

La chirurgia mini-invasiva in ambito gastroenterologico nella realtà parmigiana: il presente ed il futuro.



Renato Costi, M.D., Ph.D., F.A.C.S.
Ricercatore Universitario Confermato

Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica (Dir.: Prof. Luigi Roncoroni)
Dipartimento di Scienze Chirurgiche
Università degli Studi di Parma
Parma
Italy

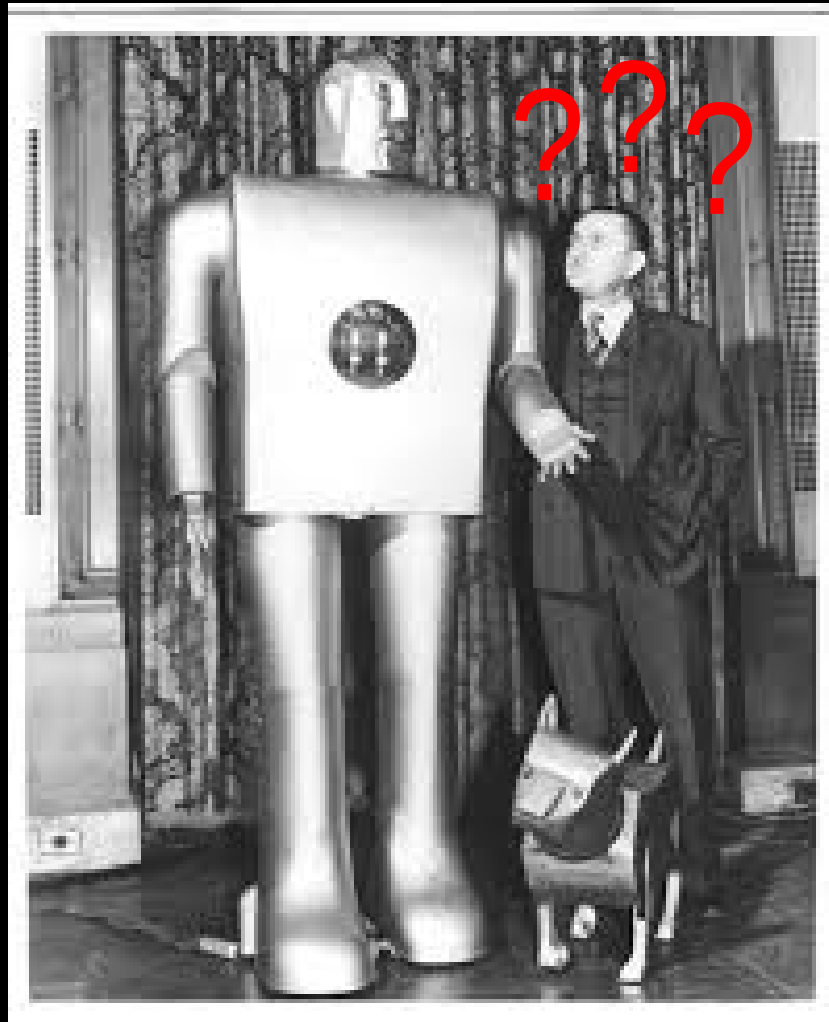
email: renatocosti@hotmail.com

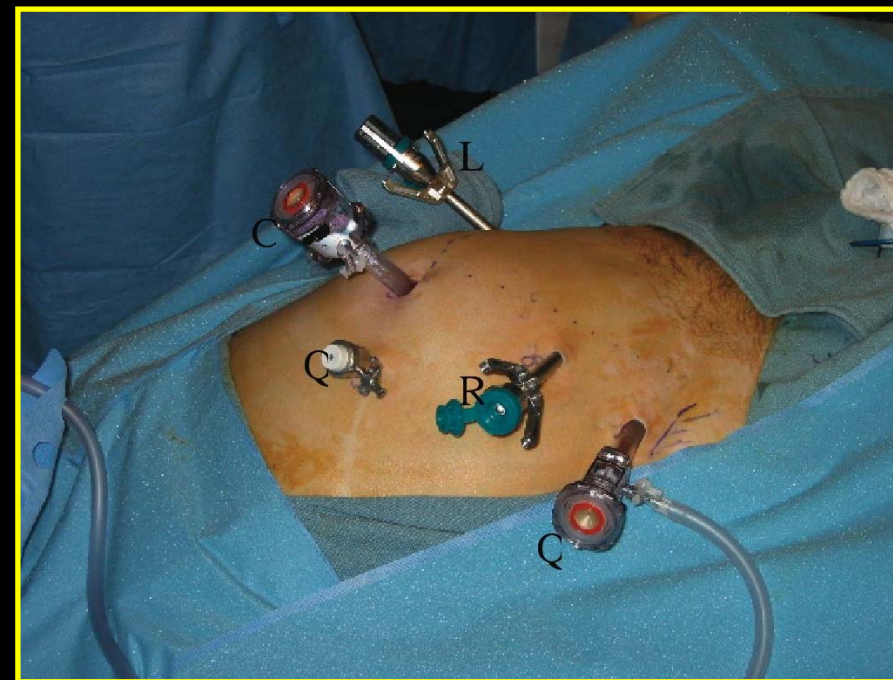
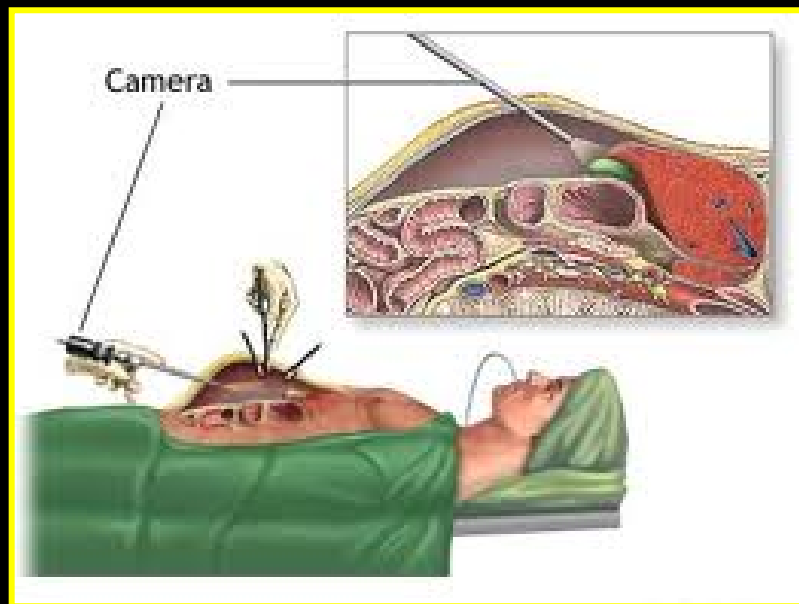


Dottore, ma i calcoli me li toglie con il làser??...



.....o con il robò????







1901. The **first laparoscopy** was performed in Berlin in 1901 Georg Kelling, who used a cystoscope to peer into the abdomen of a dog after first insufflating it with air.

