Fisioterapista in base ai casi clinici ed indicati al paziente attraverso un protocollo individuale personalizzato. Le pause di recupero tra i vari esercizi rivestono un ruolo fondamentale per ottenere un totale relax, obiettivo primario per un trattamento ideale.

Le patologie che possono essere trattate in piscina riabilitativa sono le seguenti:

#### **In ambito Ortopedico**

- ◀ Rigidità articolari: Spalla, Ginocchio, Anca, Colonna
- ◀ Artrosi: Spalla, Ginocchio, Anca, Colonna
- ◀ Artrite reumatoide
- ◀ Post. Chirurgico: Spalla, Ginocchio, Anca, Colonna

#### **In ambito Neurologico**

- ◀ Traumi o Patologie del Sistema Nervoso Centrale e Sistema Nervoso Periferico (adulto e bambino).

#### **In ambito Chirurgico**

- ◀ In seguito ad interventi di Mastectomia radicale
- ◀ In Bariatrica (obesità)





## Prestazioni Fitness

### PISCINE

- ◀ Nuoto libero
- ◀ Scuola nuoto
- ◀ Perfezionamento adulti
- ◀ Idrokinesi fase due

### CORSI ACQUA FITNESS:

- ◀ Water circuit
- ◀ Acquapilates
- ◀ Idrobike
- ◀ Aquagym





## Accesso al ricovero in DH riabilitativo

I ricoveri sono effettuati su prenotazione (per informazioni contattare il num. 095 6177890 tutti i giorni non festivi), sono programmati e prevedono una preliminare valutazione fisiatrica.

L'utente il giorno del ricovero in DH di riabilitazione si presenterà:

- munito di documento di riconoscimento, codice fiscale e con la prescrizione del proprio medico curante;
- sarà accolto da una segreteria di accettazione che lo avvierà al reparto;
- all'inizio del primo accesso oltre alla valutazione fisiatrica, si effettuerà un esame ematochimico, la rilevazione della pressione arteriosa e verrà eseguito un elettrocardiogramma;
- nell'ultimo accesso oltre al trattamento riabilitativo, sarà prevista anche una valutazione fisiatrica finale, e un esame radiografico se necessario.

Talune procedure sono convenzionate col SSN, altre no.

Le visite fisiatriche sono effettuate da medici specialisti.

Gli accompagnatori possono soggiornare in sala d'attesa o al bar presente nella struttura nel rispetto delle norme di distanziamento sociale.







## Qualità

L'attività di riabilitazione di Morgagni Check Point, in coerenza con la politica per la qualità del Centro Clinico Diagnostico Morgagni, nelle proprie procedure interne è caratterizzata da sistema di gestione qualità conforme alla norma ISO 9001.

Le finalità del sistema di assicurazione della qualità sono:

- eticità nel senso di correttezza professionale e attenzione nei confronti degli utenti;
- competenza derivante dall'utilizzo di procedure cliniche di comprovata efficacia e legate alle evidenze;
- soddisfazione delle aspettative dell'utente attraverso il miglioramento continuo delle performances;
- efficienza dei Servizi erogati a mezzo della verifica dei risultati raggiunti con l'impiego dei migliori mezzi e risorse umane.





## In regime Assicurativo operano:

- « Aon Hilt
- « Allianz AWP
- « Allianz Health (Pulse)
- « Allianz (SAS)
- « Assirete (Day Medical - Assirecre)
- « Blue Assistance (Reale Mutua - Egida - Fasi - Pegasus - Zurich Vita - Clinica Amica)
- « Cesare Pozzo
- « Healt Assistance (ex Coop Salute)
- « Double You S.r.l.
- « Easywelfare
- « Europe Assistance Service (Toro - Cattolica - Cattolica On line - Zurigo - Maeci - Duomo - Assitalia - Gruppo Fiat - Cattolica Previdenza - Gruppo Unicredit)
- « Fondo Salute - Cesare Pozzo
- « Generali Weilon S.C. ARL
- « International S.O.S. - Tricare
- « Inter Partner Assistance (Axa Assicurazioni)
- « Mapfre Warranty (Cattolica - Fondo Inarcassa)
- « Medicall Italia S.r.l.
- « Medic4all
- « Med 24
- « Migliore Salute
- « Mondial Assistance (Assitalia - Gan Italia - Meie - Maeci - La Nazionale - Prevised Duomo - Liguria)
- « My Assistance - AXA Caring
- « My Rete (Dimservice) - My Marsh
- « Nobis (Compagnia di Assicurazione)
- « Pronto Assistance Servizi
- « PRO.GE.SA. (For All/Allianz)
- « RBM Previmedical
- « SARA Assicurazioni
- « Sistemi Sanitari - Sanicard Fondiaria SAI (Fondiaria - Milano Assicurazioni - Previdente - Bavaria - Geas - Systema Terra)
- « UNISALUTE (Sisasalute)
- « UNIPOL SAI
- « WIT Divisione Salute
- « VIS

### CASSE E FONDI INTEGRATIVI

- « Banca d'Italia (Check up)
- « CASPIE
- « CASAGIT (Giornalisti Italiani)
- « CASAGIT SERVIZI
- « Cassa Forense (Generali per Avvocati)
- « Consorzio Musa
- « F.A.S.D.A.C. (Dirigenti Aziende Commerciali)
- « F.I.S.D.E. (Dipendenti Enel)
- « F.N.D.A.I. (Dirigenti Aziendali Industriali)
- « F.I.M.I.V. (Società Mutuo Soccorso)
- « Fondo Salute
- « Galeno (Cassa Autonoma di Previdenza e Assistenza Integrativa di Medici e Odontoiatri)
- « PRO.GE.SA. - S.A.S.
- « Praesidium Famiglie (Medici e Odontoiatri)

### VOUCHER

- « Edenred Italia S.r.l.
- « My Net

### ALTRO

- « Centro Diagnostico Italiano
- « Consorzio Opi (Leonardo Spa)
- « Edison
- « Istituto Zooprofilattico Sicilia
- « Philips
- « Poste Italiane
- « St-Microelectronics
- « Tim



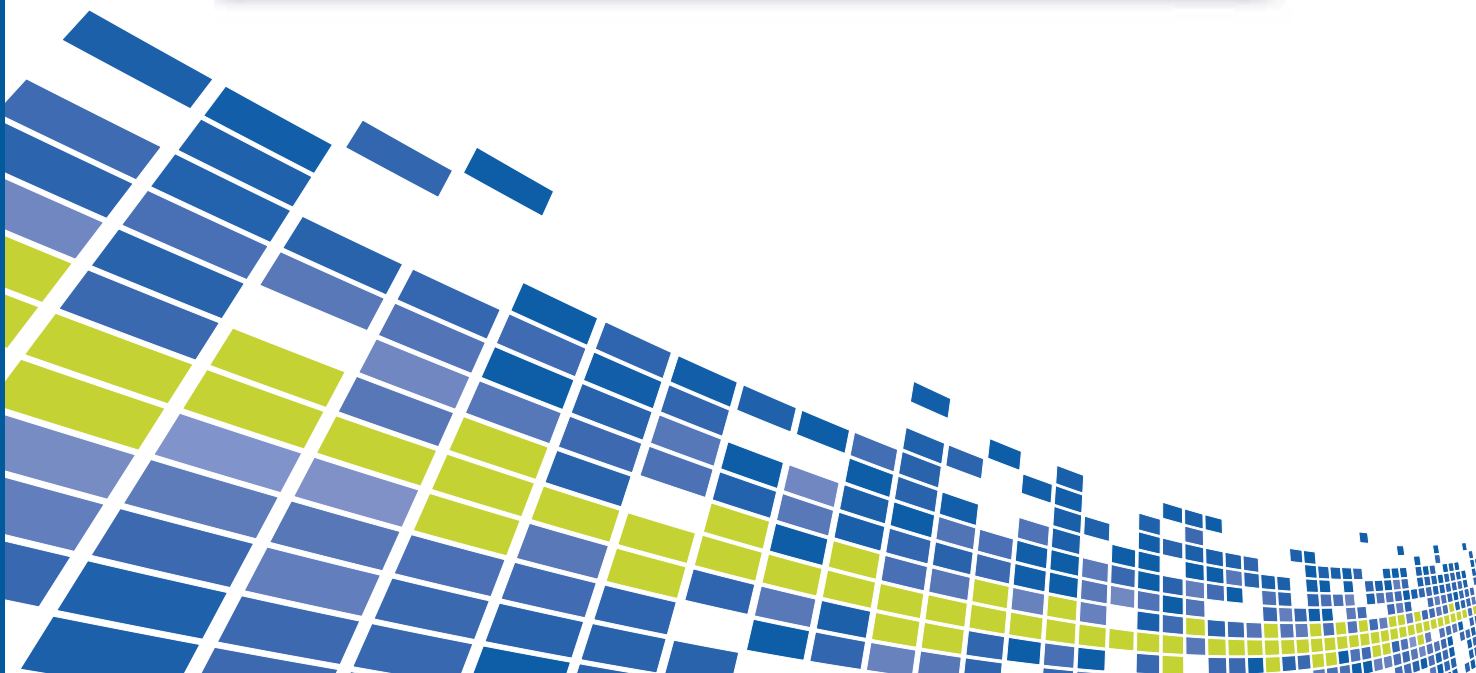
## Servizio Aziendale Shuttle

BUS NAVETTA

ORARIO CONTINUATO 8,00-20,00

Per eventuale collegamento  
con l'Autista

Tel. 095 3286348





**CITTÀ METROPOLITANA DI CATANIA**  
**Comune di San Gregorio di Catania**  
**Via XX Settembre, 89 - 91**  
**(Via Sgroppillo - Catania)**

**MORGAGNI CHECK POINT POLIAMBULATORIO - CHECK UP (Piano Primo)**

Info: 095 6178848

E-mail: [accettazione@morgagnicheckpoint.it](mailto:accettazione@morgagnicheckpoint.it)

**MORGAGNI CHECK POINT PISCINE MEDICALIZZATE (Piano Terra)**

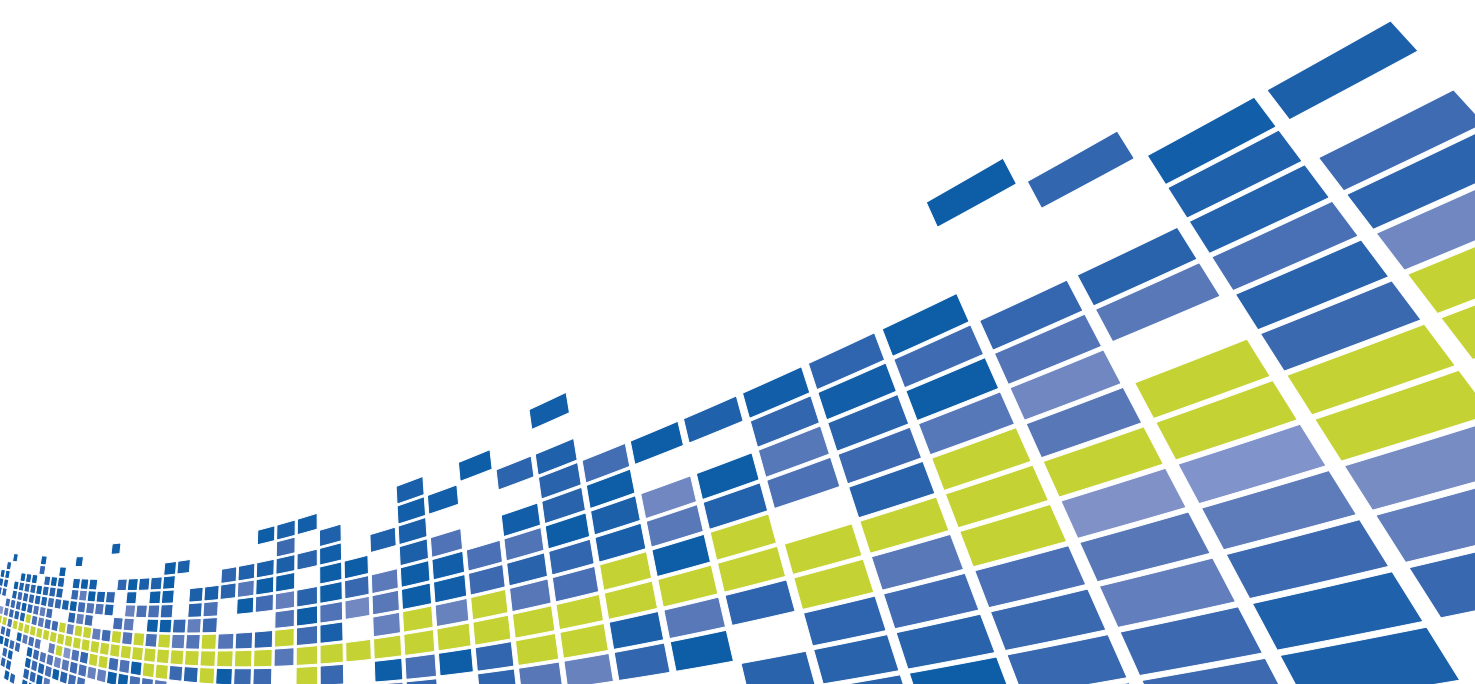
Info: 095 6177890

Reception Piscina: 095 6175060 - Riabilitazione: 095 6146355

[accettazioneriab@morgagnicheckpoint.it](mailto:accettazioneriab@morgagnicheckpoint.it)

[fitness@morgagnicheckpoint.it](mailto:fitness@morgagnicheckpoint.it) - [riabilitazione@morgagnicheckpoint.it](mailto:riabilitazione@morgagnicheckpoint.it)

[www.policlinicomorgagni.it](http://www.policlinicomorgagni.it)





CENTRO CLINICO DIAGNOSTICO **G.B. Morgagni** POLICLINICO  
CASE DI CURA S.r.l.

Città Metropolitana di Catania  
San Gregorio di Catania

Presidente:  
Prof. CASTORINA Sergio

Amministratore Delegato  
Dr. CASTORINA Riccardo



## MORGAGNI CHECK POINT - SMART WARD

### DAY HOSPITAL RIABILITATIVO

Direttore Sanitario: GUGLIELMINO Claudia (M.D. Fisiatra)

#### UNITÀ DI RIABILITAZIONE PALESTRE E PISCINE MEDICALIZZATE

Coordinatrice Responsabile:  
SANFILIPPO Debora (Dr. Scienze della Riabilitazione)

#### FITNESS FOUR SPA

Direttore Tecnico:  
Salvatore SCEBBA (Dr. Scienze Motorie)

#### FISIATRA

GUGLIELMINO Claudia  
(M.D. Fisiatra)

#### FISIOTERAPISTI

ZAPPULLA Gioacchino (Coordinatore)  
MIDOLO Ornella  
RICCI Sarah  
PISCIOTTA Maria Rita

#### ACCETTAZIONE

CRISCI Angela

DATO Carmen

DI CHIARA Clara

#### KINESIOLOGI

BASILE Fabrizio

SANFILIPPO Domenico

MELLITTI Alessio

### POLIAMBULATORIO

#### UNITÀ DIAGNOSTICA

Direttore Tecnico: FARRUGGIO Michele (M.D. Cardiologo)

#### UNITÀ MEDICINA PREVENTIVA CHECK UP

Medico Responsabile: D'ANNA Luigia (M.D.)

#### ALLERGOLOGIA

VISCUSO Tiziana

#### ANGIOLOGIA

FICILI Tiziana

#### AUDIOMETRIA

DAMIGELLA Sonia

#### CARDIOLOGIA

BIANCA Innocenzo  
FARRUGGIO Michele  
IMMÈ Sebastiano  
LIBERTI Francesco  
RUBINO Vincenza Elisabetta  
TAMBURINO Claudia  
VIRGILLITO Sebastiano

#### CHIRURGIA

CANNIZZARO Matteo (M.D. Tiroide)  
LIARDO Giuseppe (M.D. Plastica)  
RUSSELLO Domenico (M.D. Generale)

#### DERMATOLOGIA

DALL'OGGIO Federica  
SORBELLO Francesco

#### DIABETOLOGIA

AMORE Maria Grazia

#### INFERMIERI PROFESSIONALI

CASTORINA Stefania  
FISCHELLA Maria Elena

#### ECOGRAFIA

SCUDERI Mario  
(M.D. Specialista in Radiologia e  
Chirurgia Generale)

DI STEFANO VELONA Anna Lea  
(M.D. Specialista in Radiologia)

CALÌ Vincenzo  
(M.D. Spec. in Medicina Generale)

#### GASTROENTEROLOGIA

MONTEROSSO Nicola

#### GINECOLOGIA

AMODEO Antonina  
SANTONOCETO Maria Antonella  
TESTONI BLASCO Alessandra

#### NEUROLOGIA

LANAIA Filippo  
TARASCONE Maria  
VISCUSO Antonino

#### OCULISTICA

LANZAFAME Francesco  
MESSINA Salvatore

#### ONCOLOGIA

PETRALIA Giuseppina  
PAPPALARDO Alessandro  
SCUDERI Maria Cristina

#### ORTOPEDIA

GRIMALDI Alfio  
IOPPOLO Francesco  
CASSARINO Massimo

#### OTORINOLARINGOIATRIA

NERI Vincenzo

#### PATOLOGIA DELLA MANO

CATANA Giuseppa

#### PNEUMOLOGIA

DI MAURO Camillo  
PRIVITERA Maria Luisa

#### PSICOLOGIA

SPADA Michele

#### REUMATOLOGIA

PRICOCO Claudia

#### UROLOGIA

COSTANZO Vincenzo  
LOPES Maria  
MINALDI Giancarlo

#### COLLABORATORI ALTRI

##### RUOLI

AVOLA Chiara  
BALSAMO Salvatore  
CARUSO Giuseppina  
CARUSO Katuscia  
MARCHESE Marco  
PETRALIA Luigi  
SAPIENZA Maria

#### RUOLI AMMINISTRATIVI

ARAGONA Anna  
CHIARA Maria Rosa  
D'ANNA Isidoro  
SPAMPINATO Agnese  
TRISCARI Matilde



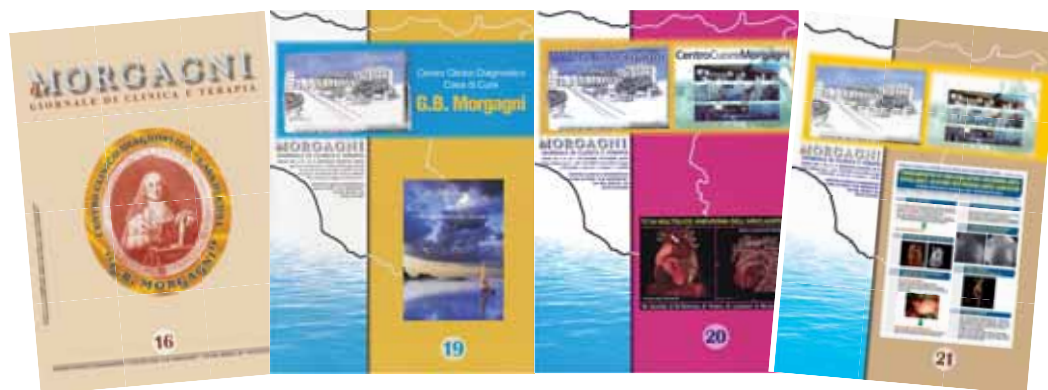
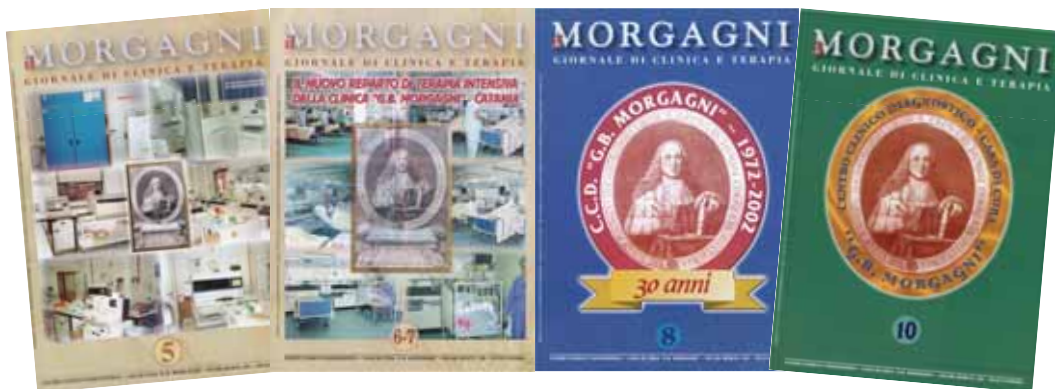
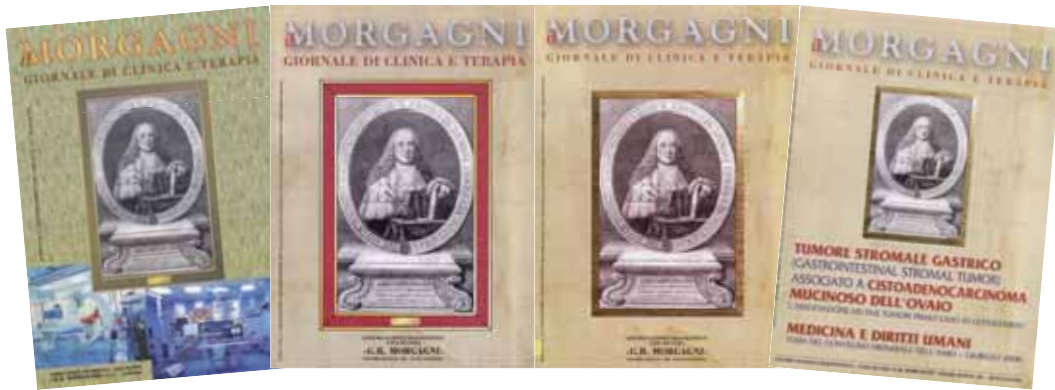
## 1988: “Il Morgagni”: Giornale di Clinica e Terapia

Viene ripresa la testata de “Il Morgagni” giornale indirizzato al progresso della Medicina, edito a Napoli tra il 1868 e il 1900, diversificandosene considerato che il “nostro” Giornale raccoglierà solo i casi di clinica e le proposte di soluzioni organizzative sperimentate nelle nostre strutture (all’epoca il Polispécialistico di Catania Barriera e il Centro Cuore - Morgagni Nord in Pedara) cartaceo fino al 2006 online.

Il Giornale veniva diffuso tra i colleghi iscritti all’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia. Dal 2017 viene trasferito e diffuso sul “Portale”.

L’indice “sinottico” ne illustra le finalità: presentazione e discussione sulla diagnostica e approccio terapeutico ai casi clinici: sviluppo del senso di vigilanza ai fini della prevenzione dei rischi oltre che approfondimenti progettuali della mission dell’Istituto Ospedaliero.

Nell’indice il filo conduttore espressione e documentata del progetto di trarre dalla esperienza quotidiana spunti di riflessione per discutere le scelte delle procedure e ripensarle con spirito critico costruttivo per realizzare l’interesse globale del paziente affidatoci. Gli argomenti non si correlano solo ai casi clinici occorsi ma includono argomenti che fanno riferimento discutendoli alla soluzione di processi organizzativi e confronto su delicati aspetti bioetici della professione. Riporterò avanti alcuni estratti indicativi di quella che è stata ed è la nostra visione aziendale: il rispetto della persona umana inferma e l’interesse per il suo benessere globale antepo- nendo a qualunque altro interesse l’etica della presa in carico dell’infermo dal principio della manifestazione della malattia alla conclusione: guarigione, riabilitazione e se nel caso di evento avverso discreto e amorevole accompagnamento.





## Indice

SPECIALITÀ	AUTORE	Anno	N.
<b>ANATOMIA CLINICA</b>			
Il Vomito	S. Castorina	I	2-3
La Tosse	S. Castorina	II	1-2
Le Articolazioni	S. Castorina	II	3
Circoli Arteriosi nell'intestino crasso	S. Castorina, R. Castorina	III	5
La Minzione	S. Castorina	IV	6-7
Fisiopatologia della minzione	M. Matera, G. Costantino	IV	6-7
Spunti per uno studio di anatomia clinica del torace	S. Castorina	IX	13
Anatomia e video chirurgia La sua seconda edizione Catania 12 novembre 2004	S. Castorina	X	15
<b>ANESTESIA</b>			
L'anestesia caudale in chirurgia pediatrica	V. Bagnara, S. Cacciaguerra A. Di Benedetto, G. Vasta, S. Ficicchia, P. Battaglia	I	2-3
Dalla Neuroleptoanalgia alla naropina	B. Branciforti, G. Spata, S. Giuffrida, G. Catana	II	1-2
L'epidurale continua in età pediatrica	S. Ficicchia, P. Battaglia, G. Vasta, V. Bagnara, S. Cacciaguerra, A. Di Benedetto	II	1-2
Anestesia pediatrica in laparoscopia	S. Castorina, S. Ficicchia, P. Battaglia, G. Vasta, S. Cacciaguerra, V. Bagnara, A. Di Benedetto.	II	3
Intubazione difficile	M.L. Pavone, G. Fragetta, M. Scivoli, P. Battaglia, S. Ficicchia	II	3
Problematiche anestesilogiche nella epidermolisi bollosa	S. Ficicchia, P. Battaglia, M.L. Pavone, G. Fragetta, M. Scivoli	III	5
Il nostro protocollo nella prevenzione dell'embolia gassosa in laparoscopia	S. Castorina, R. Azzolina, S. Ficicchia, P. Battaglia, G. Fragetta, M.L. Pavone, M. Scivoli	III	5
Fattori di rischio e complicanze nell'anestesia sub-aracnoidea	R. Azzolina, P. Battaglia, F. Fragetta, S. Ficicchia, M.L. Pavone, M. Scivoli	III	5
Esperienza perioperatoria in bambino cardiopatico per chirurgia non cardiaca	D. Raso, O. Pennisi, S. Ficicchia, P. Battaglia, S. Guarnera	IV	6-7
L'endoscopia digestiva in sedazione	S. Ficicchia, G. Siracusa	IV	6-7
Sevorane in età pediatrica. Casistica Personale dal '97 al '00	S. Ficicchia, P. Battaglia, S. Cacciaguerra, V. Bagnara, G. Vasta, A. Di Benedetto	IV	6-7
Analgesia in età pediatrica	S. Ficicchia, G. Fragetta, M.L. Pavone, P. Battaglia	V	8
Nostri protocolli nel dolore post-operatorio	S. Ficicchia, M.L. Pavone, G. Fragetta	V	8
Marcaina Iperbarica allo 0,5%	S. Ficicchia, G. Fragetta, M.L. Pavone, P. Battaglia	V	8
Medicina del dolore	Atti del 10° Congresso Nazionale Dolore e Assistenza Infermieristica. Atti del 15° Congresso Nazionale della Società Italiana dei Clinici del Dolore Corsi di Advanced Algology	VIII	12
Anestesia nell'obesità grave	S. Ficicchia, V. Schirò, R. Azzolina, S. Castorina	XII	19
Indicazione all'anestesia loco-regionale in ortopedia	R. Azzolina, V. Schirò	XII	19
<b>BIOLOGIA MOLECOLARE ONCOLOGICA - RICERCA</b>			
Il carcinoma del colon-retto: attualità e ricerca	G. Privitera	XII	19

SPECIALITÀ	AUTORE	Anno	N.
Ibridazione in Situ Fluorescente (FISH): applicazioni in oncologia	T. Luca, G. Privitera	XII	20
Fattori prognostici e predittivi nel carcinoma coloretale: quali informazioni dall'analisi del DNA genomico tumorale?	V. Barresi, N. Musso, C. Capizzi, G. Privitera, T. Luca, S. Castorina, R. Castorina, D. Condorelli	XIV	25
<b>CARDIOCHIRURGIA E CHIRURGIA VASCOLARE</b>			
Procedura di alcolizzazione dei rami settali per il trattamento della cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva	S. Tolaro, F. Amico	I	2-3
La rivascularizzazione carotidea	A. Lomeo, A. Bartoloni, A. Scolaro, G. Cacciaguerra	I	1
Approccio mini-invasivo nella correzione delle cardiopatie congenite semplici	A. Cavallaro, G. Scalzo, S. Guarnera, M. Contarini, R. Dipasquale, R. Venuto, A. Pulvirenti, P.M. Sciuto, G. Bartoloni, L. Patanè	I	1
La chirurgia degli aneurismi della aorta addominale sottorenale	A. Lomeo, A. Bartoloni, A. Scolaro, G. Cacciaguerra	I	1
Un caso di valvuloplastica polmonare percutanea in paziente con tumore carcinoide	S. Guarnera	I	1
Su un caso dell'embolia polmonare. Cooperazione tra le strutture accreditate collegate C.C.D. Morgagni e Centro Cuore Morgagni	G. Failla	I	1
Servizio di emodinamica. Dati attività '97 innovazioni ed attività scientifica	S. Tolaro	I	1
Tetralogia di fallot: aspetti controversi. Seminario	G. Scalzo, R. Dipasquale, S. Guarnera, L. Patanè	I	2-3
L'angioplastica coronarica percutanea primaria nel trattamento dell'IMA	A. Stabile	Suppl. II	1-2
Supporto circolatorio meccanico nell'insufficienza ventricolare sinistra post IMA	G.B. Danzi, C. Capuano, L. Fiocca, E. Quaini	Suppl. II	1-2
La cardioversione atriale endocavitaria	G. Distefano, M. Pricoco, S. Tolaro	III	5
Difetto interventricolare e stenosi polmonare in cardiologia pediatrica. Droit de Réponse	S. Guarnera	III	5
A Proposito di Chirurgia dell'Aorta	XII Congresso della Società Italiana di Cardiocirurgia Bologna 6-9 nov. 2014 - Lettura magistrale. A. Pierangeli	VII	11
Endocardite Infettiva. A proposito di un caso sottoposto ad intervento cardiocirurgico. Nostra esperienza	S. Tribastone, B. Aloisi, M. Barillà, G. Laudani, M.G. Sorbello, L. Patanè	IX	13
Pseudoaneurisma ventricolare sinistro post-infartuale	M. Gentile, S. Tolaro, V. Di Simone, A. Pulvirenti, V. Riccioli, G. Greco	XII	20
Aneurisma dell'aorta ascendente e dell'arco aortico	M. Gentile, V. Di Simone, A. Pulvirenti, A. Rocca, S. Tolaro	XII	20
Aneurisma dissecante arteria succlavia sinistra in pseudocoartazione dell'arco aortico con arteria succlavia lusoria: trattamento ibrido	M. Gentile, S. Tolaro, D. Sangrigoli, G. Greco, M. Salcuni, G. Laudani, V. Riccioli, A. Pierangeli	XII	20
Aneurisma dell'arco aortico e dilatazione dell'aorta ascendente	M. Gentile, V. Di Simone, S. Tolaro, G. Laudani, V. Riccioli	XII	20
Progressione accelerata di Aterosclerosi multidistrettuale	S. Guarnera	XII	20
Indicazioni alla endarterectomia carotidea nei pazienti sintomatici con stenosi carotidea: l'evidenza	C. Cinà	XII	20
La conquista del Monte Everest e la Chirurgia Vascolare nel XXI secolo	C. Cinà	XIII	23
Arteriopatia ostruttiva degli arti inferiori: storia naturale, sintomi e diagnosi	C. Cinà, L. Sfogliano	XIII	23
Arteriopatia ostruttiva degli arti inferiori: prevenzione e trattamento medico	C. Cinà, S. Tolaro, B. Aloisi	XIII	23





SPECIALITÀ	AUTORE	Anno	N.
Arteriopatia ostruttiva degli arti inferiori: trattamento interventistico	C. Cinà S. Tolaro, B. Aloisi	XIII	23
Gli aneurismi addominali rotti: importanza del problema e strategie per migliorare la sopravvivenza	C. Cinà	XIII	23
Lo screening per gli aneurismi aortici riduce la mortalità nei pazienti anziani	C. Cinà	XIII	23
Aneurismi delle arterie viscerali	C. Cinà	XIII	23
La ministernotomia: un approccio chirurgico efficace per la chirurgia dell'arco aortico e dei suoi rami	C. Cinà	XIII	23
Indicazioni all'endarterectomia carotidea nei pazienti con stenosi carotidea asintomatica: l'evidenza	C. Cinà	XIII	23
Gli ACE Inibitori inibiscono l'espressione della Chinasi regolata da segnali extracellulari	C. Cinà, Joan C Krepinsky, Alistair Ingram, D. Cinà	XIII	23
Un aneurisma del tronco brachio-cefalico sistemico coll'aorta datato 1910. Ricordi e riflessioni nel centenario della fondazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi (1910 - 2010)	S. Castorina	XIII	23
Gli aneurismi dell'arteria poplitea: il trattamento endovascolare con un nuovo stent ed una meta-analisi della letteratura	C. Cinà	XIV	25
La Joint Action con la cardiocirurgia universitaria		XV	27
<b>CARDIOLOGIA</b>			
Di U.T.I.C. in U.T.I.C.	S. Guarnera	Suppl. II	1-2
La terapia trombolitica nell'IMA	R. Di Caro	Suppl. II	1-2
Indici incruenti di riperfusion coronarica in corso di infarto miocardico acuto	C. Maugeri Saccà	Suppl. II	1-2
La terapia di supporto alla trombolisi coronarica	R. Di Paola	Suppl. II	1-2
Considerazioni di carattere generale sulla PTCA nell'IMA	S. Tolaro	Suppl. II	1-2
La consulenza cardiologica in chirurgia generale	G. Scaccianoce	II	3
L'iperomocisteinemia: un fattore di rischio cardiovascolare spesso ignorato	M. Contarini	VI	10
Le aritmie: approccio mininvasivo con radiofrequenza	G. Distefano	VII	11
Attività di ricovero in Cardiologia	E. Leotta, A. Pulvirenti, A. Tomaselli, L. Cannamela, M. Farruggio, G. Scaccianoce, L. Sfogliano, S. Catalano	XII	19
La scintigrafia miocardica perfusionale nella valutazione pre-operatoria (di chirurgia non cardiaca) del paziente con cardiopatia ischemico-dilatativa	G. Scaccianoce, L. Cannamela, E. Leotta	XII	20
L'elettrocardiogramma tra passato e presente	L. Cannamela, A. Tomaselli	XII	20
La fibrillazione atriale nel paziente affetto da insufficienza cardiaca	A. Tomaselli, L. Cannamela	XIV	25
<b>CHIRURGIA GENERALE</b>			
Le Ernie Diaframmatiche	S. Castorina	I	1
Le Ernie Diaframmatiche di Morgagni-Larrey	A. Karaa, S. Castorina	I	1
Resezione di colon per via Laparoscopica	A. Karaa, S. Castorina	I	2-3
A proposito dei tumori del sistema endocrino diffuso. Carcinoide o tumore argentaffine. Gli aspetti istogenetici.	S. Castorina	I	2-3
Tumori carcinoidi dell'apparato digerente e del polmone. Nostra casistica 1992-1998	S. Castorina, A. Lanzafame, F. Panebianco, S. Castorina, V. Panebianco, A. Terminella	I	2-3

SPECIALITÀ	AUTORE	Anno	N.
Trattamento dell'ernia inguinale per via laparoscopica	S. Castorina	I	2-3
Sindrome di MEIGS Descrizione di due casi	A. Grasso	I	2-3
Accessi venosi centrali e stomie nutrizionali in nutrizione artificiale domiciliare	S. Percolla, A. Lomeo, A. Bartoloni	II	1-2
Attualità nel trattamento della calcolosi della via biliare principale	S. Castorina	II	1-2
Emangioendotelioma epitelioido del fegato	W. Schillaci	II	1-2
Stenosi benigna della via biliare principale: riscontro occasionale in corso di colecistectomia laparoscopica	S. Castorina, A. Terminella B.J. Thenasseril	II	1-2
Chirurgia d'exeresi dei tumori del seno e suoi obiettivi	P. Rouanet, R. Castorina	II	1-2
Colecistectomia e splenectomia in leucemia linfatica cronica	B.J. Thenasseril, G. Failla	II	1-2
Malattia diverticolare del colon	A. Santanoceto	II	1-2
Tumore stromale gastrico associato a cistoadenocarcinoma mucinoso dell'ovaio	B.J Thenasseril , R. Castorina, G. Failla	II	3
La sorveglianza del cancro del seno operato	R. Castorina	II	3
Il Feocromocitoma	V. De Geronimo, G. Failla, B.J Thenasseril	II	3
Il caso: feocromocitoma del surrene destro e carcinoma papillare della tiroide	S. Castorina	II	3
Tubercolosi peritoneo viscerale	B.J Tehenasseril – S. Castorina, G. Failla, F. Pulvirenti	III	5
Ernia vescicale inguino-scrotale	M. Granata, V. Costanzo, G. Costantino, S. Condorelli, F. Pisciotta	III	5
Chirurgia Laparoscopica oggi	S. Castorina R. Castorina	IV	6-7
Atlante delle procedure laparoscopiche eseguite presso il C.C.D. "Morgagni"	S. Castorina R. Castorina	IV	6-7
Immagini di Patologia Esofagea. Diverticolo dell'esofageo.	S. Castorina	IV	6-7
Malattia tromboembolica: profilassi in chirurgia (nostro protocollo)	G. Failla	IV	6-7
Palloncino intragastrico per la riduzione del peso in obesi	G. Siragusa	IV	6-7
Chirurgia Laparoscopica e neoplasie colo-rettali	S. Castorina R. Castorina	V	8
Chirurgia laparoscopica nelle neoplasie coloretali	S. Castorina, R. Castorina	VII	11
Chirurgia della mammella passata e presente	R. Castorina	IX	13
La Chirurgia digestiva e laparoscopica in clinica Morgagni	S. Castorina	X	15
Trattamento laparoscopico dell'ernia inguinale con tecnica transaddominale-preperitoneale (TAPP)	S. Castorina	XII	19
Trattamento laparoscopico dell'obesità patologica con gastrectomia longitudinale (Sleeve gastrectomy)	S. Castorina, R. Castorina, Aziz Karaa, V. De Geronimo	XII	19
Uno struma d'altri tempi complicato da tracheomalacia	S. Castorina, Riccardo Castorina, T. Nicolosi, F. Caronia	XII	20
<b>CHIRURGIA PEDIATRICA</b>			
Il Trattamento endoscopico del reflusso vescico-ureterale	S. Cacciaguerra, G. Vasta V. Bagnara Di Benedetto, S. Ficicchia	I	2-3
Il trapianto di fegato in età pediatrica. Indicazioni, preparazione e follow-up	G. Vasta, V. Bagnara, S. Cacciaguerra, A. Di Benedetto	I	2-3
Attualità in tema di ptosi congenita	F. Valvo	I	2-3
Su un caso di displasia multicistica del polo superiore in doppio distretto renale	S. Cacciaguerra, A. Di Benedetto, G. Vasta, V. Bagnara, S. Ficicchia	I	1
Ipospadi 148 casi consecutivi. Nostra esperienza	S. Cacciaguerra, A. Di Benedetto, G. Vasta, V. Bagnara, S. Ficicchia	II	1-2
Testicolo ritenuto non palpabile	V. Bagnara, S. Cacciaguerra, A. Di Benedetto, G. Vasta, S. Castorina, S. Ficicchia	II	3



SPECIALITÀ	AUTORE	Anno	N.
The undescended testis: Concepts in management	A. Bianchi	II	3
Emangioma diaframmatico neonatale. Descrizione di un caso	S. Cacciaguerra, A. Di Benedetto, G. Vasta, V. Bagnara, G. Bartoloni, S. Guarnera, A. Cavallaro, L. Patanè	III	5
Splenectomia laparoscopica in età pediatrica	V. Bagnara, G. Vasta, A. Di Benedetto, S. Cacciaguerra, S. Castorina	III	5
Periorchite meconiale. Descrizione di un caso con follow-up	V. Bagnara, G. Vasta, A.G. Di Benedetto, S. Cacciaguerra, O. Quattrocchi	IV	6-7
Malformazioni comuni dell'apparato genito-urinario in età pediatrica	V. Bagnara	V	8
Malformazioni comuni dell'apparato genito-urinario in età pediatrica	V. Bagnara	V	8
Diagnosi di PNET in un bambino affetto da sferocitosi ereditaria: insolita presentazione e problematiche nella gestione del trattamento chemioterapico	V. Bagnara, G. Vasta, A. Di Benedetto, O. Bertuna, M. Rippepi, A. Di Cataldo	VI	10
Il Lichen Sclerosus nel bambino	V. Bagnara, A. Di Benedetto, M. Granata, V. Costanzo, F. Pisciotta, S. Condorelli	XIV	25
<b>CHIRURGIA PLASTICA</b>			
Il caso clinico di Rasmus Kibsgard	M. Stella	III	5
Trattamento delle ulcere cutanee con sostituto dermico (Integra)	G. Liardo	IX	13
Mastoplastica additiva: la tecnica di Tebbet e di Dual Plane	G. Liardo, V. Schirò	XII	19
L'ambulatorio di Vulnologia	G. Liardo	XII	19
Mammella tuberosa	L. Romeo, M. Romeo	XII	20
Carbossiterapia: un'altra arma contro gli inestetismi e non solo	G. Liardo	XII	20
Possibilità di ricostruzione delle parti molli del terzo distale dell'arto inferiore	L. Romeo, M. Romeo	XIV	25
<b>CHIRURGIA TORACICA</b>			
Patologia toracica complessa	F. Caronia, T. Nicolosi	XII	20
Chirurgia Toracica Videoassistita (VATS) e patologia toracica complessa	F. Caronia, P. Amico, T. Nicolosi	XIV	25
<b>DERMATOLOGIA</b>			
La dermatoscopia in epilluminescenza	F. Sorbello Garaffo	VI	10
Escissione degli xantelasma con laser CO2 pulsato	F. Sorbello Garaffo	XII	19
Trattamento delle Lentigo solari con laser CO2 superpulsato	F. Sorbello Garaffo	XIV	25
<b>DIAGNOSTICA</b>			
L'emigrania. Cefalea idiopatica	V. Amenta	II	1-2
Eco-doppler e diagnosi della sindrome di budd-chiari	W. Schillaci	II	3
Ecografia interventistica e diagnosi di linfoma splenico, neoplasia polmonare leiomioma gastrico.	W. Schillaci	III	5
Iperensione portale nel circolo.	W. Schillaci	IV	6-7
Ecografia color doppler. Casi rari di incidentaloma	W. Schillaci	V	8
Cirrosi epatica e ipertensione portale	W. Schillaci, L. Schillaci	VI	10
Neoplasie del fegato terapie ablative	W. Schillaci, L. Schillaci	VII	11
Tac Multistrato Cardio	S. Castorina	VII	11
Al centro di un progetto di check-up globale	S. Castorina	VII	11
Arterie e Cardio TC 64 Slice: esperienze di un anno	S. Castorina, V. Riccioli	IX	13
Angiografia cerebrale virtuale con TC 64 Slice (Siemens)	E.G. Castorina	IX	13
Nuove immagini della via biliare intraepatica mediante TC 64 multislice	S. Castorina, R. Castorina, V. Riccioli, E. Castorina	XII	19
Eco-color-doppler dell'apparato digerente	W. Schillaci, D. Schillaci	XII	19
Rilievi ecografici di particolare interesse clinico	S. Antoci, E. Campanile	XII	20
Elettromiografia: strumento diagnostico nelle mielo-radicolopatie	M. Tarascone	XIV	25



SPECIALITÀ	AUTORE	Anno	N.
La malattia di Crohn del piccolo intestino: TC, RM e CEUS a confronto	L. Schillaci, D. Schillaci, W. Schillaci	XIV	25
Tumori del fegato: diagnosi ecografica con mezzo di contrasto (C.E.U.S.)	W. Schillaci, D. Schillaci, L. Schillaci	XIV	25
<b>ENDOCRINOLOGIA</b>			
Fisiopatologia del sistema endocrino diffuso gastrointestinale	V. De Geronimo	I	2-3
La sindrome da carcinoide	V. De Geronimo	I	2-3
Nuovi paradigmi in endocrinologia	R. Toni, R.M. Lechan	VII	11
Malattie Endocrine e Cuore	V. De Geronimo	IX	13
Funzione tiroidea e interferenze farmacologiche	V. De Geronimo	XII	19
Il gozzo nodulare	V. De Geronimo	XII	20
Patogenesi dell'Osteoporosi	V. De Geronimo	XII	20
Endocrine Disruptors	V. De Geronimo	XII	20
Ipertensione Endocrina: l'iperaldosteronismo	V. De Geronimo	XIV	25
<b>ETICA - BIOETICA</b>			
Il consenso nella pratica medico-chirurgica	F. S. Capizzi	I	2-3
Giornata Mondiale del Malato. Il Messaggio del Papa		II	1-2
Rispetto della persona umana e sperimentazione terapeutica di farmaci	E.Castorina	II	1-2
Informazione e consenso all'atto medico ed esigenza del comitato etico ospedaliero per la pediatria.	A. Leocata	II	1-2
Il cancro della mammella oggi: dal curare al prendersi cura	G. Failla	II	1-2
Medici a Lourdes	S. Castorina	II	3
Medicina e diritti umani	A. Leocata	II	3
La qualità della vita. Riflessioni di un oncologo	G. Failla	V	8
Intervista al Prof. Castorina Sulle Alte Specialità " Il Paziente che emigra penalizza la Regione" (Ospedalità privata)	S. Castorina	V	8
Verso un ospedale senza dolore	S. Castorina	V	8
Umanizzare la Medicina Ruolo del medico e dell'operatore sanitario	S. Castorina	V	8
Bioetica e Rianimazione	P. Battaglia	VII	11
Etica, Sanità, Economia	S. Catalano	VII	11
Codice di deontologia medica - Riflessioni	S. Castorina	VII	11
La legge sulla procreazione medicalmente assistita - Temi e problemi	Atti del convegno 17 aprile 2014 UGCI-AMC -Unione Cattolica Stampa Italiana	VII	11
Disuguaglianze e iniquità nell'assistenza ospedaliera in Italia. Problemi bioetici aperti	L. Coscarelli	IX	13
Valore della salute globale in età infantile	A.Leocata	IX	13
Umanizzare la Medicina. Ruolo del medico e dell'operatore sanitario	S. Castorina	X	15
Bioetica di fine vita. Riflessioni di un oncologo	G. Failla	XII	20
Medicina per l'uomo. Conciliare organizzazione sanitaria, tecnologia, formazione, deontologia, pietas	S. Castorina	XIV	25
Curare l'Uomo - Atti del Convegno Catania 17 dicembre 2011 - Saluto dall'AMCI	A.Leocata	XVII	31
Curare l'Uomo - Atti del Convegno Catania 17 dicembre 2011 Esaudire il bisogno di salute: basta il progresso scientifico?	G. Cesana	XVII	31
Curare l'Uomo - Atti del Convegno Catania 17 dicembre 2011 Il medico nel mondo delle tecnologie biomediche	S. Castorina	XVII	31



SPECIALITÀ	AUTORE	Anno	N.
Curare l'Uomo – Atti del Convegno Catania 17 dicembre 2011 Medico-paziente: una relazione privilegiata di senso?	F. Achilli	XVII	31
Curare l'Uomo – Atti del Convegno Catania 17 dicembre 2011 Medico-paziente: una relazione privilegiata di senso?	S. Castorina	XVII	31
Curare l'Uomo – Atti del Convegno Catania 17 dicembre 2011 La guarigione: percezione del dono	P. Marengo E. Bonicelli	XVII	31
Curare l'Uomo – Atti del Convegno Catania 17 dicembre 2011 - Intervento preordinato	F. Lima	XVII	31
Curare l'Uomo – Atti del Convegno Catania 17 dicembre 2011 Storia dell'ospedalità e del Welfare	P. Barcellona	XVII	31
Curare l'Uomo – Atti del Convegno Catania 17 dicembre 2011 Storia dell'ospedalità e del Welfare	G. Bordin	XVII	31
Curare l'Uomo – Atti del Convegno Catania 17 dicembre 2011 Medicina autoreferenziale o centralità del paziente?	P. Cannatelli	XVII	31
Curare l'Uomo – Atti del Convegno Catania 17 dicembre 2011 Medicina autoreferenziale o centralità del paziente?	P. Cantaro	XVII	31
Curare l'Uomo – Atti del Convegno Catania 17 dicembre 2011 L'ospedalità privata: progetto etico della sussidiarietà. La priorità dell'uomo sull'organizzazione: problemi etici ed organizzativi dell'ospedalità privata alla luce dei principi costituzionali	E. Castorina	XVII	31
Curare l'Uomo – Atti del Convegno Catania 17 dicembre 2011 - Intervento preordinato	G. Greco	XVII	31
Curare l'Uomo – Atti del Convegno Catania 17 dicembre 2011 - Intervento preordinato	A.Sapuppo	XVII	31
Curare l'Uomo – Atti del Convegno Catania 17 dicembre 2011 - Conclusioni	P. Banna C. Saggio	XVII	31
Curare l'Uomo Ne hanno scritto	Santa Teresa di Calcutta Fiorenzo Angelini Cardinale Francesco D'Assisi	XVII	31
Curare l'Uomo Trilussa, pseudonimo di Carlo Alberto Salustri (1871 - 1950)	La Guida	XVII	31
Curare l'Uomo Preghiera del Medico	Papa Pio XII (1876 - 1958)	XVII	31
<b>FONDAZIONE</b>			
La Fondazione Mediterranea "G.B. Morgagni" per lo sviluppo delle tecnologie in Medicina e Chirurgia	N. Domina	II	1-2
Euro Mediterranean school of endoscopic surgery university of Montpellier I		II	1-2
La Formazione in Chirurgia Laparoscopica	N. Domina	II	3
Finestra aperta sulla Fondazione Morgagni	N. Domina	III	5
Diplomi di Chirurgia Laparoscopica della Euro Mediterranean school of endoscopic surgery corso 1999-2000	M.L. Castorina Sisinna	III	5
Euro Mediterranean school of endoscopic surgery. Secondo anno di attività	M.L. Castorina Sisinna	IV	6-7
Fondazione Mediterranea G.B. Morgagni per lo sviluppo delle Tecnologie in Medicina e Chirurgia	N. Domina Amministratore Delegato dal 05/99-05/2000	X	15



SPECIALITÀ	AUTORE	Anno	N.
Relazione attività della Fondazione Mediterranea G.B. Morgagni – Gennaio 2003 – Giugno 2006	Relazione del Presidente a collegio dei Referenti Sociali, collegio dei Revisori dei Conti, Consiglio di Amministrazione. Catania 27 luglio 2006	X	15
Tumore del colon. Protocollo di ricerca su aspetti genetici e biomolecolari avviato dalla Fondazione Mediterranea G.B. Morgagni	S. Castorina	IX	13
Genetica dei tumori intestinali	T. Luca	IX	13
<b>GESTIONE SANITARIA</b>			
Estratto dalle procedure in uso per il controllo rischi	S. Castorina	VII	11
Praticare la sussidiarietà a vantaggio del cittadino	I.M. Marino	VII	11
Contenimento dei costi in una struttura ospedaliera mediante la razionalizzazione degli impieghi energetici e della gestione tecnologica	A.Sardo, Q. Sardo, G. Patanè, M. Pennisi, C. Scibilia, G. Samperi, L. Giannizzo	VII	11
Opere sul quartiere operatorio per adeguamento alla legge 890/02		X	15
Blocco Operatorio. Monitoraggio standard sicurezza		X	15
Una Sanità più cosciente: le responsabilità funzionali	G. Spampinato, A. Sardo	XII	20
Quo Vadis. Dove vai chirurgia? Riflessioni sull'organizzazione di una azienda clinica che si proponga di realizzare nel territorio una chirurgia quanto più possibile sicura e d'eccellenza	S. Castorina	XII	20
Ospedale come impresa	S. Castorina	XV	27
Malattia, diagnosi, cure infermi e tecnologie oggi	S. Castorina	XV	27
Tecnologia		XVII	32
Somministrazione terapia farmacologica		XVII	32
Scheda infermieristica		XVII	32
<b>GINECOLOGIA</b>			
Evoluzione del concetto di infertilità	G. Giuffrida	IX	13
Ruolo dell'isteroscopia nella prevenzione del cancro dell'endometrio	A.Santonoceto	XII	19
<b>INFORMATICA E STATISTICA</b>			
L'informatica nei servizi sanitari	G. Manganaro	I	2-3
Controllo dei costi e sistema direzionale	R. Cester	I	2-3
Sintesi attività 1993-97. ISCAS Morgagni Nord Srl.		I	1
Attività Chirurgica 1995-97. CCD G.B. Morgagni Catania		I	1
Attività Convenzionata esterna. CCD G.B. Morgagni Catania		I	1
Diagnosis related groups (DRG) Costi benefici - Dilemma del Manager	C. Castorina, C. Bonfiglio	I	2-3
Sistema informativo clinico integrale	R. Cester, O. Monaco, A. Lomeo, A. Bartoloni	II	1-2
A proposito di qualità	S. Catalano	II	1-2
Teleprenotazione Insieme, in rete, per il paziente		IV	6-7
Servizio informatico. Organizzazione del Centro Elaborazione dati	G. Manganaro	V	8
Interventi in Laparoscopia in Clinica Morgagni. Casistica qualitativa	S. Castorina R. Castorina	V	8
Evoluzione della qualità: passato, presente e futuro	S. Castorina	V	8
<b>MEDICINA</b>			
Una malattia da non dimenticare Il paziente diabetico si opera	P. Castellino, G. Russo, I. Patamia, S. Neri M. S. Russo	IX I	13 2-3
Rapporto sull'attività del servizio di nutrizione clinica e riabilitazione metabolica	G. Vetro, P. Silvia	II	1-2



