

## Winter live SICOB Firenze 2025

È un ringraziamento per il gentile invito. È il mio contributo affinché la mia presenza al congresso non risulti vuota del mio impegno professionale. Gli scritti sono comodi perché se ne può far uso a piacimento, non sono invasivi del “territorio” altrui.

Tecnologia straordinaria e soluzioni farmacologiche innegabili, attuali e future, mettono a nudo il professionista.

Traggo spunto dalla disamina fatta dal relatore della BPD di Scopinaro dopo 50 anni perché offre interessanti aspetti:

- codifica e riproducibilità assolute
- verifica e considerazioni scientifiche
- si hanno dei risultati a lungo termine

tali risultati non soddisfano i requisiti di sicurezza ed efficacia per cui si conclude che è opportuno abbandonarla.

Ritengo che tale disamina meriti le seguenti considerazioni:

Tutte le procedure chirurgiche codificate, riproducibili e verificate nel lungo termine (bypass JI; gastroplastica verticale; Bypass bilio-intestinale, BPD) sono state cancellate.

Quel Personaggio, dietro al quale tutti si mettevano in fila per ricevere un po' della sua attenzione e visibilità, ci ha affascinato con dotte presentazioni di fisiopatologia e dettato regole che superano quelle di una tecnica con i suoi limiti.

Portiamoci dentro l'insegnamento che il paziente è al centro del nostro interesse e dobbiamo seguirlo “a vita” utilizzando, quando necessario, **una chirurgia perfettamente codificata e valutabile.**

Ma se veniamo all'attualità e quindi all'attuale congresso, ci accorgiamo che si rischia di buttar via il bambino con i panni sporchi:

No alla BPD, alla codifica, al follow-up e allora:

- 1) rendiamole irriconoscibili!

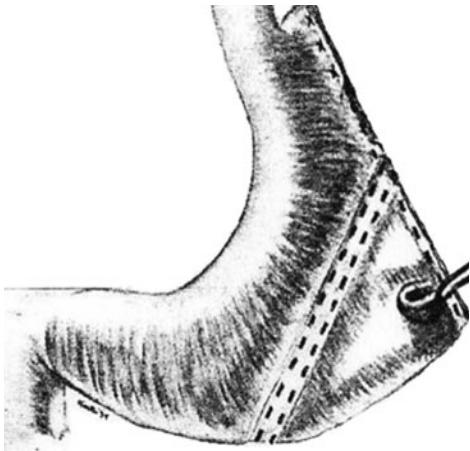
SASI, SADI, bipartizione a singola anastomosi o alla Roux: lunghezze intestinali? Diametro anastomosi? Reservoir gastrico?

L'obiettivo è raggiunto: sarà impossibile valutarle, cancellarle, modificarle. Ho sentito che le “funzioni intestinali-evacuazioni giornaliere” e il riconoscimento soggettivo dell'ileo rispetto al digiuno dettano le lunghezze intestinali e le sedi anastomotiche.

- 2) Evitiamo la curiosità del risultato per il quale questa chirurgia è giustificata, il lungo termine!

E' infatti un autogol aver eliminato il follow-up a lungo termine (ridotto a 3-5 anni secondo IFSO e ASMBS; guardare oltre abbiamo visto è pericoloso!); questo orientamento è purtroppo testimoniato anche dagli attuali requisiti dei centri SICOB in cui la necessità di follow-up è inversamente proporzionale alla rilevanza del centro che dipende dal numero di interventi eseguiti (vedi centri di eccellenza di rilevanza nazionale).

Questi interventi attuali necessitano di una dignità di codifica chirurgica. Altrimenti possiamo relegarli a gastro-entero anastomosi su organi sani che Billroth eseguiva per curare patologie organiche nel 1885 o a resezione gastriche verticali con gastro-entero anastomosi (anno 1940-vedi iconografia allegata). Non mi meraviglio che specializzandi sappiano “ritagliare” una grande curvatura gastrica con una forma adeguata tanto più con l'uso di joystick di robot di ultima generazione (Valdoni e Stefanini illo tempore dicevano che le anastomosi le lasciava fare ai suoi allievi, molto più bravi di lui nella manualità spicciola).



I As early as in 1940, O.H. Wangensteen performed a partial gastrectomy to excise acid-producing regions of the

Al riguardo ho cenato al “Cecchini in città” con un collega che ha dato un connotato che fa riflettere riguardo all’attuale chirurgia bariatrica dicendo: “trovo che le procedure di chirurgia bariatrica siano un ottimo training perché i miei giovani possano affrontare successivamente la chirurgia generale”. Ricordiamoci che operiamo organi sani e che oggi astutamente abbiamo trasferito al settore sottomesocolico la maggior parte delle procedure; all’IFSO di Napoli abbiamo scomodato un illustre collega che ha mostrato il suo lodevole impegno chirurgico nei paesi più bisognosi per poi poter affermare, con credibilità acquisita, che: “anche voi oggi fate una chirurgia metabolica rilevante e vi potete sentire chirurghi”. In nessun altro ambito chirurgico si sente questa necessità, pensiamoci bene.

L’endoscopia ha sì un ruolo nell’affrontare le complicatezze ed è stato interessantissimo ascoltarne la dotta presentazione, ma soprattutto dovrebbe essere collocata con decisioni condivise ad affrontare il problema dei segmenti esclusi (ho sentito che nello stomaco escluso non succede nulla e quindi, concludo io, bisognerebbe evitare le EGDS diagnostiche che secondo l’ISTAT comportano una spesa annua di 50 milioni di euro) e del follow-up, vedi esofagite/Barrett sapendo cosa comporta un controllo per tali patologie; esempio nel Barrett: diagnosi, corto- lungo, con displasia senza displasia, biopsie su 4 quadranti, luce bianca, NBI, intelligenza artificiale, orientamento delle biopsie, centro dedicato, centro anatomo-patologico dedicato, intervalli di follow-up; il tutto in quel fantomatico follow-up di una chirurgia accentratata in centri selezionati. Riordinare il trattamento significa mettere il paziente al centro di un percorso di cura e senza farvela lunga basta pensare a cosa è successo per la patologia mammaria: ognuno ha il suo ruolo, ben codificato, per il miglior risultato nella piena dignità professionale.

Mi piacerebbe che ci fosse uno “speakers’ corner” nella chat SICOB dove la libertà di pensiero scientifico possa trovare una facile e utile collocazione.

Ringraziando ancora per il gentile invito invio cari saluti di Buon Natale 2025.

Francesco Furbetta, Pisa