1920. Zollikofer (Switzerland) proposes **CO2 gas** for insufflation.

1938. Janos Veress (Hungary) introduces a **spring-loaded needle** for PNX induction.



1960. Kurt Semm (Germany), invents the **automatic insufflator**.

1978. Hasson proposes a mini-laparotomy which permits the visualization of trocar entrance ("open technique").

1983. Semm, a German gynaecologist, performs the first **laparoscopic appendectomy**.

1985. The first documented **laparoscopic cholecystectomy** (Erich Mühe) in Germany.

1987. Phillipe Mouret (France) has got the credit to perform the first **laparoscopic cholecystectomy**.



1987. Ger reports the first **laparoscopic inguinal hernia repair**.

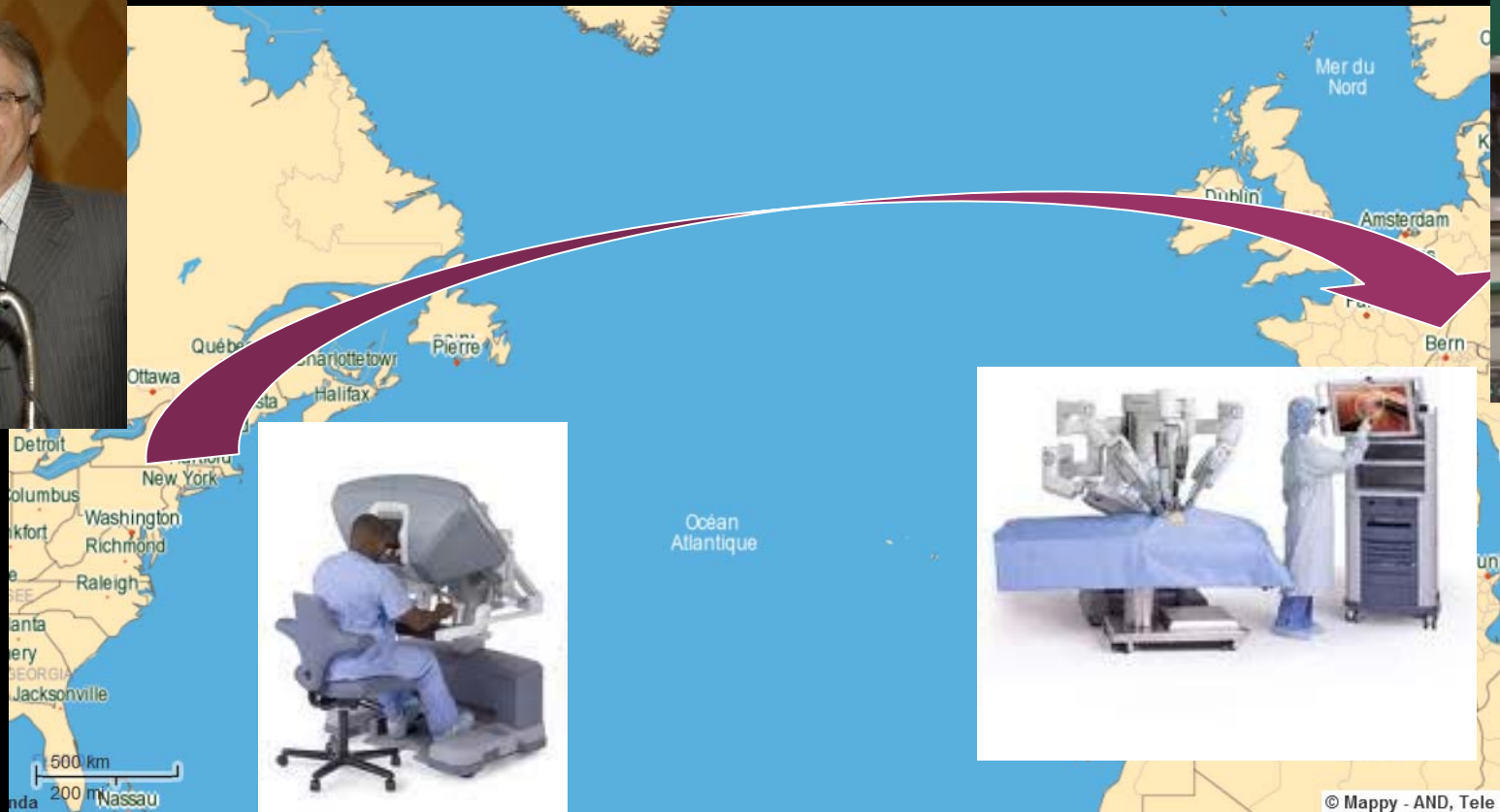
1989. Reddick and Olsen reported that CBD injury after laparoscopic cholecystectomy is 5 times that with conventional cholecystectomy.

1994. Michel Gagner (Canada) performs the **first laparoscopic duodenopancreatectomy**.

1997, Guy Bernard Cadière (Belgium) performs the **first robotic cholecystectomy**.



2001, Michel Gagner (Canada) and Jacques Marescaux (France) perform the **first robotic “transatlantic” cholecystectomy**.





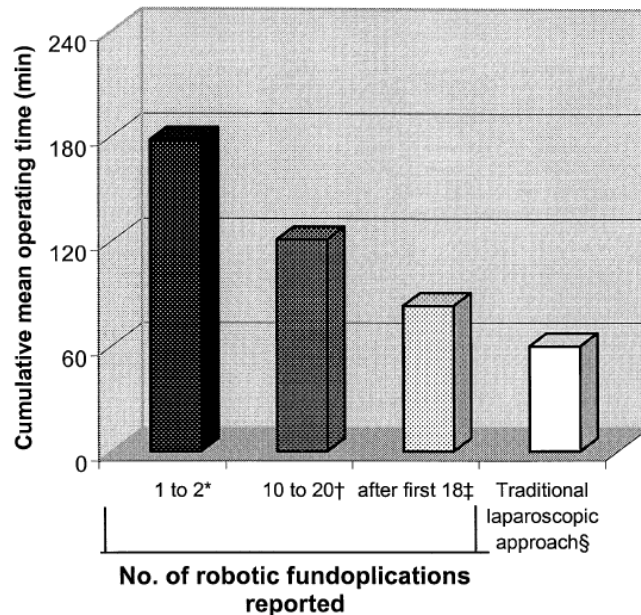


Robotic Fundoplication: From Theoretic Advantages to Real Problems

Renato Costi, MD, Jacques Himpens, MD, Jean Bruyns, MD, Guy Bernard Cadière, MD

Table 6. Approximate Additional Cost per Procedure Because of Robotics

	Performing 200 procedures per year
Cost of the machinery per procedure* (Euros)	1,193.63
Additional instrumentation's cost per procedure from robotics† (Euros)	689.34
Total	1,882.97



RFs and many other robotic procedures are still in a transitional phase in which true benefits in the patient's care are unclear, in spite of higher costs.



Experience New da Vinci Technology Intuitive Surgical booth #101
SAGES 2013 • April 17th-20th • Baltimore Convention Center

da Vinci Surgery Symposium:
I'm an Advanced Laparoscopic Surgeon...
and Now is the Time for Robotics

Surgeon presenters: Erik Wilson, MD • Rick Low, MD • Bruce McIntosh, MD

Thursday, April 18th
5:30 pm - 7:00 pm
Ballroom I of Convention Center
(Drinks and Appetizers will be served)

Live Surgery Cases • (Booth #101)

Thursday, April 18th
12:00 pm
da Vinci Single-Site Cholecystectomy
Surgeon: Clark Gerhart, MD

12:30 pm
da Vinci Low Anterior Resection
Surgeon: Jorge Lagares-Garcia, MD

Friday, April 19th
12:30 pm *da Vinci Single-Site Cholecystectomy*
Surgeon: Clark Gerhart, MD

**Please note that pre-registration is not required.*

da Vinci Surgery



Laparoscopia Single Port (S.I.L.S.)

1992, Pelosi (USA) reported the first Single Port appendectomy

1997, Navarra (USA) performed the first Single Port (transumbilical) cholecystectomy

Laparoscopia attraverso gli orifizi naturali (N.O.T.E.S.)

2004, Reddy and Rao (USA) reported the first human transgastric NOTES appendectomy.

2007, Marescaux (France) and Lee Swanstrom (USA) reported the first human transgastric NOTES cholecystectomy.

2007, Ricardo Zorron (Brazil) performed the first transvaginal NOTES cholecystectomy.



Chirurgia
tradizionale



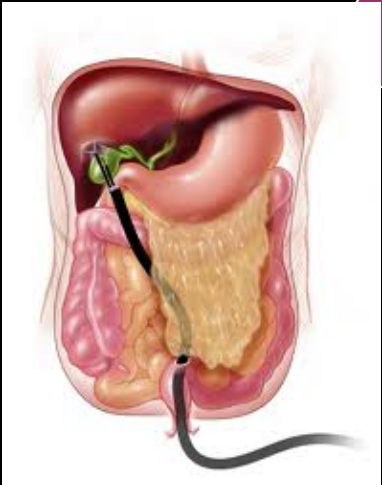
Laparoscopia
("multiple port")



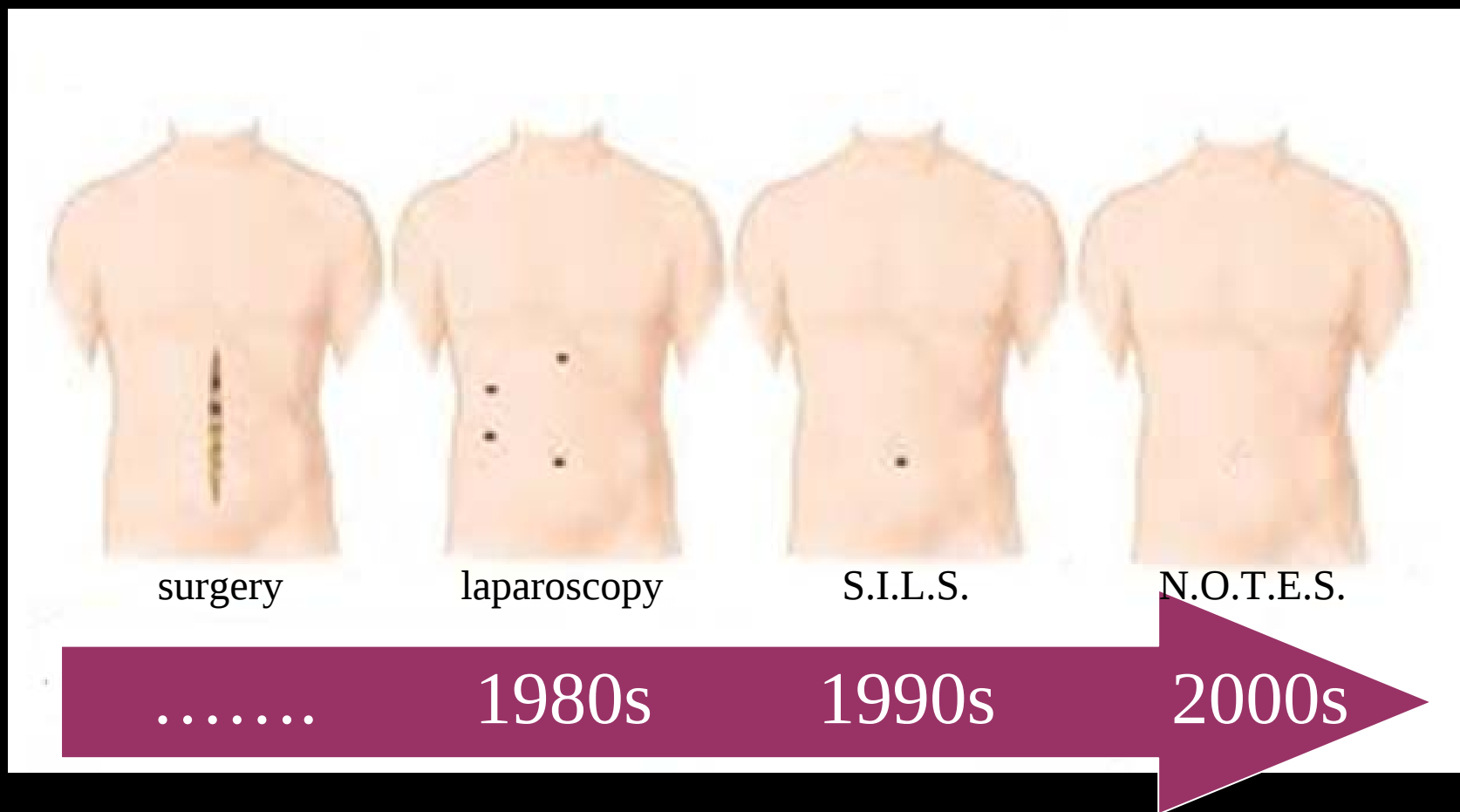
Laparoscopia
"single port"
(S.I.L.S.)