SPECIALITÀ	AUTORE	Anno	N.
<b>MICROBIOLOGIA</b>			
Le $\beta$ -lattamasi a spettro esteso (ES $\beta$ L)	G. Bonfiglio	XII	19
<b>NEUROCHIRURGIA</b>			
Il dolore lombare secondario a patologia degenerativa della colonna. E' possibile combatterlo?	M. Tutino, F. Auriolles	XII	19
La patologia cervicale di interesse neurochirurgico: una diagnosi difficile?	F. Auriolles, M. Tutino	XII	19
<b>NEUROLOGIA</b>			
La Evidence Based Medicine nel trattamento della malattia di Alzheimer: le linee guida dell'American Academy of Neurology	A.Viscuso	IX	13
Valutazione e trattamento del rischio cardio-cerebrovascolare. L'orientamento diagnostico neurologico	A.Viscuso	IX	13
Valutazione ultrasonografica del rischio cerebro-vascolare	T. Ficili	IX	13
La comunicazione al paziente anziano. Dalla Neurobiologia alla pragmatica della comunicazione umana	A.Viscuso	XII	19
Il dolore toracico nelle patologie psicosomatiche	A.Viscuso	XII	20
Le demenze fronto-temporali. Aspetti nosologici e clinici	A.Viscuso	XIV	25
Navigare nel mondo della cefalea	F. Lanaia	XVI	29
Prevenzione e trattamento delle cerebro-vasculopatie acute e croniche	G. Pero	XVI	29
<b>OFTALMOLOGIA</b>			
Il trapianto di cornea nella terapia chirurgica del cheratocono	D. Cannavò, L. Amantia, G. Consoli	VI	10
La chirurgia vitro-retinica selettiva con advancing 25-gauge technology nella terapia della fibroplasia premaculare	D. Cannavò, L. Amantia, G. Consoli	VII	11
La correzione dei difetti visivi refrattivi con il laser ad eccimeri	D. Cannavò, L. Amantia, S. Randazzo	IX	13
L'impianto di lente intraoculare diffrattiva apodizzata dopo facoemulsificazione della cataratta	D. Cannavò, R. Ghirlanda	IX	13
L'innesto della membrana amniotica umana (HAM) in chirurgia oculare	D. Cannavò, R. Ghirlanda	XII	19
La dacriocistorinostomia (DCR) per via endonasale nelle ostruzioni acquisite delle vie lacrimali di deflusso	D. Cannavò, A. Di Maria, A. Trichini, E. Castorina	XII	19
Chirurgia dello strabismo nell'infanzia: un approccio più sicuro	F. Lanzafame	XII	19
Delezione de novo del gene PAX6 in un caso di aniridia congenita con cataratta polare posteriore	D. Cannavò, S. Bianca, M. Fichera	XII	20
La terapia anti-angiogenica intravitreale nel trattamento della Degenerazione Maculare Senile (DMLE)	D. Cannavò, R. Ghirlanda	XII	20
L'indagine Optical Coherence Tomography (OCT) nelle malattie maculari	D. Cannavò, R. Ghirlanda	XIV	25
<b>ONCOLOGIA</b>			
Internet: formazione ed aggiornamento in oncologia	A. Pappalardo, O. Marino, G. Failla	V	8
Nuova strutturazione dell'unità funzionale di oncologia. Rendiconto clinico-statistico dei primi sei mesi di attività	G. Failla	V	8
La qualità della vita. Riflessioni di un oncologo dalla definizione alla misurazione	G. Failla	V	8
Cancer care qualità della vita. Aspetti individuali	G. Failla, A. Pappalardo, O. Marino	V	8
Il tempo che resta	G. Failla	VI	10
Il carcinoma mammario avanzato	G. Failla, O. Marino, A. Pappalardo, G. Petralia	VI	10
La comunicazione Medico - Paziente	G. Failla	XII	19
Denosumab: una nuova arma per combattere le metastasi ossee. L'Unità Funzionale di Oncologia Medica della "G.B. Morgagni" ha attivamente partecipato alla sperimentazione internazionale	A.Pappalardo, A. Zacchia	XIV	25

SPECIALITÀ	AUTORE	Anno	N.
<b>ORTOPEDIA E CHIRURGIA DELLA MANO</b>			
Duplicazione del nervo mediano al canale del carpo	B. Branciforti, G. Spata, S. Giuffrida, G. Catana	I	2-3
Gli Schwannomi della mano	B. Branciforti, G. Spata, S. Giuffrida, G. Catana	I	1
Le sindromi conflittuali della spalla	Nicolosi	II	1-2
Su di un caso di sarcoma epitelioido della mano	B. Branciforti, G. Spata, S. Giuffrida, G. Catana	II	1-2
Compressione del nervo ulnare al gomito	B. Branciforti, G. Spata, S. Giuffrida, G. Catana	II	3
Lesioni traumatiche dei tendini della mano	B. Branciforti, G. Spata, S. Giuffrida, G. Catana	III	5
Pollice a scatto congenito	B. Branciforti, G. Spata, S. Giuffrida, G. Catana	III	5
Lo stato dell'arte dell'artrosopia e la sua evoluzione.	A. Niceforo, S. Tirrò, A. Di Giunta, S. Caminiti, A. Famoso	IV	6-7
Malattia di Dupuytren	B. Branciforti, G. Spata, S. Giuffrida, G. Catana	IV	6-7
L'artrosi e l'artrite reumatoide della mano	B. Branciforti, G. Spata, S. Giuffrida, G. Catana	V	8
Inquadramento storico ed etiopatogenetico della malattia reumatoide	G. Pasero	V	8
Artrite reumatoide: definizione, inquadramento e storia	S. Catalano	V	8
Terapia farmacologica dell'artrite reumatoide	R. Neri	V	8
La mano reumatoide: trattamento riabilitativo-ortese conservativo post-chirurgico	G. Risitano – F. Risitano	V	8
Trattamento chirurgico dell'artropatia gottosa	M. Stella – F. Pavia	V	8
Ruolo dell'artrosopia nelle patologie post-protesi di ginocchio	A. Niceforo, S. Tirrò, A. Di Giunta, S. Bonfiglio	VI	10
Lesioni traumatiche osteo-articolari delle dita della mano	B. Branciforti, G. Spata, S. Giuffrida, G. Catana	VI	10
Trattamento delle lesioni cartilaginee nel ginocchio con la mosaicoplastica	A. Niceforo, S. Tirrò, A. Di Giunta, S. Bonfiglio	VII	11
Sindrome canalicolari nervose degli arti: compressione del nervo mediano	B. Branciforti, G. Spata, S. Giuffrida, G. Catana	IX	13
I condromi della mano	B. Branciforti, G. Spata, S. Giuffrida, G. Catana	XII	19
Primo episodio lussativo: il trattamento artroscopico versus quello conservativo	A. Di Giunta, A. Niceforo, S. Tirrò, M. Palumbo	XII	19
Mano palmata: timing e problematiche del trattamento chirurgico	V. Bagnara, S. Giuffrida	XII	19
Le neoplasie delle parti molli della mano	B. Branciforti, G. Spata, S. Giuffrida, G. Catana	XII	20
Trattamento artroscopico delle fratture di glena nella instabilità anteriore	A. Di Giunta, F. Ioppolo	XIV	25
I ventri muscolari bassi: un caso di chirurgia intellettuale	B. Branciforti	XIV	25
<b>PNEUMOLOGIA</b>			
Il Trattamento toracoscopico dei versamenti pleurici recidivanti	V. Panebianco L. Puzzo	I	2-3
L'importanza della diagnosi precoce della BCPO	D. Dieni	XII	19
<b>PROFILASSI</b>			
L'antibiotico nei reparti di chirurgia	F. Pulvirenti	II	3
La febbre postoperatoria	F. Pulvirenti	III	5
Il Prontuario Terapeutico Ospedaliero del Centro Clinico Diagnostico G.B. Morgagni	A. Marletta	IX	13





SPECIALITÀ	AUTORE	Anno	N.
<b>PSICOLOGIA</b>			
La comunicazione col paziente anziano	M. Spada	VII	11
Rendiconto clinico-statistico dell'attività del Servizio di Psiconcologia	M. Spada	XII	19
<b>RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA</b>			
Riabilitazione cardiovascolare. Riabilitazione Omnicomprensiva	R. Raciti	VI	10
<b>TERAPIA INTENSIVA</b>			
Sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS)	G. Scollo	II	3
Tracheostomia. Esperienza 1997/99	G. Scollo, A. Pulvirenti, G. Laudani, A. Cavallaro, S. Tribastone	II	3
Terapia Intensiva Post-operatoria. Un anno di attività.	P. Battaglia	IV	6-7
Una sanità in evoluzione. Le unità di terapia intensiva	P. Battaglia	V	8
Una Sanità in evoluzione. Le Unità di Terapia Intensiva	P. Battaglia	V	8
I nostri moduli di massima sorveglianza. Unità Funzionale di Terapia Intensiva e Rianimazione: 6 posti letto U.T.I.C.: 3 posti letto - Area critica interdisciplinare: 7 posti letto		XII	20
<b>TERAPIA DEL DOLORE</b>			
La periduroscopia Una nuova tecnica di chirurgia endoscopica del canale spinale	C. Costa	VI	10
La nevralgia del trigemino: diagnosi e terapia del dolore	C. Costa	VI	10
L'algologia: dalla terapia del dolore alla medicina del dolore	C. Costa	VII	11
La cordotomia cervicale percutanea: indicazioni e limiti	G. Orlandini	VII	11
Il dolore controllato dall'elettricità: la stimolazione del midollo spinale	C. Costa	VII	11
<b>UROLOGIA</b>			
Il Trattamento della calcolosi urinaria oggi	M. Granata, V. Costanzo, B. Le Rolland, F. Pisciotta, S. Condorelli	I	2-3
Le cisti renali semplici	M. Granata, V. Costanzo, F. Pisciotta, S. Condorelli	II	3
Le stenosi dell'uretere trattamento con endoprotesi	M. Granata, V. Costanzo, F. Pisciotta, S. Condorelli	II	3
Ernia vescicale inguino-scrotale	M. Granata, V. Costanzo, F. Pisciotta, S. Condorelli, G. Costantino	III	5
L'uteroscopia nel trattamento della litiasi ureterale	M. Granata, V. Costanzo, F. Pisciotta, S. Condorelli, G. Costantino	IV	6-7
La "TVT" per il trattamento della incontinenza urinaria da sforzo nella donna	V. Costanzo, S. Condorelli, G. Costantino, M. Granata, F. Pisciotta	V	8
Evoluzione terapeutica nel trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna	M. Granata, V. Costanzo, F. Pisciotta, S. Condorelli, G. Costantino	VI	10
Strategie correnti atte a rallentare la progressione della malattia renale	A. Granata	VI	10
La TURP con energia plasmacinetica	M. Granata, V. Costanzo, S. Condorelli, F. Pisciotta, G. Costantino	VII	11
Idronefrosi intermittente da ostruzione del giunto pielo- ureterale: ruolo dell'urografia minutata con wash-out	M. Granata, V. Costanzo, F. Pisciotta, S. Condorelli.	XII	20
La Nefrolitotrixxia percutanea. Tecniche a confronto, nostra esperienza	M. Granata, V. Costanzo, F. Pisciotta, S. Condorelli	XIV	25

SPECIALITÀ	AUTORE	Anno	N.
<b>VARIE</b>			
G.B. Morgagni. Delle sedi e cause delle malattie anatomicamente investigate.		I	1
Pronto Soccorso	F. Panebianco	I	1
R.T. Sesso Maschile anni 52. Un caso vissuto molto da vicino in un tempo lontano.	A. Lanzafame	I	1
Lezione di Anatomia	B. Branciforti	I	1
Ricerca Scientifica	F. Panebianco	I	2-3
G.B. Morgagni. Dalla lettera Medica XIII		I	2-3
Così si curava la colelitiasi		I	2-3
Il sogno di un portantino	B. Branciforti	I	2-3
L'infermiere generico	B. Branciforti	I	2-3
Ricordo di Nino Carlevani – Radiologo		I	2-3
Le chirurghe	B. Branciforti	II	1-2
Guardie, Ladri e torpediniera	F. Panebianco	II	1-2
G.B. Morgagni. Al chiarissimo Guglielmo Bromfield		II	1-2
Per ricordare Nino Carlevani e Giuseppe Brancati		II	1-2
La mano del musicista	B. Branciforti	II	3
Le mani di Paganini	S. Castorina	II	3
G.B. Morgagni. Sedi e cause delle malattie. Lettera Anatomico. Medica XIV		II	3
G.B. Morgagni. Sedi e cause delle malattie. Lettera Anatomico Medica V		III	5
Una Perla	B. Branciforti	III	5
Premi di laurea all'ordine dei medici di Catania		III	5
G.B. Morgagni. Lettera Anatomico Medica XXXI All'Amico. Dei flussi di ventre incruenti e cruenti.		IV	6-7
Vacanze di Pasqua	B. Branciforti	IV	6-7
Il Dupuytren della Signora D.	B. Branciforti	IV	6-7
La Signorina	B. Branciforti	V	8
G.B. Morgagni. Lettera Anatomico Medica I Sedi e cause delle malattie sul dolore di capo		V	8
Medici e Medicina a Catania Vent'anni di Chirurgia (1935 -1955)	S. Castorina	V	8
I volti della Morgagni	B. Branciforti	V	8
Lettera dell'Arcivescovo Metropolita Mons L. Bommarito		V	8
Lettere direttore generale Az. ospedaliera Cannizzaro Dr. G. Navarra		V	8
Lettera Sindaco Prof. Scapagnini		V	8
Lettera di una paziente		V	8
1972 – 2002 - Il Percorso	S. Castorina, L. Castorina	V	8
Mons. Luigi Bommarito Lettera visita al Santo Padre		V	8
Lettera Dott. Ing. Francesco Cavallaro		V	8
Lettera Dott. Alfio Cocuzza		V	8
Lettera Prof. Antonino Cavallaro		V	8
Lettera Antonino C. Panebianco		V	8
G.B. Morgagni. Delle sedi e delle cause delle malattie anatomicamente investigate		VI	10
Storia e attualità dell'architettura ospedaliera	S. Castorina	VI	10
Riflessioni sulla guerra	B. Branciforti	VI	10
G.B. Morgagni Delle sedi e delle cause delle malattie anatomicamente investigate		VII	11
Anatomia e Video Chirurgia la sua seconda edizione	S. Castorina	VII	11



SPECIALITÀ	AUTORE	Anno	N.
Il matrimonio di Riccardo e Lisa	B. Branciforti	VII	11
Viaggio al termine della notte	B. Branciforti	VII	11
L'idea di Dio - Lettera a Bruno	S. Castorina	VII	11
Poesie	F. Vasquez	VII	11
Malattie Chirurgiche ed Universali Lettera Anatomico-Medica XLIV		IX	13
Il lavoro paga	B. Branciforti	IX	13
Una storia che comincia da lontano. La Chirurgia a Catania tra il 1930 e il 1970	S. Castorina	X	15
I 35 anni del Centro Clinico Diagnostico - Casa di Cura G.B. Morgagni	S. Castorina	X	15
Riconoscimenti. Aziende Eccellenti Premio Confindustria Awards for excellence - Torino 12 dicembre 2006		X	15
I Quadri - Organigramma		X	15
Convenzione per assistenza integrativa		X	15
Organico del personale		X	15
Medici Specialisti: Area Medica		X	15
Medici Specialisti: Servizio Diagnostica Strumentale		X	15
Medici Specialisti: Area chirurgica		X	15
Principi Fondamentali (dalla Carta dei Servizi)		X	15
Agosto 2006: il lancio del Ponte per collegamento tra il Blocco Centro e il Blocco Est		X	15
I volti della Morgagni	B. Branciforti	X	15
Pronto Soccorso	F. Panebianco (in memoria)	X	15
La storia della medicina tra premi Nobel e casuali scoperte	L. Cannamela	XII	19
Il caso della Signora B. operata dal dottor B.B.	B. Branciforti	XII	19
Volevo diventare vecchio	F. Tringali (in memoria)	XII	19
I rottami	B. Branciforti	XII	20
La terra di nessuno	B. Branciforti	XII	20
Il Medico condotto	Poesia di Arnaldo Fusinato (1817 - 1888)	XIV	25
Dolci ricordi da «Le veglie di Neri»	Renato Fucina (1843 - 1921)	XIV	25
Il Medico di guardia	Michele Galdieri (1902 - 1965)	XIV	25
Da 12 a zero	P. Banna	XIV	25
Il Professore	B. Branciforti	XV	27
La storia della Morgagni raccontata da S. Castorina	S. Castorina	XV	27
CCD GB MORGAGNI Presidio Catania - Presidio Centro Cuore Pedara		XV	27

# Storia e attualità dell'Architettura Ospedaliera

di Salvatore Castorina

(da "Il Morgagni", *Giornale di Clinica e Terapia*, n. 10, 2003)



È vero. L'ospedale, storicamente evolve come struttura che si adegua allo stato di conoscenze scientifiche della società che lo esprime e attinge le linee organizzative della sua architettura e della sua gestione nella cultura dell'epoca.

Ne consegue uno stretto rapporto tra Architettura, Ingegneria sanitaria, Scienza medica, modelli di accoglienza dell'infermo oggetto di costante verifica oggi più che mai coordinata da linee guida espresse dalle società scientifiche, dai parlamenti e dagli organi periferici preposti alla tutela della salute, dal tribunale del malato.

L'ospedale rappresenta l'elemento qualificante di una società che lo elegge per assicurare alla popolazione prevenzione della malattia, cure e riabilitazione.

Rispetto alla tradizione oggi il rapporto tra collettività e ospedale è innovato dal progetto dei servizi di assistenza intermedi in grado di raggiungere i singoli nuclei familiari all'interno del loro ambiente di vita e di lavoro con l'intento di non confinare il cittadino-paziente tra le mura di un ospedale con inevitabili costrizioni della libertà ma, per quanto possibile consentito dalla patologia, curarlo integrato nelle realtà della propria famiglia.

Quando la società cominciò a pensare "l'ospedale"?

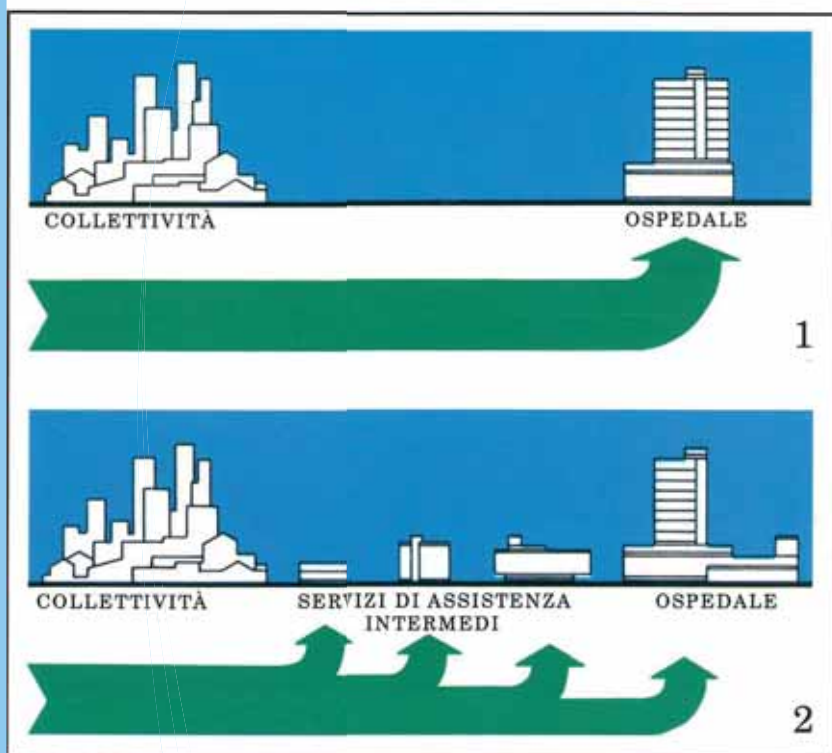
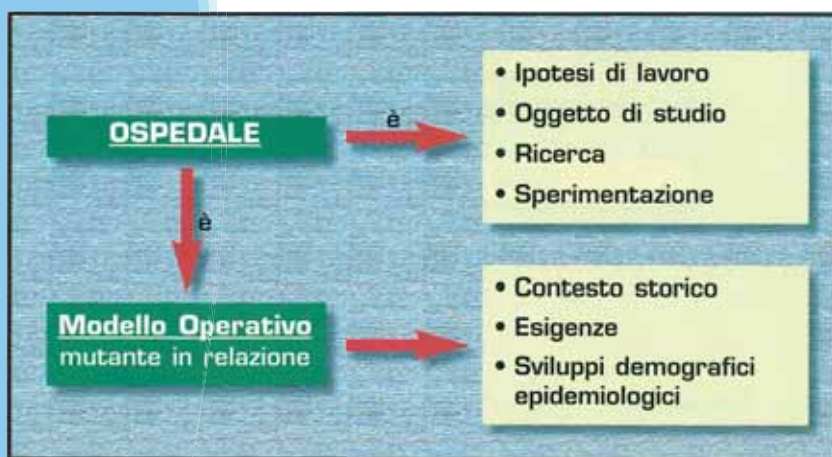
L'omimazione è datata nel periodo terziario, centinaia di migliaia di anni fa. Epoca di cataclismi che l'uomo non interpreta altrimenti che espressione di volontà che sfuggono alla governabilità ed esprimono forze superiori, esterne a lui che lo dominano, nel bene e nel male. Anche la malattia può diventare opera divina. Chi può parlare a "Dio"? Il sacerdote. Ecco che la medicina alle origini si sviluppa in ambiente religioso.

Pur essendo provato che tra le più antiche civiltà (Estremo Oriente, Cina, India) la medicina è almeno concettualmente espressa fin dai tempi che precedono la storia, nella Grecia si ebbero i primi esempi di organizzazione per l'accoglienza di infermi. Ai medici maghi dell'epoca preomerica verso l'VIII secolo a.C. seguirono i sacerdoti che praticavano la medicina nei templi (Asclepiei). Cultori ne erano gli Asclepiadi che si definivano sacerdoti di Asclepio. Asclepio (l'Esculapio dei latini) sarebbe nato in Tessaglia nel XII secolo a.C.

Secondo leggenda, nato da Apollo e Coranis (figlia di Flegeo, re di Tessaglia). Allievo di Chirone, venne cantato da Pindaro. Curava con la parola, le pozioni e il coltello: Psicoterapia, Medicamenti e Chirurgia (terapeutica Asclepiadea). Asclepio fu divinizzato e il suo culto, assunto dagli Asclepiadi, importato dalla Tessaglia, si trasferì negli Asclepiei. I luoghi più antichi del culto furono individuati a Epidauro, Rodi, Taranto, Pergamo. I malati accorrevano numerosi in questi templi per essere guariti dagli dei. Le cono-



scienze scientifiche degli Asclepiadi erano esoteriche e trasmesse tramite iniziazione. Il ramo principale della loro attività terapeutica era l'interpretazione dei sogni. Il malato veniva sottoposto a un digiuno preparatorio e dormiva in una sala del tempio dove subiva forse pratiche magnetiche. Al mattino il sacerdote veniva ad interpretare i suoi sogni e indicava poi il trattamento da seguire. Un famoso passo di Plauto di Aristofane, ci fornisce il migliore documento su queste pratiche: il malato, dopo aver offerto un sacrificio al dio, si sdraia nel tempio su un letto di foglie. Il servitore del dio spegne le lampade e ordina ai malati di conservare il silenzio qualunque cosa accada. Poi il dio prepara un unguento con tre spicchi d'aglio di Tenos, latte di fico, aceto di Sphetto e ne strofina gli occhi di un cieco. Serpenti sacri leccano le palpebre e le ferite dei malati.



I templi di Asclepio erano situati in luoghi salubri e in stazioni climatiche, circondati da un bosco sacro. Vi si trovavano sorgenti ricche di gas carbonico, grotte dove il gas, esalando a temperatura ambiente, era invisibile e provocava inspiegabili deliri. Gradualmente questi templi divennero come delle cliniche dove i malati potevano soggiornare e dove si praticavano operazioni chirurgiche.

Col sopravvenire della medicina ippocratica (IV sec. a.C.) entriamo nella fase della medicina empirica laica razionale. la-treion, è una sorta di ambulatorio dove un "medico", non più il sacerdote, esercitava una medicina privata anche in regime di ricovero.

In era romana imperiale le attività belle-liche generarono le infermerie mediche.

L'avvento del Cristianesimo introduce quel particolare rapporto col sofferente che trae la ispirazione nel contenuto del messaggio d'amore che la nuova fede dif-fonde nella società pagana.

Nel 325 d.C. il Concilio di Nicea pro-clama che ogni monastero disponga di ospizi per pellegrini poveri, ammalati. Pro-liferano gli Xenodochi.

I termini *ospizi*, *ospedale*, *ostello*, *hos-pitale*, *hotel*, presentano tutti una radice comune proveniente dal latino "hospes"

che significa ospite, ovvero chi accoglie temporaneamente altri nella propria dimora. La nozione di Ospedale, nei secoli precedenti al Trecento, si lega strettamente alla no-zione di accoglienza.

«Nell'accezione della bassa latinità l'hospitale era l'asilo gratuito. Esso funzionava da contenitore di un'umanità afflitta, sofferente come la carne del suo Redentore: una umanità fatta di uomini ciascuno con la sua specie di male, però considerati come ge-nere umano, globalmente, più per quello che rappresentavano che per quello che

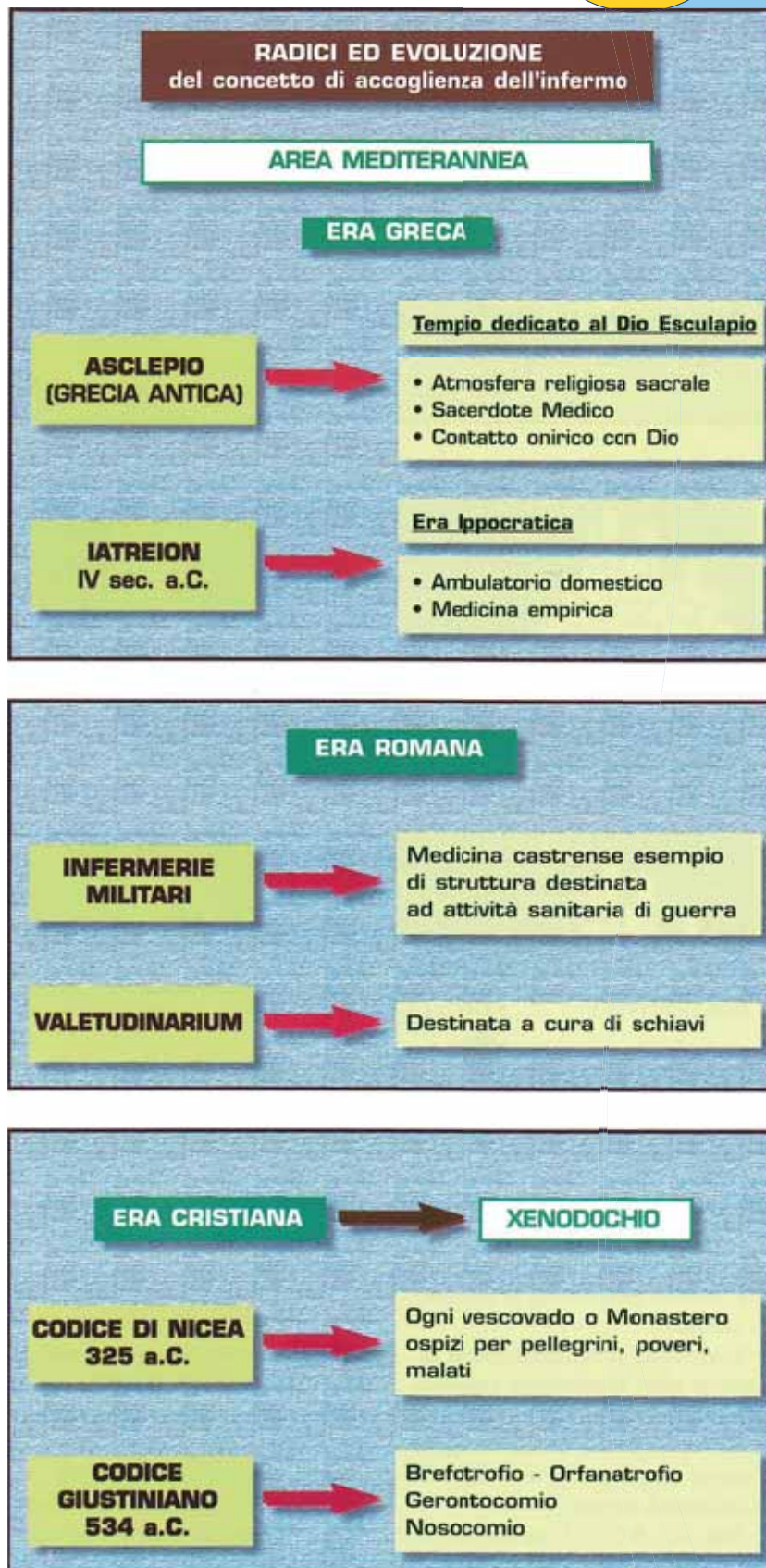
erano. Infermieri e infermi erano rispettivamente i soggetti e gli oggetti di assistenza generica, senza differenziazione o specializzazione di cure» (Cosma 1987).

Nei secoli bui del Medioevo gli ospedali svolgono un ruolo caritativo ed assistenziale rivolto a chiunque si trovasse in condizioni di necessità, prescindendo dai giudizi sul tipo e sull'origine delle esigenze dei ricoverati, si trattasse di esigenze sanitarie, oppure economiche, fossero frutto di colpa individuale oppure di immeritata sfortuna. Le due categorie di soggetti bisognosi, *pauperes et infirmi* sono afflitti da "malattie" che comunque scaturiscono dalle medesime condizioni di vita. Grandi masse di pellegrini, di viandanti, di vagabondi, di sbandati, di bambini abbandonati, di invalidi, di malati o semplicemente di poveri si affollano lungo le strade che portano ai luoghi di pellegrinaggio, negli spazi pubblici delle città, o ancora negli ospizi dei conventi, delle comunità religiose o di qualche ricco mercante impensierito per le sorti della propria anima.

L'abbazia Benedettina di San Gallo così come le altre abbazie Cistercensi e Cluniacensi dispongono di una struttura di accoglienza e cura sia per i religiosi che per gli esterni (figg. 1-2).

Tipologia ricorrente della corsia è una navata conclusa a est con l'altare, quasi a richiamare il concetto che, a cure mediche inadeguate, il contatto con Dio era più importante di quello con il medico.

L'*Hotel-Dieu* di Parigi (fig. 3) rappresenta una prima tappa nell'evoluzione della tipologia ospedaliera. Viene fondato nell'829 e continuamente ampliato; l'assistenza ai ricoverati è affidata nelle prime fasi a "fratelli" e "sorelle" e in seguito a suore della regola di Sant'Agostino. Si tratta dell'ospedale più grande e più famoso di Francia, le sue corsie non sono suddivise a seconda della specialità. Sebbene con l'incendio del XVIII secolo siano scomparse tutte le testimonianze fisiche della sua originaria disposizione, «Sappiamo che aveva quattro lunghe corsie a due navate, tre parallele e la quarta perpendicolare, con la Salle St. Denis, la Salle St. Thomas, le infermerie e la Salle Neuve» (Pevsner, 1986), ricostruite in parte tra la fine del XII secolo e il 1260.





Il suo impianto pare ispirato da due ordini di influenze: la continuità funzionale e tipologica con la chiesa gotica e il carattere di continuità e serialità tipico dello spirito dell'architettura gotica. Sebbene il numero dei letti in questo periodo sia indicato in 450 il numero medio dei ricoverati ammonta a oltre 1200, con tre pazienti mediamente per ogni letto, di solito senza distinzione di malattia o di gravità di condizione.

Negli ospedali del tempo le *condizioni edilizie, organizzative ed igieniche* presenta-

vano enormi carenze: «le infermerie di solito erano alloggiate in locali umidi e scarsamente illuminati, sprovvisti di locali annessi di servizio, salvo qualche primitiva latrina. Solo talvolta si trovava una sala separata per aggravati. I ricoverati, che erano d'ordinario dei poveri diseredati, poiché le famiglie provviste di mezzi solevano curare in casa i loro malati, erano degenti a due, quattro per letto. I letti erano costituiti da enormi pagliericci, montati su cavalletti od altri sostegni, spesso chiusi da padiglioni o baldacchini, o anche in alcove. In tali sale erano accolti promiscuamente malati di forme mediche, chirurgiche ed infettive. Molti, entrati per infermità leggera, vi contraevano gravi infezioni, e la mortalità, specialmente tra le puerpere ed i feriti, era altissima. Tutti i servizi, dal più intimi e delicati ai più malsani, si svolgevano in sala. I cadaveri non di rado restavano a lungo vicino ai malati, prima di essere rimossi. I teli si lavavano nel vicino corso d'acqua dove talvolta sfociavano tutti i rifiuti».

Se ci occorresse una data per indicare lo spartiacque temporale che segna la *nascita di un concetto "moderno" di ospedale e di assistenza sanitaria*, daremmo l'anno 1347.

Nel settembre di quell'anno attraccano nel porto di Messina, alcune navi genovesi con un carico che si rivelerà fatale nel breve volgere di alcune settimane. Le navi «sfuggite all'assedio che i mongoli hanno posto a Caffa, base in Crimea dei traffici genovesi nel Mar Nero, hanno navigato il Mediterraneo come vascelli fantasma con a bordo cadaveri e moribondi. Si tratta di appestati ai quali la malattia è stata trasmessa dai morti di peste catapultati dai mongoli oltre le mura della città assediata, come proiettili» (Cosmacini, 1987).



**Realtà operative dall'VII al XIII secolo**

**OCCIDENTE CRISTIANO**

**Abbazia Benedettina di San Gallo (Svizzera) e altre Cistercensi - Cluniacensi VIII secolo (fig. 1)**

**Abbazia di Fountains Yorkshire - Inghilterra XIII secolo (fig. 2)**

**Hotel Dieu fondato nel 829 ricostruito nel 1260 (fig. 3)**  
Vera prima tappa dell'evoluzione ospedaliera non inserito nei Monasteri

**Cavalieri di Malta 800**

**Cordova 800**

**Burgos 1214**

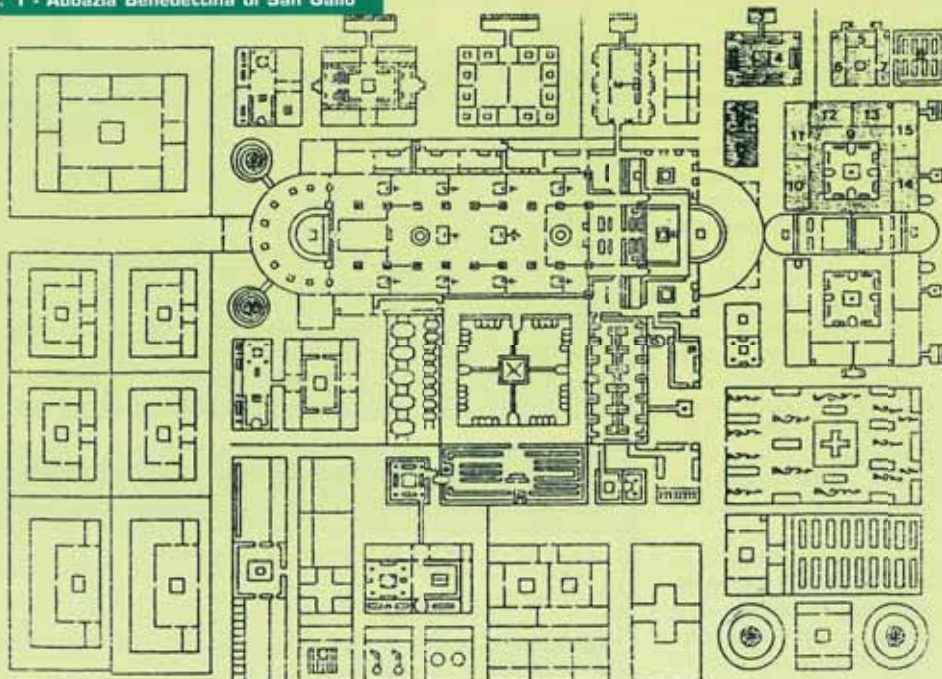
**S. Maria Nova - Firenze 1286**

**LA PESTE DEL XIV SECOLO**

**Rappresenta**

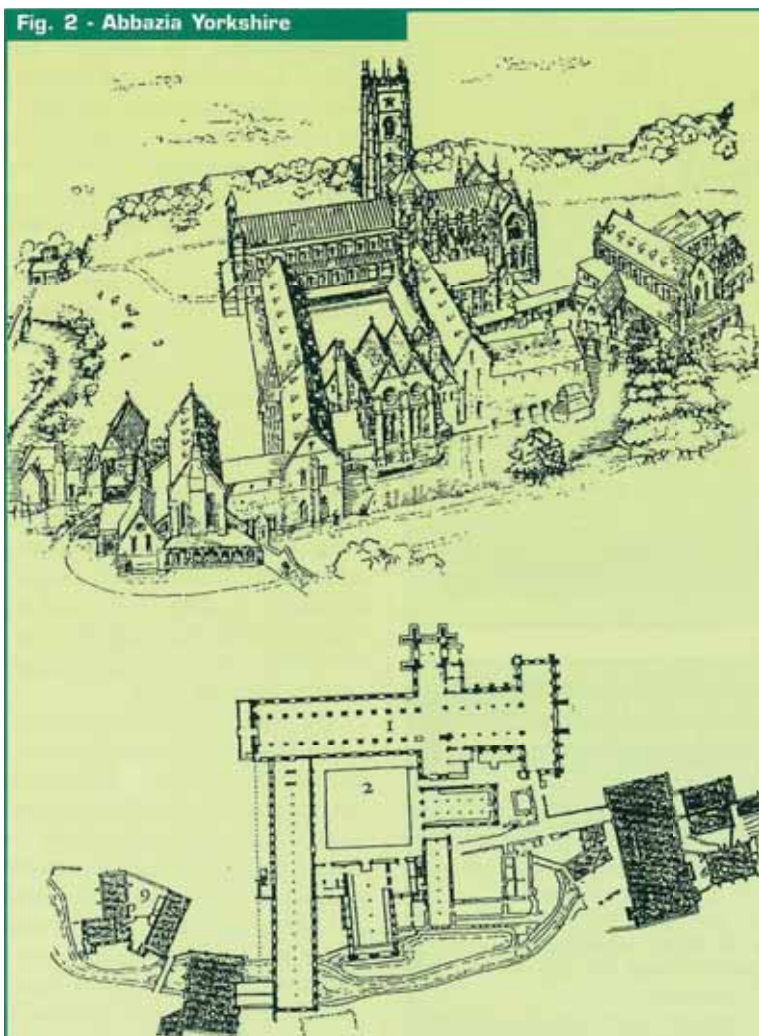
**Spartiacque concettuale tra il tempio e l'ospizio della prima era cristiana e l'avvento della struttura ospedaliera intesa luogo di ricovero del malato**

Fig. 1 - Abbazia Benedettina di San Gallo



Progetto dell'Abbazia di San Gallo, Svizzera, VIII sec., pianta schematica, i settori campiti in grigio sono destinati ad attività sanitarie. 1) latrine; 2) cucina; 3) bagno; 4) locale per i salassi e le purghe; 5) casa del medico; 6) malati in pericolo; 7) camera del medico; 8) giardino delle piante medicinali; 9) infermeria; 10) camera; 11) refettorio; 12) direttore; 13) malati in pericolo; 14) sala riunioni; 15) dormitorio.

Fig. 2 - Abbazia Yorkshire



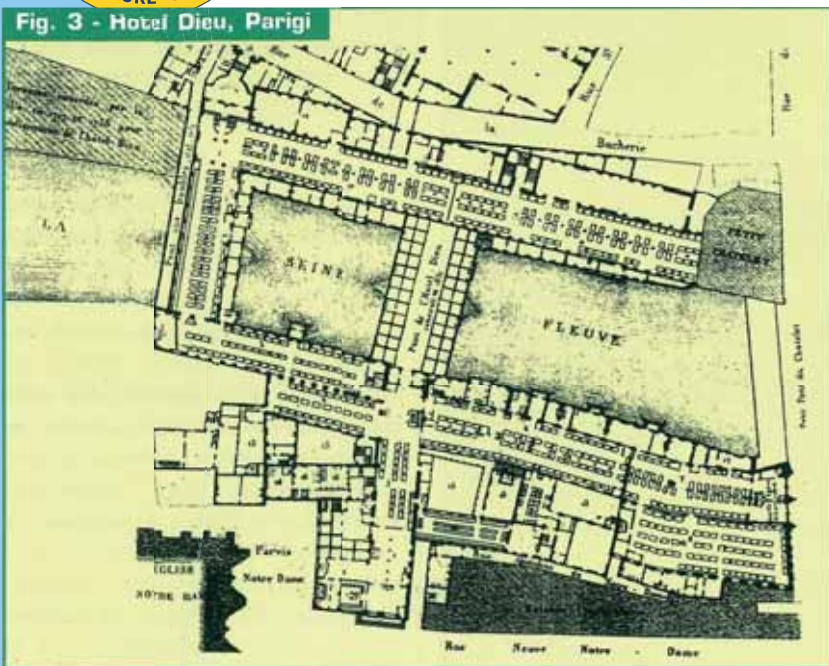
Abbazia di Fountains, Yorkshire, Inghilterra, XIII sec. Veduta (ricostruzione) secondo Fletcher e pianta; i settori campiti in grigio sono destinati ad attività sanitarie. 1) chiesa del convento; 2) clausura; 3) infermeria dei frati; 4) ambiente dell'infirmarius; 5) cappella; 6) cucina; 7) misericordia; 8) infermeria dei laici; 9) alloggio degli ospiti.



Assieme al carico di morti le navi avevano le stive piene di grano russo e soprattutto di numerosissimi esemplari di «rattus rattus» o topo nero, il micidiale veicolo delle pulci portatrici della peste nera, che si annidano nel pelo dell'animale. Esse infettano i topi fino a provocarne una moria generalizzata, così da essere costrette a trasferirsi su altri ospiti, appunto: l'uomo. Purtroppo nei costumi del tempo non vigono condizioni igieniche tali da prevenire naturalmente la malattia: i parassiti si annidano nel caldo umido degli indumenti e del sudore e così trasmettono il contagio. Una cultura che nega un valore positivo ai bagni del corpo, il sovraffollamento dei luoghi in cui si svolge la vita quotidiana del tempo, l'indebolimento delle difese naturali dell'organismo dovuta a una cronica malnutrizione (risultato di ricorrenti crisi di sussistenza), l'impreparazione delle autorità amministrative e le dottrinali, approssimative conoscenze della pratica medica (giacché scienza ancora non può essere certo chiamata), sono tutti fattori che portano a una *diffusione enorme del male*, in cui il contagio ormai si trasmette da uomo a uomo senza più bisogno dei topi o delle pulci, e che miete un'ecatombe di vittime. Nel breve volgere di alcuni mesi pare di assistere a un castigo biblico: l'Europa intera perde almeno un decimo della sua popolazione, alcuni paesi più colpiti, come l'Inghilterra e quasi tutte le grandi città del continente vedono perire un abitante su tre, la speranza di vita alla nascita crolla da trenta a venti anni e lo sviluppo economico, civile e culturale subisce bruscamente una funesta crisi.

Un fenomeno morboso talmente repentino e di così vasta portata *coglie impreparate* tutte le figure coinvolte direttamente nella protezione delle popolazioni dalla malattia: medici, governi e strutture sanitarie.

I *medici* infatti sono prigionieri di una visione ippocratico-galenica della fisiopatologia che li costringe ad osservare le malattie con le lenti distorsive di un principio secondo cui il corpo umano è in stato di benessere solo quando si verifica un equilibrio nella fusione dei suoi quattro



**Rapporti tra tipologia architettonica, conoscenza medica e istanze sociali dell'epoca**

**GRECIA ANTICA, II SEC. A.C.  
 MEDICINA SACERDOTALE - ONIRICA**

**ASCLEPEIO** → Tempio in stile dorico (isola di Coo nel dodecaneso). L'infermo giaceva. Il sacerdote, passando col bastone e serpente, su interpretazione del sogno indotto dagli dei dava risposte prognostiche.

**MEDIOEVO CRISTIANO**

**HOSPITALE** → La corsia ripete l'impostazione a navata propria della cattedrale, corsia in cui è sempre presente l'altare. Riconosciuto maggior potere a Dio che al medico riguardo all'esito delle cure.

**Dalla tipologia a navata alla tipologia a crociera**

La tipologia a crociera nasce a Firenze (S. Maria Nuova) (fig. 4) Non influenzata da istanze di rinnovamento medico (perché non ancora avviato) bensì riferimento alla compostezza dei rapporti geometrici integrati dalla simbologia religiosa della croce.

Conseguenze pratiche della crociera: facile controllo dei malati e minore distanza dei percorsi.

umori costitutivi, mentre la sofferenza insorge a causa di una discrasia degli stessi; l'intervento terapeutico si riduce all'impiego di vari strumenti per favorire la fuoriuscita (ad esempio con i salassi) dell'umore considerato in eccesso oppure alterato e ricondurre così lo stato di fusione fra i quattro umori alla sua condizione di equilibrio benefico. L'apparato dottrinale di cui il medico dispone presenta regole proprie «attinenti alla quantità e qualità degli umori circolanti e ai loro vari condizionamenti, interni ed esterni; e ha sempre le sue preferenze costituzionali e temperamentali, la sua distribuzione geografica per aree elettive, la sua cadenza cronologica per periodi e giorni critici» (Cosmacini, 1987).

La rapidità fulminea della peste e la sua gravità mettono a nudo i limiti di una prassi clinica consolidata e della sua impostazione teorica. Giova ricordare che il medico, nella concezione del tempo, viene visto come un intellettuale.

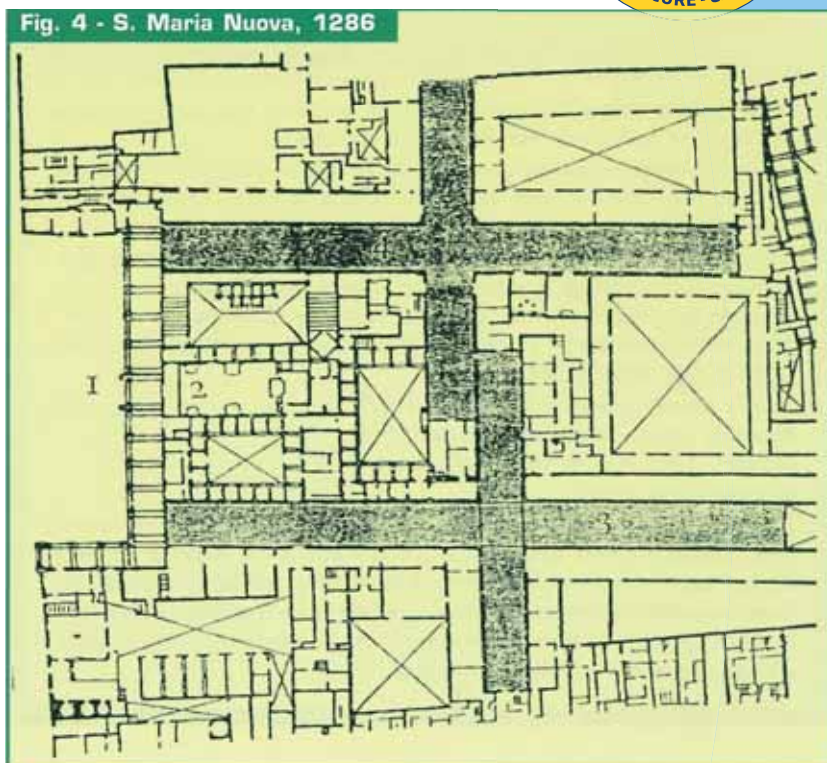
Uomo di letture colte, filosofo, egli non si occupa dell'aspetto materiale e pratico del proprio lavoro, compito lasciato al chirurgo oppure al barbiere. La sua formazione, avvenuta nelle università fondate di recente, si basa sulla logica e sulla filosofia della natura secondo il pensiero di Aristotele e dei suoi commentatori; la medicina fa parte delle facoltà di "artes" ed è la più importante di esse.

Non stupisce allora che per tentare una spiegazione dell'insulto epidemiologico del 1347-48 l'arte medica faccia ricorso alla dottrina, cioè ad Ippocrate stesso ove afferma che quando molti uomini sono colpiti da una malattia occorre imputarne la causa a ciò che è più comune, diffuso e necessario a tutti quanti, ovvero l'aria. Laddove fallisce la terapia, la cosiddetta "dottrina aerista" soccorre la profilassi nel consigliare agli abitanti del tempo la fuga dalle persone e dai luoghi contaminati o sospetti.

Naturalmente un terremoto di queste dimensioni scuote in profondità l'apparato conoscitivo dei medici e, seppur con infinite esitazioni, con continue chiusure schematiche e dottrinarie, proprio da questo momento inizia una ricerca più sistematica, anche se essa porterà a frutti maturi soltanto cinque secoli più tardi.

Gli uomini di governo costituiscono invece la figura più dinamica in questo dramma collettivo della civiltà occidentale del trecento. Quel sistema particolare delle libertà e della democrazia comunali produce *un sistema amministrativo efficiente*, idoneo a reagire con prontezza, con innovazioni e provvedimenti, talvolta drastici, tuttavia capaci di affrontare la difficile situazione. Inventando fra trecento e quattrocento il primo vero e proprio "governo della sanità" a difesa della salute dei cittadini mediante l'istituzione di Uffici di Sanità, della legislazione sanitaria e di nuovi moderni ospedali – frutto non tanto del pensiero medico, quanto della evoluta ed efficiente tradizione amministrativa locale – gli stati italiani di quel tempo forniscono un esempio che sarà imitato in seguito da gran parte d'Europa.

Anche le *strutture sanitarie dell'epoca*, gli ospizi, si rivelano non in grado di far fronte





all'emergenza, sia dal punto di vista quantitativo che per la prassi terapeutica esercitata nonché per le condizioni igieniche vigenti. E spesso, paradossalmente, ospizi ed ospedali divengono focolai propulsori di ulteriori sussulti dell'epidemia. Inoltre il personale che opera in queste strutture – prevalentemente religiosi o volontari animati da spirito di carità – non nutre particolare fiducia nei poteri di quella professione medica che, si

è visto, ancora non è assunta al rango di "scienza". Infine la malattia è stata concepita fino ad allora come un evento biologico naturale al quale occorre rassegnarsi ed in previsione della quale semmai bisogna preparare la propria anima. Anche la guida suprema della Cristianità, il Papa, conferma questa convinzione, quando attribuisce con chiarezza la pestilenza che affligge i Cristiani all'ira divina per i peccati degli uomini.

Il 28 agosto 1423, durante l'ennesima pestilenza, il Senato veneziano istituì una struttura di ricovero e isolamento per gli appestati dotata di personale medico e infermieristico salariato dallo Stato. Dopo alcune incertezze, la scelta cadde sull'isola di Santa Maria di Nazareth, che portava il nome del preesistente convento, volgarizzato poi in Nazaretum, Lazaretum e infine in "Lazzaretto". Tale denominazione fu adottata poi dalle analoghe strutture sorte in Occidente a imitazione di quella veneziana.

Fin dal 1423 il Senato sottolineò l'importanza dell'informazione come indispensabile premessa alla rapidità e all'efficacia dell'isolamento e al successo della prevenzione. Ciascun veneziano, dai capitani di nave ai marinai, ai cittadini, era coinvolto nella lotta al contagio e invitato a raccogliere ogni notizia per segnalare tempestivamente i casi di peste in città e sulle navi affinché venissero immediatamente isolati.

Ma il modello certamente più originale fu quello del lazzaretto di contumacia fondato nel 1468 per accogliere per un periodo di quarantena gli appestati guariti prima che potessero tornare in città. Il lazzaretto, che venne chiamato "Nuovo" per distinguerlo dal preesistente nominato "Vecchio", fu impiegato anche per la contumacia di persone e merci provenienti da

## RINASCIMENTO

L'ospedale partecipa alla evoluzione culturale. Non solo pietà cristiana ma impegno sociale del Re, Principe o Signore.