Laparoscopia attraverso gli
orifizi naturali
(N.O.T.E.S.)



Riduzione del trauma chirurgico parietale



Learning methods



OR



Videos



Labs



**Training with
animals**



E-learning



Simulators

La storia della chirurgia laparoscopica a Parma

1991

Prima colecistectomia

Anni '90:

colecisti e vie biliari
diagnostica
chirurgia d'urgenza
parete addominale (ernie, laparoceli)
patologia benigna dell'esofago/stomaco
surrene

Anni 2000:

colon
chirurgia dell'obesità
milza
chirurgia minore del fegato
chirurgia del pancreas sinistro

Anni 2010:

patologia maligna di esofago e stomaco?
chirurgia epatica e pancreatico maggiore?
S.I.L.S.?
N.O.T.E.S.?

Videolaparocolecistectomia



Videolaparocolecistectomia:

durata operatoria:	1-2 ore
durata della degenza :	1 notte
dolore:	+
convalescenza:	10 giorni

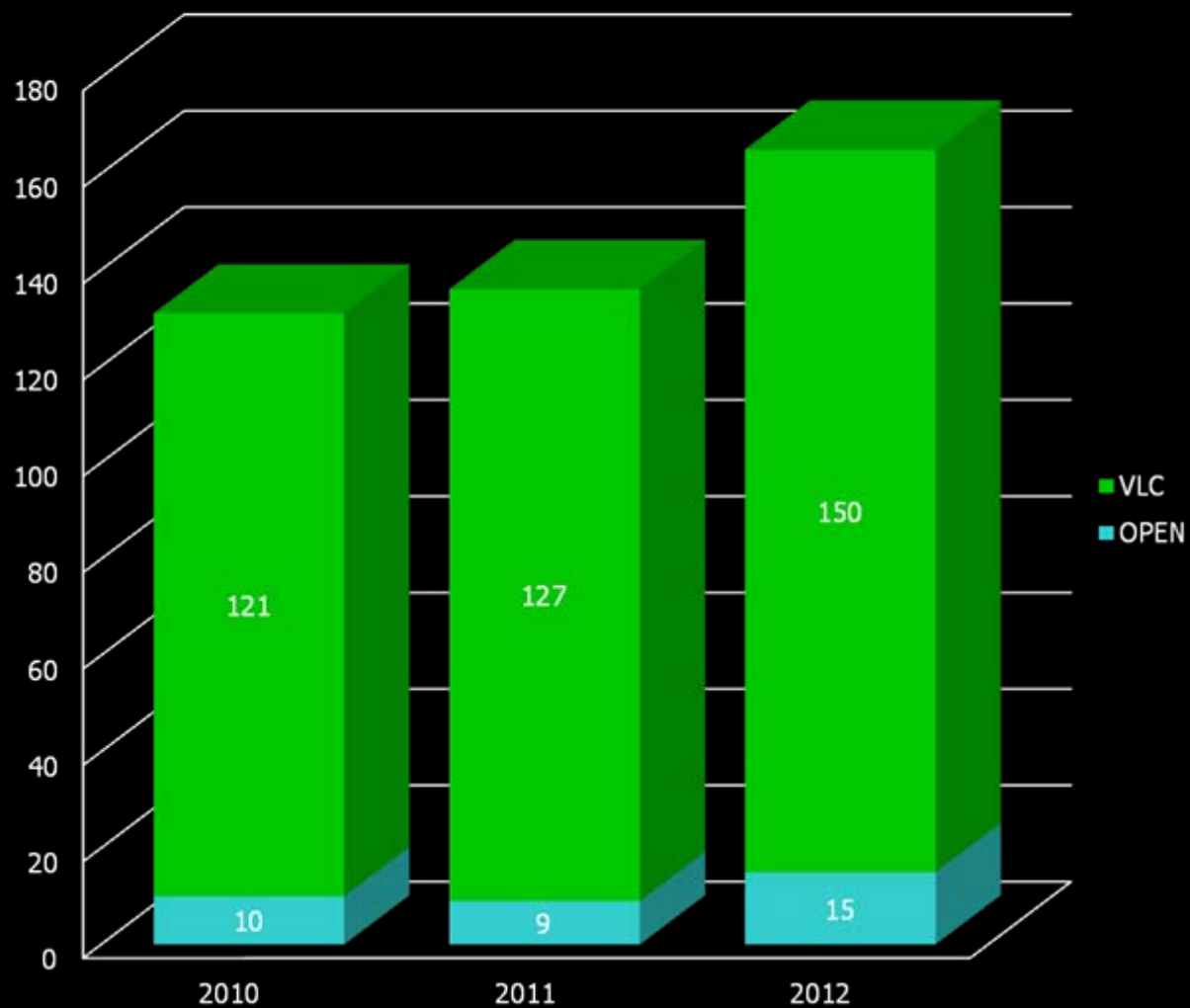
Colecistectomia “a cielo aperto”:

durata operatoria:	1-2 ore
durata della degenza :	5-7 giorni
dolore:	+++
convalescenza:	3 settimane

Complicanze possibili:

dolore postoperatorio !!!
sanguinamento (drenaggio)
lesione della via biliare

COLECISTI





Randomized clinical trial

Prospective randomized trial of low-pressure pneumoperitoneum for reduction of shoulder-tip pain following laparoscopy

L. Sarli, R. Costi, G. Sansebastiano*, M. Trivelli and L. Roncoroni

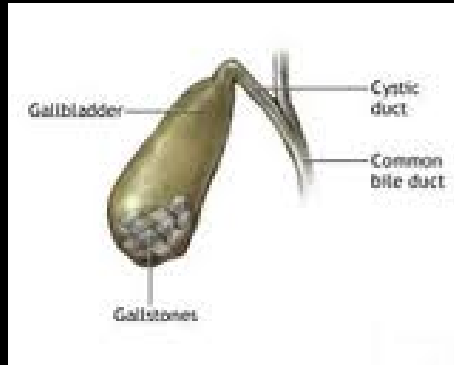


Reduced Postoperative Morbidity after Elective Laparoscopic Cholecystectomy: Stratified Matched Case-Control Study

Leopoldo Sarli, M.D.,¹ Nicola Pietra, M.D., Ph.D.,¹ Giuliano Sansebastiano, B.S.,² Gaetano Cattaneo, M.D.,¹ Renato Costi, M.D.,¹ Mario Grattarola, B.S.,² Anacleto Peracchia, M.D.¹

Colecisti e vie biliari

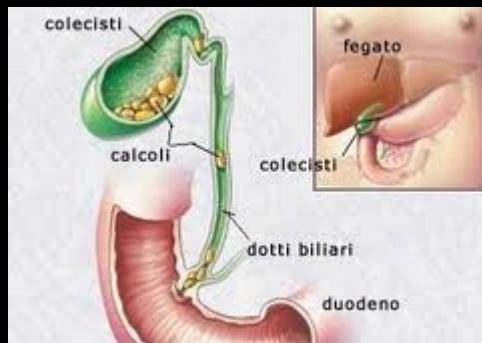
Litiasi semplice della colecisti



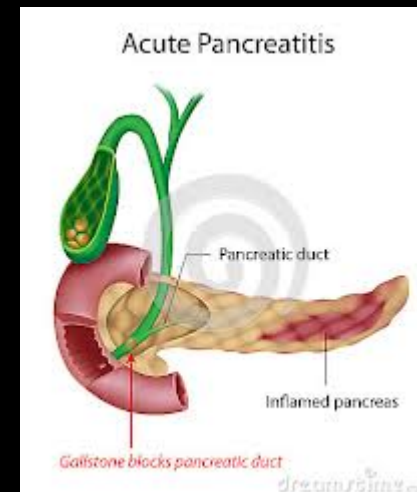
Colecistite acuta



Litiasi della colecisti e della via biliare



Pancreatite acuta biliare



Quadro clinico

Litiasi semplice
della colecisti

Colecistite acuta

Pancreatite acuta biliare

Litiasi della colecisti
e della via biliare

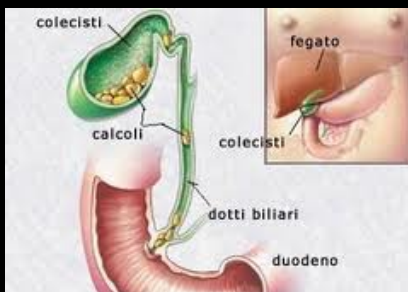
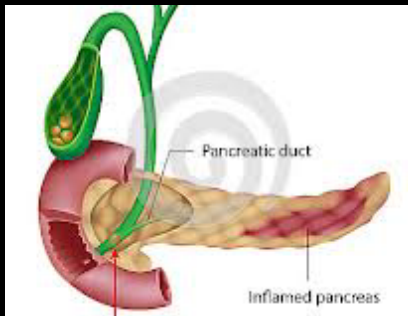
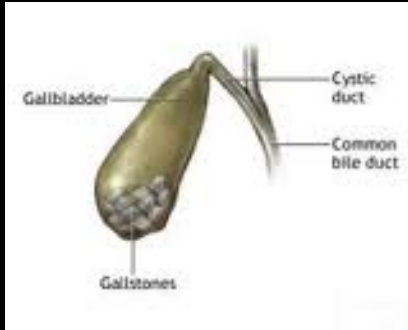
Approccio indicativo (Cl.Chir. Gen. Tp. Chir. PR)

VLC programmata

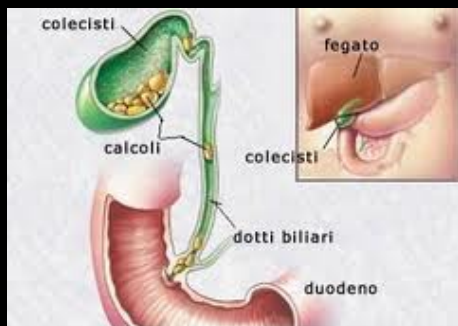
VLC in urgenza differita
(alla prima sessione
di sala operatoria utile)

VLC programmata
(+ colangiografia intraoperatoria)

Protocollo sequenziale*
(ERCP, poi VLC)



Come fare diagnosi?



Litiasi della colecisti
e della via biliare

Segni/sintomi:

ittero?
colangite?
pancreatite?

Labs:

profilo epatico

Ecografia:

calcoli della via biliare
via biliare >7 mm



Preoperative Ultrasonographic Assessment of the Number and Size of Gallbladder Stones

Is It a Useful Predictor of Asymptomatic Choledochal Lithiasis?

Renato Costi, MD, Leopoldo Sarli, MD, Giuseppe Caruso, MD,
Domenico Iusco, MD, Sara Gobbi, MD, Vincenzo Violi, MD,
Luigi Roncoroni, MD



Routine intravenous cholangiography, selective ERCP, and endoscopic treatment of bile duct stones before laparoscopic cholecystectomy

Leopoldo Sarli, MD, Nicola Pietra, MD, PhD, Angelo Franzé, MD, Giancarlo Colla, MD, Renato Costi, MD,
Sara Gobbi, MD, Marina Trivelli, MD

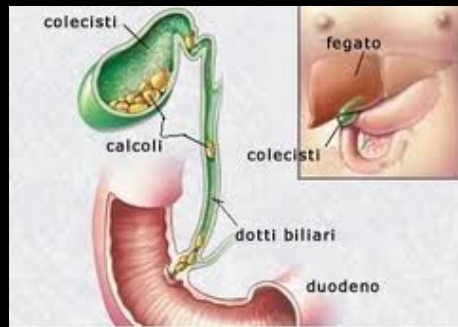
Parma, Italy



Five-year Prospective Audit of Routine Intravenous Cholangiography and Selective Endoscopic Retrograde Cholangiography with or without Intraoperative Cholangiography in Patients Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy

Nicola Pietra, M.D., Ph.D.,¹ Leopoldo Sarli, M.D.,¹ Pierangelo Ugo Maccarini, M.D.,² Guido Sabadini, M.D.,³
Renato Costi, M.D.,¹ Sara Gobbi, M.D.¹

Cl.Chir. Gen. Tp. Chir. PR



Litiasi della colecisti
e della via biliare

Che fare?

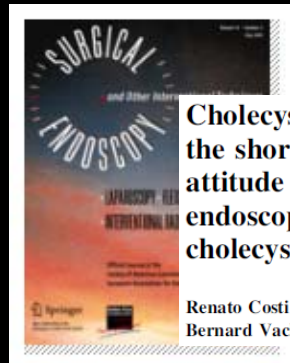
- Esplorazione laparoscopica del coledoco durante la VLC

- ERCP sincrona alla VLC



Routine laparoscopic cholecystectomy after endoscopic sphincterotomy for choledocholithiasis in octogenarians: is it worth the risk?

R. Costi, D. DiMauro, A. Mazzeo, A. S. Boselli, S. Contini, V. Violi, L. Roncoroni, L. Sarli



Cholecystocholedocholithiasis: a case-control study comparing the short- and long-term outcomes for a “laparoscopy-first” attitude with the outcome for sequential treatment (systematic endoscopic sphincterotomy followed by laparoscopic cholecystectomy)

Renato Costi · Antonio Mazzeo · Francesco Tartamella · Christine Manceau · Bernard Vacher · Alain Valverde

Cl.Chir. Gen. Tp. Chir. PR

- Protocollo sequenziale (ERCP, poi VLC)

Chirurgia mini-invasiva del Colon

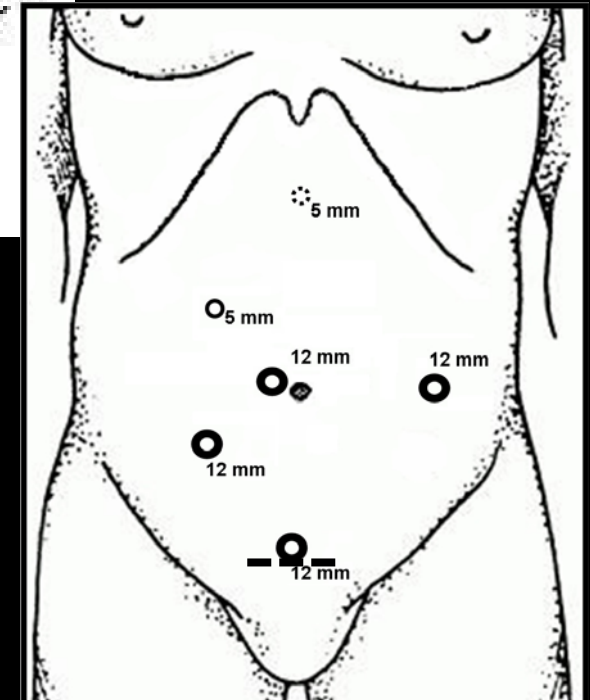
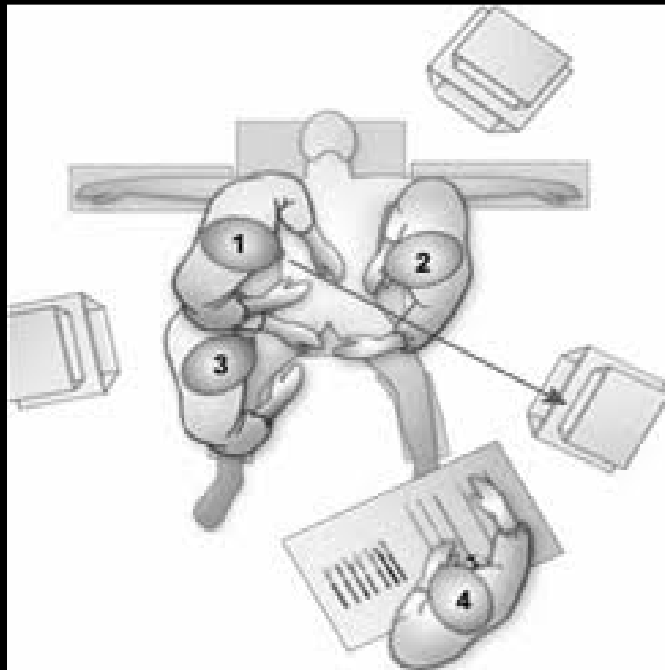
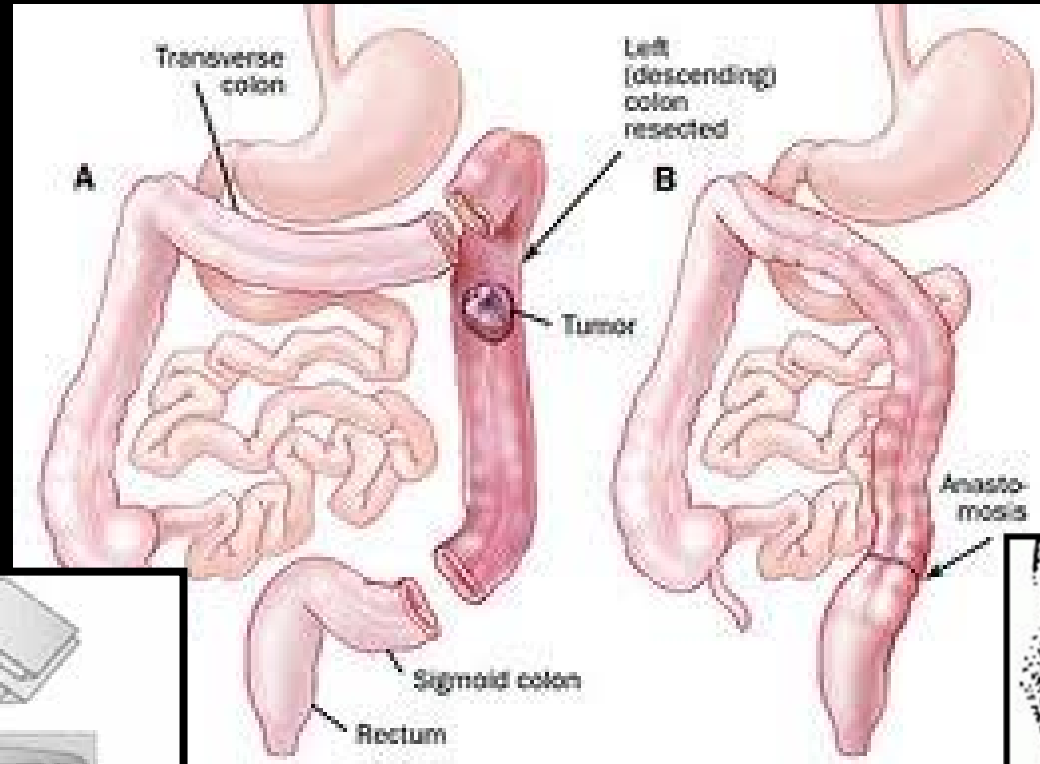
Indicazione