L'idea dell'ospedale sorge quando si fa strada la concezione del curare come funzione cui viene attribuita dignità specifica traendolo fuori da quelle sedi dove tale funzione veniva prima espletata.

Ospedale partecipa a costruire il panorama urbano. Termine ospedale assimilato a quello "Palazzo", esso stesso piccola città.

Facciate con loggiati, cortili, porticati (igiene ambientale).

Duca Francesco Sforza (costruisce Antonio Virulino detto il Filarete).

**L'OSPEDALE MAGGIORE a Milano**

Doppia crociera. Altare. Corsie 42 x 9.5

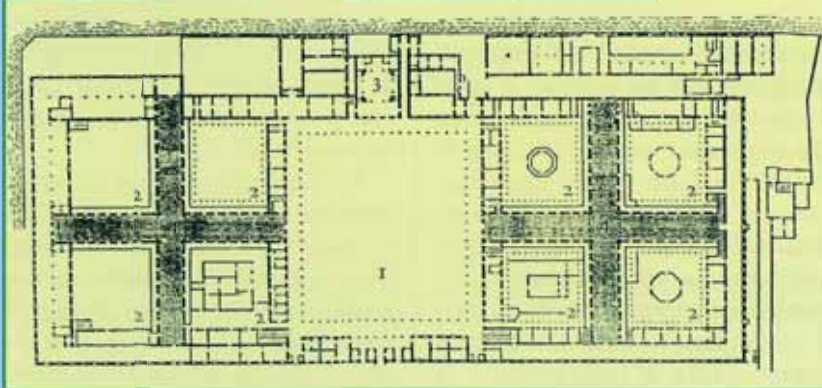
Altare al centro. 40 posti letto per corsie.

Finestre a mt. 4.5 da terra per altezza 2.70.

Ricambio aria viziata.

Rispetto ai coevi finestre alte per aria viziata, artifici per riscontro di aria. Riscaldamento con camino. Corsie più corte rispetto ad altri esempi coevi con maggior numero di posti letto. Introdotti lavatoi e latrine: muretto rialzato con "banca a sedere" con aperture coperte collegati a condotti di rame aperte immerse in condotte d'acqua, collegati al canale che lambisce l'ospedale.

Fig. 5 - Ospedale Maggiore - Milano 1456 (Il Filarete)



## Tipologia architettonica dal XIX secolo

Dal XIX al XX secolo si succedono le tipologie a padiglione influenzate dalla tendenza a raggruppare per patologie.

Massima igiene fondata su aerazione - illuminazione - separazione dei corpi di fabbrica, allontanamento dai centri abitati.

Modello di ospedale cambia: non luogo di carità - solidarietà ma "macchina per guarire".

Florence Nightingale introduce il modello dell'infermiera moderna.

Si realizzano le Wards (corsie) Florence Nightingale dominate da ampie finestre e presidio infermieristico alla porta.



paesi contagiati. In esso si misero a punto misure di isolamento e di espurgo che richiesero un costante investimento di risorse economiche e comportarono il rallentamento dei traffici. Tuttavia si preferì spendere per la prevenzione piuttosto che rischiare i tracolli economici e demografici comportati dalle epidemie.

Il sistema dei lazzaretti veneziani fu gestito, nel contesto di una più ampia strategia sanitaria nazionale e internazionale, dal Magistrato alla Sanità della Repubblica (istituito nel 1486) e fornì un modello a tutti i porti mediterranei che vollero divenire concorrenziali con la Serenissima.

Altra paura storica, più antica, era quella della lebbra. La diagnosi di lebbra era una vera morte civile che comportava l'emarginazione dal mondo dei sani.

Il lebbrosario come il lazzaretto erano spazi chiusi fuori città, d'isolamento e d'interdizione. La differenza era che il lazzaretto era uno spazio creato per un tempo provvisorio, per i tanti che ci entravano e per i pochi che uscivano vivi, il lebbrosario era un'anti città fatta per viverci tutta la vita da emarginati.

La terza paura storica rinascimentale era quella della malattia contagiosa "nuova" introdotta in Europa dalle Indie occidentali (compagni 'di Colombo) battezzata da Fracastoro nel 1530 "syphilis seu morbus gallicus" (Sifilide o mal francese). Per essa era stato individuato il contagio genitale e per tali pazienti furono realizzati appositi contenitori ospedalieri gli "Ospedali per incurabili". Peste, lebbra, sifilide, tre modelli epidemiologici di paura: morte fisica, morte civile.

Nello spirito del Rinascimento al pari di altri edifici civili e religiosi, l'ospedale contribuisce a costruire il panorama urbano della città del 400, ispirandosi alla dignità della grande architettura.

Il Filarete nel suo trattato di architettura colloca l'ospedale tra i centri funzionali principali della città facendogli acquisire gli elementi morfologici che ritroviamo costanti in molti palazzi dell'epoca, loggiati, portali, cortili.

L'ospedale maggiore sorge a Milano nel 1456 (fig. 5). La costruzione fu affidata ad Antonio Averulino detto il Filarete, dal Duca Francesco Sforza. Impianto a croce: corsie m. 42'9.5 per 40 letti, 10 mq a posto letto, ampie finestre, latrine organizzate su corridoi laterali, costituite con banco a sedere collegati da condotti o tubi di rame a sottostanti canali collegati con tubi di ventilazione. Gli interni degli ospedali rinascimentali sono adorne di pitture e sculture. L'assistenza tende a passare in mano mista (religiosa e laica).

Sbocciano le Scuole mediche e si procede verso concetti di medicina organistica (Morgagni – le malattie hanno una sede e una causa: riscontro autoptico).

Nel 1723 l'incendio dell'Hotel Dieu pose il problema della sua ricostruzione. Si avviarono i dibattiti che portarono all'invenzione dell'Ospedale a padiglione diffusi in Europa nel XIX secolo fino a metà del XX sec. (fig. 6).

Si va definendo anche la figura della in-





fermiera, su iniziativa di Florence Nightingale (1820-1910) che legò il suo nome alle cosiddette "Nightingale Wards": area apposita di sorveglianza per l'infermiera, con affiancato locale cucina; al capo opposto, i servizi igienici e camere singole per i pazienti non gravi, i più gravi in ordine decrescente dall'infermeria all'estremità della corsia. Ampie le finestre per garantire un elevato standard di illuminazione e aereazione.

L'evoluzione tipologica del XX secolo è il monoblocco, termine per indicare ospedali alloggiati in edifici multipiano in cui ogni piano è dotato di camere di degenza e Servizi di diagnosi e cure.

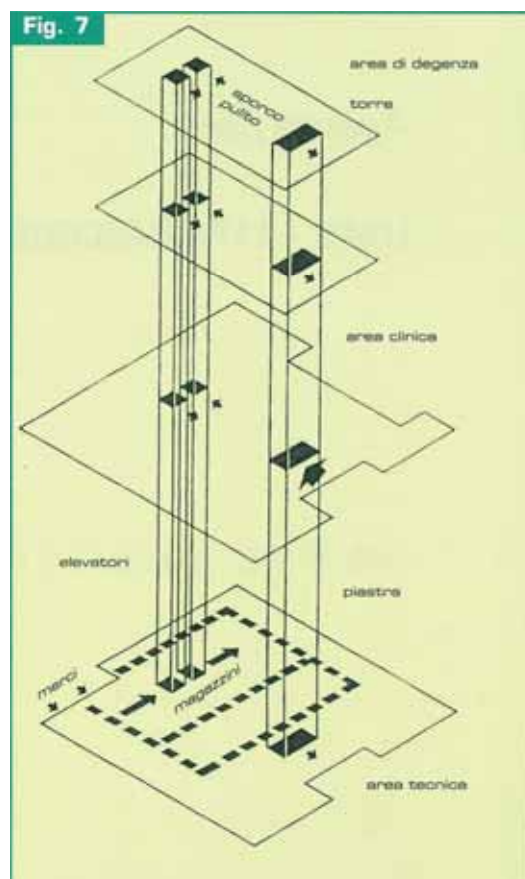


Sorge negli Anni 20 negli Stati Uniti e si diffonde in Europa (fig. 7).

L'evoluzione del sistema a padiglioni al monoblocco è dettata da spinta verso la riduzione dei costi. I nostri anni sono gli anni della introduzione in corsia delle complesse tecnologie dell'informatica, della robotica alla base delle terapie di frontiera. Tutto questo induce a ridefinire la figura del medico la cui arte cessa di essere supportata solo dallo stetoscopio e dal bisturi ma deve saper usare i nuovi mezzi (ultrasuoni, energie, risonanza, campi magnetici). Le sonde ecografiche e le laparoscopiche riducono l'occasione del contatto della

mano del medico e del chirurgo col corpo del paziente. È la robotica? È possibile che il malato non veda mai il volto del suo operatore.

Pensare a tutto questo sì, ma sperare che il medico non cessi di essere medico per la vita, per divenire tecnico idoneo a sostituire ricambi. Se proprio tutto l'impegno del medico debba essere assorbito dal suo allenamento tecnologico sia collaborato in corsia dall'assistente sociale o dal medico psicologo o da un internista, almeno teoricamente competente, sulle indicazioni d'uso delle tecnologie utili e incombenti nella gestione ospedaliera mantengano il rapporto malato-ospedale umanizzato, nella coscienza della condivisione della sofferenza verso il nuovo traguardo dell'ospedale senza dolore.





# INNOVAZIONE LA CASA DI CURA ORGANIZZATA PER GRADIENTE DI INTENSITÀ DI CURE

## La visione organizzativa Pazientecentrica sostituisce la Specialistacentrica

Presidente: **Prof. SALVATORE CASTORINA** - Chirurgo

Il C.C.D. G.B. Morgagni - Case di Cura - è impegnato a realizzare l'organizzazione delle degenze per gradiente di intensità di cure accogliendo gli orientamenti attuali di alcuni gruppi di studio italiani e stranieri favorevoli a un nuovo modello di ospedale organizzato in degenze per intensità di cura e assistenza. Questo è avvenuto presa conoscenza del documento sottoscritto dai rappresentanti toscani di 19 Società scientifiche nel 2008.

Presupposti che inducono alla nuova organizzazione delle degenze con tali criteri sono:

- Transizione epidemiologica: pazienti più anziani, più cronici, più complessi
- Nuove risorse tecnologiche strumentali applicate alle procedure terapeutiche.
- Aumento delle indicazioni delle procedure terapeutiche cruente.
- Aspettative del paziente e della famiglia e delle istanze sociali che sollecitano cure efficaci tempestive in sicurezza e informate.

Cosa significa graduare l'intensità di cure. Rispondere in modo diverso e appropriato alla domanda clinica quanto a:

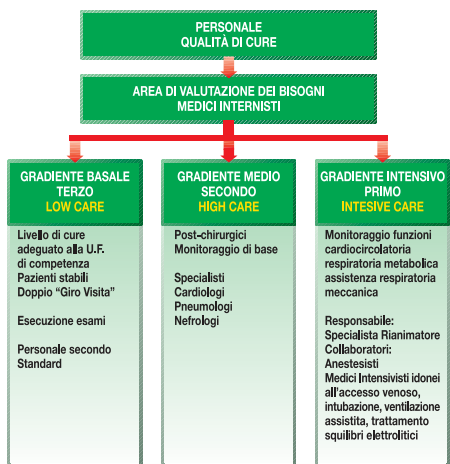
- dotazione strumentale
- competenze professionali secondo il gradiente richiesto dal caso.
- quantità e qualità del personale assegnato ai diversi gradi di instabilità clinica

Principio ispiratore dell'organizzazione della degenza diventa quindi la similarità dei bisogni piuttosto che l'assemblaggio di pazienti aggregati secondo organizzazione per Unità Funzionale.

La Casa di Cura è la micro area che intende realizzare, nell'ambito dei propri confini, le finalità che oggi si perseguono in Regione per realizzare nella macro-area le reti integrate secondo il modello HUB SPOKE.

Trasferendo in casa di cura il modello in uso in macroaree territoriali modello che prevede l'esistenza di centri principali (Hub, mozzo) centri periferici (Spoke, raggio) abbiamo concentrato l'assistenza di pazienti clinicamente instabili in aree di progressivo gradiente di intensità di cura secondo autonomia del paziente e suoi bisogni assistenziali.

Il principio ispiratore dell'organizzazione della degenza diventa quindi la similarità del bisogno e l'intensità delle cure richieste piuttosto che la contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina.



### ASSETTO ORGANIZZATIVO/FUNZIONALE

Per quanto riguarda l'assetto organizzativo/funzionale di queste aree di degenza, si prevede l'impiego di una équipe medica multidisciplinare, creata attingendo dalle professionalità già presenti all'interno della struttura.

### AREA DI VALUTAZIONE DEI BISOGNI

Si tratta di un'area con funzione di filtro, dove il paziente viene stratificato clinicamente, secondo criteri di valutazione, dettati dal livello di gravità o instabilità clinica e dal grado di complessità assistenziale medico/infermieristica.

### 3° LIVELLO: ASSISTENZA BASALE LOW CARE

In questa area si fa confluire la gran parte della casistica che non presenta importanti elementi di complessità assistenziale medico/infermieristica. Dedicato ai pazienti stabili avviati a chirurgia. Dedicato alla cura delle post-acuzie, ove trasferire i pazienti in fase di predimissione.

### 2° LIVELLO: AREA AD ALTA INTENSITÀ DI ASSISTENZA HIGH CARE

L'attività clinica/assistenziale sarà dedicata a pazienti che necessitano di una alta intensità di cura come rilevamento continuo dei parametri vitali, di interventi diagnostico-terapeutici e di nursing mirati, o che non necessitano di monitoraggio invasivo, assicurando quindi il giusto livello di intensità assistenziale e cura.

Il target di pazienti da accogliere presso questa area di degenza è rappresentata da:

- Pazienti post-chirurgici
- Pazienti che necessitano di monitoraggio di base, respiratorio, neurologico, renale.

### 1° LIVELLO: AREA DI TERAPIA INTENSIVA INTENSIVE CARE

Tale area si identifica con l'Unità di Terapia Intensiva, un'area multivalente nella quale, per le sue dotazioni di organico e tecnologiche, deve confluire la maggiore casistica caratterizzata da reale instabilità clinica (chirurgica/medica).

In questa area dovranno confluire solo:

- pazienti chirurgici complessi, quindi provenienti dalla sala operatoria;
- pazienti dell'area medica/intensiva che richiedono monitoraggio invasivo e complesso quale una terapia intensiva può garantire, inviati anche dall'area di degenza di alta assistenza in caso di complicanza.

Le professionalità medico/infermieristiche e le dotazioni tecnologiche rispetteranno gli standard richiesti in funzione dei posti letto e della tipologia di assistenza erogata.



# Sistema di Gestione per la Qualità

a cura dell'Ufficio Qualità, Resp.: Giuseooe Contina

(da "Il Morgagni", Giornale di Clinica e Terapia, n. 35, 2016)

Al fine di definire, progettare, attuare e gestire e monitorare il proprio Sistema di Gestione per la Qualità, la Direzione del "C.C.D. G.B. Morgagni" ha predisposto documenti di sistema (procedure, istruzioni, modelli di registrazione) la cui struttura è delineata nei paragrafi seguenti.

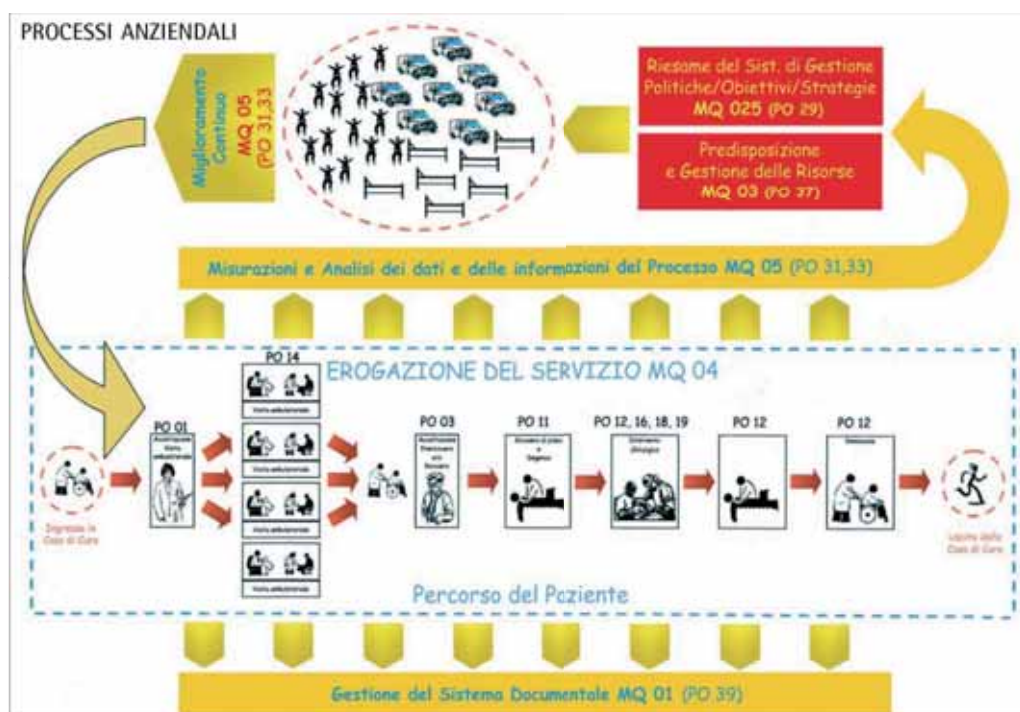
Tale Sistema di Gestione per la Qualità è tenuto aggiornato, sottoposto a controlli e verifiche, continuamente e sistematicamente migliorato, attribuendo specifiche responsabilità a tutti i livelli dell'organizzazione (secondo un principio generale di delega e responsabilizzazione ed in linea con la normativa di riferimento UNI EN ISO 9001:2008).

Per i fini suddetti, la Direzione del "C.C.D. G.B. Morgagni" ha attribuito specifiche responsabilità in merito alla progettazione, implementazione e gestione di tutto il Sistema.

Sono stati identificati i processi ed i sub-processi operativi, gestionali e di supporto, connessi al trattamento sanitario delle diverse tipologie di paziente, tenendo conto delle diverse e specifiche esigenze dei propri "clienti".

Nella figura che segue sono rappresentati i Processi operativi aziendali identificati:

- delineati dalla cornice tratteggiata in azzurro, sono rappresentati i processi del percorso del paziente candidato a ricovero per diagnosi e cure. Dall'ingresso in Casa di Cura alla dimissione attraverso gli steps: PO 01 "Prenotazione ed accettazione visite ambulatoriali", PO 14 "Visite ambulatoriali", PO 03 "Visita Prericovero", PO 11 "Ricovero al piano e degenza", PO 12 "Intervento chirurgico, convalescenza e dimissione";
- nella parte superiore della cornice tratteggiata in azzurro sono rappresentati i processi relativi al controllo PO 31 "Verifiche Ispettive" – PO 33 "Non conformità, azioni"



correttive e preventive”, misurazione e analisi delle performance dell’organizzazione PO 29 “Riesame della direzione” – PO 32 “Progettazione e sviluppo” finalizzati al miglioramento continuo;

- nella parte inferiore della cornice tratteggiata in azzurro sono rappresentati i processi relativi alla gestione documentale MQ 01 - PO 39 “Documentazione del Sistema Qualità”.

In particolare, sono stati definiti e documentati i processi relativi al “Percorso del Paziente per l’iter diagnostico/terapeutico” e connessi all’erogazione dei servizi sanitari (visite ambulatoriali specialistiche, attività di prericovero, ricovero e degenza, intervento chirurgico, dimissioni e follow up, ecc.), all’erogazione dei servizi di supporto (attività diagnostiche, laboratorio di analisi, gestione dei farmaci, gestione degli approvvigionamenti, gestione delle apparecchiature, ecc.).

Sono state, inoltre definiti e documentati i processi relativi al controllo ed al miglioramento dei servizi erogati (gestione del personale e dell’addestramento, attività di riesame del sistema di gestione, azioni preventive e gestione delle azioni correttive, proposte di miglioramento, attività di verifica ispettiva interna, ecc.).

Con riferimento ai singoli processi, sono state stabilite le fasi (oltre agli input, le attività, le responsabilità, gli output, ecc.) che li costituiscono, le connessioni e le interazioni esistenti tra gli stessi, secondo un’impostazione ed una logica “per processi”.

Per i singoli processi, sono state identificate le risorse (umane, materiali e tecniche) necessarie ed i metodi ritenuti più opportuni, per un funzionamento efficace ed efficiente di tutta l’organizzazione continuamente orientata e proiettata alla soddisfazione dei propri “clienti”, sia quelli “esterni o effettivi” (pazienti) che quelli “interni” (membri dell’organizzazione).

Con riferimento ad ogni processo e sub-processo, sono state elaborate rappresentazioni di sintesi e grafici (flow charts), al fine di rendere più agevole la comprensione delle singole fasi e delle relative interfacce organizzative responsabili del buon esito delle attività svolte ed il conseguimento di quanto programmato.







# Umanizzare la Medicina

## Ruolo del Medico e dell'Operatore Sanitario

di Salvatore Castorina

(*"Il Morgagni"*, *Giornale di Clinica e Terapia*, n. 8, 2002)

Mi piace introdurre questa nota, appropriandomi della riflessione che lessi su una locandina che annunciava un Convegno in memoria di Madre Teresa di Calcutta.

"Proprio nella malattia v'è la speranza perché è il momento della verità nel quale si scoprono i veri valori dell'esistenza umana, perché c'è nella malattia un mistero che resta il segreto di Dio". Al cospetto della malattia l'uomo resta sgomento. Non ne capisce il senso. Perché il dolore terebrante? perché la dispnea? perché il deficit funzionale? perché le ulcerazioni devastanti la bellezza? perché le profuse angoscianti emorragie? perché i vomiti squassanti? perché esperienze così logoranti spesso anticipanti il momento del trapasso?

L'uomo si ferma senza risposta: spera di capire, ma non lo capirà perché è un mistero che resta il segreto di Dio, se non si apre alla speranza dell'incontro con la "verità", l'incontro con Dio.

Per la scienza mistero è la vita nella sua prima origine se rifiutiamo che la casualità dell'incontro Idrogeno - Azoto nel Big Bang possa rappresentare l'innescamento per la realizzazione della molecola ribo nucleo proteica.

Mistero è la morte, conclusione irrazionale di un meraviglioso equilibrio biologico che si realizza in ogni essere vivente.

"La Rivelazione Cristiana non cancella il mistero della vita e della morte ma lo illumina in modo da renderne anche razionalmente affascinante, la risposta (Fiorenzo Angelini - "Quel soffio sulla creta". Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari) Roma 1990.

Tra il malato e la malattia si pone un interlocutore, ritenuto necessario portatore di speranza, personaggio faticosamente formatosi nella storia della medicina, dallo stadio di totale ignoranza delle cause delle malattie e della loro cura, fino al 3° millennio, che si apre ricco di buoni auspici verso la pienezza di conoscenza biologico - medica. Quell'uomo è il medico.

Nel gennaio 1987 la conferenza internazionale degli Ordini dei Medici ha definito il compito del Medico affidandole la difesa della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della vita e della dignità della persona umana, senza discriminazione di età, razza, religione, nazionalità, condizione sociale, ideologia politica e di qualsiasi altra natura in tempo di pace come in tempo di guerra.

Tra il medico e il malato si pone poi il personale paramedico che costituisce la spina dorsale del luogo di cura.

Gli/le infermieri/e si trovano in contatto continuo con il malato ospedalizzato. Questi svolgono un ruolo psicologico per aiutare il malato, almeno altrettanto importante del ruolo che essi svolgono sul piano delle tecniche sanitarie.

È stato detto che è l'arrivo dell'Infermiera moderna nell'ospedale che ha introdotto i principi di igiene e di pulizia.

Dopo l'ultima guerra le organizzazioni professionali delle Infermiere/i tentano di elaborare una filosofia della loro professione.

Il 10 luglio 1953, una riunione del consiglio internazionale delle Infermiere/i, promulgava, a San Paolo un codice internazionale di etica e di deontologia professionale dell'Infermiere/a, codice di cui cito alcuni articoli.

1. La responsabilità fondamentale dell'Infermiere/a è tripla. Conservare la vita, alleviare le sofferenze, migliorare la salute.
2. L'infermiere/a ha il diritto di eseguire le prescrizioni mediche con intelligenza e lealtà e di rifiutare di partecipare ad azioni che la deontologia condanna.
3. L'infermiere/a deve risvegliare e incoraggiare la fiducia verso il medico e gli altri membri dell'équipe sanitaria. L'incompetenza o una condotta non conforme alle regole della deontologia devono essere segnalate, ma soltanto all'autorità responsabile.
4. L'infermiere/a collabora e mantiene delle relazioni armoniose con i membri della comunità ospedaliera.

L'asse sanitario di un ospedale è supportato inoltre dall'opera degli amministrativi e dei tecnici manutentori, essi stessi partecipi dell'operazione salute.

Tutto questo gruppo di gente ponendosi nella condizione di intervenire sul malato e sulla malattia deve interpretare l'esperienza "malattia" e decidere come reagirvi. I concetti di malattia e salute sono importanti perché influenzano le modalità e gli obiettivi del trattamento medico. Una comprensione meccanicistica o tecnologica della malattia che vede l'uomo come una macchina richiede una terapia strutturata come una riparazione meccanica e per conseguenza una relazione terapeutica analoga (tecnico con macchina guasta).

Concetti più personali e olistici richiedono tipi di terapia e di rapporto terapeutico corrispondenti.

In questo scenario si inseriscono uomini e strutture che si assumono il ruolo di curare: malattia "Guasto meccanico" o "Mistero che resta il segreto di Dio?".

La veduta del cristiano è che l'Ospedale accogliendo il malato deve prendere coscienza di operare per l'uomo, unità di valori corporei e spirituali.

L'umanizzazione dell'Ospedale, dipende dal carattere umano dell'organizzazione dell'Istituto e della relazione tra gli uomini e le donne che vi lavorano. Le condizioni per un clima sereno della vita ospedaliera, le tecniche di accoglienza del malato il ruolo essenziale del medico costituiscono con il comportamento e l'azione di un personale ospedaliero, contento e motivato, i pilastri dell'umanizzazione.

L'operatore sanitario deve trovare la ragione del proprio impiego lavorativo nel servizio dell'uomo malato che si affida alle sue cure: medico, infermiere, impiegato addetto ai vari compiti (dall'amministrativo al logistico funzionale che permettono alla struttura di funzionare), cappellano, farmacista, amministratore, dirigente. Queste figure devono avere la consapevolezza di vivere col malato il mistero della sofferenza e per questo devono possedere una chiara ed esplicita coscienza di questa specifica vocazione.

Caratteri differenziali tra Casa di Cura e l'Ospedale si individuano invece nel rapporto tra l'Ente e il malato.

Tali caratteri differenziali si possono ritrovare soprattutto negli aspetti che costituiscono uno dei capitoli più problematici dal punto di vista dell'Etica applicata: l'accoglienza del malato nel reparto di cura che si integra e si definisce nelle manifestazioni di rispetto per la sua personalità. Risultato di numerose indagini statistiche condotte su pazienti e familiari di pazienti è che sul voto che esprime la soddisfazione giocano ruolo tre componenti:





- a) l'umanizzazione dell'ospedalità, che, a sua volta, risulta da legame diretto e personale tra il malato e quanti nelle varie mansioni si assumono i compiti per garantire benessere ambientale e cure;
- b) la dotazione strumentale;
- c) la qualità professionale dei medici.

La qualità della Casa di Cura è risultante della misura con cui riesce a integrare qualità strumentali e professionali con quanto il malato possa gradire degli aspetti che rendono meno traumatico il distacco dalle proprie abitudini per esempio:

- a) l'ambiente della clinica in generale;
- b) il locale dove viene ricoverato;
- c) impressioni di ordine, di pulizia, d'igiene;
- d) la qualità e la quantità dei pasti;
- e) la maniera di servire i pasti;
- f) la possibilità di ricevere visite e di restare coi parenti;
- g) la possibilità di essere lasciato tranquillo, di riposarsi;
- h) le cure ricevute durante il ricovero;
- i) la competenza dei medici;
- j) la maniera in cui i medici trattano i ricoverati;
- k) il tempo consacrato dai medici ai ricoverati;
- l) la preparazione del personale;
- m) il tempo consacrato ai malati dal personale;
- n) l'apparecchiatura medica;
- o) la possibilità d'avere informazioni sullo stato di salute.

Dalle numerose indagini italiane o estere risulta costante la prevalenza, nel criterio di scelta della Casa di Cura, dei motivi che conferiscono corpo alla umanizzazione e la qualità professionale del medico che si assume la direttiva di cura.

Le Case di Cura laiche possono, o no, tenere presente nella loro progettualità operativa le componenti e le esigenze spirituali del malato, complesso risultante della somma di esigenze somatiche e spirituali esaltate dalla visione cristiana della persona.

Il codice deontologico del rapporto medico malato, non essendo i medici esenti nell'espletamento professionale dall'influenza della loro formazione filosofica, teologica culturale, può essere variamente vissuto nella cosiddetta Casa di Cura laica mentre non può essere non vissuto che conformemente ai principi dettati dal Magistero della chiesa nelle Case di Cura religiose. La collocazione della Casa di Cura nel sistema sociale avverte certamente il riverbero, sia nel sistema liberale che nel sistema socializzato, non solo della burocrazia e della politica ma anche della spinta che la società del benessere imprime al concetto di diritto alla salute che, divenendo bene supremo, ripropone la considerazione dei costi di tali servizi che, spinti a livelli estremi potrebbero collassare l'equilibrio finanziario del Paese (vecchia nota del costo-beneficio). In questo scenario il ruolo di calmiera spetta al medico che solo se dotato di forte vocazione e di larga cultura, professionale, umanistica teologica potrà essere l'ago della bilancia al servizio.

Nella gestione del malato domina oggi il concetto del management. Tutta la conduzione dell'ospedale è oggi regolata da tale disciplina: management in opposizione a burocrazia. Management significa prendere decisioni efficaci, assicurare comunicazioni interne ed esterne, ascolto e trasmissione.

Controllare i risultati. Darsi obiettivi e monitorare i risultati. Esempi:

- indice rotazione posti letto,

- indice di degenza media,
- riduzione di complicità,
- indice di sicurezza,
- gestione economica risorse,
- epidemiologia,
- indice di gradimento,
- perseguire o no prestazioni a peso alto,
- alte tecnologie,
- perseguire prestazioni in DH,
- ricerche di mercato,
- professionalità.

#### Quali sono i vantaggi del management privato.

1. Rapidità decisionale, setting-solving.
2. Flessibilità organizzativa, adattamento della struttura alla richiesta.
3. Rapporto diretto giornaliero col personale senza intermediazione complessa.
4. Colloquio medico-paziente.

#### Quali gli svantaggi del management privato.

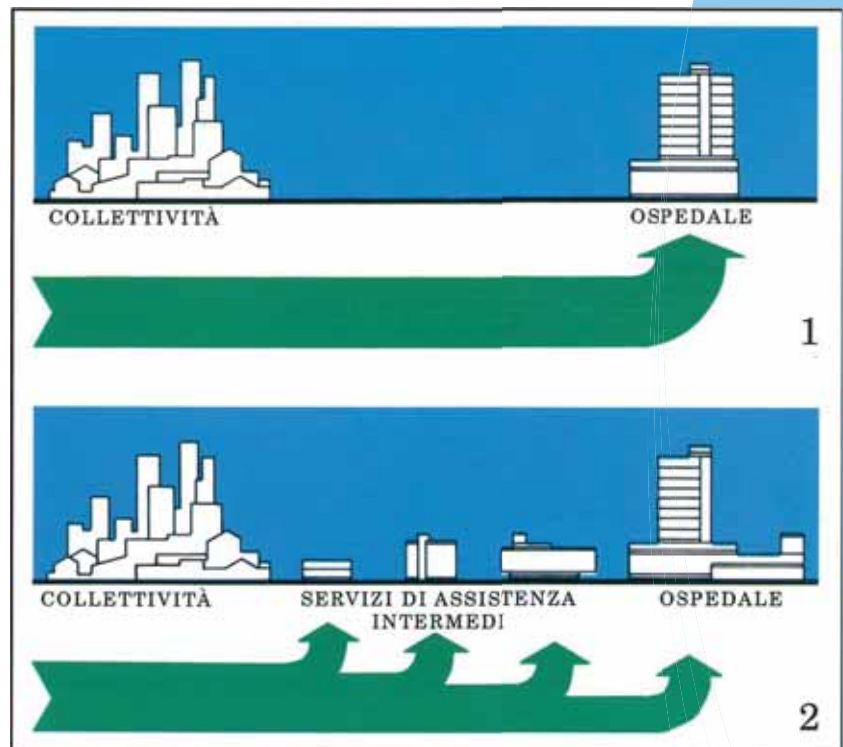
1. Ricorso al finanziamento bancario e al leasing. Conseguenti oneri finanziari.
2. Tassazione sui ricavi con sottrazione di mezzi investibili nell'aggiornamento tecnologico.
3. Alto costo per l'acquisizione degli operatori.
4. Investimento nella formazione del personale minato dall'esodo versus pubblico.

## Istituzioni sanitarie private e umanizzazione della medicina

È opportuno però il richiamo acchè oggi nella costruzione e gestione di questa colossale macchina che dovrebbe produrre salute, la mano non passi all'esperto finanziario, freddo interprete delle leggi di mercato che regolano il rapporto costo beneficio, fuori da ogni controllo bioetico, teologico, filosofico. Nel momento in cui la diagnostica e la terapia di necessità devono ricorrere a tecnologie di alto costo è correttissimo vigilare sulla gestione delle risorse. Si tenga sempre presente però il diritto-dovere di non umiliare l'uomo malato e rispettare a tutti i costi la vita e la personalità del paziente dall'alba al tramonto.

In verità tutte le strutture le più e le meno grandi pubbliche o private hanno presente il dovere di operare per il malato. Sanità pubblica e Sanità privata hanno regole comuni tali sono:

- la morale professionale,
- l'uso delle corrette procedure,
- porre l'interesse dell'uomo a qualunque altro interesse,



Schema del collegamento tra Ospedale e Comunità: 1) secondo tradizione; 2) secondo i moderni orientamenti.



- aspirare alla economicità che non modifichi la tutela della salute,
- impiego oculato delle risorse.

La Sanità privata è uno dei modelli di offerta ospedaliera, con peculiarità che la distinguono dall'offerta del grande ospedale pubblico, almeno nella realtà europea.

Comuni sono le regole imposte dall'etica medica. Comune è l'oggetto: l'uomo. Diversificano le procedure per raggiungere il fine comune: tutela salute.

Almeno le regole se li danno tutti. Ne è espressione la cosiddetta Casta dei Servizi che tutte le strutture pubbliche o private si danno. Regole ne possiamo dare quanto si vuole, ma l'operatore sanitario deve darsi una risposta alla domanda che deve porsi: perché ho scelto la professione del medico? dell'Infermiere? del Tecnico? dell'Ausiliario? del Cappellano? del Direttore generale? Tale risposta sarà di speranza per il malato se coerente con quanto, mi piace ricordare, attribuito a Antonino Gasbarrini archiatra pontificio "la medicina che vuol essere umana deve rivolgersi alla persona tutta intera, corpo e anima cosciente delle sue esigenze tecniche come delle sue responsabilità morali".

Una medicina per l'uomo è più facile realizzare in una struttura pubblica o in una struttura privata?

Tutto dipende dal rigore organizzativo e dalla qualità degli uomini. Non si può generalizzare. Si può solo ipotizzare che dati determinati principi nella struttura privata, di minori dimensioni, che il grande ospedale pubblico, è più probabile raggiungere tale fine.

Per concludere, riflettiamo tutti sulla più bella preghiera che sia stata scritta pensando al malato: la preghiera del medico composta da Pio XII. A me pare di trovare nei suoi versi le risposte che cerchiamo, risposte che il più delle volte non riescono a dare decreti, e circolari ministeriali interpretative dei decreti.

# Riflessioni conseguenti Umanità e Malattia

di Salvatore Castorina

(da "Il Morgagni", *Giornale di Clinica e Terapia*, n. 35, 2016)

A partire dalla medicina cinese antica, la Mesopotamia, l'Egizia, la Indiana antica, la Iraniana antica, la Greca Ippocratica, la Galenica Romana, la giustificazione della malattia e del dolore è stato di interesse presso tutte le religioni.

Tutte le religioni attraverso il tema sofferenza e dolore hanno elaborato valori di immagini rituali di guarigione sia nelle politeistiche che nella monoteistica.

Nella concezione biblica veterotestamentaria il dramma della malattia è inteso come punizione per il peccato commesso, segno della rottura tra Dio e uomo.

Da questo sfondo prende distacco Gesù di Nazareth che trae il malato dell'isolamento esaltando il valore della Charitas che trova nella parabola del Samaritano la prima concreta indicazione cristiana del rapporto Società – malato (un uomo in fin di vita derubato e ferito giace sulla strada. Due figure un sacerdote e un levita lo vedono ma passano oltre. Un samaritano considerato eretico e impuro dagli ebrei si avvicina e con grande compassione si prende cura di lui. Non passi inosservata il messaggio subliminale della personalità delle 3 figure che incontrano il moribondo. Sacerdote (rispettabile), Levita (rispettabile), Samaritano (considerato eretico e impuro omnia vincita caritas) o come nelle bucoliche di Publio Virgilio Marone "Amor vincit omnia et nos cedamus amori".

## Questo è il messaggio

Donde la visione cristiana della sofferenza e persino della morte nel cantico delle creature Francesco D'Assise "Laudato si mio Signore per sora nostra morte corporale dalla quale nessuno homo vivente può scappare..." Si bradi morte corporale che non priva l'uomo della speranza di una esperienza ultraterrena.

La visione cristiana asseconda la speranza dell'uomo "L'uomo vuole vivere, sente se stesso come un essere fisico fatto per la vita e il rischio di essere consegnato al non essere perpetuo è fonte di una profonda angoscia esistenziale".

Quanto mai torna consolatrice la riflessione del Cardinale Fiorenzo Angelini studioso di Bioetica che fu da Giovanni Paolo Wojtyla, Delegato per la Pastorale Sanitaria, che riporta dal suo libro "Quel soffio sulla creta", «Per la scienza e indipendentemente dalla fede, la vita nella sua prima origine resta un mistero. Nessuna ipotesi formulata è in grado di spiegare l'origine della vita. La risposta cristiana non cancella il mistero, ma lo illumina in modo da renderlo anche razionalmente affascinante» (Roma 1990) come consolante fiducia e speranza avverso il Nichilismo ateo.

In chiusura dei capitoli del nostro amarcord cosa resta frutto dell'esperienza per immaginare associata alla incredibile prevalenza delle tecnologie sulla semeiotica fisica dominante per millenni nella formazione medica quali auspicio?





Giuseppe Moscati, Professore di Clinica Medica, Primario Ospedale dei Pellegrini, Napoli (1880-1927)

Proclamato Santo da Giovanni Paolo II il 25 Ottobre 1987



Lettera del 16 Luglio 1926

*Abbiate, nella missione assegnatavi dalla Provvidenza, vivissimo sempre il senso del dovere: pensate cioè che i vostri infermi hanno soprattutto un'anima, a cui dovete sapervi avvicinare, e che dovete avvicinare a Dio; pensate che vi incombe l'obbligo di amore allo studio, perché solo così potrete adempiere al grande mandato di soccorrere le infelicità.*

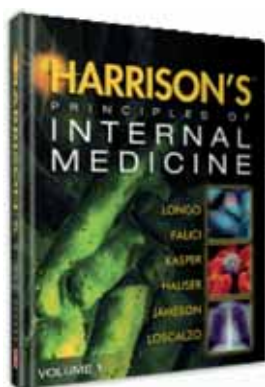
Antonio Gasbarrini, Clinico medico (1882-1963)



*«La medicina che vuole essere umana deve rivolgersi alla persona tutta intera, corpo e anima cosciente delle sue esigenze tecniche come delle sue responsabilità morali».*

Harrison's Principles of Internal Medicine, 1st Edition, 1950

(Opera giunta alla 18<sup>a</sup> edizione)



*“Nessuna opportunità più grande, responsabilità più grande, ed impegno più grande può ricadere sulle spalle di un uomo come quella di decidere di fare il medico. La professione medica richiede competenza tecnica, conoscenza scientifica e comprensione umana. Colui che userà queste armi con umiltà, intelligenza e saggezza renderà un servizio unico al suo fratello uomo e costruirà in se stesso un carattere duraturo. Un medico non può chiedere al proprio destino nulla più di questo, ne accontentarsi di niente di meno”.*

# A regime nel 2003 un nuovo progetto alla “Morgagni” Verso un Ospedale senza dolore

di Salvatore Castorina

(da “Il Morgagni”, *Giornale di Clinica e Terapia*, n. 8, 2002)

Nel decorso post-operatorio il trattamento del dolore assume notevole importanza sulla ripresa del paziente influenzandone il risultato finale sia in termini qualitativi che in termini di riduzione dei tempi di degenza.

Quindi il dolore acuto post-operatorio deve essere trattato per due motivi fondamentali: la prima umanitaria, per diminuire le sofferenze del paziente; la seconda clinica, per diminuire le complicanze e i tempi di ricovero.

Inoltre l’attenzione verso un sintomo così soggettivo presuppone la centralità della figura del malato; ciò ribalta la tradizionale subordinazione del paziente al medico, considerato come colui che conosce i bisogni dell’assistito.

Per tutti questi motivi nel 1992, presso l’ospedale St. Luc di Montreal (Canada), fu avviato un progetto innovativo, finalizzato a modificare le attitudini e il comportamento dei professionisti sanitari e nello stesso tempo dei malati ricoverati. Questo progetto, denominato “verso un ospedale senza dolore” ha ricevuto l’appoggio ufficiale dell’OMS e, dopo essere stato condotto all’ospedale di Montreal, è stato divulgato in altri Paesi, con il coordinamento dell’associazione “Ensemble contre la douleur”: attualmente è incorso di realizzazione in Francia, Svizzera, Belgio, Spagna, Stati Uniti e Italia.

A tutt’oggi nel nostro Paese è difficile dire quanti siano gli Ospedali senza dolore, ossia ospedali in cui sia istituzionalizzato e reso routinario un servizio di terapia del dolore acuto e cronico. Sicuramente sono molto pochi.

La Clinica Morgagni, che per sua scelta è sempre stata sensibile e attenta ai bisogni dei pazienti, ha deciso di istituire al suo interno un Servizio di Terapia del dolore e di aderire al progetto di un Ospedale senza dolore, consapevole di intraprendere una battaglia assistenziale a contenuto, oltre che scientifico, anche e soprattutto etico.

Realizzare un progetto di ospedale senza dolore impegna molte risorse in termini di costi e in termini di coordinamento multidisciplinare.

Cominceremo subito, per essere a regime nel 2003.







# Misericordia: la forza della vita

Gli operatori sanitari nell'anno Giubilare della Misericordia  
(8 Dicembre 2015 - 20 Novembre 2016)

(da "Il Morgagni", *Giornale di Clinica e Terapia*, n. 35, 2016)

Papa Francesco ha indetto il Giubileo straordinario della Misericordia come tempo favorevole per la Chiesa, perché renda più forte ed efficace la testimonianza dei credenti. *Gesù Cristo è il volto della Misericordia del Padre*. Cristo medico ci parla mediante gesti misericordiosi: mani che si stringono per incontrarsi, cuore che accompagna, voce che chiama alla vita.

L'uomo che si lascia vincere dalla misericordia di Dio è come un albero piantato lungo corsi d'acqua che dà sempre frutti abbondanti e buoni (Cfr. Salmo 1, Ger 17, 5-10). L'uomo che non si lascia attraversare dalla misericordia è come un albero secco che non produce frutti. La sua vita è carica di debolezze. Riscoprire la logica della misericordia significa ritornare al cuore della nostra scelta cristiana e il mistero della fede cristiana sembra trovare proprio in questa Parola la sua sintesi.

Dio sceglie di diventare uomo assumendo la carne umana nelle sue piaghe più deboli per ridonarci la vita. Vivere questo meraviglioso scambio tra *la Nostra povertà e la Sua grandezza* significa celebrare la Sua misericordia.

"Non possiedo né argento né oro, ma quello che ho te lo do: nel nome di Gesù Cristo, il Nazareno, cammina" (At 3.6). Lo storpio è guarito nel corpo e nell'anima. Questi non barcolla più, ma addirittura salta di gioia. Dio, mediante Pietro, ha utilizzato misericordia nei confronti dell'uomo storpio. Pensate un po' cosa può fare il Signore attraverso la nostra professione di medici e operatori sanitari. Dio benedice le nostre mani, la nostra intelligenza perché attraverso la nostra umanità e la scienza medica possiamo aiutare gli infermi a recuperare la salute nel corpo e nello spirito. In questo modo la nostra professione diventa rivelazione della misericordia di Dio. Per questo occorre un intenso cammino di fede ed una adeguata e aggiornata formazione nella scienza medica, perché ogni gesto competente, messo a disposizione dell'altro, sia il dono della propria vita. Misericordia e professione medica motivano la nostra esistenza.

Riscopriamo le opere di misericordia corporale: dare da mangiare agli affamati, dare da bere agli assetati, vestire gli ignudi, accogliere i forestieri, assistere gli ammalati, visitare i carcerati, seppellire i morti. E non dimentichiamo le opere di misericordia spirituale: consigliare i dubbiosi, insegnare agli erranti, ammonire i peccatori, consolare gli afflitti, perdonare le offese, sopportare pazientemente le persone moleste, pregare Dio per i vivi e per i morti.

La relazione medico-paziente può considerarsi, chiaramente, un'opera di misericordia corporale. Anzi, è un incontro tra due libertà personali. La libertà del medico che si dona. La libertà del malato che a lui si affida. Un ponte misterioso. Simbolico, da costruire sull'impetuoso fiume del dolore che può lambire ciascuno di noi, da consolidare e da proteggere con grande cura, attenzione piena di dedizione. Quella relazione, che nel Giuramento d'Ippocrate è sancita da regole di comportamento e di formale correttezza, e che da Cristo è esaltata nella parabola del buon Samaritano. L'amore disinteressato verso il prossimo è una forma di carità. La carità è, dunque, il presupposto per vivere e definire la misericordia, e per comprendere il significato della sofferenza con cui noi medici ci confrontiamo quotidianamente.

Malattia e sofferenza sono fenomeni che pongono sempre interrogativi che vanno al di là della stessa medicina tanto da toccare l'essenza della condizione umana in questo mondo (Cfr. *Dolentium hominum*, 2; *Gaudium et spes*, 10).

“Cristo si è avvicinato incessantemente al mondo dell'umana sofferenza. Passò “facendo del bene” e questo suo operato riguardava, prima di tutto, i sofferenti e coloro che attendevano aiuto” (*Salvifici doloris*, 16). In particolare, “nel suo approccio agli infermi e al mistero della sofferenza la Chiesa è guidata da una precisa concezione della persona umana e del suo destino nel piano di Dio” (*Dolentium hominum*, 2).

Le nuove frontiere, aperte dai progressi della scienza e dalle sue possibili applicazioni tecniche e terapeutiche, toccano gli ambiti più delicati della vita nelle sue stesse sorgenti e nel suo più profondo significato indirizzandosi a noi medici cattolici e interrogandoci non solo in ambito professionale ma anche esistenziale.

Basta essere medici misericordiosi per essere buoni medici? Di certo, no.

“*Scientia sine pietate inflat; pietas sine scientia errat; scientia cum pietate aedificat*”.

Giuseppe Moscati, medico santo, in una sua lettera del 16 luglio 1926 indirizzata a giovani medici, dice: “Abbiate nella missione assegnatavi dalla Provvidenza, vivissimo sempre il senso del dovere: pensate cioè che i vostri infermi hanno soprattutto un'anima, a cui dovete sapervi avvicinare, e che dovete avvicinare a Dio; pensate che vi incombe l'obbligo di amore allo studio, perché solo così potete adempiere al grande mandato di soccorrere l'infelicità; il dolore va trattato non come un guizzo o una contrazione muscolare, ma come il grido di un'anima, a cui un altro fratello, il medico accorre con l'ardenza dell'amore, la carità... Esercitemoci quotidianamente nella carità. Dio è carità. Chi sta nella carità sta in Dio e Dio sta in lui. Non dimentichiamoci di fare ogni giorno, anzi in ogni momento, offerta delle nostre azioni a Dio compiendo tutto per amare. Ricordatevi che vivere è missione, è dovere, è dolore! Ognuno di noi deve avere il suo posto di combattimento. Ricordatevi che non soltanto del corpo vi dovete occupare, ma delle anime gementi, che ricorrono a voi. Quanti dolori voi lenirete facilmente con il consiglio, e scendendo allo Spirito, anziché con le fredde prescrizioni da inviare al farmacista: Siate in gaudio perché molta sarà la vostra mercede; ma dovete dare esempio a chi vi circonda della vostra elevazione a Dio. Il medico si trova poi in una posizione di privilegio, perché si trova tanto spesso a cospetto di anime ansiose di trovare un conforto, assillate dal dolore. Beato quel medico che sa comprendere il mistero di questi cuori e infiammarli di nuovo”.

Ci ricorda Papa Francesco: “Dio mai si stanca di perdonarci, mai! “Eh, padre, qual è il problema?”. Eh, il problema è che noi ci stanchiamo, noi non vogliamo, ci stanchiamo di chiedere perdono. Lui mai si stanca di perdonare, ma noi, a volte, ci stanchiamo di chiedere perdono. Non ci stanchiamo mai, non ci stanchiamo mai!” (*Angelus*, 17 marzo 2013).

Invochiamo però che la stessa misericordia che ci guida nel nostro gesto medico chirurgico ci sia usata dal paziente e dalla sua famiglia quando il risultato delle cure,





non per nostra negligenza, imperizia, imprudenza, non sia conforme alle loro aspettative, quando ciascuno di noi è certo che scienza e coscienza e misericordia non siano state neglette ma riferimento continuo nel nostro operare quotidiano.

Non si può disconoscere che la nostra professione è oggi minata da un cancro che non ci consente serenità nel prendere in cura un paziente. Il fiorire del contenzioso in medicina alimentato da accanita venalità ha creato un capitolo prima sconosciuto che si riassume nei termini di “medicina difensiva”, vero e proprio cancro invadente, distruttore il rapporto medico malato. È raro che dopo defaticante assistenza, quando si fallisce nel risultato auspicato, ci si senta compensare così come accadeva in passato: “Grazie, comunque, lei dottore ha fatto il possibile”. È questo un segno dei tempi.

Da medici rivolgiamo a Te, Signore, la preghiera che coloro che hanno la responsabilità del *welfare* siano illuminati nel trovare l’equilibrio tra il buon senso e i rigori delle norme sempre più intricate. Direttive che ci distolgono spesso nel provvedere al bisogno degli infermi a noi affidati, obbligati e defaticati dal seguire il dedalo dei percorsi informativi, finalizzati solo al controllo dell’appropriatezza delle cure, solo a beneficio statistico, amministrativo e non sempre mirate al beneficio dell’infermo.

Ma noi medici, che sentiamo di essere chiamati dalla Provvidenza a questa professione, la continuiamo a esercitare con misericordia perché coinvolti dalla nostra fede. Di certo, “nessuna opportunità più grande, ed impegno più grande può ricadere sulle spalle di un uomo come quello di decidere di fare il medico. La professione medica richiede competenza tecnica, conoscenza scientifica e comprensione umana. Colui che userà queste armi con umiltà e saggezza renderà un servizio unico al suo fratello uomo e costruirà in se stesso un carattere duraturo. Un medico non può chiedere al proprio destino nulla più di questo, né accontentarsi di niente di meno” (Harrison’s Principles of Internal Medicine, 1950).

All’uomo che si fa Medico è data una grande opportunità. Nell’esercizio completo della sua professione può essere personificazione della Misericordia. Sia di quella laica, intesa come umano e nobile sentimento di attiva compassione verso l’infelicità e la sofferenza altrui, che di quella divina, descritta come divino soccorso. È attraverso l’ascolto che il medico condivide con l’uomo che ha di fronte la sofferenza ed il bisogno di cura. È attraverso l’azione diligente e dotta che il medico accompagna gli infermi, quando possibile, a recuperare la salute del corpo e dello spirito. Ascolto ed azione costruiscono quella “relazione d’aiuto” che è l’espressione del “momento misericordioso” che si instaura tra colui che offre l’insieme delle sue competenze per la cura e il supporto del sofferente ed il paziente che, attraverso la manifestazione della sua malattia, invoca soccorso.

Conforta constatare che il tempo non trascorre invano. Quello che per secoli era stato l’appello della Chiesa a considerare l’infermo persona e non un semplice caso clinico, oggi è esigenza riconosciuta dalla pubblica amministrazione. Ci riferiamo al Decreto 30 settembre 2013 (GURS anno 67 n° 48): Approvazione e adozione della “Guida per il paziente che si ricovera in ospedale” e del documento “La relazione tra paziente e medico in ospedale”.