- Patologia neoplastica
- Malattia diverticolare
- Malattia infiammatoria acuta (appendicite acuta,...)
- Malattia infiammatoria cronica (M. di Crohn, Colite Ulcerosa)
- Stipsi da Inertia Coli*

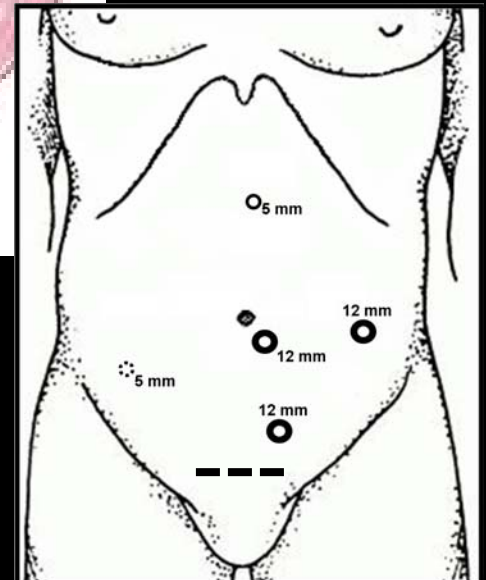
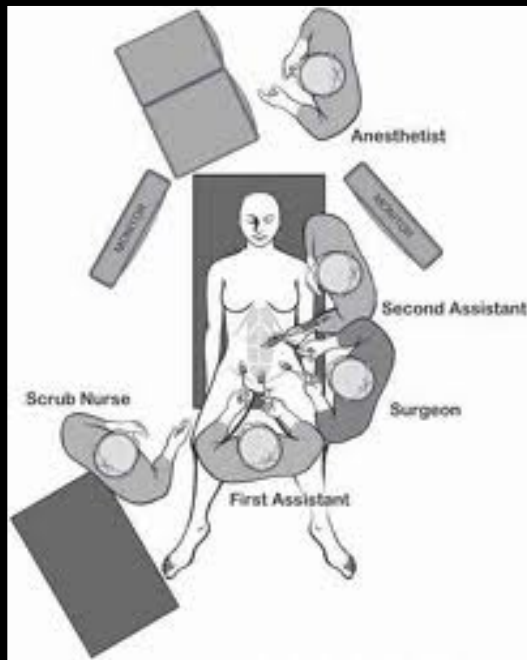
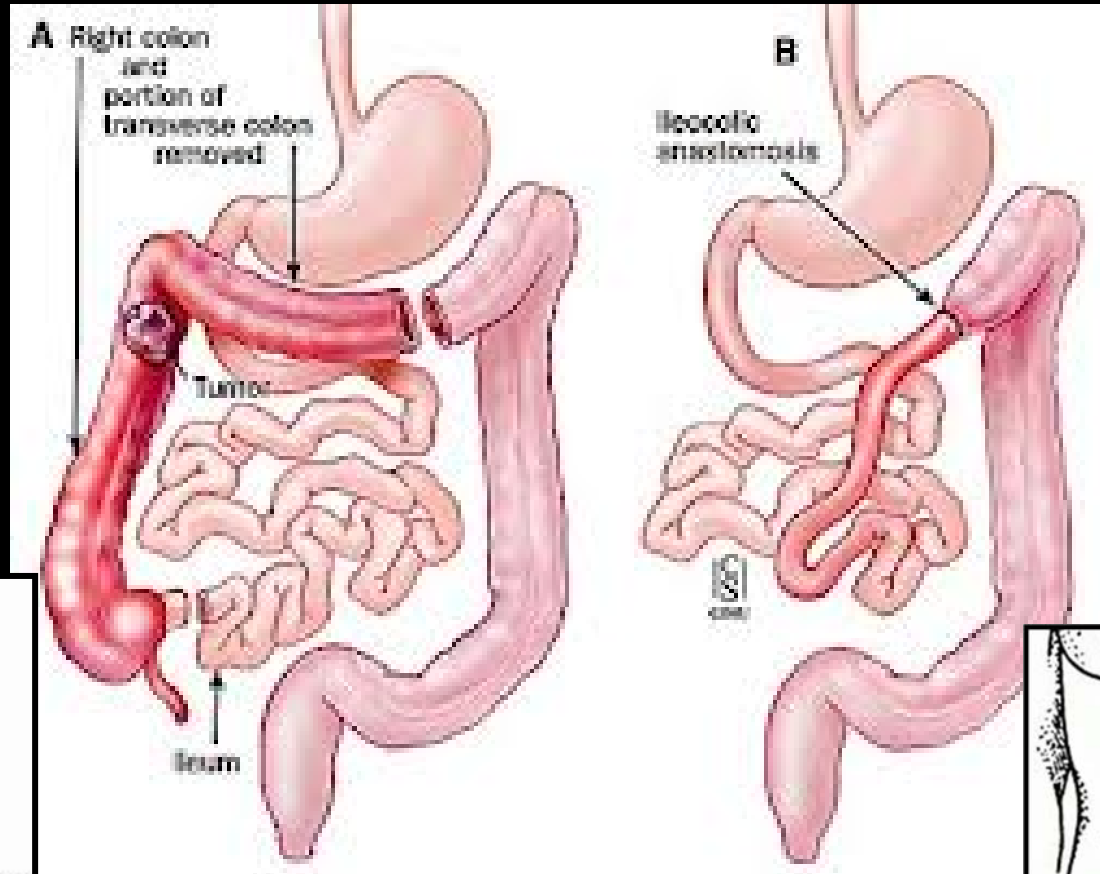
Procedura

- Appendicectomy
- Emicolectomia Destra
- Resezione ileocecale
- Resezione segmentaria
- Emicolectomia sinistra
- Proctocolectomia
- Colectomia subtotale/totale*

Emicolectomia sinistra/resezione anteriore



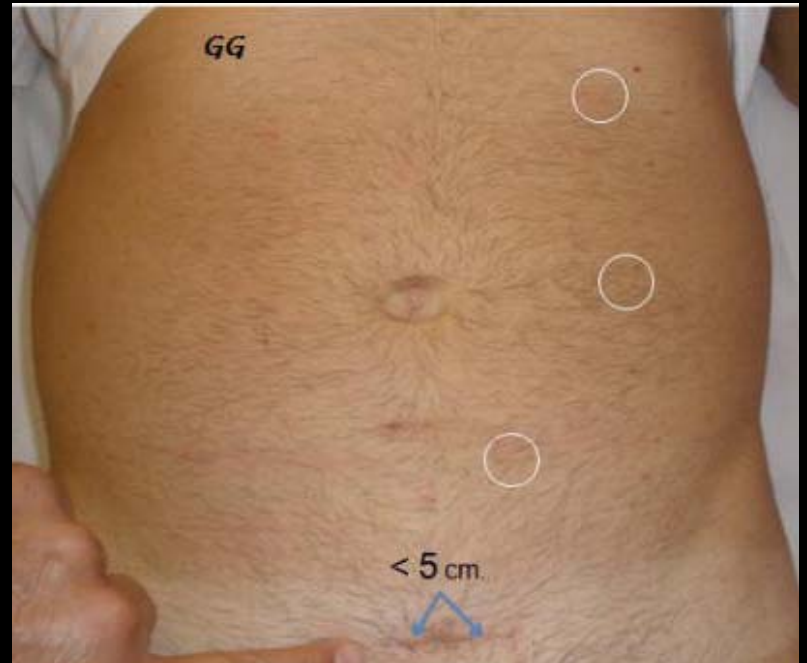
Emicolectomia destra/resezione ileocecale