In questi documenti emerge come “al fine di aiutare i pazienti e gli operatori sanitari a stabilire un *rapporto umano* reciprocamente valido a migliorare la percezione che ha il paziente dell’esperienza vissuta presso la struttura di ricovero la Regione Siciliana, attraverso il Comitato Regionale di Bioetica, ha sviluppato questa guida passando in rassegna le evidenze riportate dalla letteratura internazionale e mettendosi dalla parte

sia del cittadino che dell'operatore che si confrontano con una organizzazione complessa come quella sanitaria dove le condizioni di benessere organizzativo o le eventuali disfunzioni riprendono da molteplici fattori".

Intanto, si precisa che "ci sono tra il medico che lavora in ospedale e il medico di medicina generale (MMG) alcune notevoli differenze. Il MMG viene scelto dal paziente mentre il medico e l'equipe medica d'ospedale sono assegnati dalla sorte al paziente che si ricovera".

Nel documento sono rappresentate a seguire una serie di considerazioni di notevole interesse che configurano gli effetti conseguenti nel rapporto medico-paziente.

In questa guida ogni medico può trovare lo stile cui uniformarsi per affrontare con misericordia la sua giornata, stile assai conforme al cristiano:

1. non rivolgersi a un paziente adulto dandogli del tu;
2. evitare che altri possano udire il racconto del paziente;
3. usare un linguaggio comprensibile, evitando il gergo medico e accertarsi che il paziente lo capisca;
4. non ignorare le manifestazioni non verbali (espressione del viso, gesti, paure), che possano essere più espressive delle parole.

Molto interessante e prossima alla nostra visione cristiana della sofferenza è la definizione di malattia come *disease*, cioè come problema biologico che dev'essere diagnosticato e curato: comprende eziologia e fattori di rischio, sintomatologia e decorso, diagnosi, prognosi, terapia. Malattia come *illness*, cioè la malattia come è vissuta dal malato: sofferenza, disabilità fisiche e, nelle malattie gravi o ad esito incerto, profonde reazioni emozionali di preoccupazione e talvolta di angoscia. Malattia come *sickness*, per la quale secondo disposizioni dell'AIFA o delle Regioni può o non può prescrivere certe procedure diagnostiche e certe medicine. Riteniamo di attribuire a questa guida un ruolo di rilievo in quanto può rappresentare un manuale di procedura di medicina e chirurgia secondo una misericordia laica che trova ampie sinergie con la *charitas* del Vangelo.

Ci auguriamo che, nel *riscoprire, celebrare, vivere e testimoniare la misericordia di Dio*, possiamo conformarci sempre di più al volto misericordioso di Dio che in Cristo ci chiama ad essere segno della sua presenza amorosa.

La preghiera di Papa Francesco per il Giubileo ci sia da guida nella nostra missione di operatori, chiamati ad alleviare la sofferenza.

"Signore Gesù Cristo, tu ci hai insegnato ad essere misericordiosi come il Padre celeste, e ci hai detto che chi vede te vede Lui. Mostraci il tuo volto e saremo salvi. Il tuo sguardo pieno d'amore liberò Zaccheo e Matteo dalla schiavitù del denaro; l'adultera e la Maddalena dal porre la felicità solo in una creatura; fece piangere Pietro dopo il tradimento e assicurò il Paradiso al ladrone pentito. Fa che ognuno di noi ascolti come rivolta a sé la parola che dicesti alla samaritana: Se tu conoscessi il volto di Dio! Tu sei il volto visibile del Padre invisibile, del Dio che manifesta la sua onnipotenza soprattutto con il perdono e la misericordia: fa' che la Chiesa sia nel mondo il volto visibile di Te, suo Signore, risorto e nella gloria. Hai voluto che i tuoi ministri fossero anch'essi rivestiti di debolezza per sentire giusta compassione per quelli che sono nell'ignoranza e nell'errore: fa che chiunque si accosti a uno di loro si senta atteso, amato e perdonato da Dio. Mandi il tuo Spirito e consacraci tutti con la sua unzione perché il Giubileo della Misericordia sia un anno di grazia del Signore e la tua Chiesa con rinnovato entusiasmo possa portare ai poveri il lieto messaggio: proclamare ai prigionieri e agli op-





pressi la libertà e ai ciechi restituire la vista. Lo chiediamo per intercessione di Maria, Madre della Misericordia a te che vivi e regni con il Padre e lo Spirito Santo per tutti i secoli dei secoli". Amen.

Ci ispiri Giuseppe Moscati, medico santo.

Documento elaborato a cura dell'Associazione Medici Cattolici Italiani: sezione di Catania (\*)

---

(\*) **Massimo LIBRA**, Presidente AMCI Catania, Professore di Patologia generale Scuola di Medicina Università di Catania; **Salvatore CASTORINA**, Presidente Onorario AMCI Catania, già Direttore Dipartimento Anatomia Umana Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Catania, Chirurgo; **Antonio SAPUPPO**, Sacerdote, dottore in Chimica e Tecnologie farmaceutiche, Assistente ecclesiastico AMCI Catania; **Nino LEOCATA**, L.D. Primario Emerito Pediatra Catania, già Presidente Società Italiana Bioetica; **Riccardo CASTORINA**, Chirurgo "Morgagni", Consigliere AMCI Catania; **Vincenzo DE GERONIMO**, Endocrinologo "Morgagni", Consigliere AMCI Catania; **Filippo PISCIOTTA**, Urologo "Morgagni", Consigliere AMCI Catania; **Sebastiano CATALANO**, Direttore Sanitario "Morgagni", Consigliere AMCI Catania; **Concetta CASTORINA**, Igiene e Medicina Preventiva "Morgagni", Consigliere AMCI Catania; **Armando FONTANA**, Psichiatra, Consigliere AMCI Catania; **Angela CALVINO**, Medico farmacologo, Consigliere AMCI Catania; **Armando GALLETTA**, Pediatra, Consigliere AMCI Catania; **Vincenzo RAPISARDA**, già Direttore Clinica Malattie mentali Università Catania, Consigliere AMCI Catania; **Alessandro MIGLIACCIO**, Medico, Consigliere AMCI Catania.



CENTRO CLINICO DIAGNOSTICO  
G.B. MORGAGNI • CATANIA



ETHICON ENDO-SURGERY  
a Johnson & Johnson company

## GIORNATE DI FORMAZIONE IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA

APRILE - MAGGIO - GIUGNO 1997

OTTOBRE - NOVEMBRE 1998

*Da anni il Centro Clinico Morgagni di Catania è impegnato nello sviluppo della chirurgia laparoscopica in linea con gli attuali indirizzi che provengono dall'area europea e in particolare dalla Francia. Al programma di sviluppo della chirurgia laparoscopica presso la Morgagni di Catania partecipano chirurghi europei particolarmente esperti in tale disciplina, già docenti presso altri centri europei. Scopo delle giornate di formazione è quello di fornire ai partecipanti le basi teoriche e pratiche per intraprendere e sviluppare la laparoscopia chirurgica.*



Sergio Castorina



Aziz Karara  
Ospedale di Parigi-Syry



La cattedrale e la facoltà di medicina di Montpellier. Stampa del XIX sec. (Parigi, Biblioteca nazionale, gabinetto delle stampe.)



Jacques Domergue  
Università di Montpellier



Przemysław Pyda  
Università di Poznań

("Il Morgagni", *Giornale di Clinica e Terapia*, Anno I, nn. 2-3, 1998)



# RESEZIONE DI COLON PER VIA LAPAROSCOPICA

## A PROPOSITO DI 87 CASI

(*"Il Morgagni"*, Giornale di Clinica e Terapia, Anno I, nn. 2-3, 1998)



**Aziz Karaa**

Centro ospedaliero Louise Michel di Evry, Clinica chirurgica Saint-Laurent à Villemeisson-sur-Orge (Parigi)



**Sergio Castorina**

**Didier Grange**

Centro ospedaliero Louise Michel di Evry (Francia).

**P**resentiamo l'esperienza sulla chirurgia resettiva colica per via laparoscopica, maturata in collaborazione con il centro ospedaliero Louise Michel di Evry e la clinica Saint Laurent a Villemeisson-sur-Orge (Parigi), dal Gennaio 1993 al Marzo 1998.

La casistica si riferisce quindi a pazienti operati presso i due centri francesi e il Centro Clinico Diagnostico «Morgagni» di Catania.

Da quando la chirurgia laparoscopica è apparsa nello scenario della chirurgia digestiva con la colecistectomia, si è assistito a un sempre più rapido diffondersi della laparoscopia operativa nel trattamento di più patologie digestive. Tra queste le diverticoliti e le neoformazioni benigne del colon trovano valida collocazione in rapporto alla affidabilità tecnica ormai raggiunta e ai vantaggi insiti in ogni procedura mini-invasiva.

### ■ Materiali e medoti

Dal Gennaio 1993 al Marzo 1998 sono state eseguite nei tre centri 87 resezioni di colon con approccio laparoscopico, 45 in soggetti di sesso maschile e 42 in soggetti di sesso femminile. Di queste quattro sono state convertite in laparotomia, una in ragione di un enfisema sottocutaneo diffuso, determinante l'impossibilità di ottenere un pneumoperitoneo a tenuta, altre tre a causa di peritoniti pelviche di difficile abordo laparoscopico.

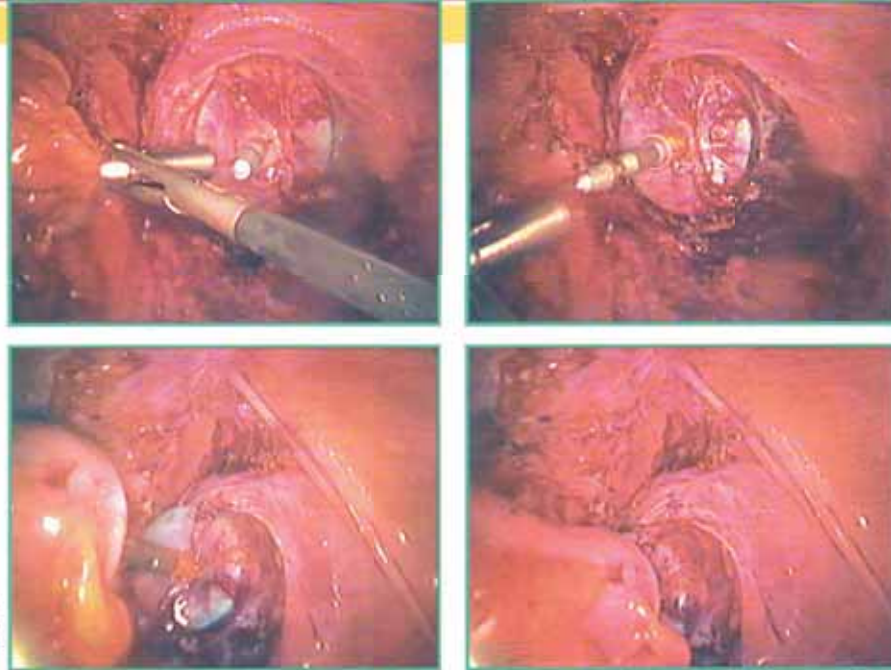
L'età media dei pazienti è stata di 55,5 anni, con estremi di 37 e 86 anni. 4 sono state le colectomie destre, 83 le resezioni sigmoidee.

Le indicazioni all'approccio laparoscopico sono state volontariamente limitate alle sigmoiditi diverticolari, previamente raffreddate con antibiotico terapia e ai polipi benigni non suscettibili, per dimensione, di resezione fibroendoscopica. Di principio sono stati esclusi dal trattamento laparoscopico i carcinomi colo-rettali e le peritoniti di origine colica e tutti i pazienti con contro-indicazioni cardio-respiratorie. Nella nostra serie gli addomi multi-operati e l'obesità non hanno costituito una contro-indicazione al trattamento laparoscopico.

In 78 pazienti è stata eseguita una colectomia sigmoidea per sigmoidite diverticolare, in 4 per polipo benigno e in uno per polipo degenerato. In 4 casi si è eseguita una colectomia destra per polipo villosa benigno.

La tecnica consiste nel creare un pneumoperitoneo a pressione controllata per mezzo di insufflazione di CO<sub>2</sub>; dopo l'esplorazione della cavità addominale si procede allo scollamento colico e alla sezione del meso con suturatrice lineare endoscopica o con legature. Nelle resezioni sigmoidee la sezione colica distale viene eseguita con la stessa suturatrice. Quindi si procede all'esteriorizzazione del pezzo attraverso una breve incisione praticata in fossa iliaca sinistra, mentre la sezione colica prossimale è eseguita all'esterno dell'addome. La continuità colo-rettale viene ristabilita attraverso un'anastomosi termino-terminale meccanica con suturatrice circolare di calibro variabile introdotta dall'ano.





Anastomosi laparoscopica colo-rettale termino-terminale con sutratrice circolare.

Nelle resezioni coliche destre l'esteriorizzazione del pezzo viene praticata attraverso una breve incisione trasversale destra; la sezione colica e l'anastomosi sono eseguite manualmente all'esterno dell'addome.

Drenaggi e colostomia di protezione non sono state necessarie in alcun caso. In ogni paziente è stata praticata antibioticotierapia all'induzione dell'anestesia e nei primi quattro giorni post-operatori. Anticoagulanti sono stati somministrati sistematicamente durante l'ospedalizzazione.

### ■ Risultati

La durata media dell'intervento è stata di 140 minuti con estremi di 90 e 240 minuti. La durata media dell'ospedalizzazione è stata di  $10,5 \pm 2$  giorni. In nessun paziente si è praticata emo-trasfusione e la mortalità operatoria è stata nulla.

La percentuale di complicanze dirette è stata dell'8%. In 4 pazienti si è instaurata una suppurazione localizzata a livello dell'in-

cisione in fossa iliaca sinistra, trattata localmente, senza rallentare la durata del soggiorno. Nessuna deiscenza anastomotica si è verificata.

Complicanze di ordine generale si sono instaurate in 2 pazienti che hanno presentato flebite surale trattata con terapia anticoagulante.

### ■ Discussione

Tralasciati i problemi di ordine tecnico riscontrati nel periodo iniziale, attualmente la questione della fattibilità di questa metodica riteniamo che non vada più posta. Nella nostra esperienza al di fuori di un caso, in cui si è stati obbligati a coprire per l'instaurarsi di enfisema sotto-cutaneo importante, il pneumoperitoneo, anche prolungato, è stato ben tollerato.

I metodi di dissezione, di resezione, e l'anastomosi sono stati realizzati in buone condizioni di asepsi. Il controllo dell'emostasi è stato agevole e le anastomosi meccaniche hanno dato prova di affidabilità in considerazione dell'assenza di deiscenze ottenute.

Riteniamo che l'assenza di laparotomia, oltre al beneficio estetico, abbia determinato un netto miglioramento in termini di confort per il paziente, tradotto in una sensibile attenuazione del dolore post-operatorio, in una più rapida ripresa del transito intestinale e in una più precoce mobilizzazione del paziente.

### ■ Conclusioni

Con una morbilità inferiore al 10%, e una mortalità nulla, una breve durata dell'ospedalizzazione e soprattutto piccole incisioni al posto di ampie laparotomie, possiamo considerare che la resezione colica eseguita per via laparoscopica costituisca una tecnica di scelta nel trattamento delle sigmoiditi diverticolari raffreddate e nelle neoplasie benigne del colon.

Il miglioramento delle tecniche e l'esperienza degli operatori potrà forse permettere l'estendersi delle indicazioni dell'approccio laparoscopico ai carcinomi colo-rettali, nel rispetto delle regole della moderna oncologia chirurgica.



# Spunti per uno studio di anatomia clinica del torace

Sergio Castorina

Professore Associato di Anatomia Umana Università di Catania - Chirurgo

(*"Il Morgagni"*, Giornale di Clinica e Terapia, Anno IX, n. 13, 2006

**L**a trattazione, per le finalità cui è indirizzata, non potrà esaurire l'argomento secondo i metodi propri dell'anatomia descrittiva o topografica ma si propone di fornire i richiami anatomici utili per il riferimento alla patologia toracica. Tale patologia può interessare parete e visceri.

Dividerò lo studio dell'anatomia pratica del torace in due momenti:

- l'analisi delle regioni della parete
- l'analisi della cavità toracica.

## Torace definizione

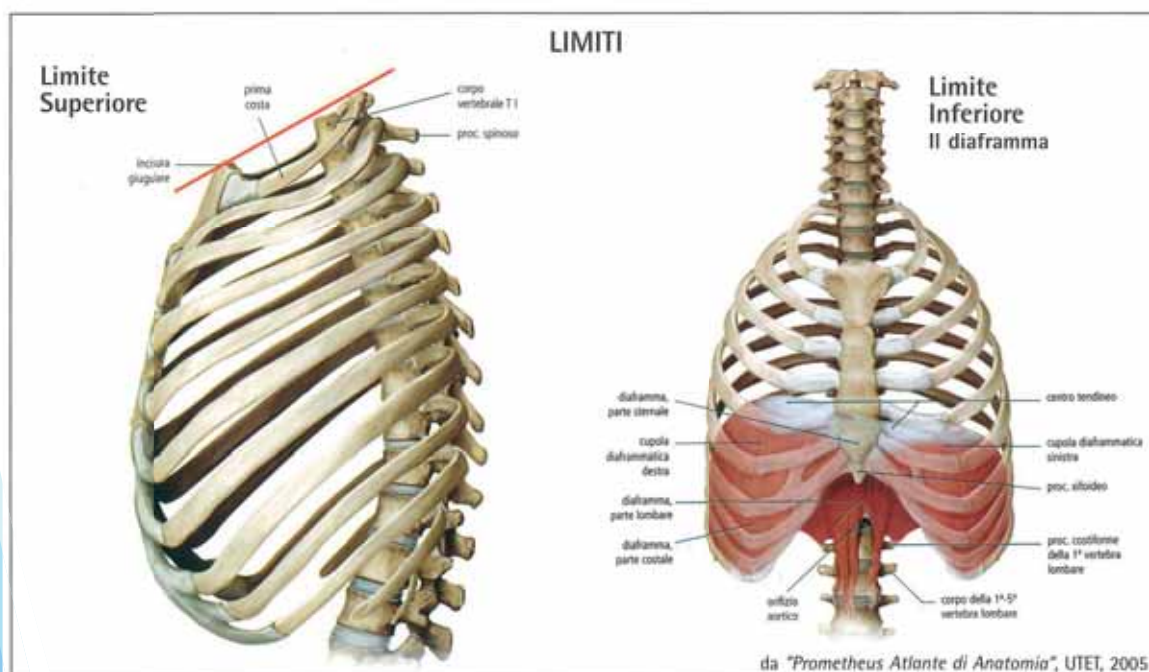
Parte del tronco interposta tra

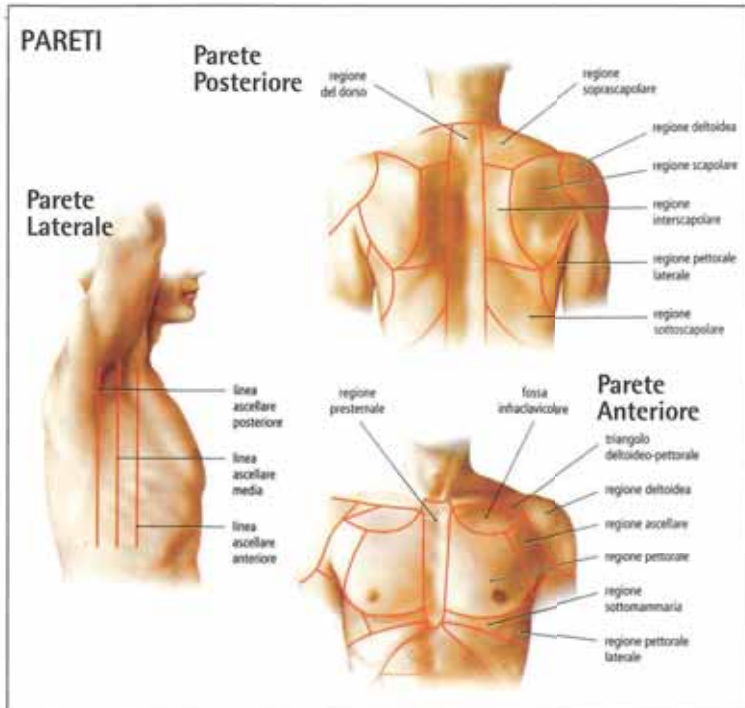
addome e testa (torace - addome fanno il tronco). Dà attacco agli arti superiori (articolazione scapolo omerale). Costituito da pareti che delimitano una grande cavità viscerale che accoglie cuore, grossi vasi, tratto toracico della trachea, bronchi, polmone, timo, esofago toracico, dotto linfatico e linfonodi.

## Limiti e pareti

**Limite superiore:** piano ideale obliquo tracciato tra manubrio sternale in avanti e settima vertebra cervicale dorsalmente.

**Limite inferiore:** si identifica col profilo del muscolo diaframma, formazione muscolo-tendinea che divide il torace dall'addome. Esso presenta tre differenti inserzioni. I fasci carnosi del muscolo, infatti, dipartendosi dai margini delle foglie in cui si divide il centro frenico, vanno a inserirsi anteriormente sullo sterno, lateralmente sulle ultime sei coste e posteriormente vengono a contatto con la prima e la seconda vertebra lombare, il muscolo psoas e il quadrato dei lombi. Posteriormente, vengono a costituirsi i così detti pilastri dia-



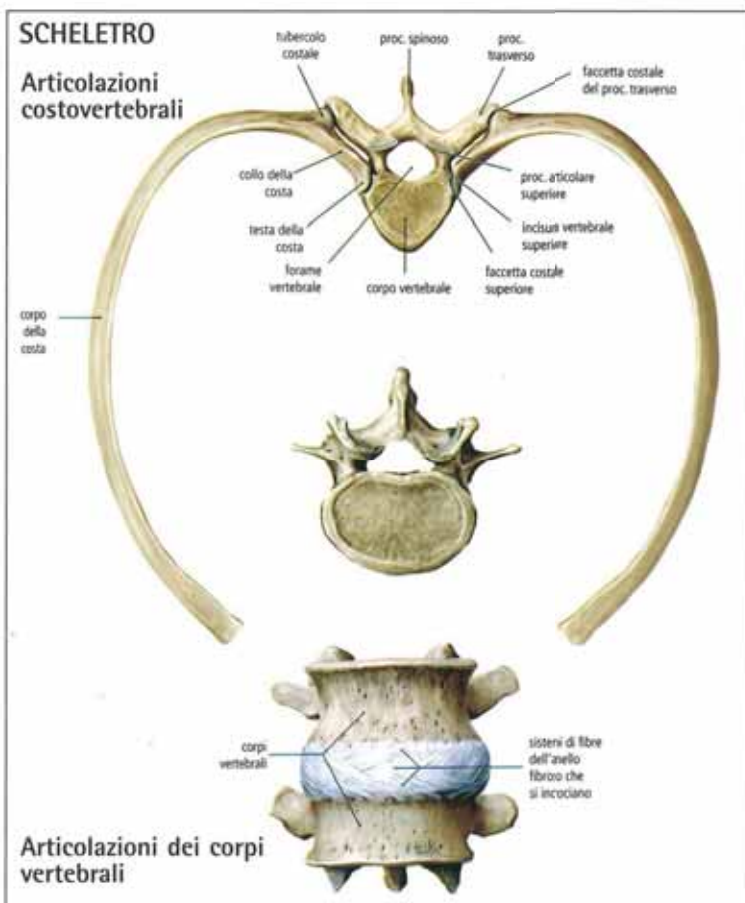


frammatici, mediali, posteriori e laterali. I due mediali, destro e sinistro, inserendosi sulle vertebre lombari prima e seconda, danno luogo, allo hiatus esofageo e aortico, mediante l'invio di fasci anastomotici a prevalenza del pilastro mediale destro.

**Parete anteriore:** coincide con le regioni sternale, mammarie, sovraclaveare, sottoclaveare.

**Parete laterale:** coincide con la regione costale che trapassa in alto nella regione ascellare.

**Parete posteriore:** compresa tra le due linee ascellari posteriori ed è divisa in destra e sinistra dalla colonna vertebrale. La topografia individua le regioni. Ventralmente: intrascapolare, deltoideo pettorale, pettorale, presternale; Dorsalmente: soprascapolare, interscapolare, scapolare.



### Componenti delle pareti

**Scheletro:** 12 vertebre, 12 paia di coste, lo sterno. Le ossa sono articolate mediante

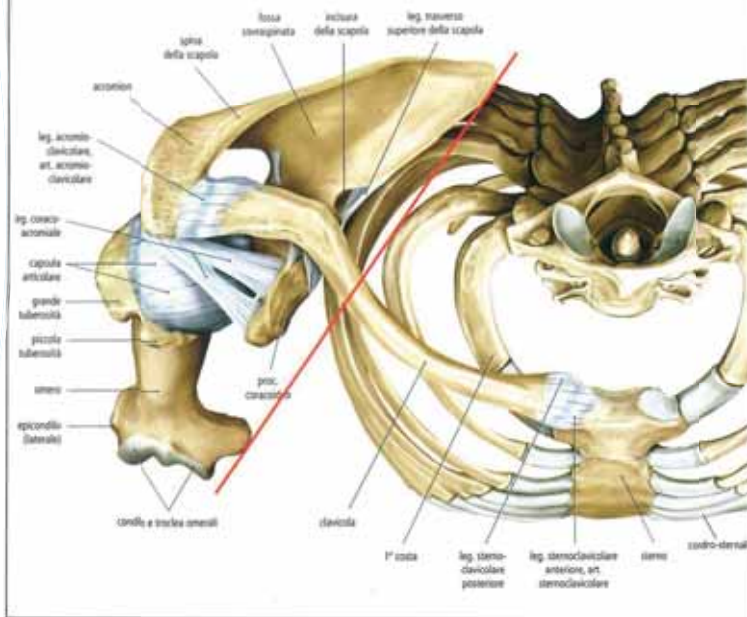
**Articolazioni costo vertebrali: sterno-costali... intervertebrali**

- articolazione della testa delle coste tipiche ( $2^{\circ}$ - $10^{\circ}$ ) con due emifaccette articolari sul corpo vertebrale (artrodie);
- articolazioni del tubercolo delle coste col processo trasverso costo trasversarie (è una piccola enartrosi cioè sferoidea);
- articolazioni sterno costali (artrodie);
- articolazioni intercondrali (scarsa funzione);
- articolazione dei corpi vertebrali (giunture fibrose).

### Muscoli

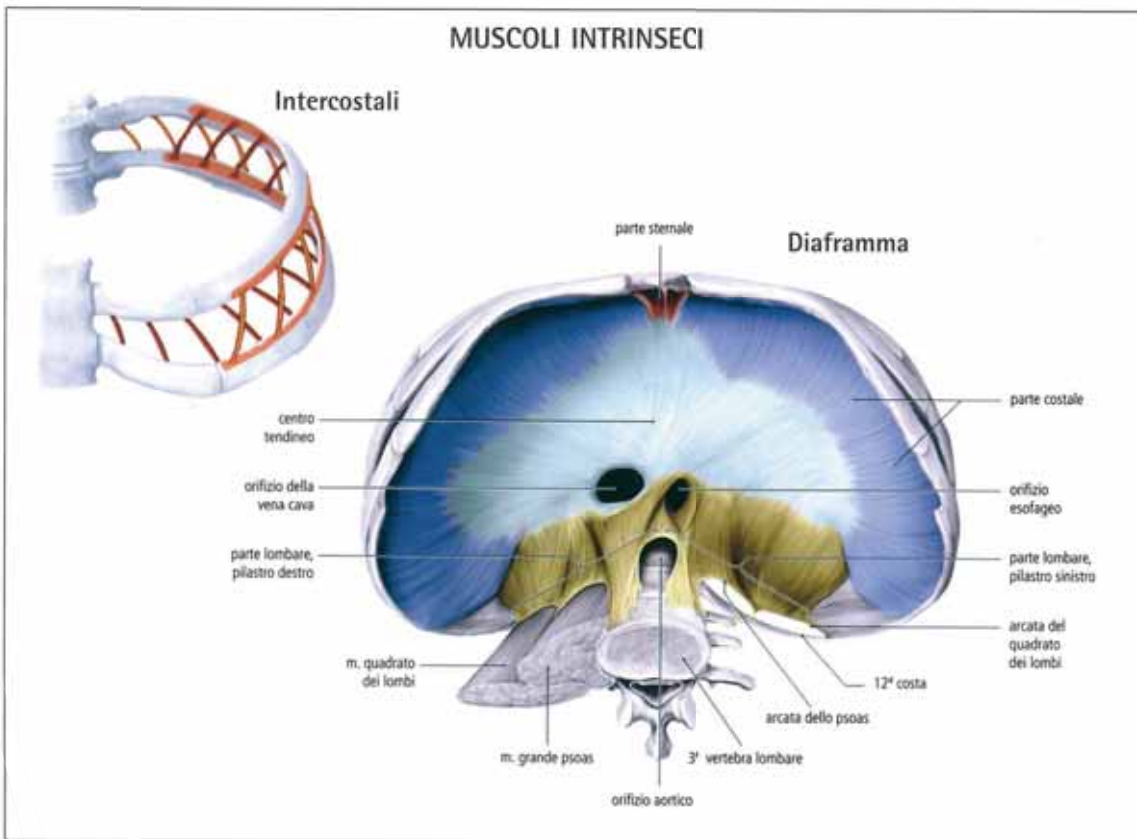
- Muscoli intrinseci: pari e metamerici, mm. intercostali esterni, interni, medi.

### Articolazioni condro sternali



- Muscolo intrinseco impari: diaframma.
- Muscoli estrinseci: mm. toraco appendicolari.  
 Piano superficiale: m. grande pettorale.  
 Piano medio: mm. succlavio e piccolo pettorale.  
 Piano profondo: m. dentato anteriore
- Muscoli estrinseci: spino appendicolari.  
 Piano superficiale: m. trapezio e grande dorsale.  
 Piano profondo: mm. romboide ed elevatore della scapola.
- Muscoli spino costali: mm. dentato, posteriore superiore e dentato posteriore inferiore;
- Muscoli delle docce vertebrali: interspinosi sacrospinali, rotatori, multifido, semispinale.

### MUSCOLI INTRINSECI



**MUSCOLI ESTRINSECI**

**TORACO APPENDICOLARI**

Grande pettorale



Piccolo pettorale e succlavio



Dentato anteriore



**SPINO APPENDICOLARI**

Trapezio



Grande dorsale



Romboide ed elevatore spalla



da "Prometheus Atlante di Anatomia", UTET, 2005

**MUSCOLI DELLE DOCCHE VERTEBRALI**

Spinale del dorso



Rotatori



Multifido



Semispinale



## Interesse clinico-chirurgico di alcune regioni della parete

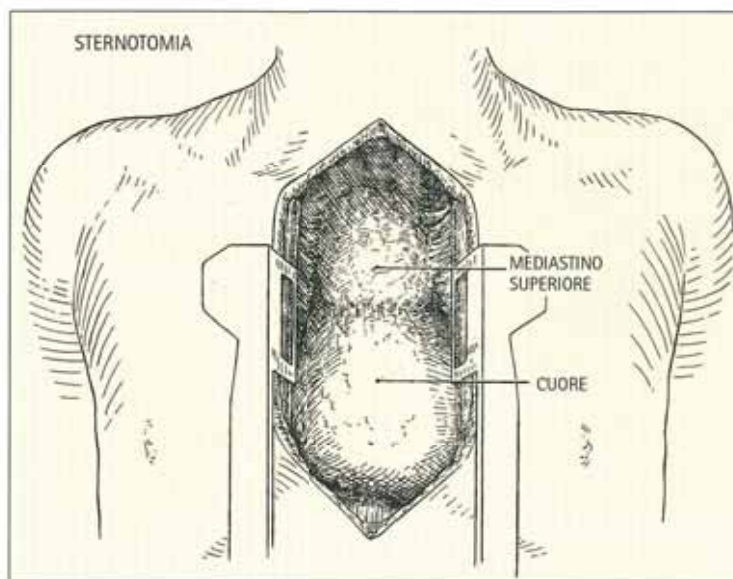
### Regione sternale

Lo sterno, è l'osso posto lungo la linea mediana, su di esso si inseriscono le due clavicole e le cartilagini costali. Lo sterno è formato dal manubrio, dal corpo e dall'apofisi xifoidea. Nella pratica clinica, assume particolare rilievo l'angolo costituito dall'unione del manubrio con il corpo (angolo di Louis), per essere importante punto di repere nella numerazione delle coste. Questa regione può essere soggetta ad anomalie di forma, presenti già alla nascita, e dovute a difetti nello sviluppo di quest'organo; le più frequenti sono il *petto a imbuto* o *pectus excavatum*, ove lo sterno presenta una depressione più o meno profonda, e il suo opposto costituito dal *petto carenato*, caratterizzato dalla protrusione verso l'esterno dello stesso; lo sterno può essere sede di prelievo in corso di malattie mieloproliferative, in quanto contenente midollo osseo rosso. A carico dello sterno, inoltre, si possono riscontrare processi infiammatori acuti e cronici di cui i più frequenti sono rappresentati dalle osteomieliti post-sternotomia.

La sternotomia mediana rappresenta la via di accesso chirurgico al mediastino anteriore e alle logge pleuropolmonari.

### Regione costale

Costituita dalle dodici coste, che articolandosi posteriormente con le vertebre e ventralmente con lo sterno, fatta eccezione per la dodicesima (fluttuante), costituiscono lo scheletro della gabbia toracica. Fanno parte della regione costale



due gruppi di muscoli: i toraco-appendicolari e gli intercostali.

La regione costale trapassa in alto nell'ascellare in basso negli ipocondri.

L'interesse clinico della regione ascellare coincide con gli insediamenti linfonodali (patologie primitive e secondarie) e col decorso dei rami secondari del plesso brachiale e dei vasi ascellari.

Gli intercostali costituiscono i muscoli propri della parete toracica, assieme ai muscoli sottocostali e al trasverso del torace. I muscoli intercostali si dividono in interni ed esterni. Gli interni originano dal labbro interno e dalla faccia interna delle coste osse e cartilaginee, terminano all'angolo costale ove si continuano con una lamina fibrosa detta *legamento intercostale interno*. I muscoli intercostali esterni sono in numero di due paia. Le fibre originano dal margine inferiore della costa soprastante e si inseriscono sul margine superiore della costa sottostante. I muscoli sottocostali sono muscoli considerati rudimentali, in

parte sono tendinei e si trovano sulla faccia interna delle coste. Il muscolo trasverso del torace è un muscolo di forma triangolare situato dorsalmente allo sterno.

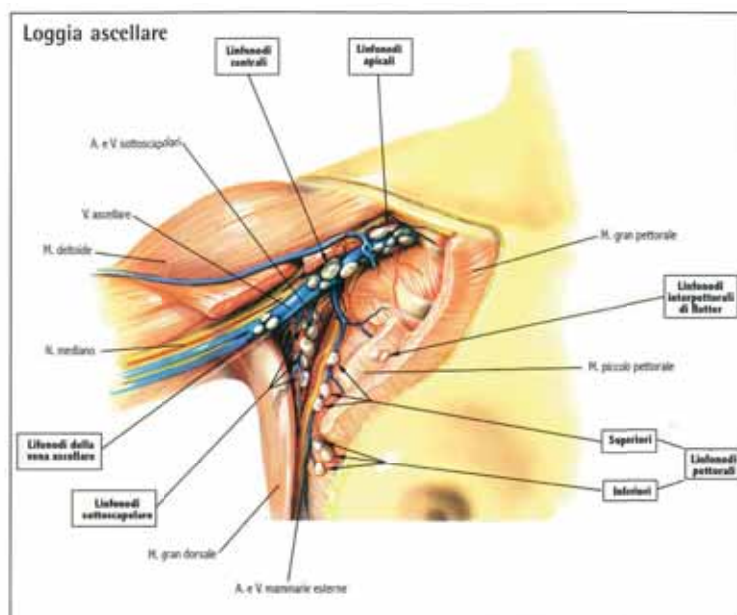
Le coste possono essere soggette ad anomalie di vario tipo, tra cui ricordiamo la *costa bifida*, le *coste fuse*, le *coste assenti*, le *sovranumerarie*. La presenza di una *costa cervicale* è spesso responsabile di una *sindrome neurovascolare*. Le coste sono frequenti sedi di fratture, che, se multiple, possono alterare la meccanica respiratoria. A seguito di fratture costali si possono, inoltre, verificare lesioni pleuro-polmonari con quadri clinici conseguenti di vario tipo e gravità. Le coste possono, inoltre, essere sedi di tumori benigni e maligni, primitivi e secondari. Anche le parti molli costitutive della parete toracica possono essere sedi di tumori (mammella).

Data la frequenza di neoplasie maligne che si sviluppano a carico della mammella e quindi il possibile interessamento linfo-ghiandolare, occorre considerare l'anato-

mia del sistema linfatico proprio del distretto mammario in vista di una chirurgia oncologica corretta. Si distinguono due sistemi: uno superficiale e uno profondo. Quello superficiale (distretto cutaneo-areolare e capezzolo) drena la corrente linfatica nei linfonodi ascellari e in quelli mammari interni. Il sistema profondo è quello relativo alla fascia pre-pettorale: la linfa penetra nella fascia del muscolo grande pettorale e raggiunge i linfonodi di Rotter o interpettorali prima e quelli sottoclaveari poi. Schematicamente possiamo considerare cinque gruppi linfonodali: gli ascellari di primo, secondo e terzo livello, il mammario interno e il sopraclaveare. Va, altresì, ricordato che l'80% della linfa proveniente dalla ghiandola mammaria viene drenata nei linfonodi ascellari.

Per quanto attiene all'innervazione della ghiandola, ci limitiamo a segnalare la presenza del nervo toracico lungo nel territorio di exeresi della mastectomia radicale che, se preventivamente riconosciuto e isolato, deve essere rispettato in considerazione della sua notevole importanza funzionale. La lesione del nervo condiziona la scapola alata, per paralisi del m. dentato anteriore.

In anatomia chirurgica si suole effettuare la suddivisione del territorio mammario in quadranti: due esterni, superiore e inferiore; due interni, superiore e inferiore; il prolungamento ascellare e il quadrante centrale, corrispondente alla zona areolare. In caso di carcinoma iniziale, infatti, si può eseguire l'asportazione del quadrante interessato dalla neoplasia (quadrantectomia), associandola a svuotamento linfo-ghiandolare dell'ascella.



### Le Toracotomie

Una toracotomia ideale deve presentare le seguenti caratteristiche:

- 1) offrire un'esposizione ampia delle strutture ilari e di tutto il cavo emitoracico;
- 2) consentire la sistemazione del paziente nella posizione più favorevole per la funzione cardio-respiratoria e per il drenaggio delle vie bronchiali;
- 3) essere esteticamente accettabile.

Nello stesso tempo non deve implicare i fatti seguenti:

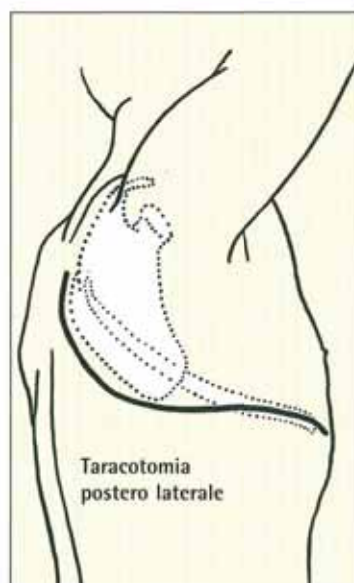
- 1) causare dolore che ostacoli l'esecuzione di atti respiratori completi;
- 2) danneggiare la muscolatura e l'impalcatura ossea del torace.

Va da sé che una toracotomia che rispetti contemporaneamente tutti questi requisiti non esiste e spetta al chirurgo scegliere di volta in volta quella più adatta allo scopo.

### Toracotomia posterolaterale

È stata la più adottata poiché assomma molti pregi contro pochi difetti. Eseguita al V spazio offre buona luce dall'apice al diaframma, dall'ilo al mediastino.

Ricordiamo che per l'apertura del torace mediante questa via



d'accesso devono essere sezionati i muscoli grande dorsale, dentato, trapezio e romboide e quindi l'intercostale. Quest'ultimo si seziona lungo il margine superiore della sesta costa.

Altre toracotomie sono la parascapolare, anteroascellare, ascellare pura.

Ricordiamo che il fascio vascolo-nervoso intercostale decorre lungo il margine inferiore della costa, quindi si interviene sul margine superiore della successiva per eseguire manovre cruenta (toracentesi, posizionamento di drenaggi), sicuri di non provocare lesioni del fascio neurovascolare.

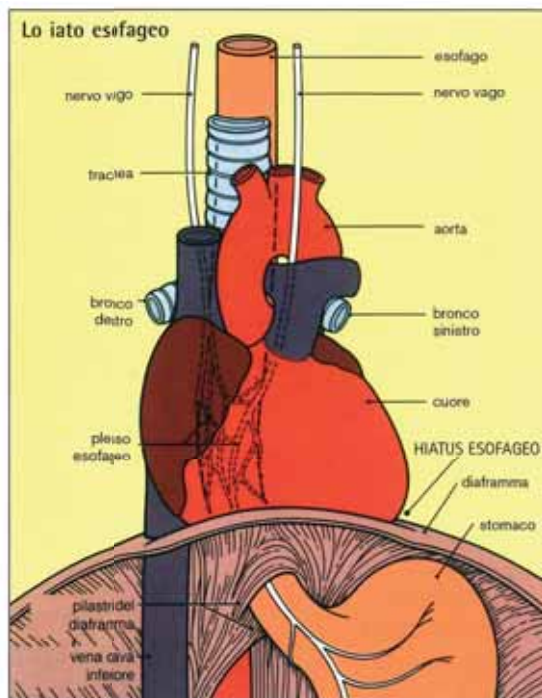


### Regione dello iato esofageo

Costituito per lo più dalle fibre muscolari del pilastro mediale destro del diaframma non prende diretto contatto con l'esofago per la presenza tra le due strutture di un tessuto cellulare lasso che consente al viscere di scorrere durante la contrazione del muscolo stesso. Tale movimento di scorrimento risulta, però, limitato dalla presenza della membrana fibroelastica di Laimer-Bertelli che mantiene fisso l'esofago al diaframma. È questo, comunque, un punto debole per il diaframma: attraverso lo iato, infatti, possono costituirsi le ernie iatali da scivolamento o paraesofagee.

La lassità del legamento frenoesofageo, l'abnorme ampiezza dello iato possono, infatti, consentire al

cardias e a parte dello stomaco di dislocarsi nel torace o solo una parte dello stomaco, rimanendo fisso a livello del giunto esofago-gastrico. Meno frequentemente rispetto alle ernie iatali, si può osservare l'*eventratio* del diaframma. Si tratta di un'ipotrofia congenita del muscolo senza alcuna soluzione di continuo dello stesso, con conseguente sollevamento di un emidiaframma. Ne deriva lo spostamento verso l'alto del polmone e verso destra del cuore, in caso di eventratio sinistra, del solo fegato verso l'alto, in caso di *eventratio* destra.



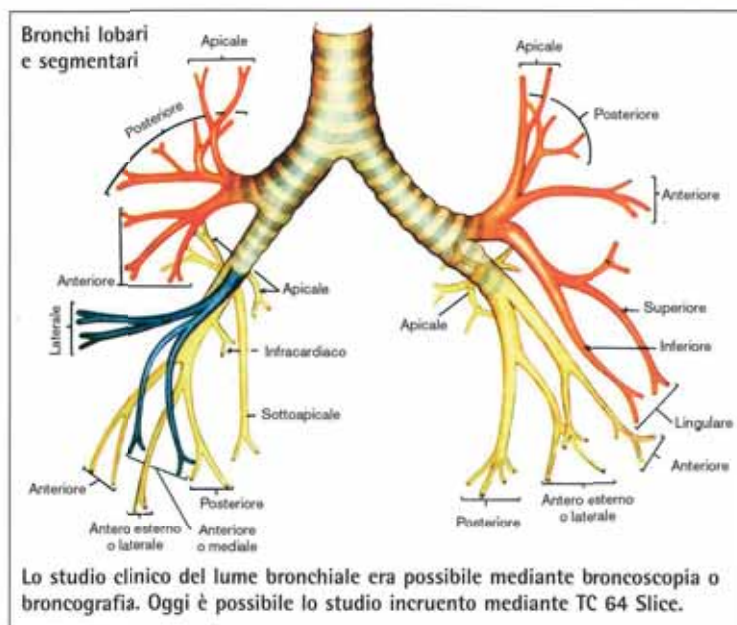
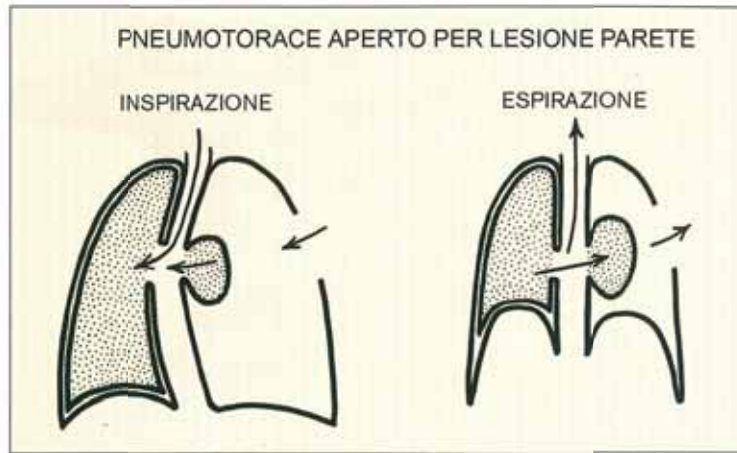
Sempre per difetti di sviluppo è possibile riscontrare la presenza a carico del diaframma di punti deboli o veri e propri orifici. Distinguiamo, quindi, le ernie delle fessure anteriori, dovute a difettoso rimaneggiamento della parete anteriore del diaframma, costituendo così le fessure sterno-costali di Morgagni-Larrey. Agenesie postero-laterali parziali o totali sono causa delle ernie di Bochdalek.

### Cavità toracica

#### Cavità pleuriche

Le cavità pleuriche sono spazi delimitati dai due foglietti pleurici, quello parietale, e quello viscerale, che riveste la superficie del polmone. La pleura parietale comprende la pleura apicale con la cupola pleurica, la pleura costale, la pleura mediastinica che delimita il mediastino, la pleura diaframmatica che riveste la superficie toraci-

ca del diaframma. Nei punti di passaggio dalla pleura costale a quella mediastinica e a quella diaframmatica, si costituiscono due recessi e che sono detti rispettivamente seno costo-mediastinico e seno costo-frenico; dei due, il seno costo-frenico ha maggiore importanza clinica in quanto spesso sede di raccolta liquida saccata. Lo spazio pleurico può essere occupato da liquido (versamento pleurico), con aumento della pressione endocavitaria. Il trattamento è conservativo e consiste nel posizionare un tubo di drenaggio nel cavo, applicandolo al sesto-settimo spazio intercostale. Per le possibili applicazioni cliniche, è ancora importante ricordare che la presenza di eccessive quantità di aria nel cavo pleurico per traumi penetranti, rottura di bolle enfisematose o disontogeniche, causa il collasso del polmone contro il mediastino, dando luogo al pneumotorace. L'indagine strumentale dei quadri clinici più comuni a carico del cavo pleurico (versamenti, pnx) si effettua con l'esame radiografico standard. In condizioni di normalità, i due foglietti pleurici



Seni costofrenici



non sono visibili, solo a volte è possibile riconoscere alcune scissure interlobari.

### Polmoni

Posti all'interno della cavità toracica, risultano costituiti dalle diramazioni bronchiali, che andranno poi a costituire terminalmente gli alveoli. Presentano una faccia mediastinica, una costale e una diaframmatica. Il polmone destro presenta tre lobi (superiore, medio

e inferiore). Il sinistro è dotato di due (superiore e inferiore). Il destro presenta due scissure: la grande, che divide il lobo inferiore dal medio e dall'inferiore, e la piccola, che divide il medio dal superiore. L'organizzazione del polmone in lobi e segmenti permette di eseguire interventi resettivi del parenchima polmonare limitati a uno, due lobi, o solo a un segmento, seguendone accuratamente l'anatomia vascolare e bronchiale.



Il segmento polmonare rappresenta l'unità morfologica, funzionale e chirurgica. Costituito da bronco, arteria e due vene, realizza una precisa individualità che è alla base delle tecniche di exeresi.

Il polmone destro si divide in dieci segmenti: tre per il lobo superiore, due per il medio e cinque per il lobo inferiore. Il polmone sinistro presenta nove segmenti. I segmenti polmonari, detti anche zone, vengono indicati dal bronco che è responsabile della loro ventilazione e che viene pertanto definito bronco segmentario. I segmenti del polmone destro sono: per il lobo superiore, l'apicale, il posteriore e l'anteriore; per il medio, il laterale e il mediale; per l'inferiore, l'apicale, il basale mediale, il basale anteriore, il basale laterale e il basale posteriore. I segmenti del polmone sinistro sono: nel lobo superiore, l'apico-posteriore; nella lingula, il mediale e il laterale; nel lobo inferiore, l'apicale basale anteriore, basale posteriore, basale laterale.

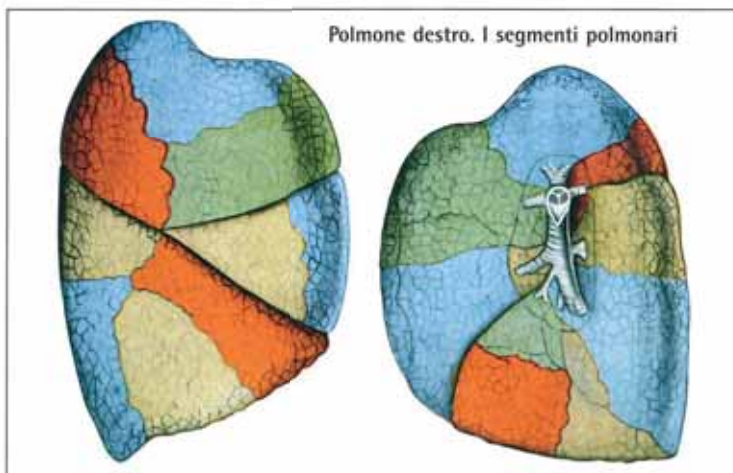
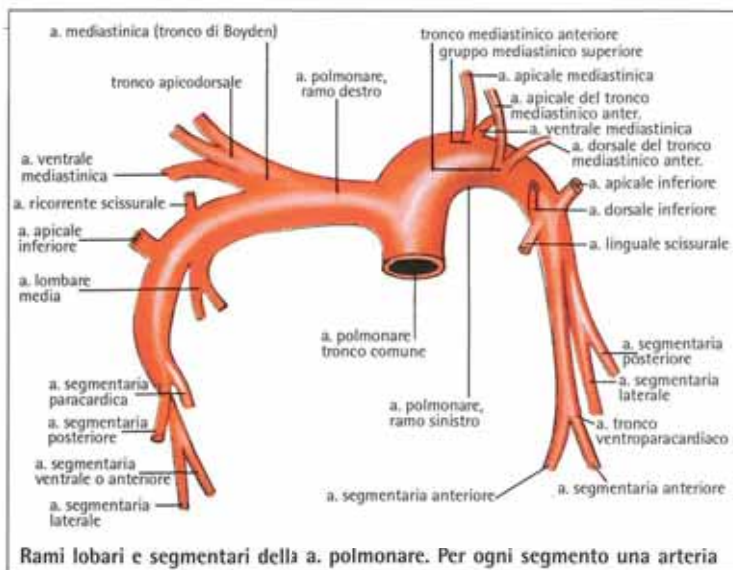
Per la chirurgia polmonare è fondamentale la conoscenza dell'anatomia degli ili polmonari. Attraverso l'ilo passano i vasi, i bronchi e i nervi che costituiscono il peduncolo del polmone.

Il bronco è in posizione dorsale rispetto ad arteria e vene polmonari.

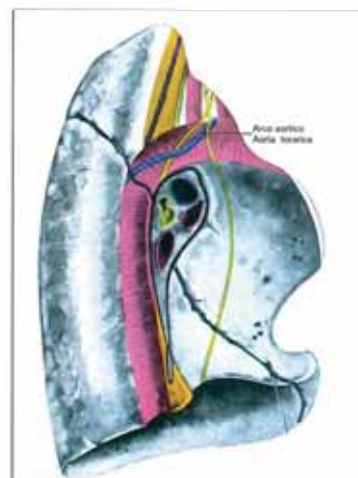
L'ilo di sinistra è sormontato dall'arco aortico, il destro dall'arco azigos.