...tre mesi dopo



Emicolectomia Destra OPEN



Emicolectomia Destra VL

Interventi di resezione del colon (colostomie escluse)



Emicolectomia sinistra/proctocolectomia



Degenza media

- Emicolectomia sinistra/Proctocolectomia open.....11.4 gg
- Emicolectomia sinistra/Proctocolectomia VL.....9.3 gg

Emicolectomia destra



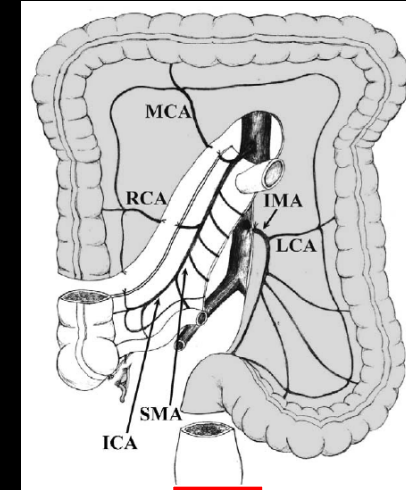
Degenza media

- Emicolectomia destra open.....9.4 gg
- Emicolectomia destra VL.....7.8 gg

Colectomia subtotale ed anastomosi cecorettale per stipsi cronica da *Inertia Coli*

Anastomose cœcorectale antipéristaltique sans torsion du pédicule vasculaire

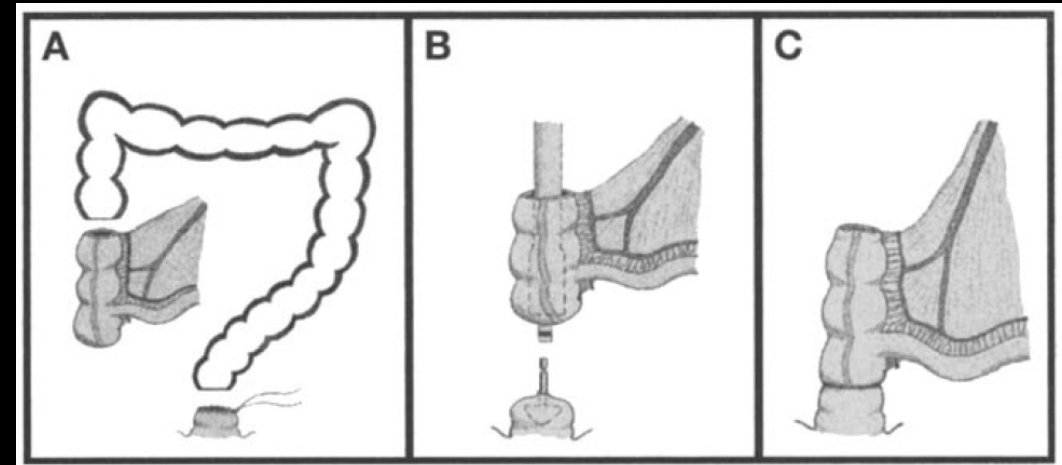
L. Roncoroni, L. Sarli*, R. Costi, V. Violi



Pilot Study of Subtotal Colectomy with Antiperistaltic Cecoproctostomy for the Treatment of Chronic Slow-Transit Constipation

Leopoldo Sarli, M.D., Renato Costi, M.D., Dario Sarli, M.D., Luigi Roncoroni, M.D.

From the Institute of General Surgery, University of Parma, School of Medicine, Parma, Italy



Long-Term Results of Subtotal Colectomy with Antiperistaltic Cecoproctostomy

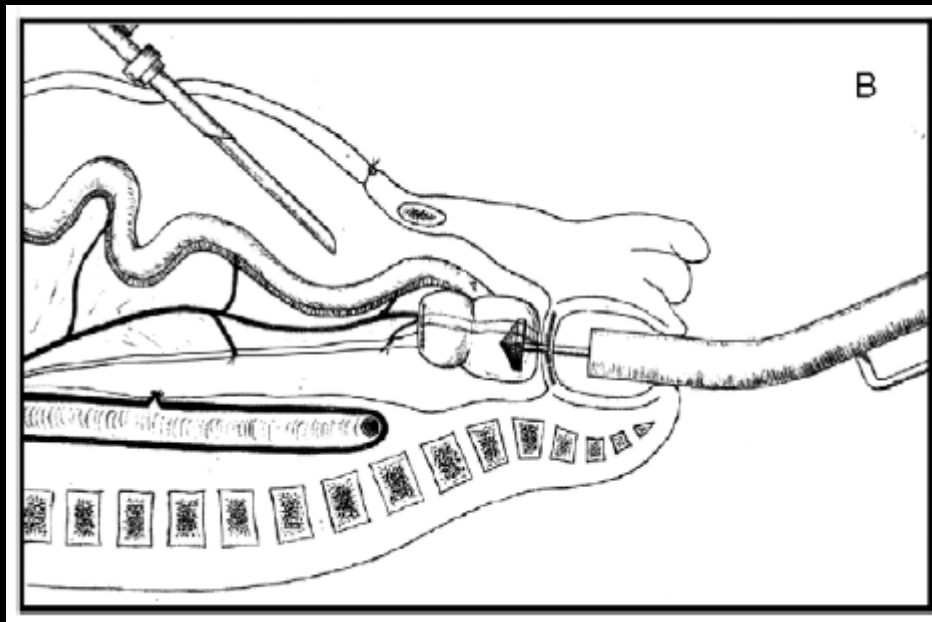
LEOPOLDO SARLI, RENATO COSTI, DOMENICO IUSCO, and LUIGI RONCORONI

.....anche in laparoscopia!!!!



Intracorporeal Laparoscopic Cecorectal Anastomosis

Leopoldo Sarli, MD, Renato Costi, MD, PhD, Vincenzo Violi, MD, and Luigi Roncoroni, MD



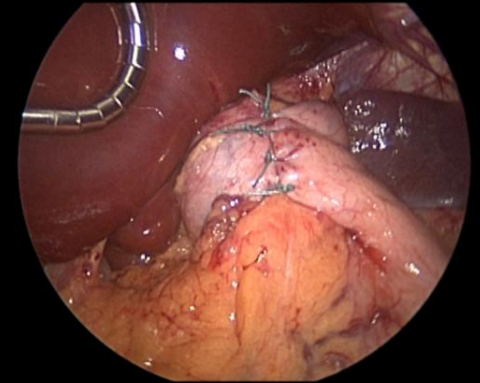
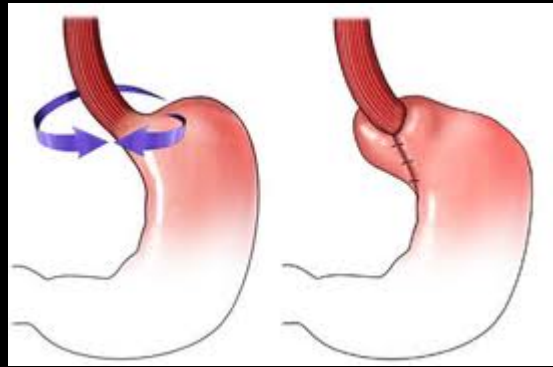
cecorettoanastomosi: video



Chirurgia mini-invasiva dell'esofago distale

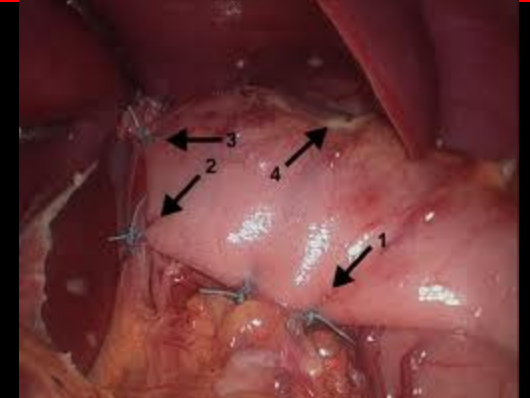
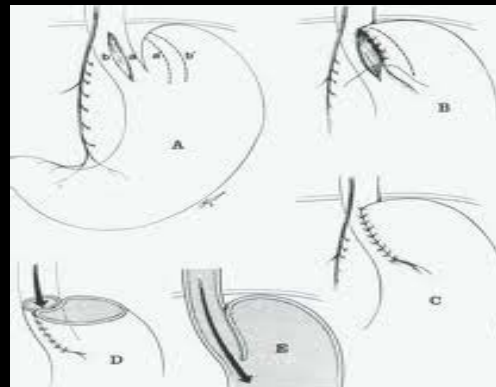
Funduplicatio secondo Nissen