### Tecniche d'indagine

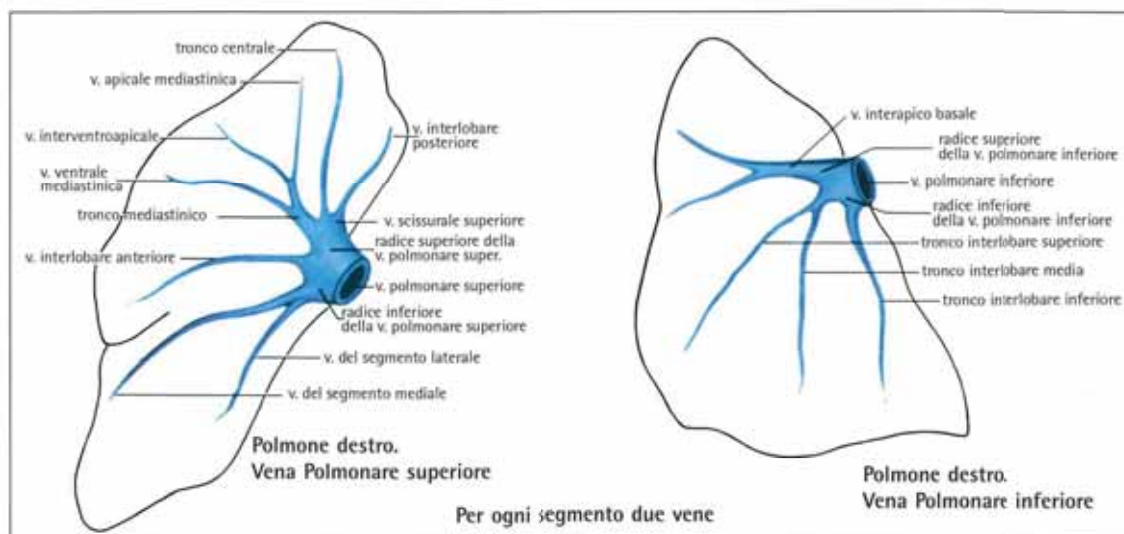
In funzione del contrasto naturale determinato dall'aria nei polmoni e dal calcio nelle strutture scheletriche, si possono bene studiare sia gli elementi della gabbia toracica, sia il suo contenuto. I campi polmonari si presentano radioptrasparenti, con in sede peri-



Faccia mediastinica polmone destro. Rapporto dell'ilo con l'azigos



Faccia mediastinica polmone destro. Rapporto dell'ilo con l'arco aortico



ilare le formazioni vascolari del piccolo circolo che, assieme all'intersizio, determinano l'aspetto finemente reticolato dell'immagine radiologica del polmone. L'avvento della TC ha permesso una migliore visione topografica e assai più dettagliata delle strutture anatomiche del torace. Tale metodica risulta, comunque, fondamentale nello studio del mediastino, consentendo l'analisi dettagliata dei visceri in esso contenuti, dei vasi e delle linfoghiandole, il cui riconoscimento, qualora coinvolte da patologia neoplastica, risulta fondamentale al fine di potere più dettagliatamente stadiare la malattia.

Lo studio della trachea e dei bronchi si avvale dell'endoscopia (broncoscopia) oggi anche virtuale grazie alla TC 64 Slice.

## Mediastino

È uno spazio interposto tra i due cavi pleurici, lo sterno e la colonna vertebrale. È delimitato in basso dal muscolo diaframma, mentre in alto si apre verso la regione cervicale. Al suo interno si trovano dislocate importanti formazioni vascolari e nervose, nonché l'esofago, la trachea e il cuore. Al suo interno vige una pressione che varia in base ai movimenti respiratori (espirazione-inspirazione). A tale proposito, infatti, Luigi Condorelli parlò dell'esistenza di un tono mediastinico. Non si tratta, pertanto, di uno spazio chiuso e autonomo funzionalmente, bensì si rileva ampia possibilità di comunicazione tra mediastino, spazio retroperitoneale e spazi profondi del collo. Così, si spiegano vari quadri clinici, come, ad esempio, l'enfisema sottocutaneo del collo, conseguente al passaggio di aria nel mediastino (enfisema mediastinico) dovuto a traumi toracici con perforazione del polmone. Raccol-

te liquide del collo possono ancora diffondersi al mediastino e da questo raggiungere il retroperitoneo, o viceversa, si può avere la propagazione di fatti flogistici dal retroperitoneo al mediastino.

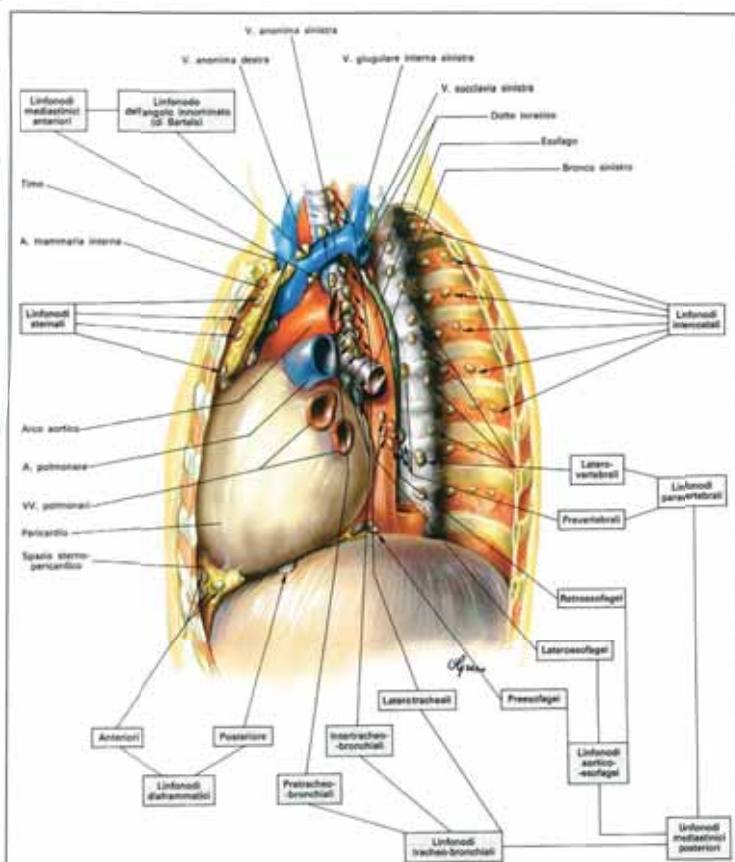
te liquide del collo possono ancora diffondersi al mediastino e da questo raggiungere il retroperitoneo, o viceversa, si può avere la propagazione di fatti flogistici dal retroperitoneo al mediastino.

## Lo studio clinico del Mediastino

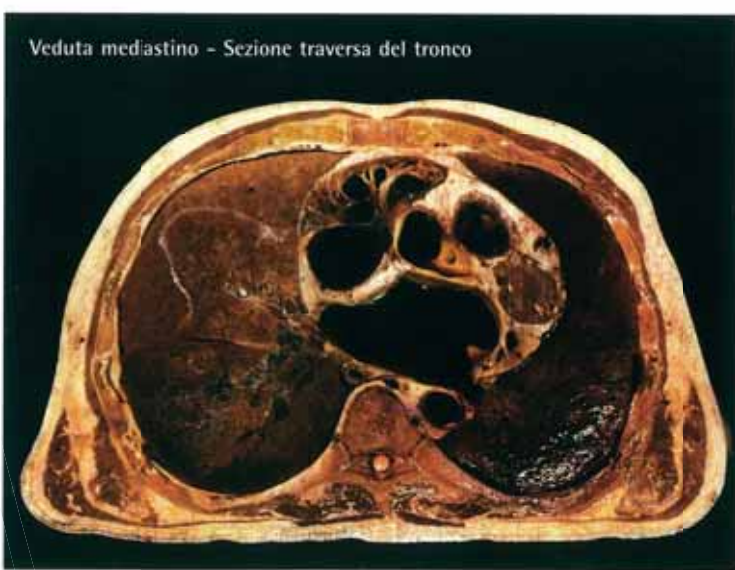
Le più moderne metodiche diagnostiche per immagini (TC, RMN) si presentano di elevata utilità per lo studio del mediastino. Consentono il riconoscimento delle grosse formazioni vascolari, dell'albero tracheo-bronchiale, del pericardio e delle cavità cardiache, dei linfonodi mediastinici, del timo e dell'esofago, che, peraltro, può essere



Enfisema sottocutaneo per lesioni pleura apicale o parete tracheale (3,5), pneumotorace per lesione parietale (2) o parenchimale (1).



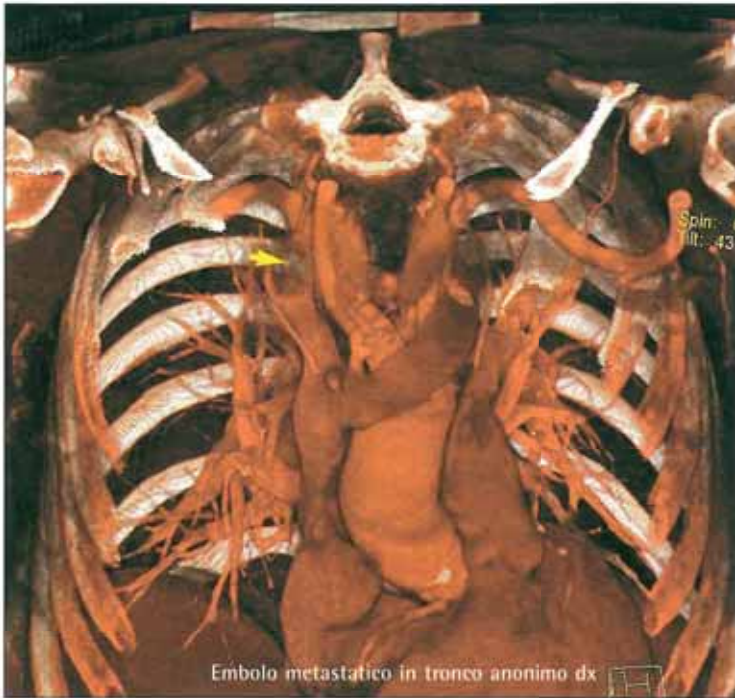
Veduta mediastinica. Il piano tracheale definisce il limite tra l'anteriore e il posteriore



validamente studiato con esame radiologico tradizionale, mediante somministrazione di mezzo di contrasto per os. È utile in anatomia chirurgica suddividere il mediastino in anteriore e posteriore. Il mediastino anteriore si suddivide poi in superiore e inferiore.

Il mediastino antero-superiore contiene la vena cava superiore che, quando ostruita, per lo più a seguito di processi espansivi mediastinici, dà luogo all'apertura di circoli venosi collaterali, diversi a seconda della sede dell'ostruzione, e a determinati quadri clinici differenziati. Se l'ostruzione, infatti, si verifica al di sotto dello sbocco della vena azigos, il circolo collaterale impegnato sarà sia superficiale, sia profondo. In quest'ultimo caso, il sangue imbecca la vena mammaria, le vene intercostali superiori e le vene vertebrali, per poi raggiungere la vena cava con la vena azigos. Nel circolo superficiale, invece, il sangue defluisce attraverso le vene mammarie esterne, giustificando la presenza sulla superficie del torace di un vistoso reticolo venoso superficiale con scarico nella vena mammaria interna. L'ostruzione a livello dell'azigos determina un importante circolo collaterale profondo attraverso la mammaria interna, le intercostali e le epigastriche con scarico di tutto il sangue nella cava inferiore.

Nel mediastino antero-inferiore troviamo la cavità pericardica con il cuore. Per l'esplorazione del cuore, ci si avvale sia dell'ultrasonografia (ecocardiografia), sia dell'esame contrastografico mediante catetere spinto fino alle cavità cardiache, con possibilità di studio selettivo delle cononarie, previo l'incanalamento del catetere a livello degli osti coronarici. Innovativa la Cardiotac 64 Slice per lo studio delle coronarie.

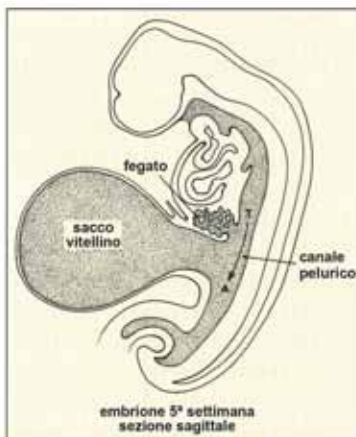


Mediastino anteriore in TC multistrato Cardio 64 Slice

Nel mediastino posteriore si descrivono l'esofago toracico, l'arco aortico e la trachea. Il tratto toracico dell'esofago si divide in superiore e medio ed è raggiungibile chirurgicamente a mezzo di una toracotomia postero-laterale nel quarto spazio intercostale. A questo livello, l'esofago contrae un rapporto di continuità con la *pars*

*membranacea* della trachea, con possibilità di infiltrazione neoplastica della stessa da parte di una neoplasia esofagea. In tale evenienza, va esclusa ogni possibilità radicale di intervento chirurgico. L'arco dell'aorta è possibile sede di patologia aneurismatica con sintomi da compressione su organi mediastinici, quali il nervo laringeo inferiore che lo abbraccia ad ansa con conseguente disфонia, o voce bitonale in caso di paralisi della corda vocale omolaterale. Rilevante interesse clinico hanno le stazioni linfatiche mediastiniche.

Per quanto attiene alla patologia massa occupante, nel mediastino anteriore potranno svilupparsi teratomi, timoni, gozzi; nel mediastino posteriore, neuromi, cisti enterogene, meningocele; in sede paracardiaca, cisti celomatiche, ernia diaframmatica di Morgagni, lipomi; in sede paratracheale, adenopatie, cisti broncogene.



## Note di Embriogenesi

La comprensione dei fatti anatomici descrittivi sopra esposti, relativi alla cavità toracica, verrà agevolata da brevi riflessioni su note organogenetiche riguardanti le logge pleuropolmonari e il diaframma.

### Logge pleuropolmonari

Alla fine della terza settimana inizia a definirsi la cavità celomatica. Trattasi dello spazio predisposto ad accogliere i visceri occupanti il tronco. Il foglietto che genera la delimitazione di tale spazio è il mesoderma e di esso, la porzione laterale, cioè la somatosplanconopleura. La definizione spaziale della cavità celomatica passa attraverso tre momenti:

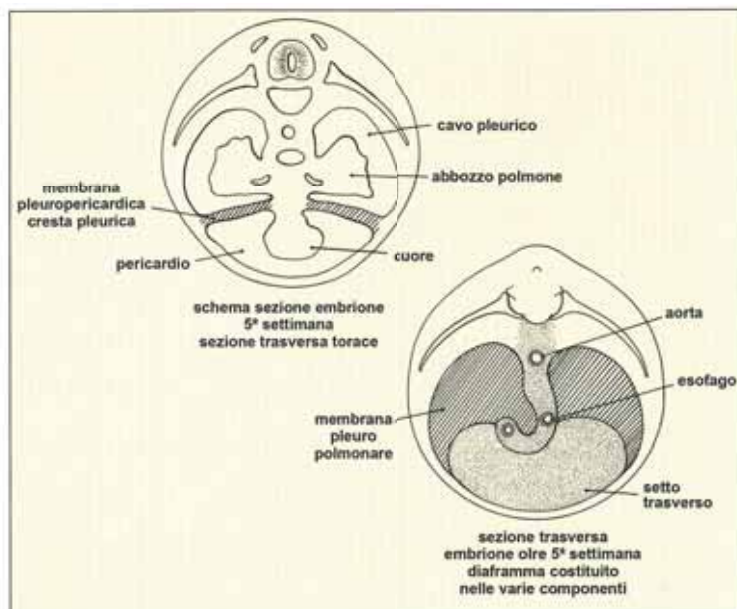
- ampia comunicazione tra la porzione intra- ed extraembriionale, fino a quando non si definisce il cordone omelocale;
- ininterrotta continuità tra quella che sarà porzione addominale con quella che sarà porzione toracica del tronco;
- separazione del cavo toracico dal cavo addominale.

Le due cavità celomatiche destra e sinistra sono separate in senso cranio-caudale da una sorta di setto sagittale costituentesi per l'accollamento delle due splancnopleure (destra e sinistra). Nello spessore di tali lamine restano contenuti il tubo entodermico nel tratto distale (addome) e il tubo endocardico (tratto toracico); questi setti sono denominati mesentere ventrale e mesentere dorsale o mesocardio ventrale e dorsale a seconda del riferimento viscerale. Alla quinta settimana di sviluppo, il compartimento toracico e quello addominale del celoma comunica-

no grazie a un canale situato ai lati dell'intestino denominato canale pleurico. Il mesentere ventrale persiste nel tratto superiore della cavità addominale, mentre in altre (porzione inferiore addominale e torace) scompare. Di conseguenza, nel torace le due cavità comunicano in avanti. La successiva definizione delle tre cavità sierose, pericardio, pleura, e peritoneo è conseguente all'intervento del setto trasverso, delle pliche pleuro-polmonari e dei miotomi del III, IV, V segmento mesodermico cervicale.

#### **Diaframma**

Il diaframma si sviluppa per fusione dei seguenti elementi: setto trasverso, membrana pleuro-peritoneale, mesogastrio e alcuni miotomi del dorso. La maggior parte del diaframma, comprese la porzione sternale e gran parte della porzione centrale e probabilmente anche una piccola parte costale e lombare, si sviluppa dal setto trasverso, lamina di mesenchima che già in epoca precoce di sviluppo separa la cavità pleuro-pericardica dalla cavità peritoneale. Il setto trasverso si estende in senso ventro-dorsale includendo l'intestino primitivo fino a confondersi col mesentere dorsale. Lateralmente al mesentere, la cavità pleuro-pericardica e peritoneale comunicano mediante i canali pleuro-peritoneali fino a quando la membrana pleuro-peritoneale oblitera il canale pleuro-peritoneale saldandosi al setto trasverso. Il setto trasverso, originando a livello cervicale, riceve innervazione da C3, C4, C5, mentre la porzione periferica del diaframma, derivando dai miotomi toracici, riceve l'innervazione dai nervi intercostali. Gli orifizi predisposti per il transito di visceri, vasi e nervi, sono, come è noto,



lo iato esofageo, possibile sede di ernie, l'aortico, l'orifizio della vena cava inferiore, gli orifizi dei nervi splanchnici, gli orifizi dei cordoni del simpatico. Esistono però fessure che rappresentano zone di minore resistenza, sedi eventuali di ernie. Esse sono la sterno-costale di Larrey-Morgagni, e la fessura costolombare di Bogdalek.

#### **Pleura**

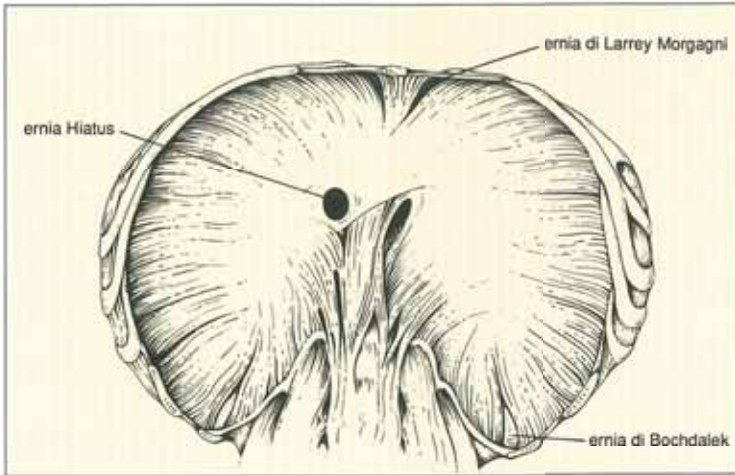
La vascolarizzazione e la innervazione della pleura hanno preciso e logico riferimento con l'origine dei foglietti.

La pleura parietale origina dalla somatopleura: pertanto trae la sua vascolarizzazione da arterie somatiche e precisamente dalle intercostali, dalla mammaria interna e dalla frenica. Il ritorno venoso si effettua tramite le vene sistemiche della parete. Secondo la medesima logica organogenetica, i vasi linfatici drenano verso le stazioni intercostali, mediastiniche, e diaframmatiche. I nervi sono collaterali degli intercostali e dei frenici.

Più precisamente, ai primi compete la pleura costale e la parete periferica della diaframmatica, ai secondi compete la pleura mediastinica e la centrale diaframmatica. Su tale base trova giustificazione l'irradiazione del dolore sulla parete toracica lungo gli intercostali se lo stimolo alogeno agisce sulla pleura costale o sulla pleura diaframmatica periferica, mentre il riferimento viene dato al collo o alla parte inferiore delle spalle se lo stimolo colpisce la pleura mediastinica o la centrale diaframmatica innervata dal frenico.

Il riferimento doloroso al collo e alle spalle viene giustificato dal fatto che la relativa innervazione compete agli stessi mielomeri che servono il frenico, e cioè C3 - C4 - C5.

La pleura viscerale (splancoopleura), di fatto parte integrante del polmone, ha in comune con questo vascolarizzazione, drenaggio linfatico e innervazione (arterie e vene bronchiali - stazioni mediastiniche - innervazione viscerale): è opportuno ricordare che, proprio



per la differente vocazione di innervazione, gli stimoli tattili, termici (somatici) che risvegliano il dolore pleurico parietale, non sono idonei al fine se agiscono sulla viscerale.

**Polmone**

Molti aspetti riverberanti sul substrato morfologico della patologia degli scambi respiratori, trovano pur essi giustificazione nel momento organizzativo.

Il polmone è organo entodermico. Origina come gemma epiteliale dell'intestino branchiale. La gemma duplice si accresce ramificandosi in seno al mesenchima destinato a fornire la rete vascolare e il supporto connettivale. La massa occupa lo spazio celomatico rivestendosi dell'epitelio celomatico (mesotelio) che caratterizza la pleura viscerale. Durante lo sviluppo, il polmone passa attraverso tre fasi: ghiandolare, canalicolare e alveolare (definitivo). L'ultimo periodo inizia a ventiquattro settimane. Contemporaneamente, l'epitelio cubico nelle sedi distali si appiattisce, sicché dove si formeranno i bronchioli respiratori e gli alveoli, assumerà il carattere di pneumocita.

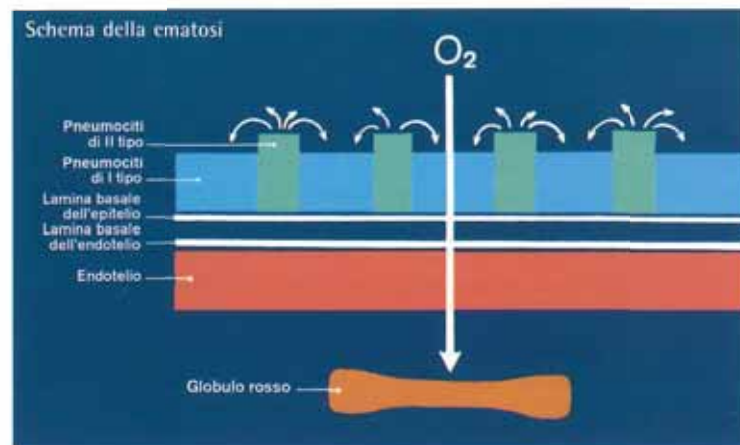
L'epitelio bronchiale diventa ciliato verso il settimo mese. La rigogliosa rete vascolare assume stretto rapporto con la lamina basale epiteliale mentre si organizzano i collegamenti tra l'arteria polmonare, che utilizza parte del 6° arco aortico di sinistra per sboccare nel ventricolo destro, e la vena polmonare, che collegandosi all'atrio destro contribuisce a costituirne la parete. La persistenza di parte del 6° arco aortico condiziona la patologia del Botallo.

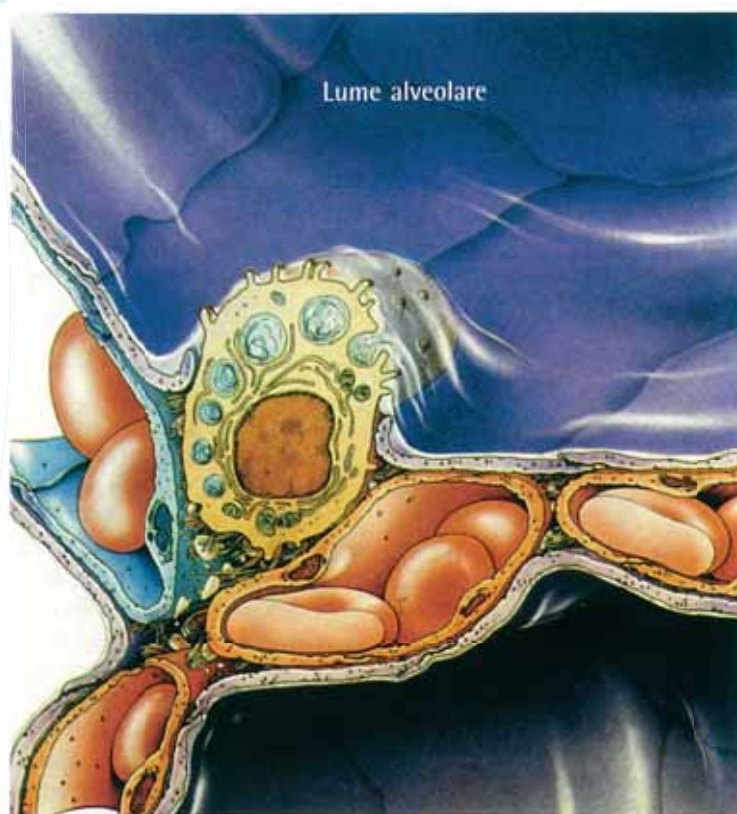
Considereremo ancora la componente endoteliale, l'interstizio e i pneumociti in reciproco rapporto.

**Lobulo polmonare**

In ragione della qualità dei lettori cui questa sintesi anatomica è destinata, riteniamo opportuno ricordare poche nozioni, ma di notevole rilevanza ai fini della comprensione del substrato morfologico dello scambio gassoso. Diamo per scontata la conoscenza delle caratteristiche degli epitelii che rivestono la mucosa dello spazio morto respiratorio e, per brevità di esposizione, non ci intratteniamo su questi. Poniamo, invece, la nostra attenzione sull'epitelio alveolare. La minima unità morfologica e funzionale del polmone è il lobulo. Esso risulta costituito dal bronchiolo respiratorio, dai condotti alveolari, dagli alveoli e dalla relativa rete artero-venosa. Gli alveoli nei due polmoni sono stati valutati in numero superiore a 400.000.000 e complessivamente occupano un'area di 100 m<sup>2</sup> in stato di media-massima distensione.

Le cellule di primo tipo (Pneumociti di 2° tipo) sono le vecchie placche anucleate della microscopia ottica, le cellule del secondo tipo sono grandi, con grosso nucleo, abbondanti mitocondri e inclusi. I pneumociti di primo tipo, sottilissimi, consentono gli scambi





Rapporto alveolo capillare. Schema da immagine da microscopio elettronico a trasmissione: Pneumociti di 2° tipo e globuli rossi.

gassosi ( $0,2 \mu$ ), gli pneumociti di secondo tipo sono adibiti alla secrezione del surfattante, sostanza tensioattiva.

Il surfattante (*Surface Active Agent*) è costituito da sostanze tensioattive in grado di impedire il collasso alveolare in espirazione ed in inspirazione (Von Neegard, Van Golge). Il surfattante prodotto a livello alveolare svolge funzione anche sul bronco. Vengono attribuite a tali sostanze tensioattive anche funzioni difensive (inquinamento). Costituenti del surfattante sono lipidi (lecitina, colesterolo, fosfatidilglicerolo), proteine, carboidrati. La quantità presente sulla superficie alveolare non è elevata ( $5 \text{ ml per m}^2$ ).

L'azione del surfattante si esplica

anche a livello dei bronchioli dove diffonde dagli alveoli e ove sembra prodotto anche da cellule intercalate tra l'epitelio ciliato.

Ricordiamo poi la notevole quantità di secreto prodotto dalle ghiandole bronchiali. Il secreto è misto, sieroso e mucoso, sicché dalla mescolanza si determina la possibilità che sulla superficie epiteliale si stratifichino due fasi, una di Sol, più profonda, nella quale si muovono le ciglia, e una di Gel, più superficiale. Alla fase di Gel si attribuisce una funzione di viscosità che si esplica sulle particelle inalate che vengono successivamente espulse.

L'interstizio è lo spazio che resta tra lamina basale endoteliale e lamina alveolare. Le due lamine

possono fondersi. L'interstizio è, in ultima analisi, l'impalcatura sia dell'alveolo, che dello spazio perivasculo-bronchiale. Vi si riconoscono fibre connettivali, istiociti, linfociti (significato immunitario?). In tali spazi arrivano fibre nervose. È intuibile come l'alterazione di tale impalcatura, promossa da molteplici cause acquisite o congenite, crei la condizione per la patologia dell'interstizio e conseguentemente il difetto di diffusione.

La complessità dell'organizzazione del torace: parete, sierose, visceri, stazioni linfatiche, grossi vasi, giustifica i numerosi capitoli di patologia ad esso afferenti.

## Bibliografia

1. Brizzi et al., *Anatomia topografica*, Ed. Hennes, 1978.
2. Farrel P.M., *Lung development: biological and clinical aspects*, Academic Press, 1982.
3. Langman J., *Embriologia medica: organogenesi e leratogenesi*, Piccin, 1967.
4. Levi A.C., Panattoni G.L., *Vie e centri linfatici*, UTET, 1986.
5. Morgenroth K., de Gruyfer W., *Il surfattante polmonare*, Istituto de Angeli, 1989.
6. Testut L., Latarjet A., *Anatomia Umana*, V ed., UTET, 1978.
7. Van Golge L.G.M., *Synthesis of surfactant lipids in the adult and fetal lung pathways and regulatory aspects*. In *Europ. J. Resp. Dis*, 1985.
8. Von Neergard K., Wirz K., *Neue Auffassungen uber einen Begriff der Atemmechanik. Z. Ges. Exp. Med.*, 1929.
9. Zaaccheo D., Cattaneo L., Grossi C. E., *Anatomia microscopica degli organi dell'uomo*, 1973.
10. Zannini G., *Chirurgia generale. Orienuimenti attuali*, USES, 1985.
11. Martini F.H. e altri, Edizione a cura di L. Cocco, L. Manzoli, G. Zummo (Edises).
12. Schünke e altri, Edizione a cura di E. Gaudio (Utet).

# CHIRURGIA D'EXERESI DEI TUMORI DEL SENO E SUOI OBIETTIVI

(*"Il Morgagni", Giornale di Clinica e Terapia, Anno II, nn. 1-2, 1999*)

**V**alutare la chirurgia d'exeresi in oncologia mammaria, significa tenere conto dei parametri pre-operatori che sono il seno, il tumore ed il suo carattere evolutivo, per apprezzarne quindi la qualità del gesto in vista di tre obiettivi: oncologico, funzionale ed estetico.

Gli strumenti per apprezzare questi obiettivi sono molteplici.

- *In oncologia:* criteri istologici di resezione, tassi di recidiva locale e di sopravvivenza.
- *Per la valutazione funzionale:* dolore e sclerosi della ghiandola, mobilità e linfedema dell'arto superiore.
- *In campo estetico:* simmetria dei volumi, profilo del seno, qualità della cicatrice.

L'analisi multifattoriale di questi parametri, permetterà di definire le qualità del gesto.

## ■ Storia naturale del cancro del seno

Ad inizio di secolo Halsted ha definito per primo la concezione di malattia neoplastica mammaria. Essa si fondava su una progressione logica ed ineluttabile della malattia, del tumore agli organi metastatici, passando obbligatoriamente per la tappa linfonodale.

Trattare largamente i due primi livelli, tumore e linfonodi, sembrava indispensabile per il controllo della malattia. Negli anni 60, Fisher ha radicalmente modificato questa teoria, considerando il cancro del seno come una malattia sistemica. Attualmente gli autori sono d'accordo nel definire il cancro

del seno come una malattia eterogenea dalle molteplici espressioni: tumore a malignità locale, cancro aggressivo a diffusione sistemica già all'origine; cancro, la cui evolutività è in rapporto al suo volume iniziale ed il cui rischio metastatico dipendono dalla malattia residua iniziale o da una recidiva locale. La recidiva locale del cancro del seno dopo chirurgia conservatrice può essere interpretata sia come un nuovo tumore, sorgente di possibili metastasi, sia come un segnale di rischio di possibili metastasi a distanza.

L'intervallo libero che la separa dal trattamento iniziale definisce la sua pericolosità: un intervallo breve orienta verso una prognosi cattiva. La recidiva locale dopo mastectomia ha un significato peggiore sia sul piano regionale che sistemico.

Queste concezioni regolano i principi terapeutici iniziali, le modalità di sorveglianza e le basi terapeutiche delle recidive.

## ■ Le tecniche chirurgiche

### D) La mastectomia

Il seno è un organo sottocutaneo che si sviluppa in contatto intimo con la pelle tramite l'interposizione delle creste fibrogliandolari di Duret.

Per essere efficace la mastectomia deve essere completa e questo impone di asportare la ghiandola e la placca areolare. Si stima che la percentuale di ghiandola residua dopo mastectomia teoricamente completa è del 5%. Le localizzazioni più frequenti dei residui ghiandolari sono a livello del solco sot-



**Philippe Rouanet**  
Professore di Chirurgia Oncologica e Ricostruttiva  
Centro Oncologico «Val D'Aurelle»  
Montpellier (Francia)



**Riccardo Castorina**  
Report su training svolto presso il Centro Ospedaliero Universitario di Montpellier (Francia)



tomammario e a livello della porzione sotto clavare del prolungamento ascellare della ghiandola.

Attualmente non esistono più indicazioni oncologiche alla mastectomia incompleta che conserva la placca areolare. Il termine di mastectomia sottocutanea, utilizzata alcune volte per descrivere delle exeresi incomplete della ghiandola, non ha alcuna ragione di esistere.

## II) La chirurgia conservatrice

Essa si prefigge due obiettivi apparentemente contraddittori: asportare in maniera radicale il tumore e non alterare la morfologia del seno e la simmetria del torace. L'exeresi oncologica comporta l'ablazione totale della malattia macroscopica con un margine di sicurezza. La nozione di margine di sicurezza non è chiaramente definita. Essa deve essere adattata all'aggressività della malattia. Mac Millan e coll. osservavano il 39% di margini positivi dopo tumorectomia allargata e stabilivano il margine di sicurezza microscopica da 1 a 2 centimetri.

Sono stati descritti due tipi d'exeresi conservatrice:

- La tumorectomia allargata con un margine di sicurezza minimo di 1 centimetro;
- La quadrantectomia, che asporta il quadrante anatomico del seno che supporta il tumore.

La ricostruzione del profilo del seno comincia dalle incisioni cutanee. Un abordo diretto del tumore e una sezione ghiandolare netta permettono una sutura

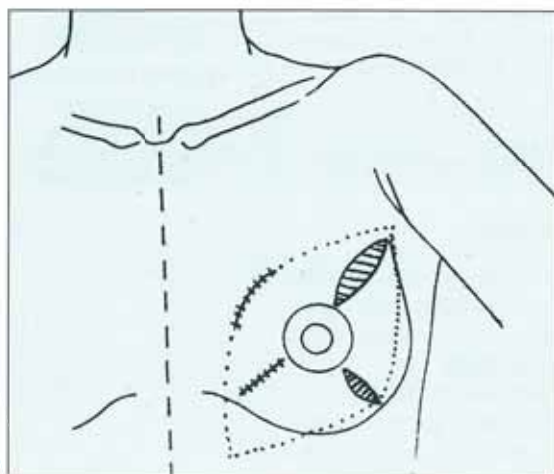


Fig. 1: **Le incisioni cutanee.** Arciforme per il quadrante supero-interno; radiale per i quadranti esterni ed per il quadrante infero-interno. Tutte queste incisioni potranno essere incluse nella traccia di una mastectomia tipo Patey.

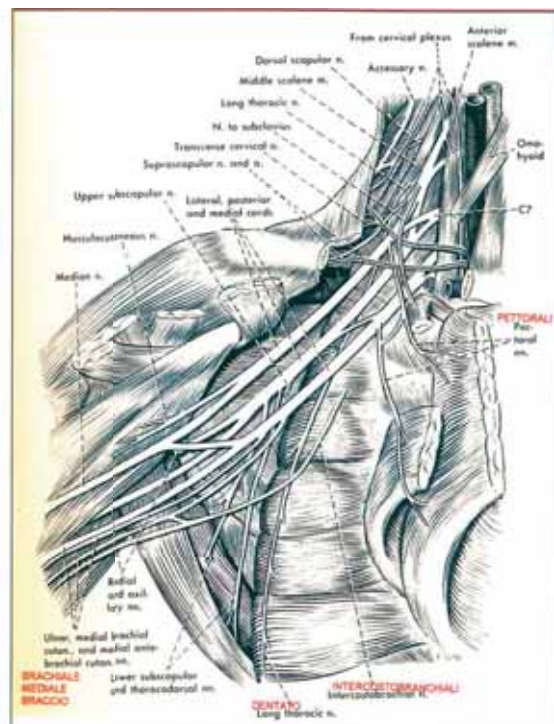


Fig. 2: **Nervi esposti nel cavo ascellare in corso di mastectomia:** Nervi per i mm. Pettorali; Nervo per il muscolo gran Dentato (lungo toracico); Nervo accessorio del brachiale mediale del braccio anastomizzato con intercostobrachiale; Nervi intercostali 1° e 2°.

parenchimatosa senza trazione e uno scivolamento centrale della ghiandola.

Il primo obiettivo è di stabilizzare e di rendere simmetrica la placca areolare, il secondo è quello di colmare il difetto ghiandolare. Il drenaggio sarà non aspirativo (fig. 1).

## III) Prelevamento linfonodale ascellare

Esso deve asportare l'atmosfera cellulolinfonodale compresa tra la vena ascellare, il grande pettorale, il gran dentato e la faccia anteriore del gran dorsale.

Esso deve obbligatoriamente rispettare gli elementi vascolo nervosi del peduncolo toraco-dorsale e del gran dentato. Esso cercherà di rispettare i peduncoli nervosi sensitivi dell'accessorio del brachiale cutaneo interno, e dei perforanti del II e III spazio intercostale (figg. 2-3-4).

Per i cancro invasivi il «curage» asporta al minimo 12 linfonodi (fig. 5).

Nella storia naturale della malattia, Veronesi ha dimostrato la rarità delle stazioni linfonodali saltate, ciò dona una grande importanza ai prelevamenti dei primi livelli e notamente al «linfonodo sentinella». Il numero dei linfonodi metastatici resta un elemento prognostico di grande importanza.

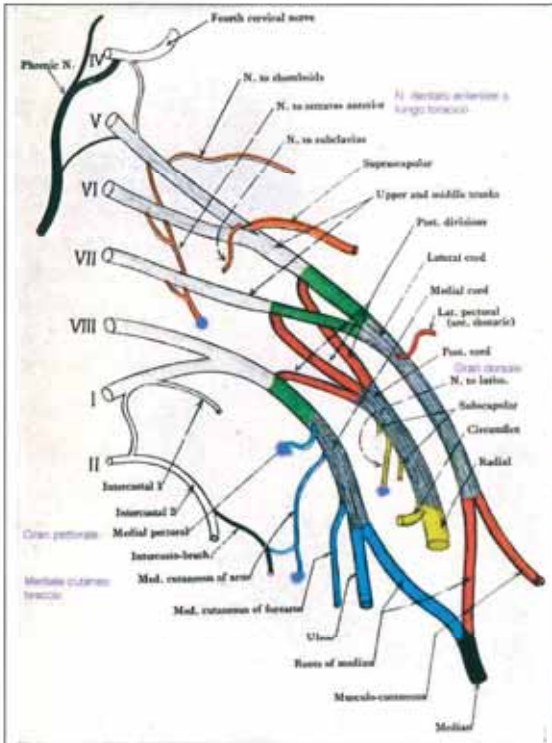


Fig. 3: Il nervo del gran Dentato (toracico lungo) origina dalle radici C5-C6. Il nervo del gran Dorsale origina dal tronco secondario posteriore. Il nervo cutaneo mediale del braccio origina dal tronco sell nervo intercosto brachiale origina dal 2° intercostale.

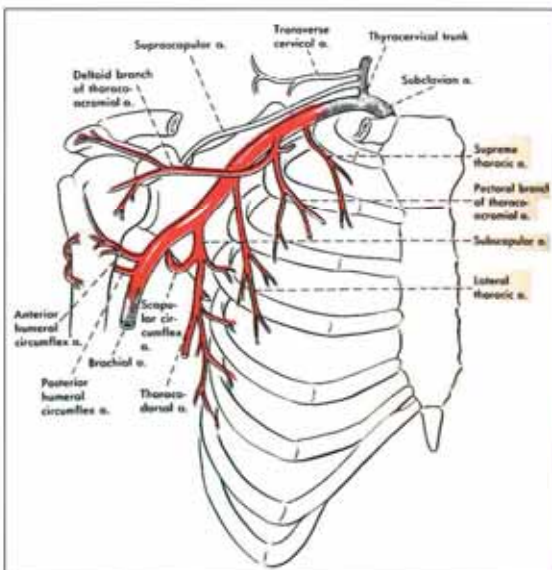


Fig. 4: Rami dell'arteria ascellare presenti nel campo in corso di mastectomia (fonte Hollenshead, «Anatomy for Surgeons»).

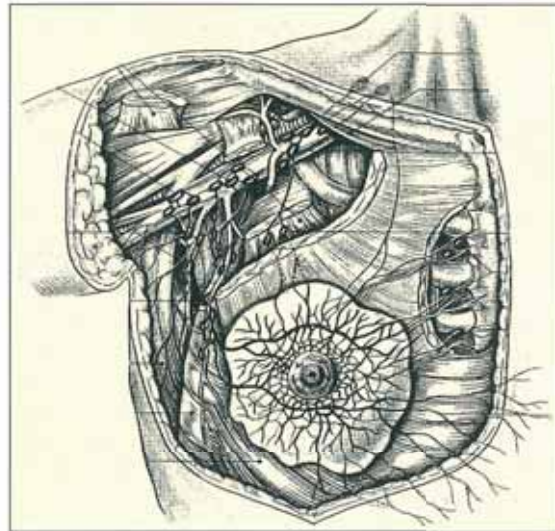


Fig. 5: I linfocentri.

## Le situazioni cliniche

Verranno analizzate tre situazioni cliniche che si presentano in maniera frequente al chirurgo.

A) Carcinomi intra-canalicolari del seno o carcinomi canalicolari in situ (CCIS) (forma diffusa e localizzata).

Si tratta, come per gli altri organi, di una proliferazione maligna limitata all'epitelio senza il superamento della membrana basale. Non esiste teoricamente un rischio metastatico e il rischio evolutivo è la comparsa di un tumore infiltrante.

### 1) CCIS diffuso.

Da evocare davanti a delle microcalcificazioni sparse, confermato da biopsie mammarie multiple, il CCIS diffuso impone la mastectomia. Questa mastectomia deve asportare la totalità della ghiandola mammaria e la placca areolare. L'exeresi della placca è necessaria in seguito alla denervazione sensitiva dell'areola, al rischio di necrosi, e al rischio di un'invasione infra clinica dei galattofori terminali.

Se la paziente lo desidera, essa può beneficiare, nello stesso tempo operatorio, di una ricostruzione immediata, che può essere realizzata grazie ad una protesi gonfiata con soluzione fisiologica e posizionata dietro il muscolo pettorale.

Le recidive dopo mastectomia per CCIS sono dovute a dei residui ghiandolari lasciati al momento dell'exeresi iniziale.

L'assenza di trattamento adiuvante a la chirurgia impone a questa mastectomia un carattere completo.

Le recidive dopo MRI (mastectomia ricostruzione immediata) per CCIS sono inferiori a 4%.

## 2) CCIS localizzato

L'incidenza della scoperta di zone di microcalcificazioni raggruppate è aumentata in questi ultimi anni grazie ad una campagna di depistage. Si tratta di una situazione clinica frequente (20% delle operazioni per tumore maligno del seno).

La storia naturale dei CCIS localizzati pone il problema della multi focalità di questa malattia che è in rapporto con l'arborescenza galattoforica.

Questa constatazione anatomica spiega l'espressione della malattia nello stesso quadrante. Faveraly, utilizzando una immagine tridimensionale, ha dimostrato che la disseminazione a distanza è più frequente per i tumori a basso grado rispetto ai tumori ad alto grado. Holland precisa che l'estensione anatomica dei CCIS correlata alla mammografia è sovente sotto stimata nel 20% dei casi per i comedocarcinomi e nel 50% dei casi per i carcinomi micropapillari o cribriformi.

Questo elemento sembra molto importante per sottolineare l'interesse, dopo avere realizzato il repere radiologico, di una chirurgia conservatrice larga, interessante cioè tutto il quadrante patologico (quadrantectomia). I due fattori di aggressività sono l'alto grado nucleare ed il carattere di comedocarcinoma della lesione. I CCIS ad alto rischio (estensione alla mammografia superiore a 2 centimetri, grado nucleare elevato tipo comedocarcinoma) beneficeranno di una irradiazione adiuvante dopo chirurgia conservatrice. Per gli altri tipi di CCIS la chirurgia larga con margini sani; sembra sufficiente.

Teoricamente, per i carcinomi intra-canalicolari puri non c'è indicazione al prelevamento linfonodale. Per i comedocarcinomi sembra logico proporre di realizzare il prelevamento del 1° livello linfonodale in maniera da escludere un processo invasivo passato inosservato al momento dell'esame istologico della lesione.

## B) Cancro invasivo di meno di 3 cm di diametro

Attualmente, 2 situazioni anatomocliniche sembrano emergere da questa entità: i carcinomi invasivi puri ed i carcinomi invasivi associati ad una componente intra-canalicolare estensiva.

Nella prima situazione una chirurgia d'exeresi di tipo tumorectomia allargata con un margine di sicurezza tra 1 e 2 cm, è sufficiente per ottenere, dopo l'irradiazione adiuvante, un tasso di controllo locale superiore al 94%. Nella seconda situazione, l'esistenza di una componente intracanalicolare, ha influenzato diversamente il tasso di recidiva locale. Il chirurgo

dopo avere effettuata la tumorectomia, deve realizzare dei prelevamenti ghiandolari a livello dei quattro punti cardinali situati attorno al sito di tumorectomia. Se all'esame anatomico-patologico estemporaneo uno o più di questi prelevamenti risulterà positivo per tumore a componente intra-canalicolare sarà necessario resecare una ulteriore parte di ghiandola attorno alla zona precedentemente asportata fino ad assicurarsi di avere un margine sano macroscopico et microscopico, realizzando quindi una quadrantectomia. L'indicazione alla mastectomia si presenta quando il prelevamento ghiandolare realizzato in zona centrale, vale a dire in vicinanza della placca areolare, risulterà positivo all'esame anatomico-patologico.

## C) Cancro invasivo di più di 3 cm di diametro

Questo tipo di tumore impone la mastectomia in caso di chirurgia di prima intensione.

Attualmente, la tendenza generale è quella di proporre un trattamento d'induzione pre-operatorio.

Gli studi retrospettivi mostrano che una chemioterapia o una radioterapia d'induzione permettono un tasso di conservazione mammaria dell'ordine del 70%, limitandosi ad una quadrantectomia.

La sopravvivenza dei pazienti che non hanno avuto la mastectomia è sovrapponibile a quella dei pazienti trattati con mastectomia.

Il problema chirurgico è multiplo:

- ben reperire il tumore residuo in caso di malattia infraclinica dopo trattamento d'induzione;
- asportare tutte le microcalcificazioni residue;
- ricostruire il difetto ghiandolare.

## ■ Conclusioni

La qualità del gesto chirurgico condiziona i risultati oncologici ed estetici del cancro del seno. L'apprezzamento di questi risultati non si potrà avere senza che il gesto chirurgico divenga codificato e dunque riproducibile. Questo impone di definire, in funzione delle differenti situazioni cliniche, dei principi operatori della chirurgia mammaria. La quadrantectomia sembra più sicura della tumorectomia per i carcinomi in situ localizzati, e per i cancri invasivi di meno di 3 cm con forte componente intracanalicolare.

La tumorectomia larga è sufficiente per i carcinomi invasivi di piccola dimensione senza componente intracanalicolare.

I tumori di più di 3 cm devono beneficiare di un trattamento sistemico che cerca di controllare la malattia generale e la malattia locale microscopica.

# Chirurgia della mammella passato e presente

Riccardo Castorina

\*\* Chirurgo - Responsabile U.F. Chirurgia Generale C.C.D. "G.B. Morgagni" Catania

"Non si conosce completamente una scienza  
se non se ne conosce la storia"

(*"Il Morgagni", Giornale di Clinica e Terapia, Anno IX, n. 13, 2006*)

## Storia in 3 tempi

1° Tempo - La fase empirica dal XII sec. a.C. al XIX sec. d.C.

2° Tempo - La fase etiopatogenetica dal 1882 a ieri.

3° Tempo - Oggi → Le tecniche di Chirurgia conservativa.

### Personaggi di questa storia chirurgica

- La Ghiandola Mammaria
- I Linfatici

### Interpreti

- Gli Anatomici
- I Chirurghi
- Gli Oncologi
- Gli Anatomico Paologi



"Non si conosce completamente una scienza se non se ne conosce la storia", lo disse Augusto Comte.

Conoscere la storia di una procedura terapeutica, e tale è la chirurgia della mammella, significa riconsiderare il percorso sperimentato per raggiungere il migliore risultato, e tutto, sulla base dell'esperienza tratta dal risultato delle procedure attuate nel corso di qualche secolo.

Considereremo la chirurgia migliore della mammella per cancro.

Ripercorrendone le fasi ci confermeremo nella conoscenza di quanto sia fondamentale capire la biologia per affrontare le soluzioni per il dominio della patologia: senza di che la chirurgia demolitrice si espone all'insuccesso.

I tre tempi della Storia.

## 1° Tempo: LA FASE EMPIRICA Evo antico

☞ 1.600 a.C. → Papiro egiziano di Edwin Smith: tumore o ulcerazione trattati con cauterizzazione (trattasi di neoplasia maligna?)

☞ Carcinos (Ippocrate) → Cancer (Galeno) tra il IV sec. a.C. e il I sec. d.C.

☞ I sec. a.C. → Celso, medico di Augusto, descrive il pacchetto linfonodale (?).

☞ II sec. d.C. → Ezio, medico reale del bizantino Giustiniano, amputa e cauterizza (Galeno).

☞ Leonida d'Alessandria e della descrizione retrazione del capezzolo.

☞ III sec. → Herodoto descrive la guarigione di Atossa, figlia del re di Cipro, guarita da Democedes mediante incisione e erbe (era Cancro?).

☞ III sec. d.C. → Chirurgia rozza.

Fu il tempod dalla contesa tra Kalbucasis, medico arabo di Cordoba e la scuola Salernitana, sul dogma salernitano della suppurazione positiva, indispensabile condizione per la guarigione.

☞ VII sec. → Paolo di Egina, bizantino, propone amputazione e cauterizzazione con invocazione fortificante a S. Agata (ripropone il valore storico del martirio della Santa catanese 3° sec.).

## Medioevo

☞ XIV sec → Henry de Mondville esprime concetti di mancata radicalità alla base di recidive. Esaltava la forza medicatrice della natura che come la viola guida i ballerini nella danza. Medici e Chirurghi, ballerini che danzano al tempo della natura suonatrice di viola.

☞ Mondville aveva però l'ossessione del guadagno come i medici Salernitani di cui si ricorda "Accipe dum dolet" cioè spremi il tuo cliente mentre soffre... dopo?

☞ XV sec. → Severino - Vesalio introducono la legatura per controllo emorragia

✚ XVII - XVIII - XIX sec. → J.L. Petit (1674-1750) in Francia ed Heister (1683-1758) in Germania preconizzano l'exeresi dei pettorali e dei gangli ascellari. Concetti ripresi da Moore (1821-1879) e che trovano l'araldo in Williams Halsted (Baltimore 1852-1922) che imposta la tecnica d'exeresi sul presupposto che la disseminazione del cancro si attua passo passo guadagnando le strutture adiacenti al seno e i linfonodi prima di metastatizzare a distanza.

L'intuizione di Halsted fa certo riferimento anche alle preconizzazioni di Fabrizio de Hildamy (1560-1634) forse il primo a disseccare i linfonodi ascellari, di Le Dran (1685-1770) che sottolineava la cattiva prognosi in presenza di localizzazione ascellare, di J.L. Petit (1674-1750) Francia, di Heister (1683-1758) Germania, di Moore (1821-1879), pionieri aperti verso la chirurgia allargata.

## 2° Tempo: LA FASE SCIENTIFICA

La chirurgia avanza favorita dall'antisepsi (Lister). Nella storia delle procedure antisettiche entra anche Halsted.