Reflusso
gastroesofageo



Miotomia secondo Heller / Funduplicatio secondo Dor

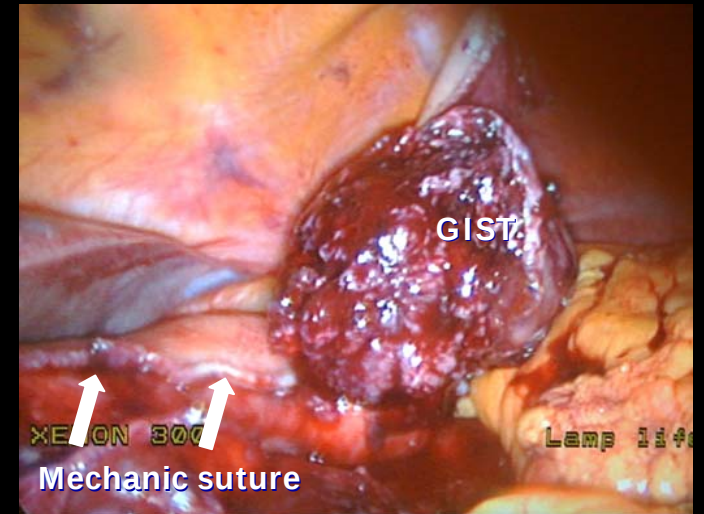
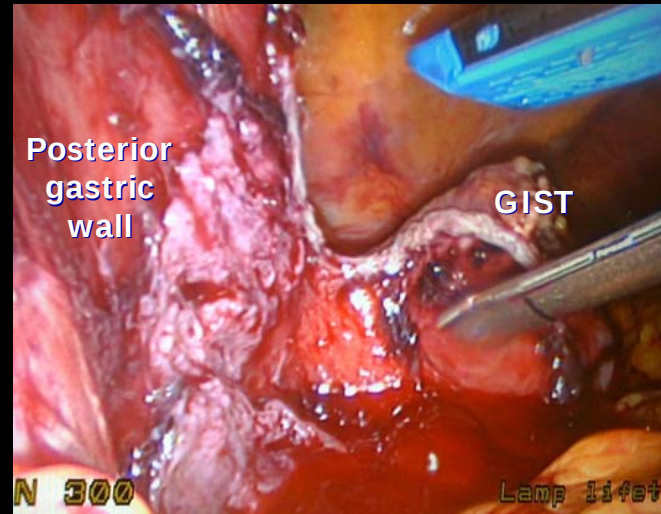
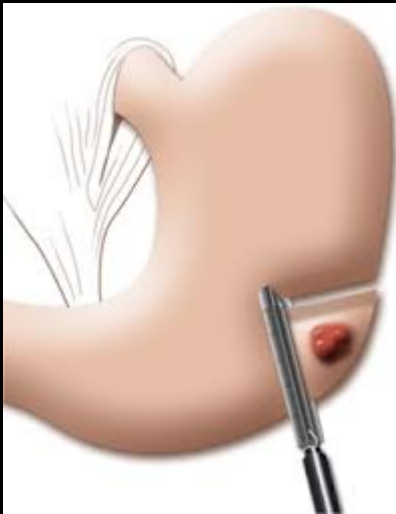
Acalasia



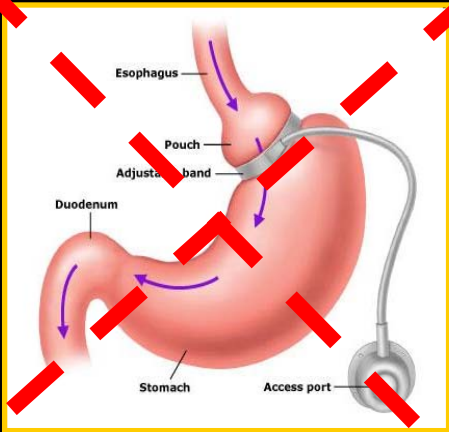
Chirurgia mini-invasiva dello stomaco

Indicazione: patologia benigna
(GIST,...)

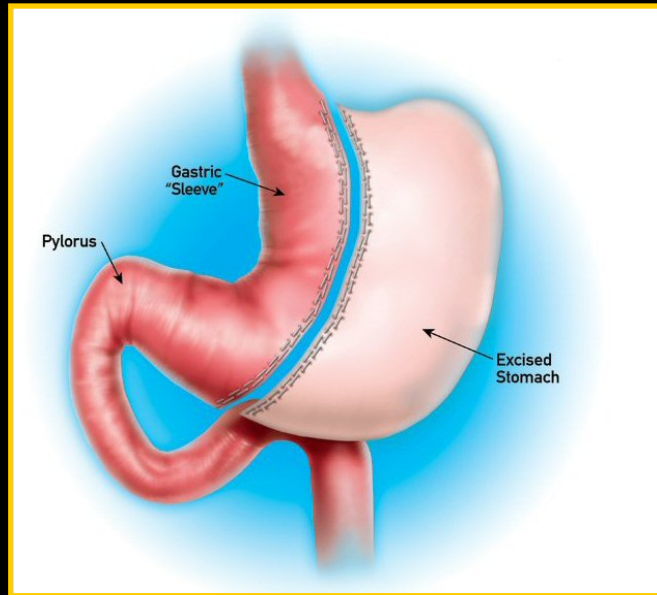
Resezione gastrica atipica



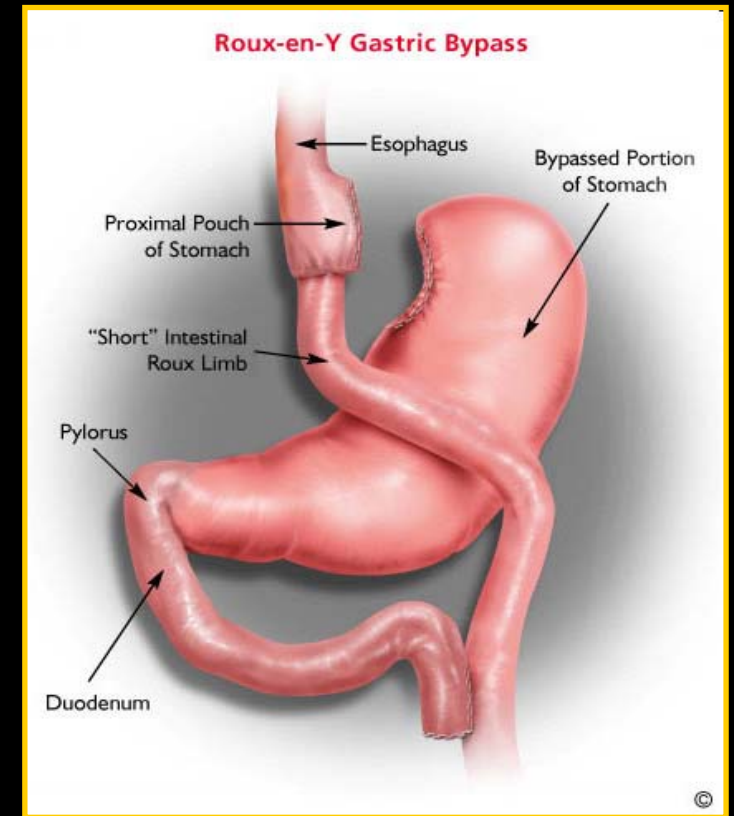
Chirurgia dell'obesità



Banding



Sleeve gastrectomy

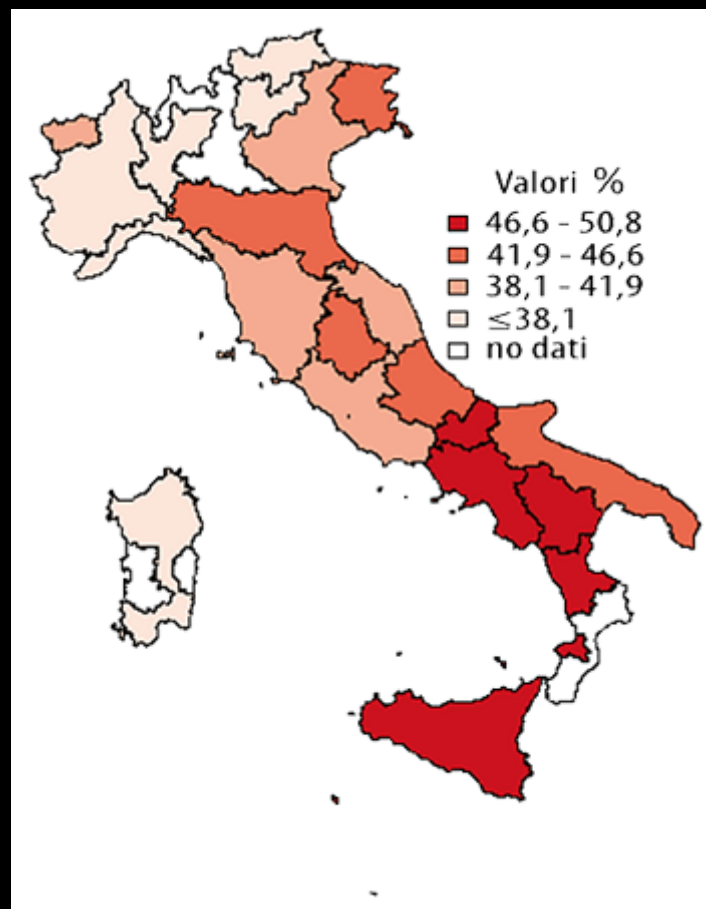


By-pass gastrico-digiunale



$$\text{BMI} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Statura (metri)}^2}$$

	uomo	donna
sottopeso	< 20,1	< 18,7
peso ottimale	20,1- 25,0	18,7- 23,8
sovrappeso	25,1- 29,9	23,9- 28,6
obesità di 1° grado	30,1- 35,0	28,7- 35,0
obesità di 2° grado	35,1- 40,0	35,1- 40,0
obesità di alto grado	> 40,0	> 40,0