### Halsted e i guanti

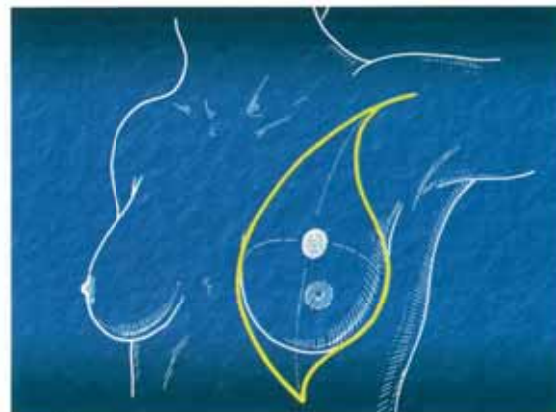
L'uso dei guanti chirurgici è rivelatore dell'influenza dell'industria sulla chirurgia. L'impiego della gomma restò assai limitato fino al giorno in cui Goodyear (1839) scoprì la vulcanizzazione, che permise di migliorarne la consistenza e di farne degli stampi. Nel 1890 nuovi procedimenti diedero alla gomma una malleabilità e una sufficiente resistenza alle alte temperature, permettendone la sterilizzazione col calore. Nella stessa epoca Halsted, che a Baltimora, praticava una chirurgia d'avanguardia, comprese l'utilità che la gomma poteva avere in chirurgia, e fece fabbricare i primi guanti chirurgici, seguito ben presto in Germania da Von Mikulicz e, in Francia, da Chaput.

Con Halsted (1852-1922) la chirurgia della mammella esce dal momento empirico per avviarsi al momento più rigorosamente scientifico.

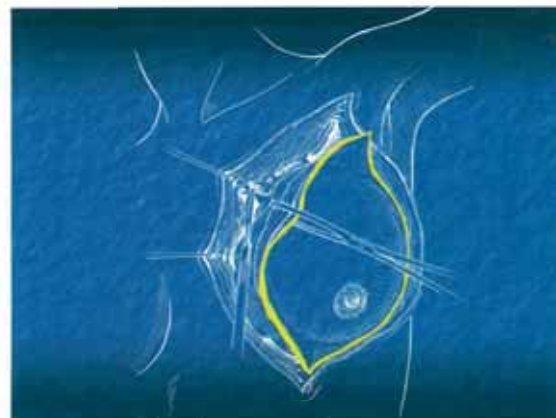
Halsted di Baltimora cominciò ad effettuare l'intervento di Mastectomia radicale che fu l'intervento più praticato per i primi 70 anni del XX sec. fino all'affermarsi di alcune tecniche di Mastectomia modificata meno demolitive della Halsted, legate a Patey, Madden, Handly. Con la tecnica Halsted, il protagonista della chirurgia d'organo è divenuto l'apparato linfatico che diventa oggetto di interesse anatomico e biologico nell'affrontare le procedure chirurgiche che lo coinvolgono nella ricerca dell'approccio più conveniente verso la radicalità chirurgica.

Ghiandola mammaria da una parte, linfocetri dall'altra diventano l'oggetto della ricerca tendente alla moderna chirurgia conservatrice.

### Tecnica della Mastectomia radicale secondo Halsted



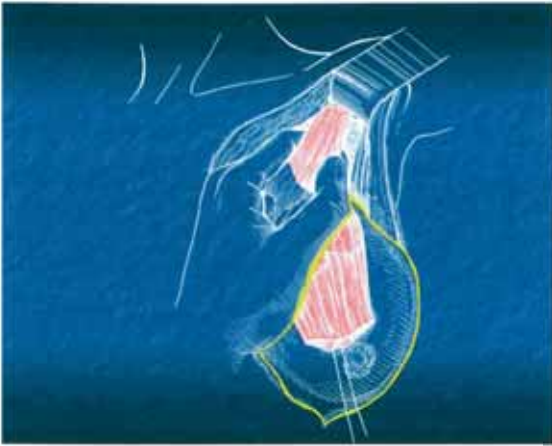
1. Mastectomia radicale: incisione a racchetta



2. Sezione sottocutaneo



3. Sezione gran pettorale

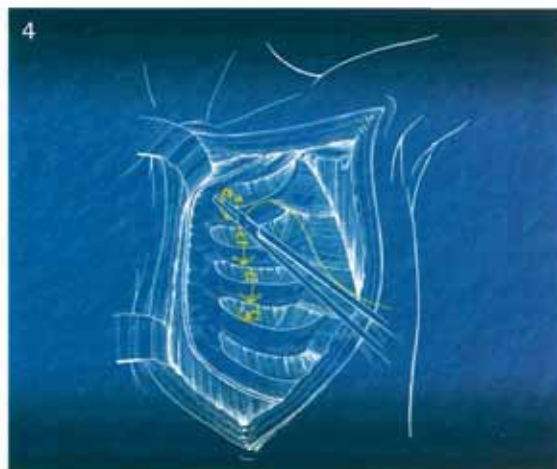
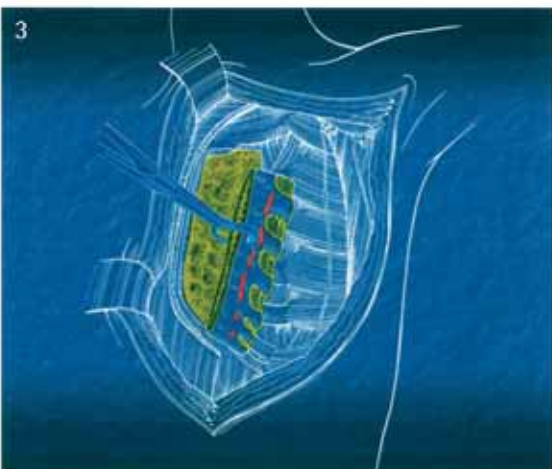
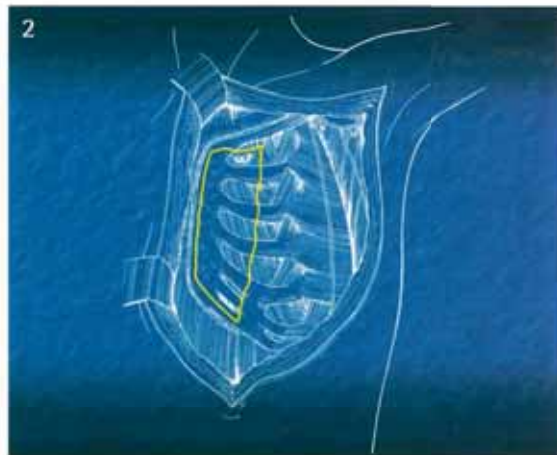


4. Sezione piccolo pettorale

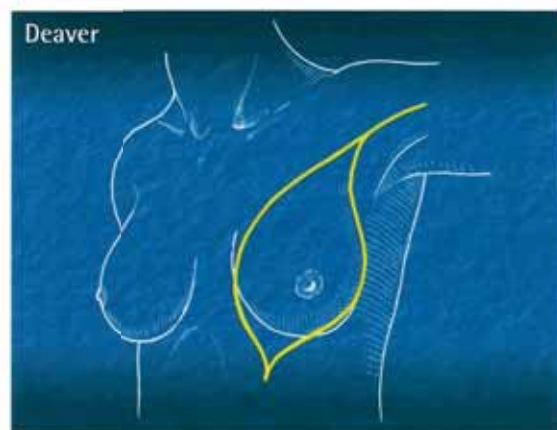
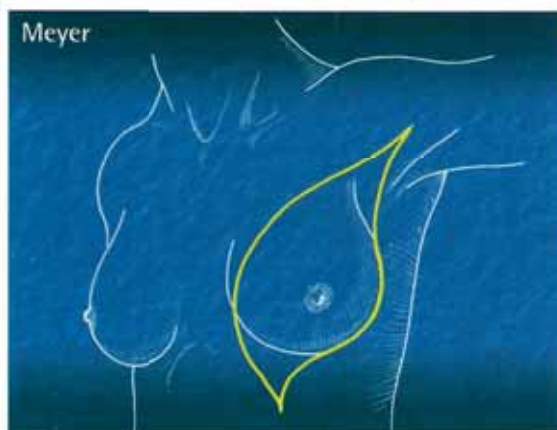
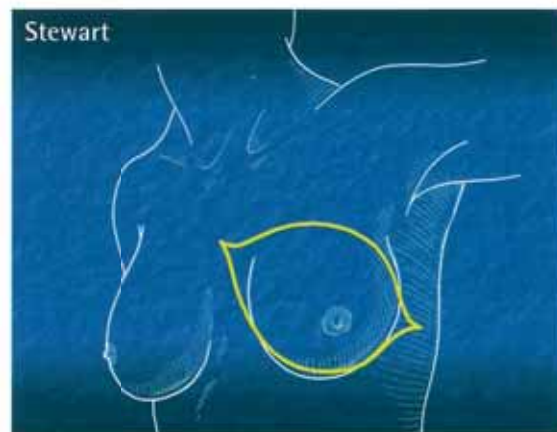
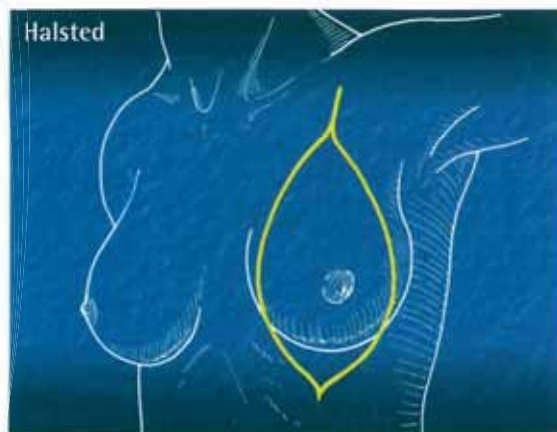


5. Isolamento pacchetto ascellare

Eventuale trattamento catena linfatica mammaria



**Variazioni di incisione**



**Premesse anatomo funzionali e presupposti biologici della Chirurgia conservativa**

**La ghiandola mammaria**

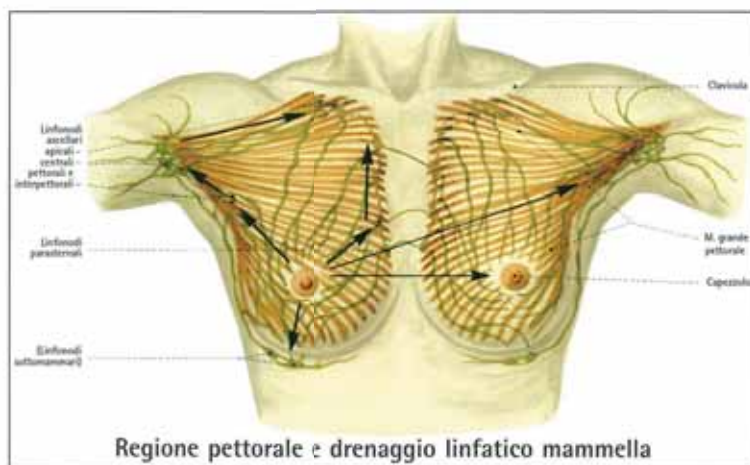
**Sede anatomica normale**

Organo pari e simmetrico occupa la regione mammaria della parete toracica tra la III e la VI costa in senso verticale e la parasternale e la linea ascellare in senso trasversale.

**I Linfatici**

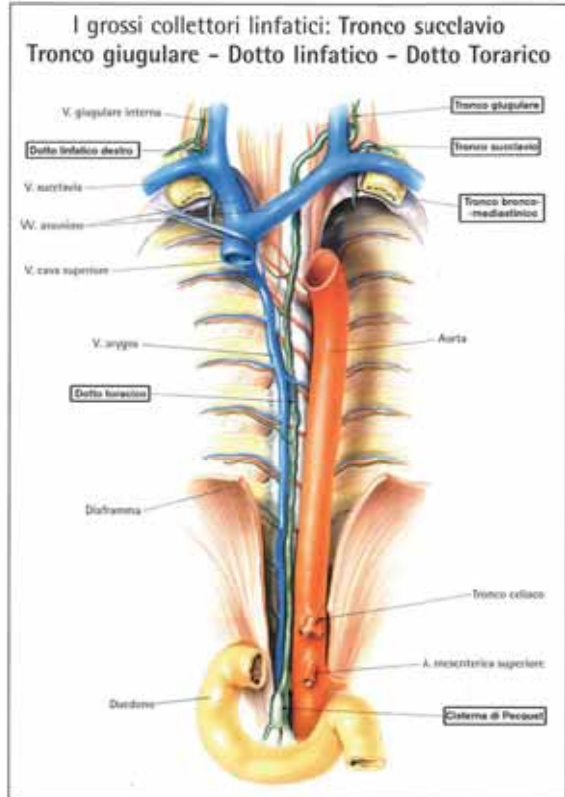
**Preistoria**

– Grecia antica (in Aristotele) descritti: vasi lattei in mesentere di agnello dopo poppata.



**SEDI ANATOMICHE ANOMALE ACCESSORIE**

Linea lattea - Dal punto di mezzo della clavicola al punto di mezzo del legamento inguinale.  
 POLIMASTIA POLITELIA  
 Sedi di possibili malattie mammarie cancro compreso  
 La linea lattea rappresenta il ricordo ancestrale della polimastia dei mammiferi

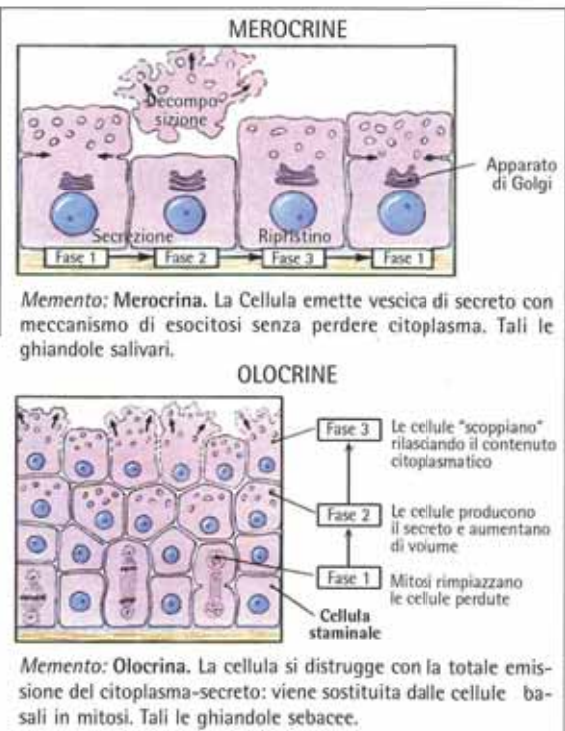


**Storia**

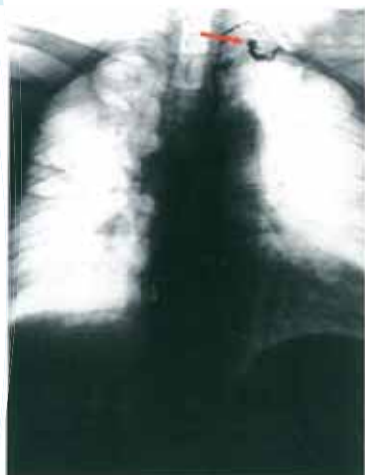
- Gaspare Aselli - Atlante sui vasi lattei - 1622
- Dissezione del dotto toracico - Pecquet - 1651
- Tommaso Bartolino usò il termine: linfatico - 1671
- Vasi linfatici: drenano la linfa dagli organi nel sistema venoso.

Organi sprovvisti:

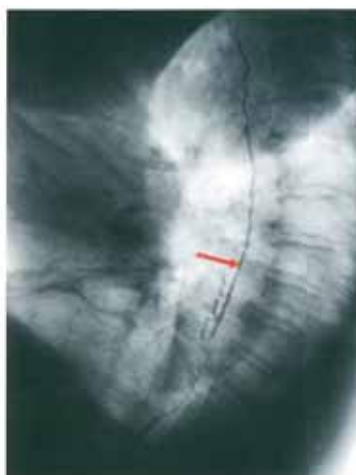
- S. Nervoso centrale
- Labirinto membranoso
- Epiteli rivestimento
- Cartilagine
- Parete arterie
- Placenta
- Cordone ombelicale
- Bulbo oculare (fessure linfatiche di Schwalbe)



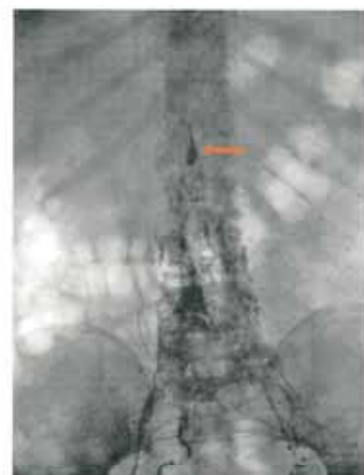




Linfografia. Immagine linfografica dello Sbocco del Dotto Toracico in succlavia



Linfografia. Immagine linfografica del Dotto Toracico



Linfografia. Immagine linfografica della cisterna di Pequet

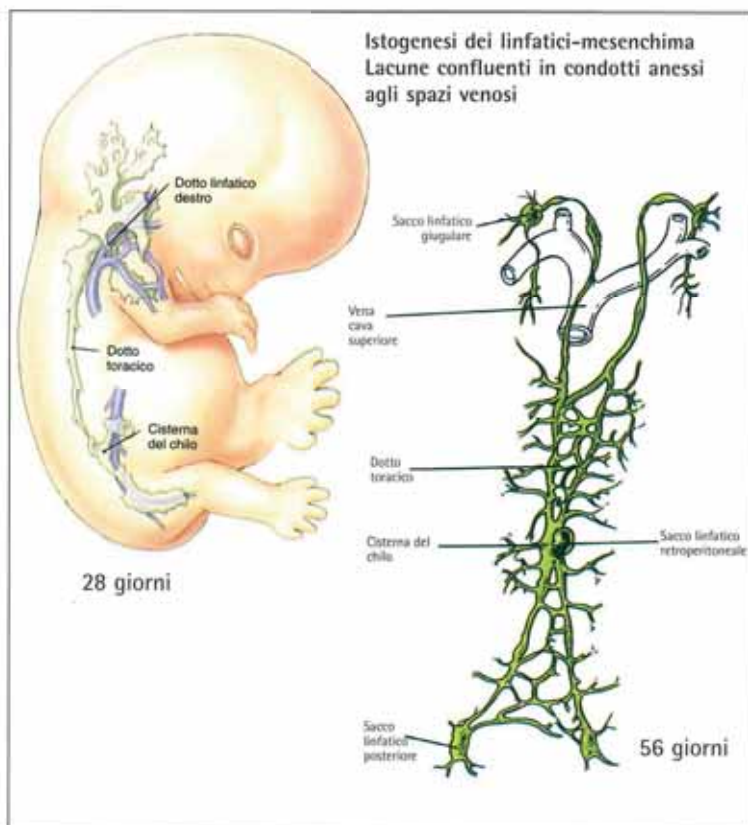


(A) Drenaggio de dotto linfatico destro  
 (B) Drenaggio del dotto toracico (dotto linfatico sinistro)

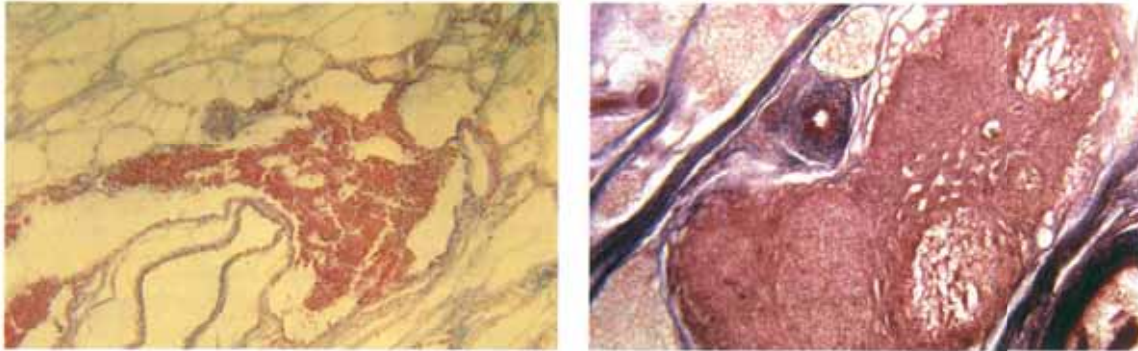
Il dotto toracico raccoglie la linfa dalle regioni sottodiaframmatiche e metà sinistra sopradiaframmatica. Il dotto linfatico destro drena la metà destra del corpo sopradiaframmatico

#### Classificazione dei vasi linfatici

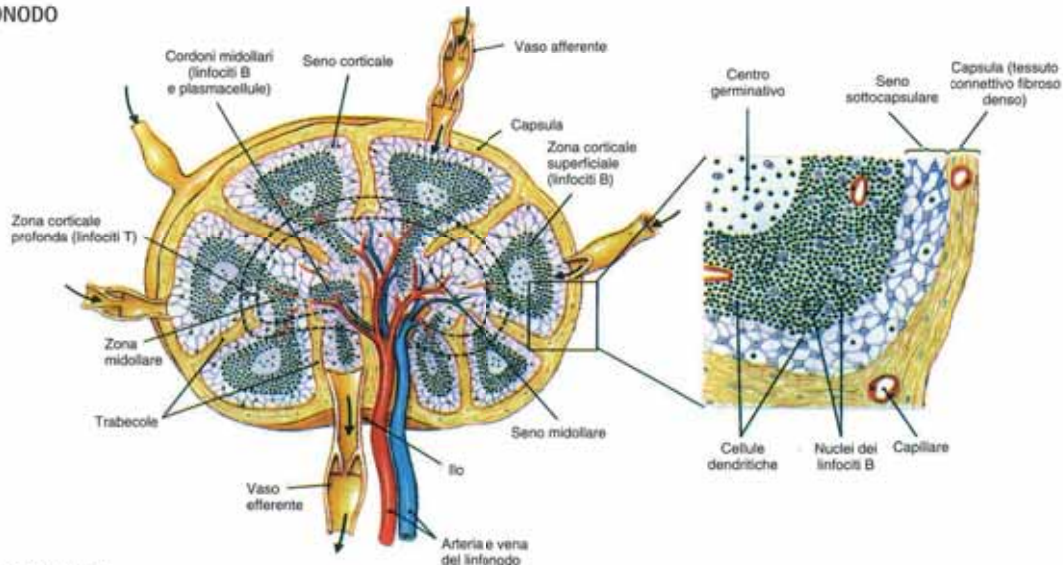
- Capillari
- Precollettori
- Collettori prelifonodali
- Collettori postlifonodali
- Tronchi linfatici principali:  
 Succlavio - Giugulare - Bronco-  
 mediastinico



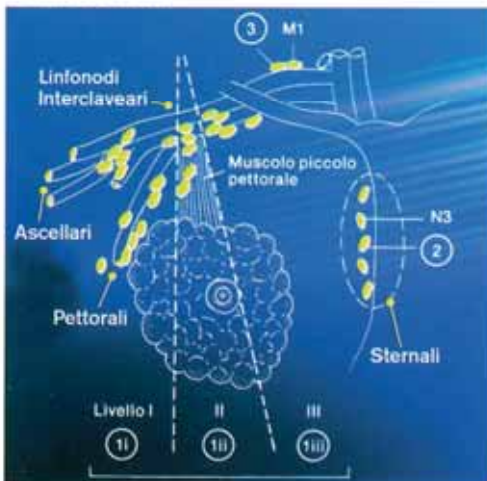
Istogenesi del linfonodo → dal sacco linfatico al linfonodo



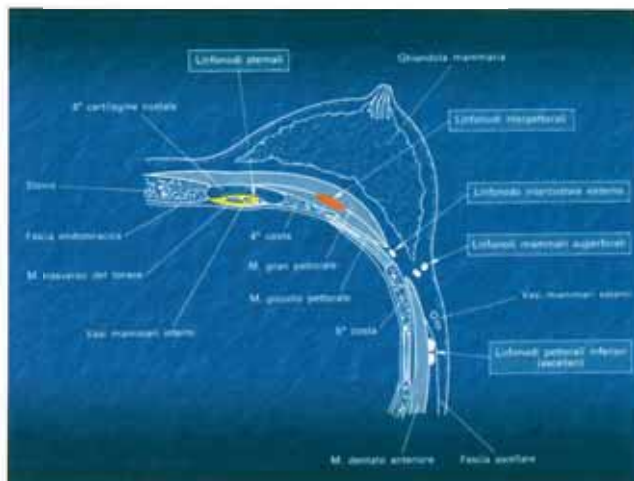
**LINFONODO**



**I LINFOCENTRI**



Stazioni linfatiche della regione mammaria

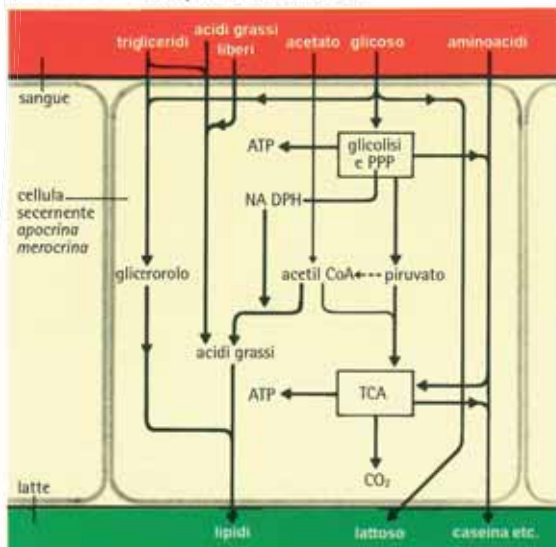


In bianco i linfonodi superficiali mammari e ascellari, in rosso gli interpettorali; in giallo i linfonodi sternali

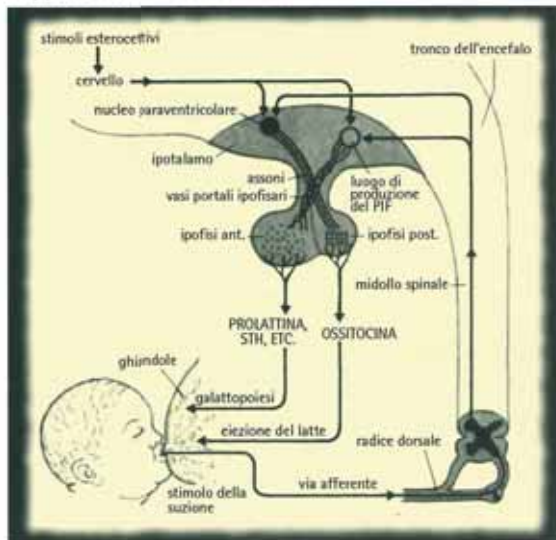
## FISIOLOGIA DELLA MAMMELLA

Sintetizza nelle sue cellule i costituenti del latte (secrezione apocrina-merocrina) alimento pressoché completo (acqua, composti cristalloidi, zucchero, sostanze azotate, sali vitamine idrosolubili e liposolubili, proteine, lipidi)

### Sintesi delle componenti del latte



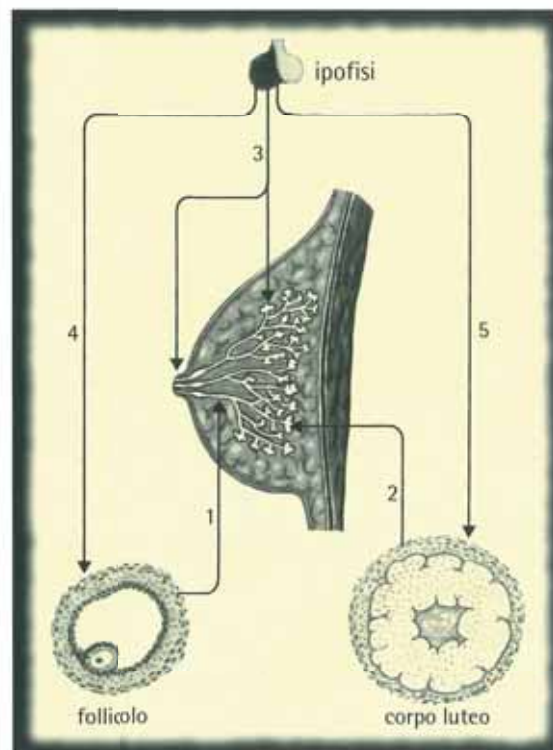
### Rappresentazione schematica della lattazione nell'uomo



**Lattogenesi:** Induttori sono Prolattina ACTH ipofisario e corticosteroidi; • **Galattopoiesi:** assicurano il mantenimento della lattazione - STH ipofisario, Prolattina, TSH ipofisario, Triiodotironina e Tiroxina. • **Escrezione.** Ossitocina. Suzione agisce sui nuclei ipotalamici.

Mammogenesi - Schema semplificato dell'effetto estrogeni progesterone e prolattina sulla preparazione alla lattogenesi.

1. Estrogeni - 2. Progesterone - 3. Gonadotropine (le frecce indicano l'elettività di stimolo).



Circolazione della linfa assicurata da:

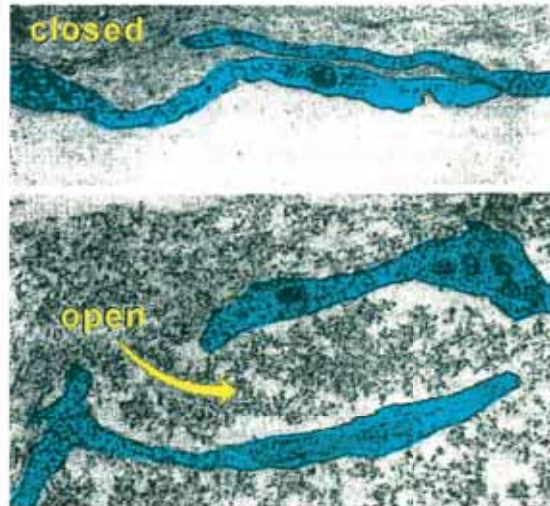
### Fisiologia del sistema linfatico

- ⊖ Valvole
- ⊖ Capacità contrattile della parete (modesto)
- ⊖ Attività muscolare (intermittente compressione)
- ⊖ Polso vascolare
- ⊖ Peristali
- ⊖ Respiro
- ⊖ Nei Pesci e nei Rettili esiste un cuore linfatico (25/30 battiti sec.)

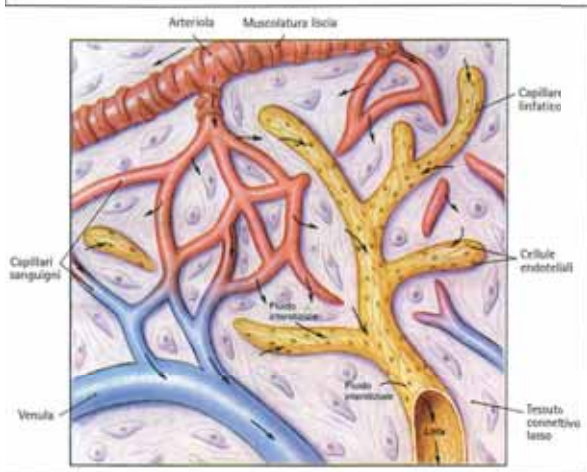
Fattori che favoriscono l'ingresso di cellule o particelle dallo spazio interstiziale nel lume:

- ⊖ Idoneità della membrana plasmatica cellulare
- ⊖ Concentrazione proteica
- ⊖ Pressione trans capillare
- ⊖ Diapedesi in uscita dalle venule post capillari
- ⊖ Fenestratura con filamenti di ancoraggio

Presupposti che spiegano l'invasione della via linfatica



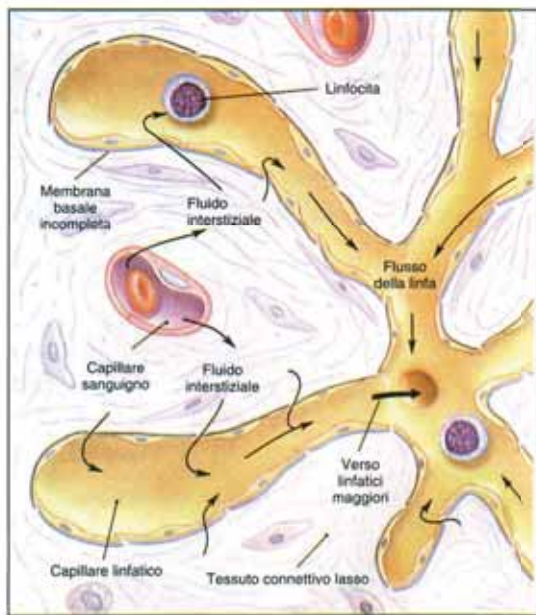
Microfotografia elettronica. Fenestrazioni dell'endotelio linfatico aperte e chiuse. L'apertura e la chiusura sono governate da filamenti di ancoraggio (immagine successiva), l'apertura favorisce il passaggio nel circolo di cellule neoplastiche.



Associazione di capillari sanguigni, tessuti e capillari linfatici



Ricostruzione tridimensionale di vaso linfatico. Le frecce indicano la sede d'azione dei filamenti d'ancoraggio.

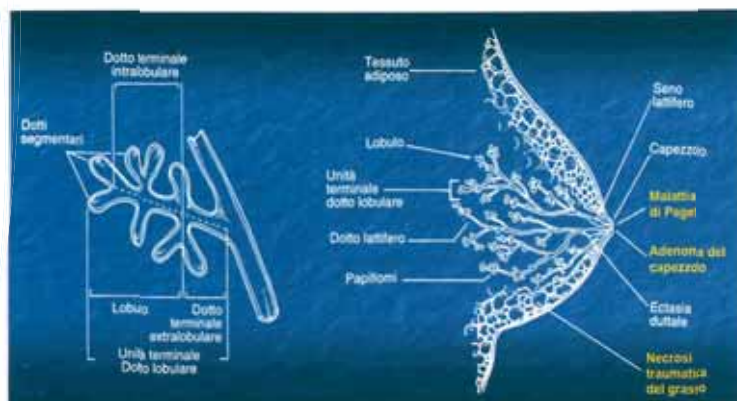


Rapporto rete capillari con l'interstizio

## PATOLOGIA DELLA GHIANDOLA MAMMARIA

### Struttura e Lobulare

⇒ 12-20 LOBULI



Schema di lobulo. Sedi di patologia non cancerosa.

### Istotipo canceroso

- ⇒ Carcinoma duttale - 70% circa
- ⇒ Carcinoma lobulare - 10% circa
  - In situ
  - Infiltrante
- ⇒ Istotipi vari

### Fattori prognostici nel carcinoma operabile

- ⇒ Informazioni istologiche
- ⇒ Estensione dell'interessamento linfonodale ascellare omolaterale
- ⇒ Recettori ormonali (valutazione utilità terapia endocrina). Talune espressioni biologiche molecolari (c ERB-B2 = mutazioni; p 53; fattori di crescita; apoptosi; overespressione; EGFR; implicazioni nell'adesione cellulare - caderine, laminina, integrine proteasi, ecc.).

### Fattori di rischio

- ⇒ Endocrini
- ⇒ Dietetici
- ⇒ Genetici e familiari (oncogeni soppressori BRCA1 BRCA2)

### Grading istologico sulla base di:

- ⇒ Percentuale di tubuli
- ⇒ Grado nucleare
- ⇒ Indice mitotico
  - Ben differenziato
  - Moderatamente differenziato
  - Scarsamente differenziato

### Significato anatomico, biologico e clinico della Linfoadenectomia nei tumori

Rivisitazione del problema e concetti che la influenzano pro e contro. Dati controversi sul rapporto tumore-via linfatiche:

- ⇒ Chirurgia dei tumori è Chirurgia d'organo e Chirurgia dei linfatici - Moynian fine XIX sec.
- ⇒ Osservazione di cellule tumorali in siti distanti dal tumore anche con linfonodi indenni - Paget su Lancet, 1899
- ⇒ Circa il 30% di donne con cancro del seno: cellule neoplastiche nel midollo senza impegno del linfocentro - Braun su N. Engl. F. J. Med., Diel su J. Ntl. Canc. Inst. Engl. Med. (1996-2000)

- ⇒ Linfatici che bypassano la stazione parzialmente o totalmente diretti ad altra stazione
- ⇒ Linfatici che bypassano il linfonodo sbocando nella rete venosa:
  - Sbocco prenodale
  - Sbocco nodale
  - Sbocco post nodale

Ludwig, J Path. 1962

### Malattia d'organo o malattia generale

La veduta di proliferazione circoscritta all'organo con tardiva diffusione ai linfocentri e agli organi distanti instaura gara tra tumore e chirurgo.

La veduta di diffusione delle cellule maligne nell'organismo con attecchimento legato a fattori biologici e immunologici locali e generali propone la Chirurgia integrata ad altre terapie farmacologiche o fisiche nucleari

Nell'evento metastasi linfocentro, il linfonodo gioca solo il ruolo di mero crivello filtro millipore (concetto decaduto) o intervengono altri fattori?

- ⇒ Anatomici
- ⇒ Recettori
- ⇒ Molecole di adesione
- ⇒ Fattori di crescita e sviluppo angiogenetico.

Metastasi linfonodale quindi non solo evento meccanico ma biomolecolare.

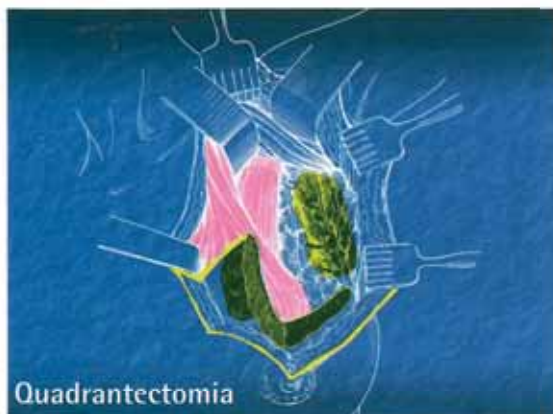
Conferma si ha delle seguenti osservazioni:

- ⇒ tumori primitivi con diffusione metastatica senza localizzazione linfonodale regionale
- ⇒ metastasi a 30 anni dalla chirurgia
- ⇒ carcinoma acuto che porta a morte in breve tempo
- ⇒ donne con interessamento linfonodale precoce sopravvissute alla chirurgia senza ripresa di malattia.

### 3° Tempo: OGGI - LE TECNICHE

A partire dal 1970 vengono proposte le tecniche di Chirurgia Conservativa

- ⊖ Tumorectomia
- ⊖ Quadrantectomia classica (Veronesi)
- ⊖ Dissezione ascellare integrata nelle indicazioni date dal linfonodo sentinella.



Quadrantectomia

### IL LINFONODO SENTINELLA

1992 → Morton e Colleghi ne proposero la valutazione nel trattamento del Melanoma. Esteso ad altri territori è diventato un capitolo del trattamento conservativo nel Carcinoma mammario. Sentinella è il primo linfonodo che si marca dopo inoculo di colorante o sostanza radioattiva (Tcn-marcato) nella sede del tumore primitivo.



Linfatico colorato in blu (indicato dalla pinza) prossimo a cancro del ceco, sede dell'inoculo.

Metastasi in linfonodo

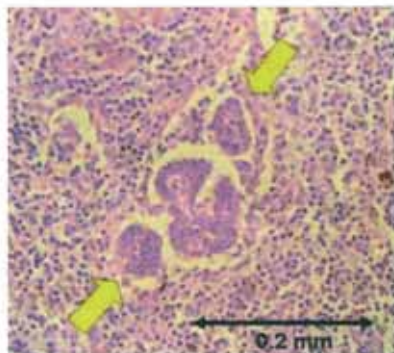


Immagine scintigrafica di metastasi in linfonodo



Qui finisce la storia alla soglia dell'attualità, ma la storia continua... per una medicina delle certezze.



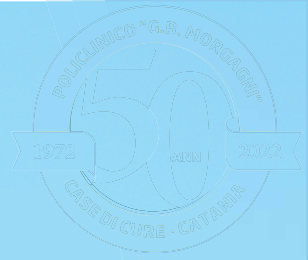
Ed. Fischer, "The New Yorker Magazine" Inc. 1990 (modificato)



Meeting col Prof. Philippe Rouanet:  
**Chirurgia del carcinoma mammario**  
**Chirurgia del cancro del retto**

Gran Hotel Baia Verde - Sabato 28 Giugno 2014







## DUPLICAZIONE DEL NERVO MEDIANO AL CANALE DEL CARPO

(*"Il Morgagni", Giornale di Clinica e Terapia, Anno I, nn. 2-3, 1998*)



Bruno Branciforti



Giuseppe Spata



Stefania Giuffrida



Giusy Catana

Servizio di Chirurgia della mano



**L**e variazioni anatomiche osservabili nella regione volare del polso ed in particolare in quella zona conosciuta da anatomici e chirurghi come tunnel carpale sono molto frequenti.

Nel 20% dei casi si osserva l'assenza del muscolo palmare lungo, che comunque è sempre molto variabile nelle sue dimensioni e in rari casi può avere una doppia inserzione tendinea o avere un ventre muscolare esteso fin sopra il legamento del carpo.

Questo legamento talvolta è rinforzato da un piccolo muscolo disposto trasversalmente, il palmare breve, la cui presenza è molto più incostante del palmare lungo.

I tendini flessori talvolta presentano dei ventri muscolari estesi fin sotto il legamento del carpo e in casi più rari si può anche osservare un piccolo tendine soprannumerario che si fonde con uno degli altri flessori.

Le variazioni anatomiche di cui vo-

gliamo però parlare in questo articolo sono quelle che interessano il nervo mediano ed in particolare la sua duplicazione prima dell'ingresso nel canale del carpo o nello stesso canale carpale.

I dati riportati in letteratura dimostrano che non è infrequente la variazione di decorso della branca tenare sia motoria che sensitiva e la possibilità di rami accessori che comunicano col nervo ulnare distalmente al tunnel carpale.

È invece poco frequente la duplicazione del nervo. In uno studio precedente risalente al 1992 in collaborazione col dr. G. Spata e il dr. S. Castorina avevamo documentato 3 casi chiari di questa variazione su 743 pazienti operati di sindrome del tunnel carpale tra il 1989 e il 1992 presso la Clinica Morgagni di Catania, pari allo 0.94% dei casi operati.

Oggi dopo altri sei anni di esperienza chirurgica, su una casistica che è aumentata di anno in anno raggiungendo il numero di 2980 pazienti fino all'agosto del '98, le nostre osservazioni di dupli-



Fig. 1-2: Aspetto intraoperatorio di un intervento di apertura del canale carpale. Le immagini mostrano due casi di duplicazione del nervo mediano al polso.

cazione del nervo, tutte con documentazione fotografica, sono diventate 18, pari al 1.65% della nostra casistica.

Riportiamo questi dati perché ci sembra importante sapere che questa variazione anatomica non è così rara come riferiva il Testut: «1 caso ogni 500 soggetti» pari allo 0,5% ed è importante sapere che esiste in quanto mentre in alcuni casi i due tronchi del nervo mediano decorrono molto vicini uniti da un sottile tessuto connettivo ed è facile distinguerli osservando un nervo solo un po' più largo del normale, nei casi in cui la duplicazione avviene prossimalmente al canale del carpo la branca del nervo duplicata, in genere più piccola, si allontana dal tronco principale e si può confondere, avvolta dalla sinoviale, con i tendini flessori e il mancato riconoscimento può essere causa di spiacevoli danni iatrogeni.

Con questa breve nota legata alla nostra esperienza di chirurgia della mano speriamo di dare un valido contributo alla conoscenza migliore dell'anatomia che è poi sempre alla base di un buon risultato chirurgico.



Fig. 3-4: Altri due casi di duplicazione del nervo mediano al polso riscontrati sempre in occasione di intervento per sindrome carpale.

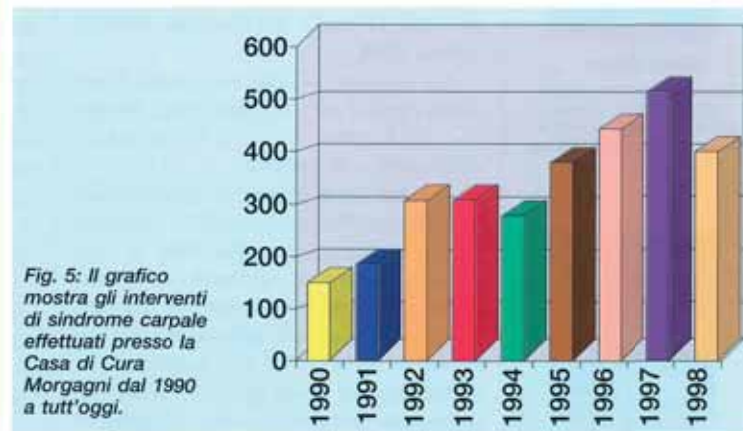


Fig. 5: Il grafico mostra gli interventi di sindrome carpale effettuati presso la Casa di Cura Morgagni dal 1990 a tutt'oggi.



Il personale della casa di cura è costituito da oltre 200 unità tra personale medico, paramedico, tecnico ed amministrativo.

#### STAFF MEDICO

Primari Chirurghi	A. Lomeo L. Patanè M. Gentile G. Passanisi A. Bartoloni
Primari Cardiologi	S. Tolaro S. Guarnera
Primari Anestesiti	A. Pulvirenti G. Laudani
Resp. Radiologia	V. Riccioli
Resp. Laboratorio Analisi	M.G. Sorbello



## IL MINISTRO DELLA SANITÀ PROF. GIROLAMO SIRCHIA IN VISITA AL CENTRO CUORE G.B. MORGAGNI DELL'I.S.C.A.S. DI PEDARA

(da Supplemento a "Il Morgagni", Giornale di Clinica e Terapia, Anno II, nn. 1-2, 1999)



**D**omenica 22 Luglio il prof. Girolamo Sirchia, Ministro della Sanità, ha visitato il Centro. La visita conoscitiva era inserita nel circuito Azienda Cannizzaro - Azienda Vittorio Emanuele Centro trapianti.

Alle 10.10 l'elicottero proveniente dall'Azienda Ospedaliera "Cannizzaro" atterrava puntualmente sull'elipista della Clinica, pilota il Comandante Ontario.

Il Ministro era accompagnato dal Dott. Giovanni Zotta, Direttore Generale per gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.), dal Sindaco di Catania Prof. Umberto Scapagnini e dall'On. Prof. Giuseppe Palumbo. Ad accogliere gli ospiti sulla pista erano membri del Consiglio di Amministrazione dell'I.S.C.A.S. (Istituto Siciliano Cardiocirurgia Alte Specialità), membri del Consiglio Comunale di Pedara, il Comandante Carabinieri di Pedara, Primari.

L'Amministratore Delegato Dott. Roberto Cester ha presentato la struttura sotto il profilo organizzativo fornendo i dati statistici delle attività di diagnostica e terapia chirurgica mini-

vasiva e chirurgica tradizionale.

Con nostra soddisfazione il Ministro ebbe a sottolineare che i numeri sono di elevato spessore, quanto meno pari o superiori a quelli di altri centri nazionali di eccellenza.

Il Ministro ha incontrato i Chirurghi, i Cardiologi, gli Anestesisti e il personale raccolto nella Sala Riunioni. Ha visitato i reparti di maggior impegno organizzativo, tali la Terapia Intensiva, l'Unità Coronarica, le Sale Operatorie, le due Sale di Emodinamica.

Gli operatori del Centro Cuore hanno manifestato al Mini-





stro il loro gradimento per l'attenzione che ha prestato durante la sua visita, entrando nel merito degli aspetti del loro lavoro, dimostrando la competenza maturata sia nello specifico campo della sua cultura medica

sia in quella acquisita nell'area dell'organizzazione trapiantologica italiana ed europea. È stato colto l'atteggiamento del maestro attento all'ascolto dei collaboratori, presupposto essenziale per la crescita di un soddisfa-

cente progetto sanitario.

Del Ministro sono state apprezzate l'acuzie delle osservazioni, la disponibilità al colloquio, l'attenzione alle problematiche esposte, senza segno d'impazienza, malgrado i tempi





stretti a Sua disposizione. Ci è parso un ottimo Ministro.

Ha concluso la visita esprimendo compiacimento per la struttura e i suoi uomini. Alle ore 11.15 si imbarcava sull'elicottero, insieme con gli altri

ospiti, per raggiungere le destinazioni ospedaliere preventivate.

Un sentito ringraziamento da queste pagine va al Sindaco di Catania Prof. Umberto Scapagnini, illustre farmacologo ed Europarlamentare, e al Dott.

Giovanni Zotta, massimo responsabile per gli I.R.C.C.S., per la cura e l'attenzione che prestano allo sviluppo dell'organizzazione sanitaria nella nostra area metropolitana.

**Salvatore Castorina**





# TAVOLE GUIDA APPROPRIATEZZA TERAPIA ANTIBIOTICA

## Linee Guida Aziendali per i reparti

a cura di *Pietro Di Gregorio* - Primario Infettivologo

*(estratto da "Il Morgagni", Giornale di Clinica e Terapia, online)*



## C.C.D. "G.B. Morgagni" - SCHEDE ANTIMICROBICI (Aggiornamento 2024)

Farmaco	PK/PD Frazione libera Emivita	Eliminazione renale % con funzione normale	Confezione	Posologia Tempi	Insufficienza renale			Note
					eGFR >50	eGFR <50	eGFR <10	
ANTIBIOTICI								
<b>Amikacina</b> (BBK8, Amikan) → sintesi proteica → 30S inibisce la sintesi proteica formando un legame con le proteine delle subunità 30S dei ribosomi, che causa un "misreading" dell'mRNA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concentrazione dipendente</li> <li>- Frazione libera &gt;95%</li> <li>- Emivita 2,5 ore</li> </ul>	95%	500 mg	15 mg/kg ogni 24 ore (in 100 ml)	15 mg/Kg ogni 36 ore	15 mg/Kg ogni 48 ore	15 mg/Kg ogni 96 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nefrotossica e ototossica</li> <li>- Non associare ad altri farmaci nefrotossici</li> <li>- La tossicità peggiora con l'iperbilirubinemia</li> <li>- L'associazione con penicillina può comportare livelli sub terapeutici di aminoglicoside</li> </ul>
				Nelle VAP 20 mg/Kg ogni 24 ore (in 100 ml)	Ogni 36 ore	Ogni 48 ore	Ogni 96 ore	
<b>Amoxicillina / Ac. Clavulanico</b> (Augmentin) → parete cellulare (cell wall) → inibisce la sintesi del peptidoglicano della parete cellulare batterica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo dipendente</li> <li>- Frazione libera 25/18%</li> <li>- Emivita 2 ore</li> <li>- Ac. clav. 1 h</li> <li>- Legame farmaco proteico 20%</li> </ul>	60%	2,2 g	2,2 g ogni 8 ore	2,2 g ogni 8 ore	2,2 g ogni 12 ore	2,2 g ogni 24 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevata eliminazione biliare</li> <li>- Può provocare esantema morbilliforme (39%) in particolare nei soggetti con mononucleosi infettiva (70-90%) o con LLC o con allopurinolo</li> <li>- Essendo l'esantema non IgE mediato, si può continuare la terapia</li> <li>- È preferibile assumere le compresse a stomaco pieno</li> </ul>
<b>Azitromicina</b> (Azalide) (Zitromax) → sintesi proteica → 50S - Si lega al rRNA 23S della subunità ribosomiale 50S.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo dipendente</li> <li>- Legame farmaco proteico 12%</li> <li>- Frazione libera &gt;50%</li> <li>- Emivita 48-72 ore</li> </ul>	10-15%	500 mg	500 mg ogni 24 ore	Dose normale	Dose normale	Dose normale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penetrazione endocellulare</li> <li>- Eliminazione lenta biliare e renale</li> <li>- Controllare il Q-T</li> </ul>
<b>Aztreonam</b> (Azactam) → parete cellulare (cell wall) → inibisce la sintesi dei peptidoglicani della parete cellulare batterica → inattivazione selettiva del recettore PBP3 senza inibire le altre PBP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emivita plasmatica: 1,7 h.</li> <li>- Legame proteico plasmatico: 58%.</li> <li>- Volume di distribuzione: 0,18 l/kg.</li> </ul>		0,5-1 g	2 g ogni 8 ore	2 g ogni 8 ore	2 g ogni 12 ore	1 g ogni 24 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riduzione dosaggio 20-25% se insufficienza epatica</li> <li>- Le associazioni di Aztreonam con penicilline, cefalosporine, aminoglicosidi, clindamicina e metronidazolo hanno mostrato in vitro di avere un effetto additivo o sinergico</li> </ul>
<b>Ceftazidime</b> (Glazidim) → parete cellulare (cell wall) → inibisce la sintesi del peptidoglicano della parete cellulare batterica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo dipendente</li> <li>- Frazione libera 83%</li> <li>- Emivita 1,1-1,6 ore</li> </ul>	60-85%	1 g	1-2 g ogni 8 ore	Dose normale	1 g ogni 12-24 ore	500 mg ogni 24-48 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminazione prevalente renale</li> <li>- Aumenta tossicità in associazione con aminoglicosidi</li> </ul>
<b>Cefepime</b> → parete cellulare (cell wall) → inibisce la sintesi del peptidoglicano della parete cellulare batterica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo dipendente</li> <li>- Frazione libera 84%</li> <li>- Emivita 1,7-2,3%</li> </ul>	85%	500 mg-1g	1 g ogni 12 ore	Dose normale	1-2 g ogni 12 ore	1-2 gr ogni 24 ore	Eliminazione prevalente renale
<b>Ceftarolina</b> (Zinforo) → parete cellulare (cell wall) → inibisce la sintesi del peptidoglicano della parete cellulare batterica - ceftarolina ha un'elevata affinità per la PBP2a MRSA e la PBP2x dello <i>Streptococcus pneumoniae</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo dipendente</li> <li>- Frazione libera 80%</li> <li>- Emivita 2,5 ore</li> </ul>	80%	600 mg	600 mg ogni 12 ore	Dose normale	400 mg ogni 12 ore	200 mg ogni 12 ore	Eliminazione prevalente renale

Farmaco	PK/PD Frazione libera Emivita	Eliminazione renale % con funzione normale	Confezione	Posologia Tempi	Insufficienza renale			Note
					eGFR >50	eGFR <50	eGFR <10	
<b>Ceftazidima/ Avibactam</b> (Zavicefta) → inibisce la sintesi del peptidoglicano della parete cellulare batterica Avibactam è un inibitore non β-lattamico delle β-lattamasi → Inibisce sia le β-lattamasi di classe A sia di classe C e alcuni di classe D, incluse le β-lattamasi ad ampio spettro (ESBL), le carbapenemasi KPC e OXA-48, e gli enzimi AmpC. → Avibactam non inibisce gli enzimi di classe B (metallo-β-lattamasi) e non è in grado di inibire molti enzimi di classe D.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo dipendente</li> <li>- Frazione libera 10/8%</li> <li>- Emivita 2 ore</li> </ul>	95%	2,5 g	2,5 g ogni 8 ore	Dose normale	1,25 g ogni 12 ore	0,75 g ogni 24 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminazione renale</li> <li>- Ciclo max 14 gg.</li> <li>- Vi è un'esperienza molto limitata dell'uso di Zavicefta per più di 14 giorni.</li> </ul>
<b>Ceftriaxone</b> (Rocefin) → parete cellulare (cell wall) → inibisce la sintesi del peptidoglicano della parete cellulare batterica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo dipendente</li> <li>- Frazione libera 85-95%</li> <li>- Emivita 8 ore</li> </ul>	60%	1-2 g	1-2 g ogni 24 ore	Dose normale	Dose normale	500 mg ogni 24 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminazione urinaria 50-60%</li> <li>- Eliminazione biliare 40-50 %</li> <li>- Aumenta nefrotossicità in associazione con aminoglicosidi</li> </ul>
<b>Ceftobiprole</b> (Mabelio) → parete cellulare (cell wall) → inibisce la sintesi dei peptidoglicani della parete cellulare batterica legandosi alle PBP2a	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legame farmaco proteico 16%</li> <li>- Emivita 3-4 ore</li> </ul>	Eliminazione renale	Flacone 500 mg	500 mg ogni 8 ore (infusione in 4 ore)	500 mg ogni 8 ore (infusione in 4 ore)	500 mg ogni 12 ore (infusione in 4 ore)	250 mg ogni 12 ore (infusione in 4 ore)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cefalosporina di 5ª generazione)</li> <li>- Anti MRSA</li> <li>- Non vi sono dati su compromissione epatica</li> </ul>
<b>Ciprofloxacina</b> → sintesi DNA → inibisce la sintesi degli acidi nucleici tramite l'inibizione della DNA girasi +/- Topoisomerasi IV → prima di utilizzarlo controllare la nota AIFA dell'8 giugno 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concentrazione dipendente</li> <li>- Frazione libera 60-80%</li> <li>- Emivita 4-7 ore</li> </ul>	50-70%	500 mg os 400 mg e.v.	500 mg ogni 8-12 ore  400 mg ogni 8-12 ore	Dose normale	Per os: 250 mg ogni 12 ore  Per e.v.: 400 mg ogni 18 ore	Per os: 250 mg ogni 18 ore  Per e.v.: 400 mg ogni 24 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminazione renale/biliare</li> <li>- Non usare in soggetti inferiori a 18 anni</li> <li>- Non usare in pazienti epilettici</li> <li>- Possibile allungamento del Q-T</li> <li>- Potenzia l'effetto degli anti coagulanti orali</li> <li>- Non ingerire le compresse insieme con latte e derivati o con sali di Mg e Al, Ca, Fe</li> <li>- <b>Ridurre i dosaggi nell'insufficienza epatica</b></li> <li>- <b>EVITARE IN CASO DI FAVISMO</b></li> </ul>
<b>Claritromicina cps</b> (Klacid, Veclam) → sintesi proteica → 50S → inibisce la sintesi proteica legando la subunità ribosomiale 50s dei batteri sensibili e inibisce la sintesi proteica batterica RNA-dipendente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo dipendente</li> <li>- Frazione libera 65-70%</li> <li>- Emivita 5-7 ore</li> </ul>	20-40%	Cps 250 mg Cps 500 mg	250-500 mg ogni 12 ore	Dose normale	250-500 mg ogni 24 ore	250 mg ogni 24 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminazione biliare 60-80%</li> <li>- Controllare il Q-T</li> </ul>
<b>Clindamicina</b> (Dalacin) → sintesi proteica → 50S → inibisce la sintesi proteica batterica. Si lega alla subunità ribosomiale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo dipendente</li> <li>- Frazione libera ~ 10%</li> <li>- Emivita 1,5-2,4 ore</li> </ul>	Eliminazione renale 13%  Eliminazione biliare 80%	600 mg e.v.	600 mg ogni 8 ore	Dose normale	Dose normale	Dose normale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riduzione del dosaggio nella grave insufficienza epatica</li> </ul>

Farmaco	PK/PD Frazione libera Emivita	Eliminazione renale % con funzione normale	Confezione	Posologia Tempi	Insufficienza renale			Note
					eGFR >50	eGFR <50	eGFR <10	
<b>Colistina</b> (Colimicina) polimixina → membrana cellulare → danneggiamento della membrana cellulare della cellula batterica con effetti letali	- Concentrazione dipendente - Frazione libera 45% - Emivita 2,1-4,2 ore	60-75%	1 milione di U	4,5 MU ogni 12 ore dopo dose di carico di 9 MU	25.000 U/Kg ogni 24 ore	1-3 MU ogni 12 ore	1 MU ogni 18-24 ore	- Eliminazione prevalente renale - Nefrotossica e ototossica - Evitare associazione con aminoglicosidi (aumenta la tossicità)
<b>Cotrimoxazolo</b> (trimetoprim+ sulfametossazolo) fiale (Bactrim) → antifolico → SMZ compete con l'assunzione da parte dei batteri di acido p-aminobenzoico inibendo così la sintesi dell'acido folico. Il TM agisce sulla tappa enzimatica successiva, bloccando la diidrofolic- reduzzasi batterica → doppio blocco sequenziale → effetto battericida	- Tempo dipendente - Frazione libera 65/30% - Emivita 8-14 ore/9-15 ore	50-80 %/ 10-30%	Fiale da 80 mg di trimetoprim + 400 mg di sulfametos- sazolo	20 mg/Kg/die di trimetoprim + 100 mg/kg/die di sulfametossa- zolo (pari a 3-4 fiale ogni 6 ore)	Dose normale	½ della posologia standard	- Evitare l'uso - Consigli per la perfusione →	- Eliminazione renale/biliare - Potenzia l'effetto degli anticoagulanti orali - Associare acido folico - Somministrare in perfusione lenta con soluzione fisiologica o glucosata (125 ml per ogni fiala). Ciclo terapia: due settimane <b>EVITARE IN CASO DI FAVISMO</b>
<b>Cotrimoxazolo</b> (trimetoprim+ sulfametossazolo) capsule (Bactrim) → vedi sopra	- Tempo dipendente		Compresse da 160 mg trimetoprim + 800 mg di sulfametos- sazolo	1 compressa ogni 12 ore	Dose normale	½ della posologia standard	¼ della posologia	- Eliminazione renale/biliare - Potenzia l'effetto degli anticoagulanti orali - Associare ac. folico Ciclo di terapia: due settimane <b>EVITARE IN CASO DI FAVISMO</b>
<b>Daptomicina</b> (Cubicin) Lipopeptide → Membrana cellulare batterica → si lega (in presenza di ioni di calcio) alle membrane batteriche → depolarizzazione e rapida inibizione della sintesi delle proteine, del DNA e dell'RNA. → morte cellulare dei batteri con lisi cellulare trascurabile	- Concentrazione dipendente - Frazione libera 8% - Emivita 8-9 ore	78%	Flacone da 350 mg Flacone da 500 mg	8-12 mg/kg/die (unica sommi- nistrazione)	8-12 mg/kg/die (unica sommi- nistrazione) con monitoraggio funzionalità renale	8-12 mg/Kg/die ogni 48 ore (con monitoraggio funzionalità renale)	Monitoraggio funzionalità renale e ridurre la dose a 4 mg/Kg ogni 48 ore	- Eliminazione prevalente renale - Evitare associazione con statine - Controllare CPK
<b>Doxiciclina</b> (Bassado) → sintesi proteica → 30S → inibisce la sintesi proteica legandosi alla subunità 30 S	- Tempo dipendente - Frazione libera 10-20% - Emivita 15-20 ore il legame con le proteine varia tra l'82% ed il 93%	35-45%	Cps 100 mg	100-200mg ogni 24 ore				- Eliminazione fecale - L'assorbimento orale delle tetracicline è ridotto da: preparati antiacido contenenti alluminio, calcio e magnesio, alimenti a base di latte o latticini - Doxiciclina può aumentare l'azione di warfarin e aumentare il pericolo di sanguinamento. In questo caso, può essere necessario ridurre la dose di warfarin - L'associazione con penicilline riduce l'efficacia di entrambi i medicinali contro le infezioni.
<b>Ertapenem</b> (Invanz) (carbapenemico) → parete cellulare (cell wall) inibisce la sintesi del peptidoglicano della parete batterica a seguito dell'adesione alle proteine leganti la penicillina (PBP)	- Legame farmaco proteico 95%	80%	Flacone 1 g	1 g/24 ore	Nessuna variazione	Utilizzare con molta cautela	Utilizzare con molta cautela	- Non necessario aggiustamento dosi nell'insufficienza epatica lieve o moderata

Farmaco	PK/PD Frazione libera Emivita	Eliminazione renale % con funzione normale	Confezione	Posologia Tempi	Insufficienza renale			Note
					eGFR >50	eGFR <50	eGFR <10	
<b>Etambutolo</b> (Etapiam, Miambutol)	- Emivita 4-5 ore - Legame farmaco proteico 20-30%		Cps 400 mg Fiale 500 mg/3 ml	15-25 mg/Kg ogni 24 ore	15-25 mg/Kg ogni 24 ore	15-25 mg/Kg ogni 36 ore	15-25 mg/Kg ogni 48 ore	- Concentrazione liquorale circa 30%
<b>Fetcroja</b> (Cefiderocol) non attivo sui Gram + e anaerobi →diffusione passiva attraverso i canali delle porine cefiderocol è in grado di legarsi al ferro libero extracellulare →trasporto attivo nello spazio periplasmico dei batteri gram-negativi →si lega successivamente alle PBP inibendo la sintesi dei peptidoglicani della parete cellulare batterica	- Legame farmacoproteico 40-60% - Emivita 2-3 ore	Eliminazione renale 98,6%		2 g ogni 8 ore	2 g ogni 8 ore	1,5 g ogni 8 ore	1 g ogni 8 ore	→Attiva su aerobi Gram neg con opzioni terapeutiche limitate - Positività al test di Coombs - Valutare contenuto di sodio - Nessuna variazione nell'insufficienza epatica - Cefiderocol può produrre risultati falsi positivi nelle analisi delle urine con striscia reattiva (proteinuria, chetoni o sangue occulto). →Cefiderocol induce il CYP3A4 in vitro. Pertanto, si prevede che il metabolismo dei medicinali che sono substrati del CYP3A4 somministrati in concomitanza risulti aumentato e provochi una riduzione dell'esposizione sistemica di questi medicinali.
<b>Gentamicina</b> (Gentalin) → sintesi proteica → 30S inibisce la sintesi proteica formando un legame con le proteine delle subunità 30S dei ribosomi batterici, che causa un "misreading" dell'mRNA	- Concentrazione dipendente - Frazione libera >95% - Emivita 1,5-4 ore	95%	Fiale da 80 mg	3-5 mg/Kg ogni 24 ore (in 100 ml)  Nelle VAP 7 mg/Kg ogni 24 ore (in 100 ml)	Ogni 36 ore	Ogni 48 ore	Ogni 96 ore	- Nefrotossica e ototossica - Non associare ad altri farmaci nefrotossici - La tossicità peggiora con l'iperbilirubinemia - L'associazione con penicillina può comportare livelli sub terapeutici di aminoglicoside
<b>Imipenem cilastatina</b> (Imipen, Tenacid) → parete cellulare (cell wall) → agente antibatterico beta-lattamico della classe dei carbapenemi. →La cilastatina sodica è un inibitore specifico, competitivo e reversibile della deidropeptidasi-I, l'enzima renale che metabolizza e inattiva imipenem. La cilastatina sodica non esercita alcuna attività antibatterica.	- Tempo dipendente - Frazione libera 79-87/56% - Emivita 1,5 ore	20-70/60%	500 mg	500 mg ogni 6 ore	500 mg ogni 8 ore	500 mg ogni 12 ore	250 mg ogni 12 ore	- Eliminazione prevalente renale - Evitare associazione con Ganciclovir (>crisi convulsive) - Segnalati aumenti delle transaminasi, bilirubina e/o della fosfatasi alcalina sierica - Possibile potenziamento degli anti coagulanti orali
<b>Infectofos</b> (Fosfomicina disodica) →parete cellulare →battericida sui patogeni in proliferazione in quanto previene la sintesi enzimatica della parete cellulare batterica, è trasportata attivamente all'interno della cellula batterica tramite due diversi sistemi di trasporto (il sistema sn-glicerolo-3-fosfato e il sistema esosom-6).	- Emivita 2 h	L'80-90% della quantità di fosfomicina somministrata agli adulti sani è eliminato per via renale entro 10 ore	Flacone 2 g	16-24 g die 4 g ogni 6 ore	4 g ogni 6 ore	Da 70% al 40% della dose giornaliera raccomandata suddivisa in 2-3 dosi	20% della dose giornaliera raccomandata suddivisa in 1-2 dosi	- Ogni grammo contiene 14,5 mEq di sodio - La fosfomicina non è metabolizzata e quindi viene eliminata come sostanza biologicamente attiva - Se insufficienza renale modificare con maggiore intervallo fra le dosi - Non sono disponibili dati clinici per la somministrazione endovenosa di fosfomicina in pazienti sottoposti a CVVHF - Concentrazioni elevate si raggiungono negli occhi, nelle ossa, nelle secrezioni delle ferite, nella muscolatura, nella cute, nel sottocutaneo, nei polmoni e nella bile.

Farmaco	PK/PD Frazione libera Emivita	Eliminazione renale % con funzione normale	Confezione	Posologia Tempi	Insufficienza renale			Note
					eGFR >50	eGFR <50	eGFR <10	
<b>Isoniazide</b> (Nicozid, Nicizina) → antimicotico verosimilmente inibisce la sintesi degli acidi micolici costituenti importanti della parete del micobatterio			Comprese 200 mg Fiale 500 mg	5 mg/Kg die in 1-2 sommi- nistrazioni	Dose normale	Dose normale	66-75% della dose normale	- Usare con cautela nella moderata insufficienza epatica; - Evitare nell'epatite acuta e nella storia di gravi danni da isoniazide - Possibile neurite periferica <b>Associare vit. B6</b> <b>EVITARE IN CASO DI FAVISMO</b>
<b>Levofloxacina</b> Flacone e compresse → sintesi DNA → inibisce la sintesi degli acidi nucleici tramite l'inibizione della DNA girasi +/- Topoisomerasi IV → <i>prima di utilizzarlo</i> <i>controllare la nota AIFA</i> <i>dell'8 giugno 2023</i>	- Concentrazione dipendente - Frazione libera 60-75% - Emivita 6-8 ore	67-87%	500 mg	Ogni 12-24 ore	Dose normale	500 mg ogni 24 ore	500 mg ogni 48 ore	- Eliminazione prevalente renale - Non usare <18 anni - Non usare in pazienti epilettici - Potenzia l'effetto degli anticoagulanti orali - Possibile allungamento del Q-T - Segnalate reazioni psicotiche - Non ingerire le compresse insieme con latte e derivati o con sali di Mg, Al, Fe <b>EVITARE IN CASO DI FAVISMO</b>
<b>Linezolid</b> (Zyvoxid) (Oxazolidinone) → sintesi proteica → si lega a un sito del ribosoma batterico (23S della subunità 50S) e previene la formazione di un complesso d'inizio funzionale 70S	- Tempo dipendente - Frazione libera 70% - Emivita 4,8-5,4 ore	30%	Sacche e.v. e compresse 600 mg	600 mg ogni 12 ore	Dose normale	Dose normale	Dose normale	- Eliminazione prevalentemente biliare - <b>Max 4 settimane di terapia</b> - Possibile mielotossicità - Pancitopenia - Possibile neurite ottica
<b>Meropenem</b> (Merrem) (Carbapenemico) → parete cellulare → inibisce la sintesi della parete cellulare nei batteri Gram-positivi e Gram- negativi attraverso il legame con le proteine leganti le penicilline (PBPs)	- Tempo dipendente - Frazione libera 98% - Emivita 1 ora - Legame farmaco proteico 2,6%	65%	1 gr ogni 8 ore oppure 500 mg ogni 6 ore	500 mg ogni 8 ore	500 mg ogni 12 ore	500 mg ogni 12 ore	250 mg ogni 12 ore	- Eliminazione prevalente renale - Segnalate rare convulsioni - Segnalati aumenti delle transaminasi, della bilirubina, della fosfatasi alcalina, della LDH - Possibile potenziamento degli anti coagulanti orali - <i>Preferibile infusione continua</i>
<b>Metronidazolo</b> (Deflamon) → acido nucleico → inibizione della sintesi dell'acido nucleico e la rottura del filamento del DNA interrompendo la produzione del materiale genetico dei batteri	- Concentrazione dipendente - Frazione libera 80% - Legame farmaco proteico 20% - Emivita 6-14 ore	60-80%	500 mg	500 mg ogni 6-8 ore	Dose normale	Dose normale	Dose normale	- Inibisce l'enzima citocromiale CYP3A4 - Il metronidazolo potenzia l'attività del warfarin e di altri anticoagulanti orali cumarinici (ad es. acenocumarolo, dicumarolo, fenprocumone) con il risultato di un prolungamento del tempo di protrombina - Rari casi di crisi epilettiche - Rari casi di disuria - Possibile colorazione marrone delle urine - Evitare associazione con alcol - Ridurre il dosaggio nella grave insufficienza epatica
<b>Piperacillina/ Tazobactam</b> (Tazocin) → parete cellulare (cell wall) → azione battericida mediante inibizione della sintesi sia del setto che della parete cellulare. → Il tazobactam, un beta- lattamico strutturalmente correlato alle penicilline, è un inibitore di molte beta- lattamasi, che causano comunemente resistenza alle penicilline e alle cefalosporine, ma non inibisce gli enzimi AmpC o le metallo beta-lattamasi.	- Tempo dipendente - Frazione libera 70-78/71-84% - Emivita 0,7-1,2 ore	75-90/65%	4,5 g e.v 2,25 g. e.v	2,25-4,5 g ogni 6-8 ore	Dose normale	2,25 g ogni 6 ore	2,25 g ogni 8 ore	- Eliminazione prevalente renale - <i>Possibile e più efficace infusione continua</i>

Farmaco	PK/PD Frazione libera Emivita	Eliminazione renale % con funzione normale	Confezione	Posologia Tempi	Insufficienza renale			Note
					eGFR >50	eGFR <50	eGFR <10	
<b>Rifampicina</b> (Rifadin) → sintesi RNA → inibisce l'attività della RNA-polimerasi DNA-dipendente nelle cellule sensibili. Più specificatamente interagisce con la RNA-polimerasi batterica ma non inibisce l'enzima nei mammiferi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concentrazione dipendente</li> <li>- Frazione libera 10-40 %</li> <li>- Emivita 2-5 ore</li> </ul>	6-15%	600 mg fiale 300 mg compresse	600-900 mg ogni 24 ore (in unica somministrazione)	Dose normale	Dose normale	Dose normale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitare associazione con cefazolina (problemi di coagulazione anche gravi)</li> <li>- Interazioni con enzimi del citocromo P-450</li> </ul> Rifadin è un potente induttore di alcuni enzimi del citocromo P-450. La contemporanea somministrazione di Rifadin con altri farmaci anch'essi metabolizzati attraverso questi enzimi del citocromo P-450 può aumentare l'eliminazione e ridurre l'attività di questi altri farmaci. Può essere necessario un aggiustamento del dosaggio dei farmaci metabolizzati da questi enzimi. Esempi di farmaci metabolizzati dagli enzimi del citocromo P-450 sono: anticonvulsivanti, antiaritmici, antiestrogeni (ad es. tamoxifene), aloperidolo, anticoagulanti orali (warfarin), antidepressivi triciclici, antimicotici (azoli), anti retrovirali (zidovudina, saquinavir/ritonavir, indinavir, efavirenz), farmaci anti HCV (simeprevir, sofosbuvir, telaprevir), barbiturici, beta-bloccanti, benzodiazepine, calcio antagonisti, claritromicina, corticosteroidi, contraccettivi orali, doxiciclina, estrogeni, fluorochinoloni, immunosoppressori (ciclosporina, tacrolimus), ipoglicemizzanti orali (ad es. sulfoniluree), metadone, progestinici, chinina, statine metabolizzate dal CYP 3A4, teofilina.
<b>Teicoplanina</b> (Targosid) Glicopeptide → parete cellulare → inibisce la biosintesi della parete cellulare in un sito diverso da quello bersaglio dei beta-lattamici → La sintesi dei peptidoglicani è bloccata dal legame specifico con i residui D-alanil-D-alanina.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo dipendente</li> <li>- Frazione libera 10-40%</li> <li>- Emivita 90-150 ore</li> </ul>	40-60%	Fiale 400 mg Fiale 200 mg	Dose di carico 8-12 mg/kg ogni 8 ore per 3 dosi segue 8-12 mg/Kg ogni 24 ore	Dose normale	8-12 mg/Kg ogni 48 ore	8-12 mg/Kg ogni 72 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminazione prevalente renale</li> <li>- <i>Importanza della dose di carico</i></li> </ul>
<b>Telizolid</b> (Sivextro) (Oxazolidinone) → Sintesi proteica → 50S → L'attività antibatterica di telizolid è mediata dal legame con la subunità 50S del ribosoma batterico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legame farmaco proteico 8%</li> <li>- Quota libera 90%</li> </ul>		Compresse 200 mg	200 mg/die per 6 giorni	Dose normale	Dose normale	Dose normale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminazione epatica 80%</li> <li>- Non sono necessari aggiustamenti posologici nella possibile neutropenia e piastrinopenia compromissione epatica e renale</li> <li>- Indicazione terapeutica: infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI)</li> <li>- Attiva contro i Gram positivi</li> <li>- Possibile neutropenia</li> </ul>
<b>Telavancina</b> Vibativ Glicopeptide → parete cellulare (cell wall) → inibisce la biosintesi della parete cellulare mediante il legame ai precursori di stadio avanzato del peptidoglicano, compreso il lipide II, prevenendo la polimerizzazione dei precursori del peptidoglicano → Si lega inoltre alle membrane batteriche provocando l'aumento della permeabilità della membrana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concentrazione dipendente</li> <li>- Legame farmaco proteico 90%</li> </ul>	Eliminazione prevalentemente renale	Polvere per infusione 250 mg e 750 mg	10 mg/Kg/24 ore	10 mg/Kg/24 ore	7,5-10 mg/Kg ogni 48 ore	7,5 mg/Kg ogni 48 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nessuna variazione posologica in paziente con insufficienza epatica lieve o moderata (Child Pug A e B)</li> <li>- Trattamento polmonite nosocomiale da MRSA</li> </ul>

Farmaco	PK/PD Frazione libera Emivita	Eliminazione renale % con funzione normale	Confezione	Posologia Tempi	Insufficienza renale			Note
					eGFR >50	eGFR <50	eGFR <10	
<b>Tenkasi</b> (oritavancina) L'oritavancina ha tre meccanismi d'azione: (i) inibizione dello stadio di transglicosilazione (polimerizzazione) della biosintesi della parete cellulare mediante il legame con la componente peptidica (peptide stem) dei precursori del peptidoglicano; (ii) inibizione dello stadio di transpeptidazione (crosslinking) della biosintesi della parete cellulare (iii) interruzione dell'integrità della membrana batterica → rapida morte cellulare.	- Legame farmaco proteico 85%	Emivita di eliminazione renale media terminale 245 ore	Polvere per infusione da 400 mg	Singola dose di 1200 mg mediante infusione endovenosa della durata di 3 ore	Nessuna variazione	Non valutata		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non viene rimossa dal sangue mediante emodialisi</li> <li>- Non sono richieste limitazioni per insufficienza epatica lieve o moderata (Child Pug A e B)</li> <li>- L'uso endovenoso di eparina sodica è controindicato per 5 giorni dopo la somministrazione di oritavancina</li> <li>- L'uso di oritavancina in concomitanza con l'impiego del Warfarin prolunga il tempo di protrombina fino a un massimo di 12 ore</li> <li>→ Trattamento delle infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti</li> <li>- È attiva solo sui Gram positivi</li> </ul>
<b>Tigeciclina</b> (Tygacil) glicilciclina → Sintesi proteica → 30S → inibisce la traslazione delle proteine nei batteri legandosi alla subunità ribosomiale 30S e bloccando l'entrata delle molecole dell'amino-acil tRNA nel sito A del ribosoma.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo dipendente</li> <li>- Frazione libera 10-30%</li> <li>- Emivita 27-43 ore</li> </ul>	22%	Flaconi da 50 mg	Dose di carico (prima somministrazione) 100 mg segue 50 mg ogni 12 ore	Dose normale	Dose normale	Dose normale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminazione prevalente biliare</li> <li>- Potenzia l'effetto degli anticoagulanti orali</li> <li>- Sono stati riportati rari casi di pancreatite acuta</li> <li>- Sono stati riportati casi di danno epatico con predominante carattere colestatico</li> <li>- Nell'insufficienza epatica la posologia è di 50 mg/die mantenendo invariata la dose di carico</li> </ul>
<b>Tobramicina</b> → Sintesi proteica → 30S → inibisce la sintesi proteica formando un legame con le proteine delle subunità 30S dei ribosomi batterici, che causa un "misreading" dell'mRNA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concentrazione dipendente</li> <li>- Frazione libera &gt;90%</li> <li>- Emivita 1,5-4 ore</li> </ul>	95%	Fiale da 150 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3-5 mg/kg ogni 24 ore (in 100 ml)</li> <li>- Nelle VAP 7 mg/Kg ogni 24 ore (in 100 ml)</li> </ul>	Ogni 36 ore	Ogni 48 ore	Ogni 96 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nefrotossica e ototossica</li> <li>- Non associare ad altri farmaci nefrotossici</li> <li>- La tossicità peggiora con l'iperbilirubinemia</li> <li>- L'associazione con penicillina può comportare livelli sub terapeutici di aminoglicoside</li> </ul>
<b>Vancomicina</b> iniettabile (Glicopeptide) → parete cellulare → inibisce la sintesi dei componenti della parete batterica. → altera la permeabilità della membrana cellulare batterica e la sintesi del RNA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo dipendente</li> <li>- Legame farmaco proteico 10-30%</li> <li>- Frazione libera 50-90%</li> <li>- Emivita 6 ore</li> </ul>	90-100%	500 mg	500 mg ogni 6 ore Oppure 2 gr per infusione continua <b>Opportuna dose di carico 1 g</b>	500 mg ogni 12 ore	500 mg ogni 24 ore	500 mg ogni 72 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminazione prevalente renale</li> <li>- Nefrotossica, ototossica</li> <li>- Non associare ad altri farmaci nefrotossici</li> <li>- Può provocare l'effetto di blocco neuromuscolare dei miorellassanti</li> <li>- Transita la barriera emato liquorale al 20%</li> <li>(Attenzione alla <i>Sindrome dell'uomo rosso (red nec syndrome)</i> è una reazione da ipersensibilità scatenata dall'infusione troppo rapida o prolungata di vancomicina nei soggetti predisposti)</li> </ul>
<b>Vancomina</b> orale In compresse Levovanox 250 mg		0%	Fiale 500 mg Cps 250 mg	125-250 mg ogni 6 ore	Dose normale	Dose normale	Dose normale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trattamento del Clostridium difficile</li> </ul>

Farmaco	PK/PD Frazione libera Emivita	Eliminazione renale % con funzione normale	Confezione	Posologia Tempi	Insufficienza renale			Note
					eGFR >50	eGFR <50	eGFR <10	
<b>Vaborem</b> (Meropenem + Vaborbactam) → parete cellulare (cell wall) → Meropenem inibisce la sintesi della parete cellulare del peptidoglicano attraverso il legame con le proteine leganti le penicilline (PBP) → Vaborbactam è un inibitore non-beta-lattamico delle beta-lattamasi a serina di classe A e C, inclusa la Klebsiella pneumoniae carbapenemasi (KPC). → È stabile all'idrolisi mediata da beta-lattamasi. → Vaborbactam non inibisce gli enzimi di classe B (metallo-β-lattamasi) né le carbapenemasi di classe D. → Vaborbactam non presenta attività antibatterica.	- Legame farmaco proteico di Meropenem 2% - Legame farmaco proteico di Vaborbactam 33%		Ogni flacone contiene 1 g di Meropenem e 1 g di Vaborbactam	2 g /2 g ogni 8 ore	Dose normale	1 g/1g ogni 8 ore	0,5 g/0,5 ogni 12 ore	- Non sono necessari aggiustamenti posologici della dose in pazienti con insufficienza epatica - con il Meropenem il test di Coombs diretto e indiretto può risultare positivo - Vaborbactam potenziale induttore di CYP 3,4 e pertanto induce ↓ Alprazolam, midazolam, tacrolimus, ciclosporina, simvastatina, omeprazolo, nifedipina, etinilestradiolo - Possibile ↑ di Warfarin
<b>Zerbaxa</b> (Ceftalozane + Tazobactam) → parete cellulare (cell wall) → Ceftalozano inibisce la sintesi del peptidoglicano legandosi a PBP. → Tazobactam è un beta-lattamico inibitore di molte beta-lattamasi di classe molecolare A, compresi gli enzimi CTX-M, SHV e TEM. V	- Legame farmaco proteico 20% - Emivita 2,3 h (Tazobactam 1 h)	93%	Flacone 1 g + 0,5 di Tazobactam	1,5 g + 0,5 g ogni 8 ore	1,5 g + 0,5 g ogni 8 ore	500 mg + 250 mg ogni 8 ore	250 mg + 125 mg ogni 8 ore	- Straordinaria penetrazione polmonare del Ceftalozano
<b>Xidalba</b> (Dalbavancina) Lipoglicopeptide → parete batterica → meccanismo di azione sui batteri Gram-positivi sensibili consiste nell'interruzione della sintesi della parete cellulare, attraverso il legame al terminale D-alanil-D-alanina dell'estremità peptidica nel peptidoglicano della parete cellulare	- Legame farmaco proteico 93% - Emivita 32-356 ore	35% eliminato immodificate nelle urine		1000 mg poi 500 mg dopo 7 gg. oppure dose unica di 1500 mg Infusione endovena		Se e GFR < 30 750 mg		



Farmaco	PK/PD Frazione libera Emivita	Eliminazione renale % con funzione normale	Confezione	Posologia Tempi	Insufficienza renale			Note
					eGFR >50	eGFR <50	eGFR <10	
<b>ANTIVIRALI</b>								
<b>Aciclovir</b> Iniettabile (Zovirax) → Meccanismo di azione: Entrato nella cellula infettata dall'Herpes, l'aciclovir viene trasformato, tramite la timidino-chinasi codificata dal virus, nel composto attivo: aciclovir trifosfato. L'aciclovir trifosfato agisce sia come substrato che come inibitore della DNA- polimerasi virale bloccando il proseguimento della sintesi del DNA-virale	- Frazione libera 70-85% - Emivita 2-4 ore	60-80%	Flaconi 250 mg Flaconi 500 mg	200-800 mg x 5	Dose normale	½ dose	Evitare la somministra- zione	- Eliminazione prevalentemente renale - Iniettare lentamente
<b>Aciclovir</b> (Zovirax) Orale Vedi sopra	- Frazione libera 70-85% - Emivita 2-4 ore	60-80%	Capsule 800 mg	800 mg x 5	Dose normale	½ dose	Evitare la somministra- zione	- Eliminazione prevalentemente renale - Iniettare lentamente
<b>Ganciclovir</b> (Cymevene) Ganciclovir è un analogo sintetico della 2'- deossiguanosina che inibisce la replicazione degli herpes-virus	- Frazione libera 98% - Emivita 1,7-5,8 ore	80-95%	Flaconi 500 mg	Induzione: 5mg/Kg ogni 12 ore per 21 giorni Mantenimento: 5 mg/Kg ogni 24 ore		Induzione: 2,5mg/Kg ogni 12 ore per 21 giorni Mantenimento: 2,5 mg/Kg ogni 24 ore	Induzione: 1,25mg/Kg 3 volte la settimana per 21 giorni Mantenimento: 0,625 mg/Kg 3 volte la settimana	- Riportate convulsioni in pazienti che assumevano contemporaneamente Ganciclovir e Imipenem - cilastatina
<b>Paxlovid</b> (Nirmatrelvir + Ritonavir) → <i>Nirmatrelvir</i> → inibitore peptidomimetico della proteasi principale (Mpro) di SARS-CoV-2, nota anche come proteasi 3C- simile (3CLpro) o proteasi nsp5. → L'inibizione della Mpro di SARS-CoV-2 rende la proteina incapace di elaborare i precursori poliproteici e ciò determina la prevenzione della replicazione virale. → <i>Ritonavir</i> inibisce il metabolismo di nirmatrelvir mediato dal CYP3A, → aumento delle concentrazioni plasmatiche di nirmatrelvir.			Ogni compressa contiene 150 mg di Nirmatrelvir (compressa rosa) e 100 mg di Ritonavir (compressa bianca)	2 cps di Nirmatrelvir (cps rosa) + 1 cps di Ritonavir (compressa bianca) due volte al giorno, ogni 12 ore, per 5 giorni (La terapia va iniziata entro 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi)	Se eGFR >60 dose normale	1 cps di Nirmatrelvir + 100 mg di Ritonavir	NON Utilizzare il farmaco	- Il Paxlovid è un inibitore del CYP3A da cui dipendono svariati gruppi di farmaci, Pertanto, prima di prescriberlo controllare le eventuali interferenze farmacologiche con le terapie utilizzate dal paziente tramite la scheda tecnica (in rete) e in caso di dubbio consultare l'infettivologo.

Farmaco	PK/PD Frazione libera Emivita	Eliminazione renale % con funzione normale	Confezione	Posologia Tempi	Insufficienza renale			Note
					eGFR >50	eGFR <50	eGFR <10	
<b>ANTIFUNGINI</b>								
<b>Ambisome</b> (Amfotericina B liposomiale) Prodotto dallo <i>Streptococcus nodosus</i> → agisce legandosi agli steroli della membrana cellulare fungina provocando una variazione nella permeabilità della membrana, che permette la fuoriuscita di una varietà di piccole molecole.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emivita 7 ore</li> <li>- Legame farmaco proteico 10%</li> </ul>		Flacone polvere 50 mg	5 mg/Kg/die Infusione in 2 ore	1-3 mg/Kg/die	1-3 mg/Kg/die	1-3 mg/Kg/die	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effetti collaterali: nefrotossicità</li> <li>- Rush cutanei IpoKaliemia (monitorare i livelli di potassio)</li> <li>- Per neutropenia febbrile 3 mg/KG/die</li> <li>- Attenzione alle associazioni con aminoglicosidi e ciclosporina</li> </ul>
<b>Anidulafungina</b> (Ecalta) Echinocandina semisintetica Lipopeptide sintetizzato da un prodotto di fermentazione di <i>Aspergillus nidulans</i> - Inibisce selettivamente la Beta (1,3)-D-glucano-sintetasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legame farmaco proteico 80%</li> <li>- Emivita 2,5 ore</li> </ul>	<1%	Flaconi 100 mg	Dose di carico 200 mg ogni 24 ore <i>segue</i> 100 mg ogni 24 ore	Dose normale	Dose normale	Dose normale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminazione biliare</li> <li>- Non dializzabile</li> <li>- Non interferisce sul Citocromo P 450</li> <li>- Non metabolizzato a livello epatico</li> <li>- <i>Nessuna riduzione di dosaggio nell'insufficienza epatica grave</i></li> </ul>
<b>Caspofungina</b> (Cancidas) → La caspofungina è un antimicotico appartenente al gruppo delle echinocandine agisce interferendo con la produzione di un componente della parete cellulare fungina chiamato glucano polisaccaride, necessario per la sopravvivenza e la crescita del fungo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legame farmaco proteico 97%</li> <li>- Frazione libera 3%</li> <li>- Emivita 9-11 ore</li> </ul>	1%	Fiale da 50 mg	Dose di carico 70 mg <i>segue</i> 50 mg ogni 24	Dose normale	Dose normale	Dose normale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessaria dose di carico</li> <li>- Eliminazione biliare</li> <li>- Possibile incremento delle transaminasi</li> <li>Interazione con:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- carbamazepina</li> <li>- fentoina</li> <li>- desametasone</li> <li>- rifampicina</li> </ul> </li> <li>↓ dosaggio nell'insufficienza epatica moderata; mancano dati nell'insufficienza epatica grave</li> </ul>
<b>Fluconazolo</b> (Diflucan) → antimicotico triazolico. → l'inibizione della demetilazione del 14 alfa-lanosterolo mediata dal citocromo P-450 fungino, una fase essenziale per la biosintesi dell'ergosterolo fungino. → conseguente perdita dell'ergosterolo nella membrana cellulare fungina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo dipendente</li> <li>- Frazione libera 88%</li> <li>- Emivita 20-40 ore</li> </ul>	70%	200 mg/100 ml 400 mg/100 ml					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminazione renale</li> <li>- Ridotta efficacia se associata a Rifampicina, desametasone e carbamazepina</li> <li>- Potenzia l'effetto degli anticoagulanti orali e degli ipoglicemizzanti orali</li> </ul>
<b>Itraconazolo orale</b> (Sporanox) → inibisce la sintesi di ergosterolo nella parete cellulare fungina..	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo dipendente</li> <li>- Frazione libera &lt;1%</li> <li>- Emivita 16-25 ore (<i>L'emivita si raddoppia nell'insufficienza epatica</i>)</li> </ul>	<1%	Cps 100 mg	100/200 mg ogni 24 ore in base alla patologia (assumere dopo i pasti)	Dose normale	Dose normale	Dose normale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminazione epatica</li> <li>- Riduce l'effetto di carbamazepina e isoniazide</li> <li>- Potenzia l'effetto degli anticoagulanti orali e degli ipoglicemizzanti orali</li> <li>- Aumenta i livelli di Rifampicina se in associazione</li> <li>- Riduce l'assorbimento e aumenta il livello degli inibitori di pompa protonica se introdotto per os</li> <li>- Valutare posologie e tempi (lungi) sulla base della patologie</li> </ul>

Farmaco	PK/PD Frazione libera Emivita	Eliminazione renale % con funzione normale	Confezione	Posologia Tempi	Insufficienza renale			Note
					eGFR >50	eGFR <50	eGFR <10	
<b>Mycamine</b> (Micafungina) - Inibisce selettivamente la Beta (1,3)-D-glucono-sintetasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legame farmaco proteico &gt;99%</li> <li>- Emivita 10-17 ore</li> </ul>		Polvere per infusione da 100 mg	100 mg ogni 12 ore	Dose normale	Dose normale	Dose normale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nessuna riduzione di dosaggio nell'insufficienza epatica lieve o moderata; non sono disponibili dati per l'insufficienza epatica grave</li> <li>- possibile interferenza con Sirolimus, Nifedipina, Itraconazolo</li> </ul>
<b>Voriconazolo e.v.</b> (Vfend) → meccanismo d'azione principale è l'inibizione della demetilazione del 14 alfa-lanosterolo mediata dal citocromo P-450 fungino, una fase essenziale nella biosintesi dell'ergosterolo fungino. → conseguente perdita dell'ergosterolo nella membrana cellulare fungina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo dipendente</li> <li>- Frazione libera 40%</li> <li>- Emivita 12 ore</li> </ul>	<2%	Flacone 200 mg	Dose di carico 6 mg/Kg/ogni 12 ore per il primo giorno <i>segue</i> 4 mg/Kg ogni 12 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dose normale</li> <li>- Monitorare la funzionalità epatica e renale</li> </ul> ↓ ridurre dosaggio nelle forme di insufficienza epatica moderata: 6 mg/kg ogni 12 ore per 2 giorni; poi 2 mg/Kg ogni 12 ore nell'insufficienza epatica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 mg/Kg ogni 12 ore</li> <li>- Monitorare la funzionalità epatica e renale</li> </ul> ↓ ridurre dosaggio nelle forme di insufficienza epatica moderata: 6 mg/kg ogni 12 ore per 2 giorni; poi 2 mg/Kg ogni 12 ore nell'insufficienza epatica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 mg/Kg ogni 12 ore</li> <li>- Monitorare la funzionalità epatica e renale</li> </ul> ↓ ridurre dosaggio nelle forme di insufficienza epatica moderata: 6 mg/kg ogni 12 ore per 2 giorni; poi 2 mg/Kg ogni 12 ore nell'insufficienza epatica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminazione epatica</li> <li>- Riduce l'assorbimento e aumenta il livello degli inibitori di pompa protonica se introdotto per os</li> <li>- Aumenta l'efficacia degli anticoagulanti orali e degli ipoglicemizzanti orali</li> <li>→ il voriconazolo è più selettivo per gli enzimi del citocromo P-450 fungino che per i vari sistemi enzimatici del citocromo P-450 dei mammiferi.</li> </ul>

# I luoghi del primo insediamento

a cura di Francesco Lanzafame



Negli anni '70 fu costruito il primo Presidio in Catania, via del Bosco 105.



Catania prima della eruzione del 1669.

Barriera del Bosco: la Storia è passata anche da qui, e con essa i cambiamenti della flora locale.

Fino al tardo medioevo ci sono testimonianze di querceti e lecceti indispensabili ai romani per alimentare le terme e l'industria navale.

Nella legenda del «Prospetto meridionale dell'Etna prima dell'eruzione del 1669» in T. Tedeschi Paternò al n. 39 è riportata la denominazione «lucus jovis» («Bosco di Giove») che per i Romani includeva la vasta area boschiva che dalla periferia Nord dell'attuale Catania si estendeva fino alle pendici dell'Etna. Esisteva già allora una «traz-



zera» che attraverso il bosco collegava Catania ai villaggi pedemontani.

Nel 1644, i monaci benedettini costruirono sulla timpa della Leucatia il loro convalescenziario (oggi villa Papale) e un imponente acquedotto che attraversava quasi tutta

la città per garantire un adeguato apporto idrico al Cenobio Benedettino della Cipriana (Piazza Dante).



*Gouache di Jean Houel rappresentante parte del ponte acquedotto romano di Catania. 1787.*



*Acquedotto dei Benedettini (Timpa della Leucatia).*

Il 1° luglio del 1900 il Cardinale Francica Nava benedì la prima pietra dell'erigendo Santuario del Sacro Cuore alla Barriera in conformità all'invito del Sommo Pontefice Leone XIII ad erigere in ogni parrocchia una chiesa votiva in onore del Sacro Cuore nell'anno santo giubilare del 1900.

Attorno a questa chiesa si sviluppavano numerose condomini e ville singole dando luogo al quartiere di Barriera e con essi i viali alberati da platani e tigli.



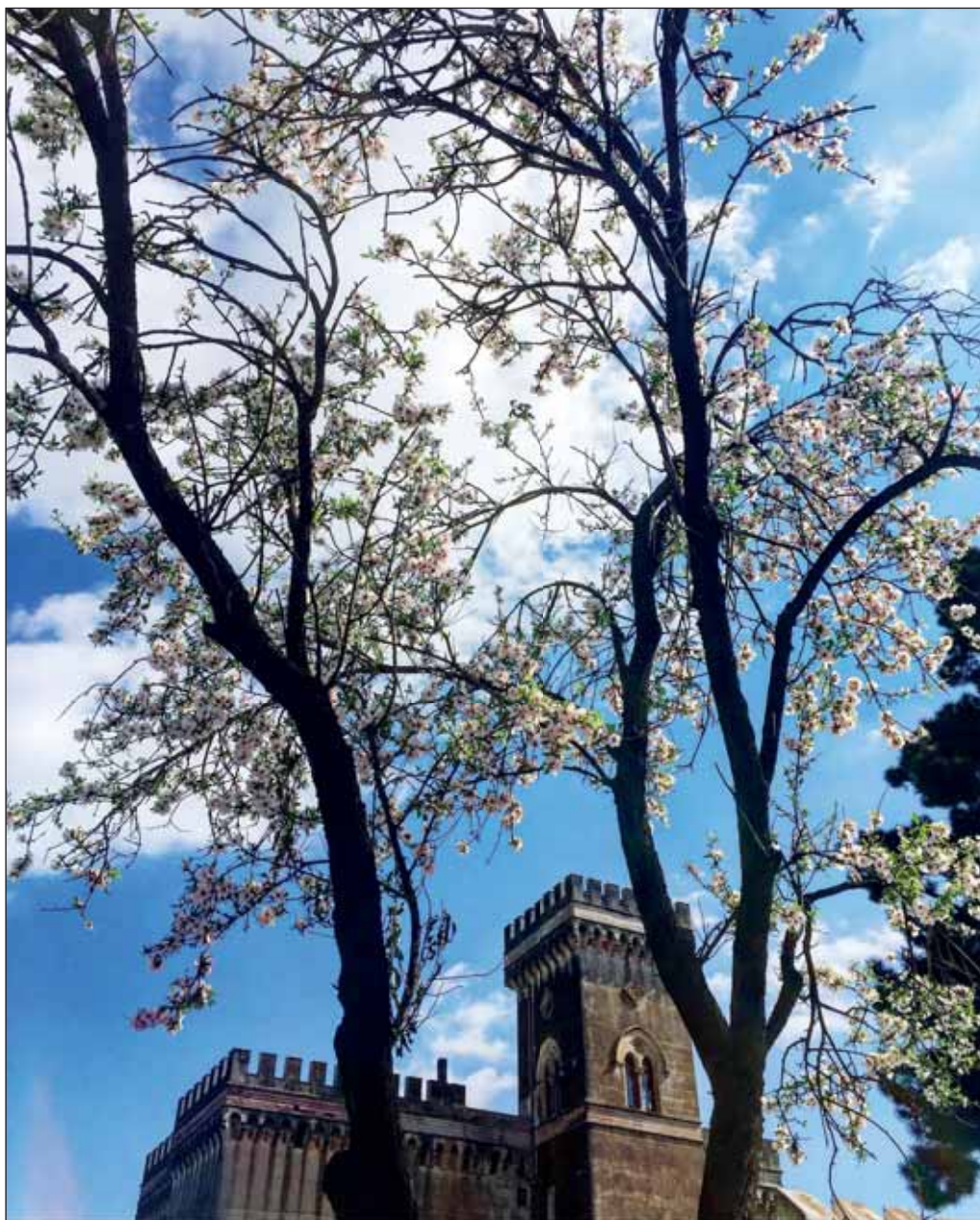
*Blocco Centro del Policlinico Morgagni.*



*Giardino della Presidenza del Policlinico Morgagni.*



*Giardino del Blocco Est del Policlinico Morgagni.*



*La Torre della Direzione Aziendale*









# Le strade attorno al Policlinico Morgagni tra arte e storia

a cura di Francesco Lanzafame

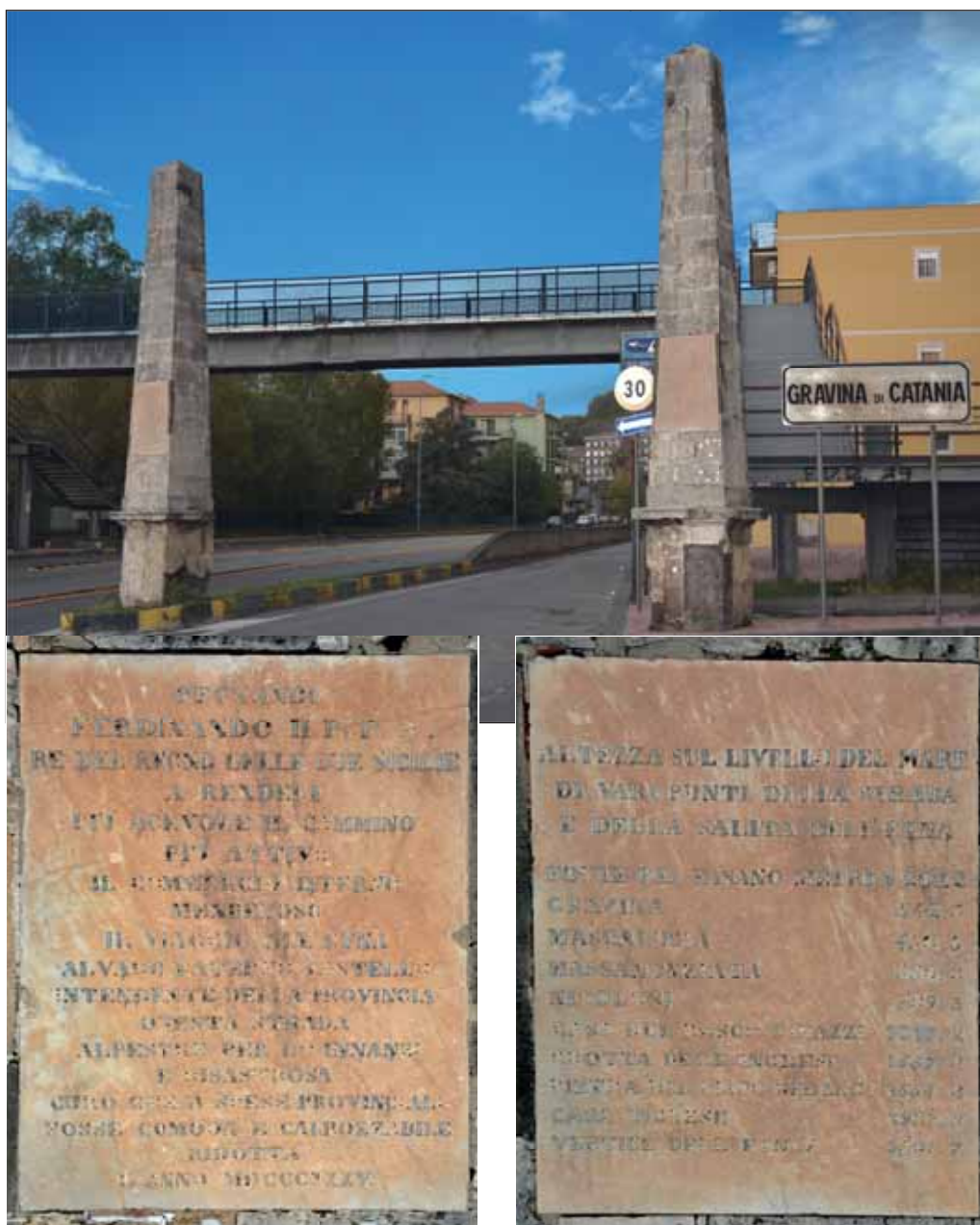
## VIA DEL BOSCO

Ufficialmente l'ingresso al Policlinico Morgagni è dal n° 105 di Via del Bosco. Attraverso la recinzione agli occhi dei passanti si offre lo spettacolo di un parco ricco di palme, araucarie, pini marittimi e dominato da un gigantesco ficus.

Il cancello d'ingresso rimane tuttavia costantemente chiuso.

Pochi conoscono la storia di questa strada che dalla sommità della Via Etna conduce ai due obelischi di Gravina

Riconoscibile già nelle mappe del 600 ebbe una profonda riqualificazione come via di transito verso l'Etna con i Borboni cui si devono la costruzione dei due obelischi e del lavatoio.







## Gli artisti siciliani per le strade di Barriera



La sagoma della Casa di Cura copre l'area di via del Bosco - Zacco - Attanasio.

## VIA ANTONIO ZACCO

Da sempre medici, infermieri, pazienti e loro familiari raggiungono il Blocco Centro del Policlinico Morgagni attraverso l'ingresso di Via Zacco.

Per molti di loro Zacco è solo la denominazione di una farmacia, pochi conoscono il ruolo di promoter dell'immagine della Sicilia nell'Europa del 700 che ebbe l'incisore Antonino Zacco a cui è intitolata la strada.

Antonio Zacco (Catania, 1747-1831) è stato un incisore e illustratore.

Per molti anni lavorò per la famiglia dei principi di Biscari, soprattutto al servizio di Ignazio Il Paternò Castello. Per lui realizzò "cliché" dei reperti archeologici che servirono per la realizzazione dell'opera *Viaggio per tutte le antichità della Sicilia*.



Fu proprio grazie a questo testo che illustri viaggiatori del calibro di Brydone nel 1771 e Goethe nel 1787 inclusero nel Grand Tour della Sicilia come tappa obbligata la visita al Museo di Palazzo Biscari, fortemente voluto da Ignazio Paternò Castello V principe di Biscari (Catania 1719-1786).

Il barone Dominique-Vivant Denon (1747-1825) coordinatore e rinnovatore del Museo di Louvre scrive nel 1778, a proposito della raccolta del principe scrisse: «Una collezione d'antichità che ha richiesto tre giorni per la visita e che avrebbe bisogno di un volume intero per essere descritta».

Incisioni di Antonio Zacco in: *Descrizione del Museo d'Antiquaria e del Gabinetto d'Istoria naturale del Signor Principe di Biscari di D. Sestini, Livorno 1787*.



← Ritratto del Principe di Biscari, sullo sfondo l'acquadotto di Ragona ad opera di Antonio Zacco.

Specializzatosi nell'incisione ad acquaforte collaborò nella composizione d'immagini e ritratti in libri di carattere scientifico con le migliori menti dell'epoca.

Particolare curioso fu tra i primi autori di biglietti da visita (per Giuseppe Gioeni, naturalista e vulcanologo).



Medaglia del 1757 commemorativa della costruzione del Museo.



Medaglia del 1758 commemorativa dell'Accademia degli Etnei.



Descrizione di una nuova famiglia e di un nuovo genere di testacei trovati nel litorale di Catania, con qualche osservazione sopra una specie di ostriche, per servire alla conchiologia generale, Napoli, s.n.t., 1783. Illustrazioni ad opera di Antonino Zacco.

## VIA NATALE ATTANASIO

Il periplo del Blocco Centro continua con Via Natale Attanasio, pittore (Catania 1845 - Roma 1923). Gli studi a Napoli, al principio degli anni Settanta, lo avvicinarono alla corrente verista morelliana, assorbendone sia alcuni espedienti di effetto – la resa di stoffe e panneggi con realismo palpabile, certi accostamenti un po' aspri di colore, la finitezza meticolosa e precisa dei volti, in contrasto con parti abbozzate delle figure e dello sfondo – sia la tendenza a nobilitare il vero con l'idea. Il quadro doveva comunicare pensieri moderni, affrontare aspetti della realtà sociale o celebrare valori ed eroi del passato.



Il mestiere dunque come strumento per un alto scopo umano, sentimentale e civile dell'arte, secondo le tendenze del Realismo.

Raggiunse la notorietà alla Esposizione Nazionale di Torino del 1884, con il quadro *Sunt lacrimae rerum*, titolo tratto dall'Eneide. Volle affrontare un tema di patologia, la follia femminile, che era al centro dell'attenzione della scienza positiva, eseguendo disegni dal vero nel manicomio di Roma. Due volte la settimana, per tutto un anno, Attanasio, che aveva allora 38 anni e si era stabilito nella capitale, si recava al manicomio femminile, studiava le espressioni e gli atteggiamenti delle ricoverate, annotandoli, di volta in volta, in uno schizzo a matita o a pastelli colorati.

In seguito proseguì nella pittura di soggetto sociale e di ispirazione storica (Bernardo Palissy, 1891, *Assemblea Regionale Siciliana*; *Tasso e il Cardinale d'Este*, Catania, Castello Ursino; *Le cucine economiche*, Banco di Sicilia), di un verismo più elegiaco che drammatico.



*"Sunt lacrimae" rerum* o *"La cappella del manicomio"*, olio su tela, 1884. Museo civico Castello Ursino, Catania. Diverse donne rinchiuso in un manicomio stanno pregando in posizione diverse, dietro di loro nell'ombra una suora le controlla.





*Tasso e il cardinale d'Este*



*"L'Etna", 1882, olio su tela (Catania, Chiesa di S. Agata al Borgo)*



*Il celebre vasaio Bernardo Palissy viene rappresentato intento ad eseguire esperimenti per un nuovo sistema di decorazione ceramica, il lavoro fu acquistato Re Umberto I per la galleria di Palermo.*



*"Cucine economiche", olio su tela, 1890-91*

Questo dipinto è invece dedicato alla sempre più diffusa usanza di organizzare la distribuzione dei pasti per i meno abbienti e più bisognosi, una piaga sociale che si era venuta ingigantendo con l'avanzare del secolo, a causa dell'improvvisa accelerazione industriale e del divario economico ai quali era andato incontro il neonato e ancora fragile Regno d'Italia.

In una grande e spoglia sala (si direbbe l'androne di un monastero seicentesco), siedono ordinatamente su una lunga panca un variegato gruppo di persone, tutte in paziente, silenziosa attesa. Un uomo anziano (forse un mendicante, con una bottiglia a fianco e il bastone tra le gambe), madri con bambini, giovani donne sole, ragazzi, anziane. Tutti attendono il proprio turno per ricevere del cibo dalla cucina, della quale si intravedono le scure sagome degli addetti e i lampi del focolare. Alcuni ragazzi, in piedi, stanno già ricevendo la razione quotidiana. Troneggia in primo piano la figura di una giovane vedova: l'abito scuro, le mani giunte, un'elegante acconciatura che si scorge appena da sotto il copricapo, tiene lo sguardo fisso e triste davanti a sé. Si intuisce che non voglia mescolarsi con la varia umanità alle sue spalle; è tormentata dal bisogno e dall'amara considerazione del suo stato e delle sue condizioni.





*"L'attesa" (o "I parenti dei carcerati"), olio su tela, 1898.*

Dedicarsi ad una produzione commerciale, il ritratto su commissione, i soggetti intimisti e di genere, non fu solo un ripiego, ma un'adesione ad una pittura più spontanea.



*"Il ciabattino", olio su tela.*



*"Pittorello nello studio", olio su tela*

Opere di interni con figure (*La lettura*), scene d'insieme (*Premiazione*), con preferenza per ragazze e soggetti popolari (*Caldarrostaio*, Catania, Castello Ursino), rese con minuzioso realismo, gli aprirono il vivace mercato dell'arte della capitale. Disponibile alle sollecitazioni della svolta idealista e decorativa, trattò temi simbolisti (*Naiadi*, già in collezione Fiano, di recente riapparso sul mercato) e fu attratto dalla pittura decorativa. Fu amico di noti scrittori siciliani, come De Roberto e Capuana, ritraendoli entrambi. Un cospicuo numero di sue opere, donato da una erede al Comune di Catania nel 1967, si conserva al Museo del Castello Ursino.



*Un soldatino di piombo.*



*Il bambino prodigio.*



*Ritratto di giovane signora.*



*All'interno dell'harem, Museo Nazionale delle Belle Arti, Rio de Janeiro*



*Donzella che dipinge*



*L'ammiratore.*



*"Le tentazioni di San Girolamo", Castello Ursino, Catania*



*Ritratto di Federico De Roberto.*

Brillanti anche i risultati raggiunti nell'arte dell'affresco.



*Il giudizio di Paride: il pomo della discordia, Palazzo Cirino, Nicosia, 1898*



*L'affresco della Madonna tra gli angeli nella chiesa del Santuario Madonna del Carmine (1898)*

## VIA ANTONINO FERRAROTTO

L'ingresso al parcheggio principale del Policlinico Morgagni avviene attraverso Via Ferrarotto, nobile patrizio catanese, presidente dell'ospedale civico Vittorio Emanuele e mecenate *ante litteram* della sanità catanese.







## VIA PIETRO DE LOGU

Pietro De Logu (Cagliari, 19 gennaio 1857 - Catania, 15 gennaio 1932) fu un giurista e accademico italiano. Conseguì la Laurea in Giurisprudenza nel 1877, fu prima professore a Bari nel 1879, professore straordinario di Diritto Romano all'Università di Catania dal 1881 e poi ordinario della stessa cattedra dal 1886 e contemporaneamente preside della Facoltà di Giurisprudenza.

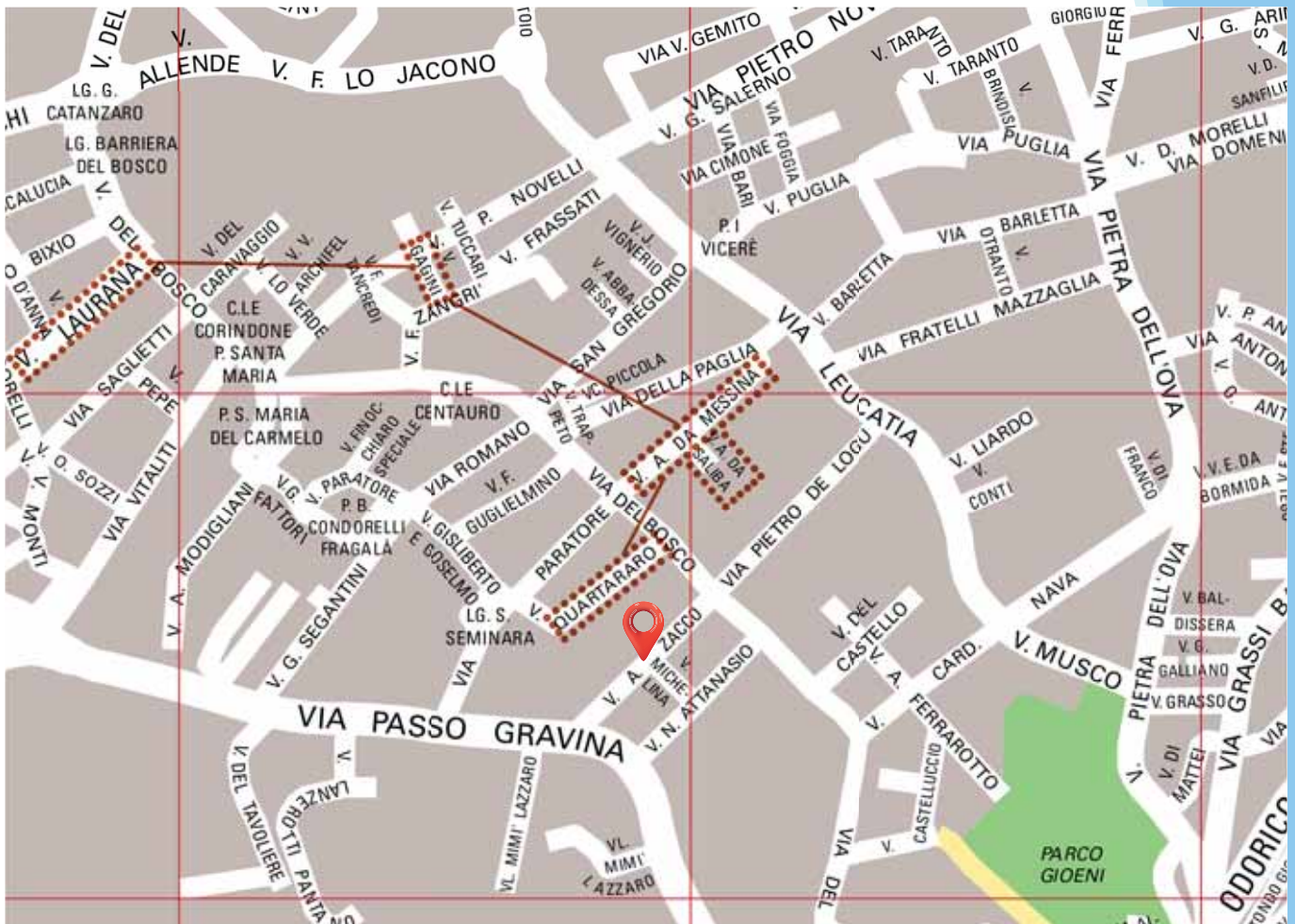
Professore di ruolo nel medesimo ateneo fino al 1915, fu anche Rettore dell'Università nel periodo 1900-1903 e successivamente nel periodo 1924-1927.

Tra le opere più famose va citato *"Il codice penale per l'esercito e per i tribunali militari"* pubblicato nel 1889.



Roberto Rimini, "Villa a Barriera", olio su tela, 1910.

**Artisti del 400:** Antonello da Messina, Antonello da Saliba, Riccardo Quartararo, Francesco Laurana e Antonello Gagini





VIA ANTONELLO DA MESSINA

Antonello da Messina, pittore (Messina 1430 ca-1479). È considerato il più grande pittore siciliano e uno dei maggiori artisti italiani del Quattrocento.



*San Gerolamo in penitenza, 1450 ca (Reggio Calabria, Museo della Magna Grecia).*



*Vergine Annunciata (Museo Civico di Como).*



*Vergine leggente (Venezia, Collezione Forti degli Adimari)*



*Vergine leggente (Baltimora, Walters Art Gallery)*



*San Gerolamo nello studio (London National Gallery).*



*Ritratto con la casacca rossa  
 (Torino, Museo Civico)*



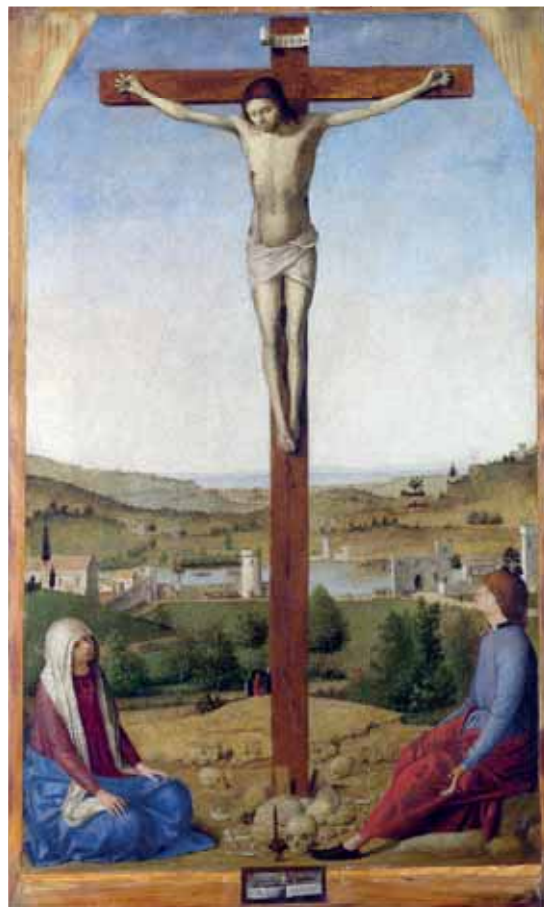
*Ritratto d'uomo (Museo  
 Fondazione Mandralisca di Cefalù)*



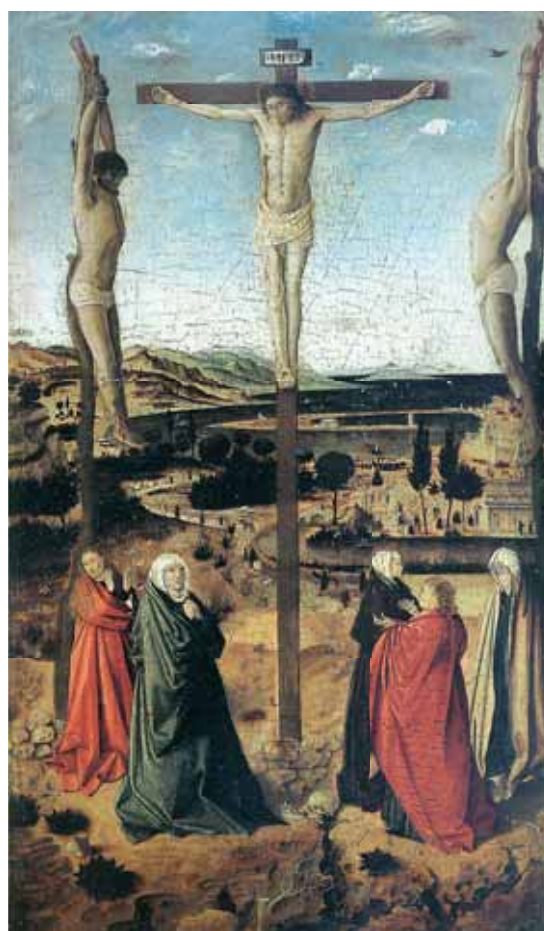
*Ritratto d'uomo  
 (National Gallery di Londra)*



*Crocifissione (Anversa)*



*Crocifissione (National Gallery di Londra)*



*Crocifissione (Muzel de Arte di Sibiu, Romania)*



*Cristo benedicente o Salvator Mundi  
(Londra, National Gallery)*



*Cristo  
(New York, Metropolitan Museum)*



*Ecce Homo  
(Piacenza, Collegio Alberoni)*



*Ritratto d'uomo  
(Berlino, Museo di Stato)*



*Polittico di San Gregorio (Messina, Museo Regionale)*



*Cristo benedicente o Salvator Mundi  
(Londra, National Gallery)*



*Cristo  
(New York, Metropolitan Museum)*



*Annunciazione di Palazzolo Acreide (Siracusa, Museo Regionale Bellomo)*



Alla fine del 1474 Antonello intraprende un viaggio a Venezia durante il quale ebbe un forte sodalizio con Giovanni Bellini, dipinse la *Pala di San Cassiano*, il magnifico *San Sebastiano* e due *Pietà*.



*"Pala di San Cassiano",  
Kunsthistorisches, Museum di Vienna*



*"San Sebastiano"*  
 Gemäldegalerie - Dresda



*"Cristo in Pietà sorretto da tre Angeli"*  
 Museo Correr di Venezia



*"Cristo in pietà e un angelo"*  
 Museo del Prado di Madrid



## VIA ANTONELLO DE SALIBA

Antonello de Saliba (1466 - 1535), figlio del cognato di Antonello da Messina e allievo del figlio Jacobello.



*"Madonna in trono col Bambino", Museo di Castell'Ursino a Catania*



*Madonna col Bambino tra santi (1504-05), conservato nella Chiesa Madre a Taormina*



*Polittico della Chiesa Madre di Monforte San Giorgio (1530)*



*"Madonna del gelsomino", Museo regionale di Messina*



*"Ritratto", Museo Pushkin, Mosca*



*"Annunciata",  
 Galleria dell'Accademia, Venezia*

VIA RICCARDO QUARTARARO

Riccardo Quartararo (Sciacca, 1443 - Palermo, 1506) operò in Sicilia e nell'Italia meridionale.



*"San Michele Arcangelo", collezione privata*



*Madonna in trono con il Bambino con i Santi Antonio Abate ed Agata, Castelbuono*



*Madonna e Bambino tra Santi, Museo diocesano di Fondi*



*"Dormitio Virginis" (1491), olio su tavola, Napoli, Museo di Capodimonte*

*Questa tavola ha la particolarità di essere stata commissionata da Ferdinando II, che la donò alla chiesa dello Spirito Santo di Torre Annunziata, dove poteva essere ammirata fino a pochi anni fa.*





*"Madonna e Bambino con santa Rosalia", olio su tavola, 1506 circa, Palermo, Galleria Regionale di Palazzo Abatellis*



*"Santi Pietro e Paolo", 1494, San Pietro la Bagnara*

## VIA FRANCESCO LAURANA

Francesco Laurana, scultore (Lo Vrana 1430 ca - Avignone 1502 ca).  
Nativo della Dalmazia, fu fra i protagonisti nel campo della scultura in Sicilia del secondo Quattrocento, cui si deve una delle più alte e mature formulazioni del linguaggio rinascimentale italiano.



*Portale settentrionale della chiesa di Santa Margherita a Sciacca*



*Cappella Mastrantonio, realizzata tra il 1468 e il 1469 da Francesco Laurana e Pietro de Bonitate. Sullo splendido arco in marmo che incornicia la cappella sono presenti rilievi che raffigurano i Padri della Chiesa e i Quattro Evangelisti, gli stemmi della famiglia Mastrantonio e i profeti Geremia e Isaia.*



*"Madonna di Santa Maria Maggiore" o "Madonna Libera Inferni", Cattedrale di Palermo*



*"Madonna della Neve", Chiesa del Crocifisso di Noto*



*Sarcofago di Antonio Speciale*



*Ritratto di Pietro Speciale*



*"Madonna della Grazia" Palazzolo Acreide (1471-72)*



*"Madonna di Loreto" Castelvetro*



*"Busto di Battista Sforza"*



*"Busto di Eleonora d'Aragona",  
 Galleria Regionale di Palazzo Abatellis di Palermo*



*"Sarcofago di Sicilia Aprile" datato 1495, Galleria Regionale di Palermo*

VIA ANTONELLO GAGINI

Antonello Gagini, figlio di Domenico, scultore di origine ticinese trapiantato in Sicilia, e della seconda moglie di questo, Caterina (Palermo 1478-1536).



*"Madonna delle Grazie", 1504,  
Cattedrale di Nicotera*



*"Madonna della Neve" o "Nostra Donna della  
Neve" o "Madonna delle Celle" o "Madonna degli  
Uccelli", 1529, Santuario della Madonna della  
Neve, Santa Lucia del Mela*



*"Ritratto di giovinetto", XVI sec., pro-  
veniente dalla Chiesa di San Vito,  
Palermo oggi alla Galleria Regionale  
di Palazzo Abatellis, Palermo*



*"Madonna col bambino", XVI sec., lastra  
marmorea, proveniente dal Convento di  
Santa Maria di Gesù, oggi alla Galleria  
Regionale di Palazzo Abatellis, Palermo*



*"Madonna della neve", 1516, proveniente dalla Chiesa di Maria delle Grazie, Palermo oggi alla Galleria Regionale di Palazzo Abatellis, Palermo*



*"Santa Caterina d'Alessandria", 1529, Chiesa di Maria di Santa Caterina, Palermo*



*"Cappella dei genovesi", 1519-26, Chiesa di San Francesco d'Assisi, Palermo.*



*"Maria Santissima dell'udienza", 1515-30, Santuario di Maria Santissima dell'Udienza, Sambuca di Sicilia*



*"Madonna di Corleone", XVI sec., proveniente dal Monastero delle Maddalena, oggi nella Cattedrale di Palermo*



*"Portale e sculture", 1506, Chiesa di Santa Maria la Vetere, Militello Val di Catania. Portale policromo in stile tardogotico con un ricco ciclo di sculture completato nel 1506*





*"Spinario", 1507-09, Metropolitan Museum Art di New York. Giovane intento a rimuovere una spina dal piede, originariamente appartenente alla decorazione di una fontana nel Palazzo Calapaj-d'Alcontres, Messina*



*"Madonna del buon riposo", 1528, proveniente dalla Cappella Ansaloni, oggi alla Galleria Regionale di Palazzo Abatellis, Palermo*



*"Trasfigurazione sul Monte Tabor", 1532-37, Cattedrale del Santissimo Salvatore, Mazara del Vallo. Opera in 6 personaggi: Gesù trasfigurato, Mosè, Elia, San Pietro, San Giacomo e San Giovanni*



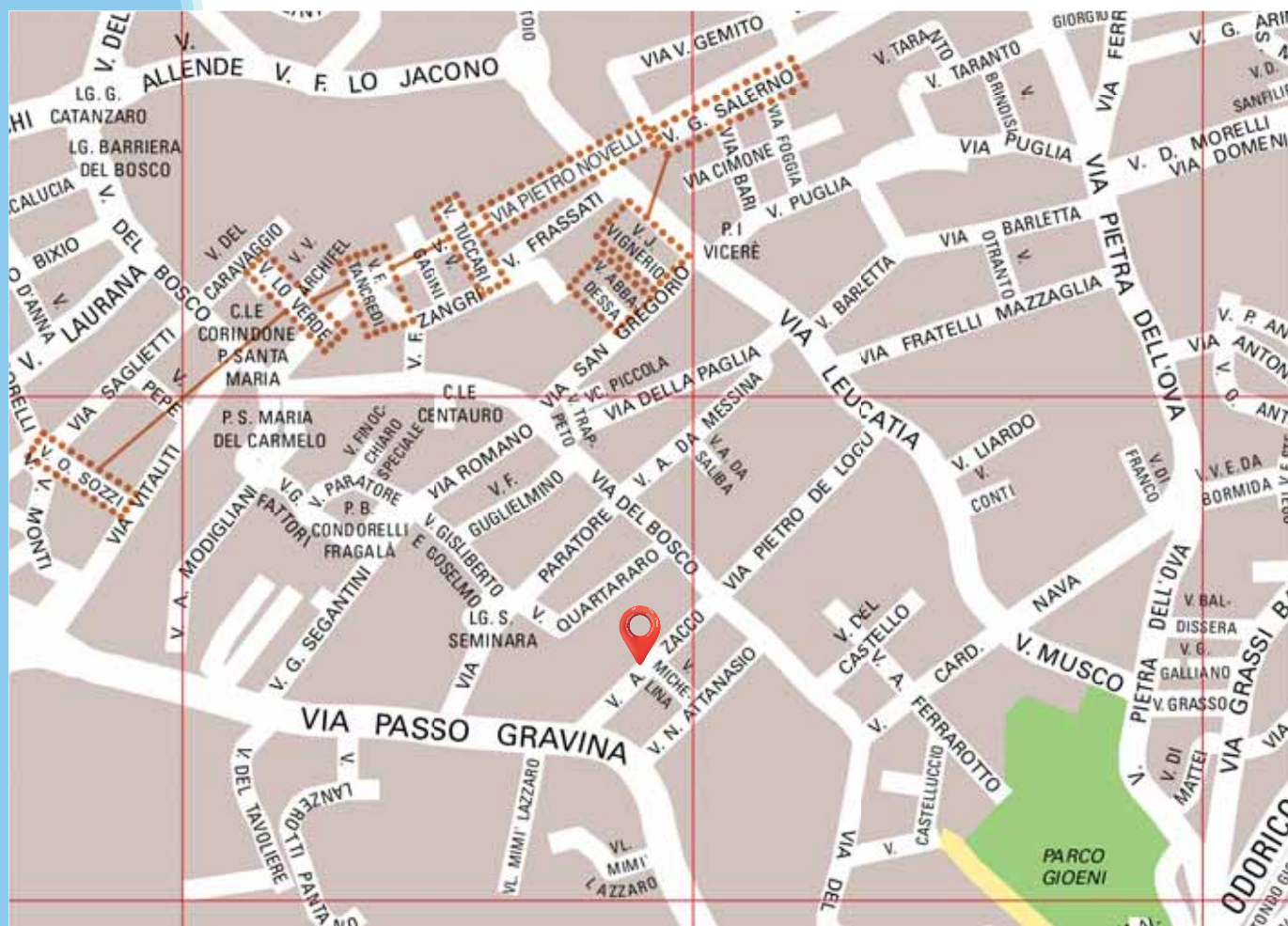
*"Dormitio Virginis", alto rilievo marmoreo, 1509-29, Basilica di Santa Maria Assunta, Alcamo (SR)*



*"Annunciazione", gruppo marmoreo, 1529-32, Chiesa del Carmine, Modica (RG)*



**Artisti del 600:** Jacopo Vignero, Giuseppe Salerno, Pietro Novelli, Giacomo Lo Verde, Pietro Abbadessa, Filippo Tancredi, Giovanni Tuccari e Olivio Sozzi.



VIA JACOPO VIGNERIO

Jacopo Vignero, pittore (Messina metà XVI sec.).



*Chiesa dei SS. Pietro e Paolo, Taormina*



*"Martirio di Santa Caterina", Taormina*



*"Andata al Calvario", Chiesa di San Francesco a Catania*

VIA GIUSEPPE SALERNO

Giuseppe Salerno, detto lo Zoppo di Gangi, pittore (Gangi, Palermo 1570 ca-1633).



*"Adorazione dei pastori di Isnello"*



*"Giudizio Universale", 1629, Gangi, Chiesa Madre*

VIA PIETRO NOVELLI

Pietro Novelli, detto il Monrealese, pittore e architetto (Monreale, Palermo 1603 - Palermo 1647).



*"Immacolata Concezione",  
1627, Museo Civico di Termini*



*"Disputa di Gesù fra i dottori", Palermo,  
Oratorio del Rosario di San Domenico*



*"Santa Rosalia e l'Immacolata  
intercedono per la cessazione della peste  
presso la Trinità", 1629, Livo (Como)*



*"Daniele nella fossa dei leoni",  
 Palermo, Abbazia di San Martino delle Scale*



*"La Natività", Palermo Galleria Regionale di Sicilia*



*"San Pietro liberato dal carcere", 1634,  
 Palermo Galleria Regionale della Sicilia*



*"Santi Eremiti", 1639 c.a., Palermo, Chiesa della Casa Professa dei PP. Gesuiti*



*"Elezione di Mattia all'apostolato", 1640 c.a., Chiesa dei PP. Cappuccini, Leonforte (Enna)*



*"La resurrezione di Lazzaro", 1640 c.a., Museo del Prado Madrid*





*"San Benedetto distribuisce la regola", 1634-35, Monastero dei Benedettini di Monreale*



*"Madonna tra i Santi Benedetto e Scolastica", 1634, Palermo, Chiesa dell'Abbazia*



*"San Francesco presenta la protoregola a Guido Vescovo di Assisi", 1635, Collezione privata Palermo*



*"San Benedetto distribuisce la regola agli ordini monastici e cavallereschi", (particolare) 1635, Palermo, Abbazia di San Martino delle Scale*



*"Eterno, Cristo risorto, Santi e Padri della chiesa greca", 1641-43, Palermo, Cattedrale di Piana degli Albanesi*



*"Presentazione al Tempio", 1647, particolare, Palermo,  
 Chiesa di San Matteo al Cassaro*



*"Pietà di Santa Chiara", 1646,  
 Museo Diocesano, Palermo*



*"Sposalizio della Vergine", 1647, Palermo,  
 Chiesa di San Matteo al Cassaro*

VIA GIACOMO LO VERDE

Giacomo Lo Verde, pittore (Palermo 1606-not. fino al 1645).



*"Immacolata con i santi Antonio da Padova, Giacomo, Nicola, Francesco di Paola",  
Palermo, Galleria Regionale della Sicilia*

VIA PIETRO ABBADDESSA

Pietro Abbadessa, incisore e pittore catanese attivo intorno al 1640, molte delle sue rinomate acquaforti andarono perdute nel terremoto del 1693.



*"Sant'Antonio Abate in estasi",  
 Chiesa San Giuliano, Catania*



*"Sacra Famiglia", Cattedrale  
 di Sant'Agata Catania*

VIA FILIPPO TANCREDI

Filippo Tancredi, pittore (Messina 1655-1722).



*"La visitazione", 1533,  
Museo Regionale, Messina*



*Volta della chiesa di San Giuseppe dei Teatini, 1693, Palermo*



*"Incoronazione della Vergine", 1697-98, Oratorio dei SS. Pietro e Paolo, Palermo*



*"Gloria di santa Teresa d'Avila" 1700, Monastero dell'Assunta Palermo*

VIA GIOVANNI TUCCARI

Giovanni Tuccari nacque a Messina nel 1667 dal padre Antonio, anch'egli pittore. Morì nel 1743 vittima dell'epidemia di peste che sconvolse Messina in quell'anno.



*"Mosè salvato dalle acque", olio su tela nella chiesa di Santa Maria delle Grazie di Messina*



*Nozze di Cana, Museo regionale di Messina*



*Affresco Catania, Via Crociferi, 1726, Chiesa di San Benedetto*



VIA OLIVIO SOZZI

Olivio Sozzi, pittore (Catania 1690 - Ispica, Ragusa 1765).



*"Natività di Maria",  
 Santuario di Santa Maria  
 della Stella.*



*La chiesa di S. Maria dell'Ammiraglio o La Martorana. La volta della sala dell'atrio fu affrescata da Olivio Sozzi nel 1744, col tema della Gloria dell'Ordine Benedettino. Sono dieci scene in ovali mistilinei, le cui cornici sono in trompe l'oeil per aumentare lo spazio e la profondità.*



*"Trionfo dell'Eucarestia", Basilica di S. Maria Maggiore, Ispica (RG), particolare.*



*Ispica, Basilica di S. Maria Maggiore. Agostino e altri fondatori di ordini religiosi.*



*Il "Trionfo della Fede" su ogni forma di idolatria. Al centro, su un trono mobile, sta seduta la Fede che ha l'aspetto di una donna maestosa. Le sue vesti sono chiare e luminose. Con la mano destra alza il calice con l'ostia, mentre nella sinistra regge una croce.*



VIA FILIPPO LIARDO

Filippo Liardo, nacque a Leonforte il 1° maggio 1834. Morì ad Asnières, in assoluta miseria, il 17 febbraio 1917.



"Carica di Garibaldini"



"Vedetta"



"Suonatore di violino", olio su cartoncino



*"Sepoltura garibaldina", olio su tela (Galleria d'arte moderna, Palermo)*



*"Veduta dell'Arno a Firenze", olio su tela, 1863 (Napoli, Museo di Capodimonte)*



*"Nevicata a Rocca di Papa", olio su tavola, 1878 (Catania, Collezione privata)*



*"Marina"*



VIA FRANCESCO LOJACONO

Francesco Lojacono, Palermo 26 maggio 1838 - Palermo 26 febbraio 1915.



*"Paesaggio siciliano", olio su tela, 1859, collezione Barone Alberto Fassini, Roma*



*Tempio di Giunone con Agrigento sullo sfondo*



*"Vento di montagna", olio su tela, 1872, (Palermo, Galleria d'arte moderna E. Restivo)*



*"Veduta dell'Acquasanta" Palermo, collezione del Banco di Sicilia*





*"Veduta di Palermo", 1875, Palermo, Galleria d'arte moderna*



*"Strada di campagna (un giorno di caldo in Sicilia)", olio su tela, 1877*



*"Pescatori di ostriche", olio su tela*



*"La serenata", olio su tela*



*"L'arrivo inatteso (il ritorno del coscritto)", olio su tela, 1883*



*"La Benedizione del bestiame a Mondello", olio su tela, 1894, Musée Condé di Chantilly*



*"L'estate in Sicilia. Palermo, via di Romagnolo", olio su tela, 1891, Villa reale di Monza*



*"Dall'Ospizio Marino",  
olio su tela, 1891*



*"Uliveto", 1883, olio su tela*



*"Paesaggio", olio su tela, Piacenza, Galleria Ricci Oddi*



*"Il Fiume Anapo", olio su tela, 1910, Piacenza, Galleria Ricci Oddi*



*"La raccolta delle olive", olio su tela, 1914, collezione Sinatra (Agrigento, Museo civico)*



## VIA ELIO ROMANO

Elio Romano nacque il 21 marzo 1909 a Trapani, ma poco dopo la sua nascita, il padre magistrato si trasferì a Catania, qui ebbe modo di conoscere altri giovani artisti etnei come Lazzaro, Saro Mirabella, Tino Condorelli.

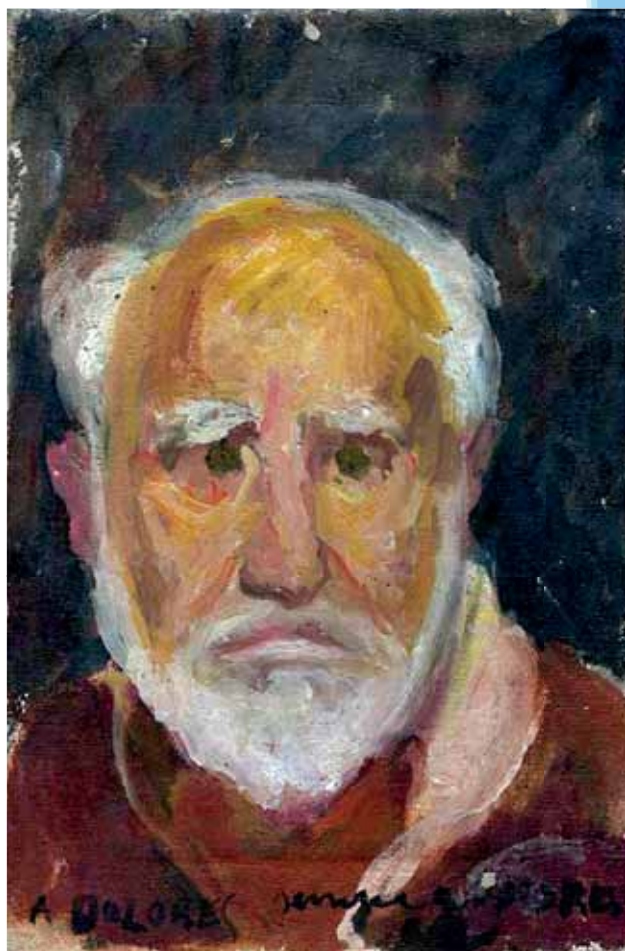
Nel 1928 andò a Roma per frequentare la Scuola Libera del Nudo. Nel 1929 si iscrisse all'Accademia delle Belle Arti di Firenze ed ebbe tra i compagni di studi Mario Mafai.

Influente fu la conoscenza di Giorgio Morandi, insegnante in un altro corso della stessa Accademia, il cui metodo di osservazione ed analisi rimase presente fin nell'ultimo dei suoi quadri.

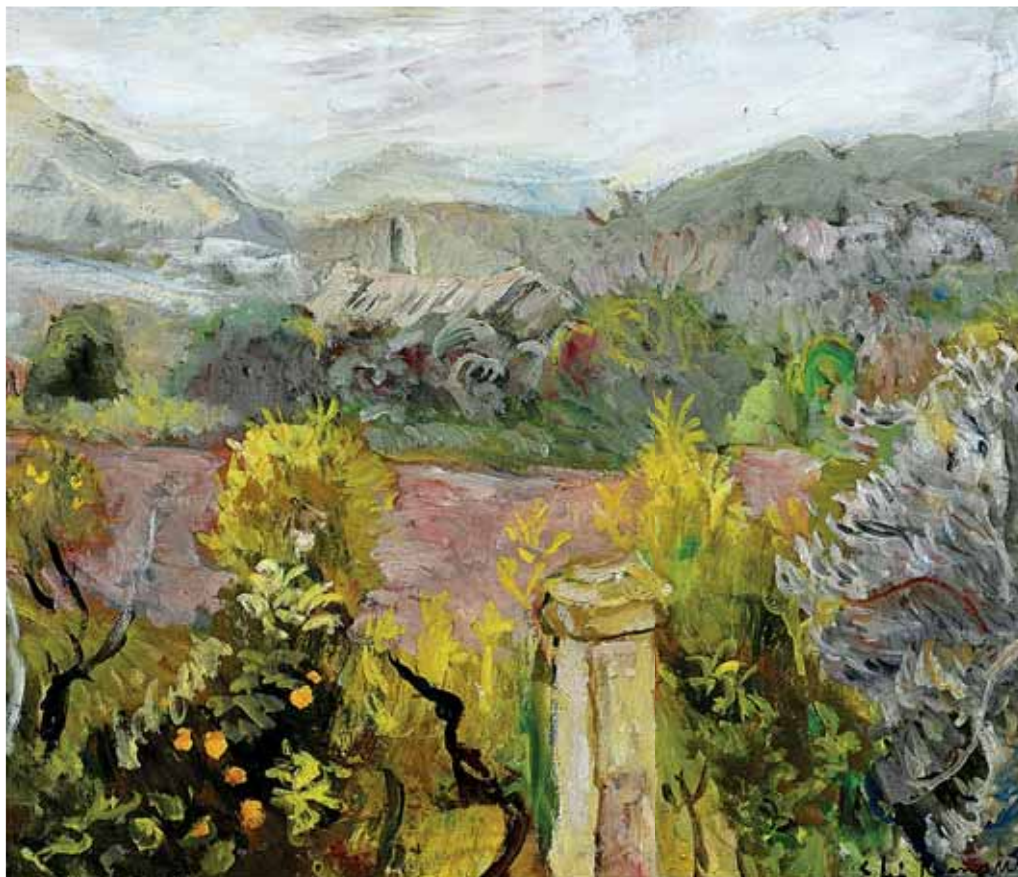
Morì il 12 luglio 1996, lasciando una tela incompiuta sul cavalletto ed i pennelli ancora umidi di colore.



*"Autoritratto dell'Artista", olio su tela, 1929*



*Autoritratto dell'artista, con dedica a Dolores Gardassanich, olio su tela autoprodotta, 1986*



*"Paesaggio ennese", olio su tela*



*"Colline di morra", olio su tela, 1929*



*"Colline siciliane", olio su tela*

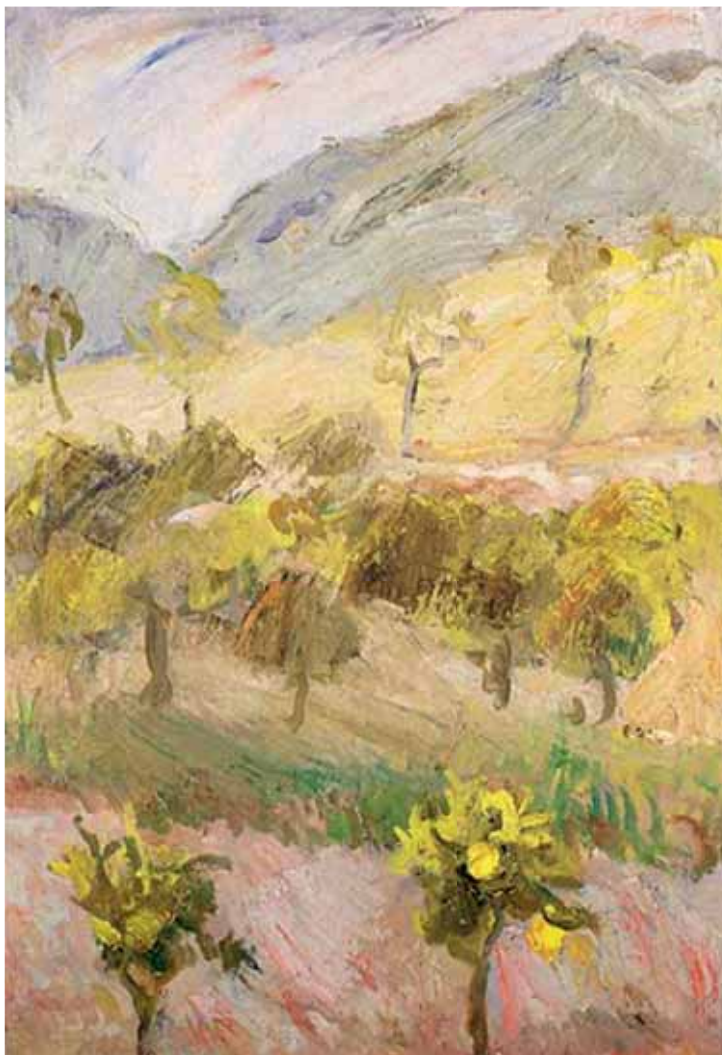


*"Ulivi", olio su tela*



*"Casa di morra", olio su tela, 1964*





*"Paesaggio", olio su tela, 1990*



*"Eva", olio su tela, 1945*



*"Aquilone", olio su tela, 1952*



*"Natura morta", olio su tela*



*"Nudo con autoritratto", olio su tela, 1991*



## VIA MIMÌ LAZZARO

Domenico (Mimi) Maria Lazzaro, nacque a Catania il 19 gennaio 1905 da Giuseppe, decoratore specializzato nella tecnica dello stucco. Adolescente, ricevette i primi rudimenti del disegno e della pittura da Saro Spina, un attardato pittore ottocentesco di inclinazioni di inclinazione realistiche, originario di Acireale; è proprio questa cultura, lontana dalle tendenze più vitali che si stavano affermando nel resto d'Italia, ad alimentare l'insofferenza del Lazzaro per l'ambiente che lo circondava.

Aderisce al futurismo quattordicenne inviando le sue "raccolte di versi" a Marinetti, nello stile del "paroliberismo" il quale nel '22, visto un suo audace *Ritratto di Benedetto Croce* lo proclama con enfasi "il più grande scultore che la Sicilia abbia avuto". In queste occasioni espose una *Testa futurista di Benedetto Croce* (scultura), le tele *Naufragio* e *Cervello*, oltre a un *Autoritratto*.

Partecipò assiduamente alle principali esposizioni del tempo, in particolare alle mostre del Sindacato interprovinciale fascista di belle arti della Sicilia (di cui fu componente del comitato organizzatore), all'interno delle quali gli vennero dedicate due personali. Qui espose numerosi disegni e dipinti apprezzati per l'immediatezza della gamma cromatica.

Morì a Catania il 16 marzo 1968.



"Autoritratto", olio su tela, 1928



"Faro catanese", olio su tavola, 1931



*"Fornace", olio su tavola, 1932*



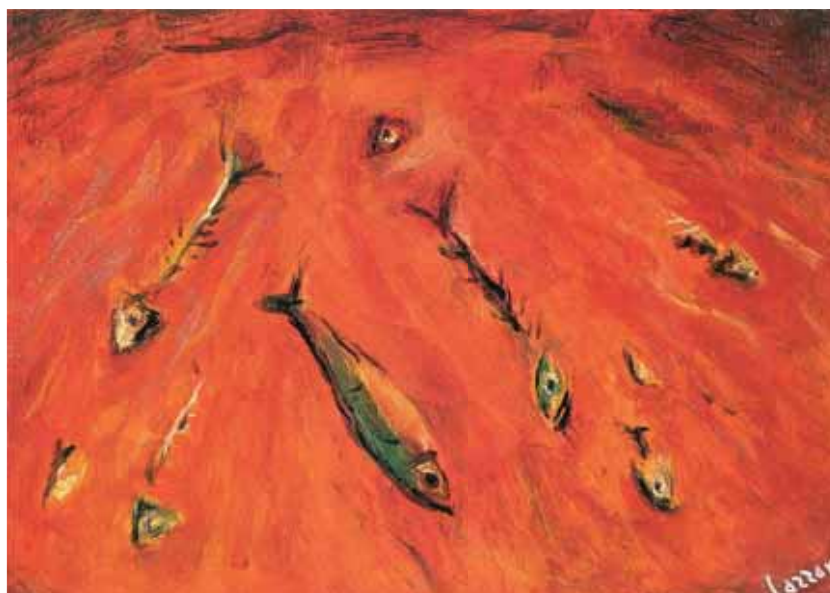
*"Il sogno", olio su tela, 1932*



*"Vergine che si desta", pietra, 1933*



*"Natura morta con tricolore e mela", olio su tavola, 1932*



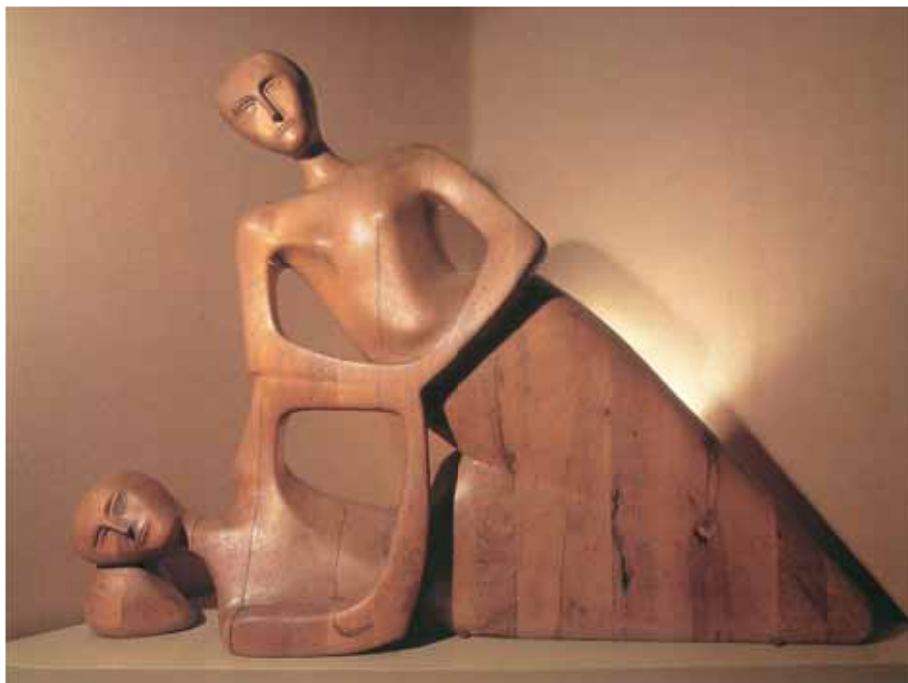
*"Natura morta con pesci", olio su tavola, 1942*



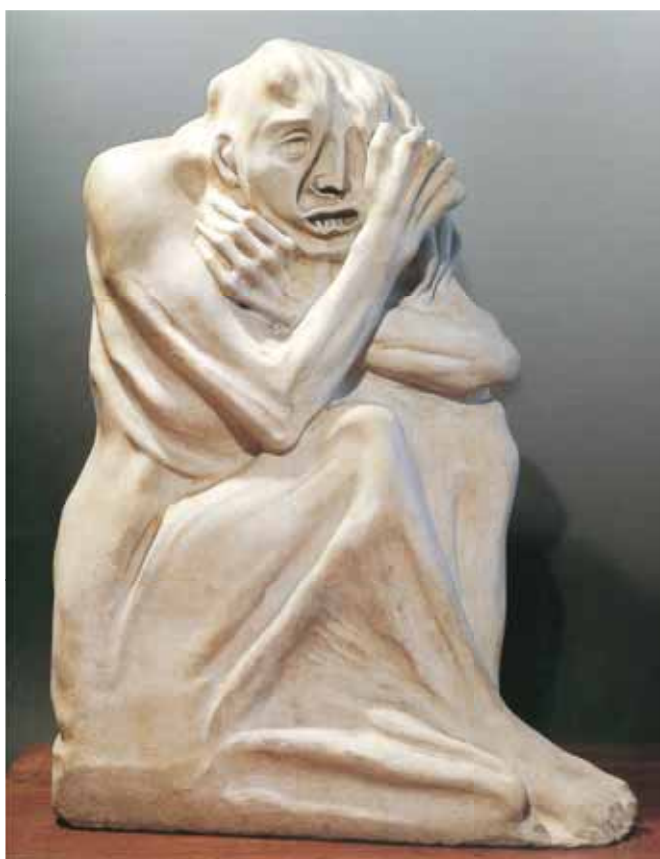
*"Testa del giocoliere", bronzo, 1941*



*"Bagnante", terracotta, 1942*



*"Fanciulla del lago", legno dorato, 1952*



*"Donna stregata", marmo grigio, 1948*



*"Ciclope", marmo bianco, 1950*



*"La Giustizia, bozzetto per il monumento al Palazzo di Giustizia di Catania", gesso, 1953*



*"Trinacria", bronzo, 1952*



*"Ladro di arance", bronzo, 1954*



*"Ombre di Cavalli", bronzo, 1954*



*"La principessa", ferro, 1961-64*



*"Ricordo dell'amante", bronzo, 1942*

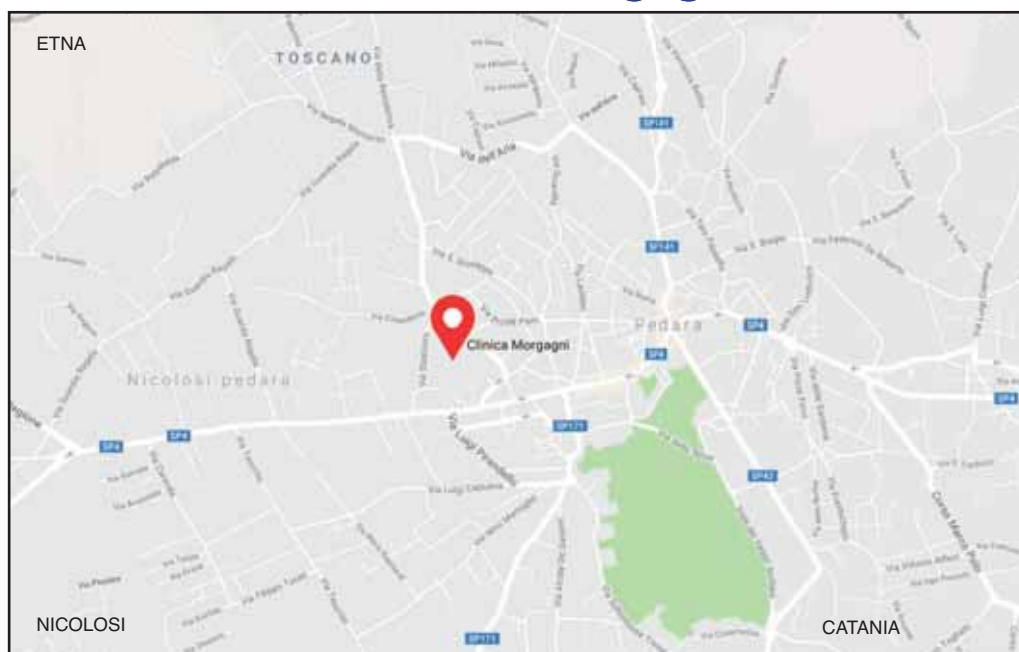




CENTRO CLINICO DIAGNOSTICO **G.B. Morgagni**



**CentroCuoreMorgagni**





**MORGAGNI**  
**CHECK POINT**