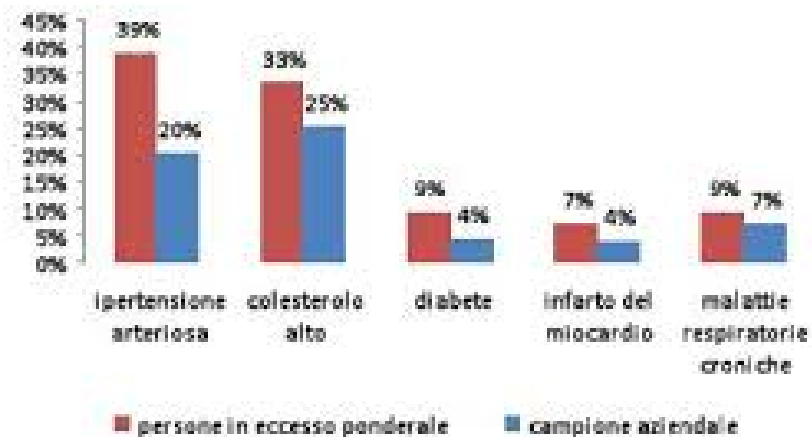


il 42% della popolazione italiana tra i 18 e i 69 anni è in eccesso ponderale:

- Uomini: 51%
- Donne: 34%

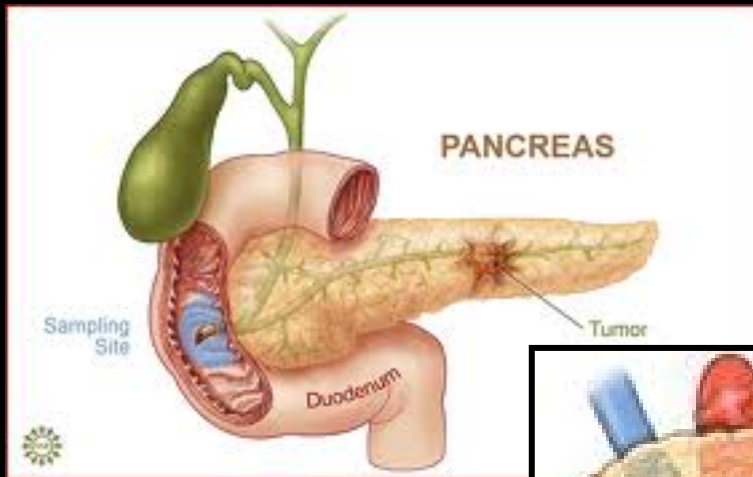
Salute delle persone in eccesso ponderale

ASL RM A - PASSI 2008-2011

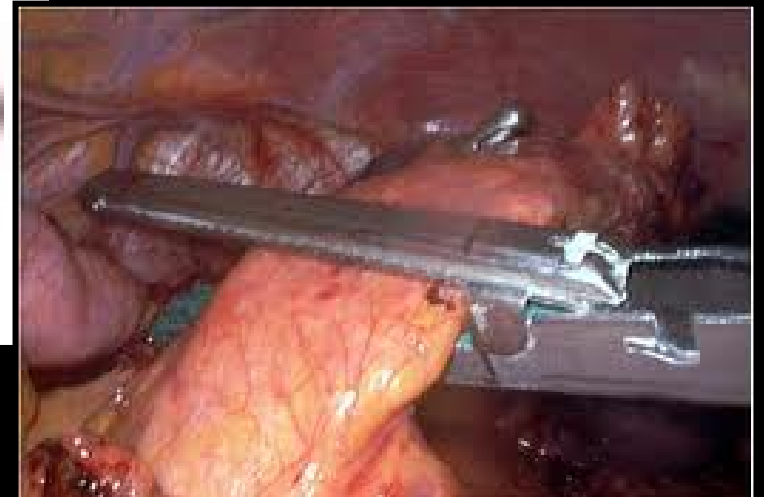
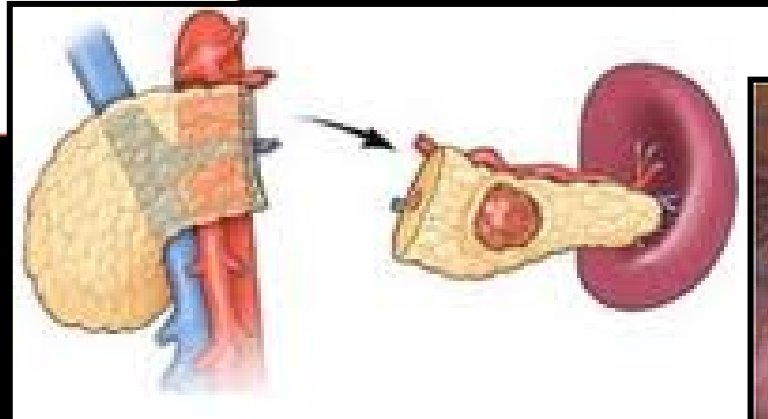


Chirurgia mini-invasiva degli organi solidi: pancreas

Indicazione: patologia del pancreas sinistro



Pancreatectomia distale

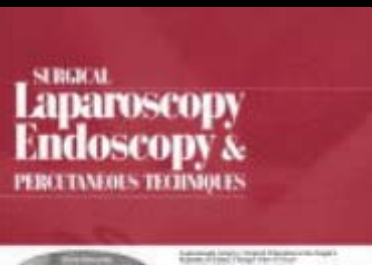
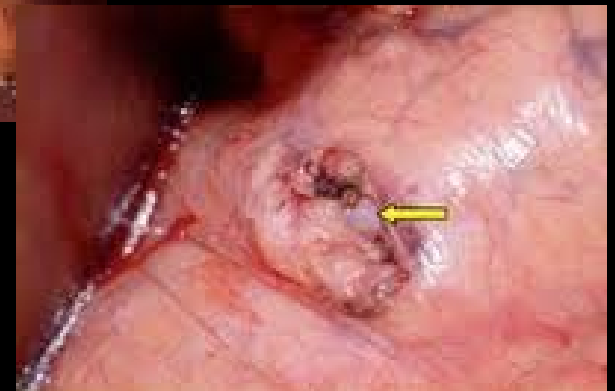


Chirurgia mini-invasiva degli organi solidi: pancreas

The next step: l'enucleazione di una lesione benigna (o precancerosa) del pancreas



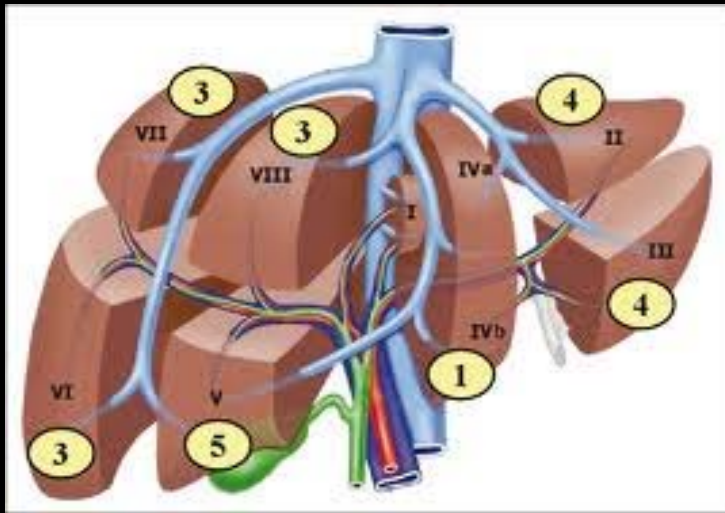
Enucleazione



A Critical Appraisal of Laparoscopic Pancreatic Enucleations:
Right-sided Procedures (Pancreatic Head, Uncus)
Are Not Mini-invasive Surgery

Renato Costi, MD, PhD, FACS,† Bruto Randone, MD, PhD,* Frédéric Mal, MD,*
Silvia Basato, MD,* Hugues Lévard, MD,* and Brice Gayet, MD, PhD**

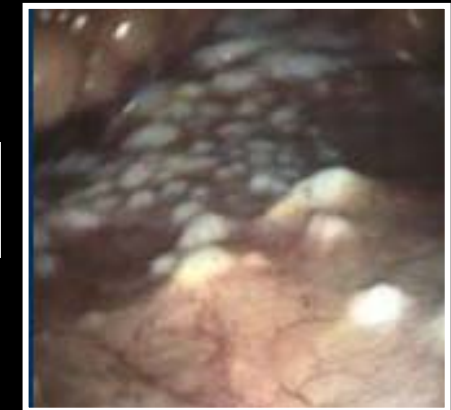
Chirurgia mini-invasiva degli organi solidi: fegato



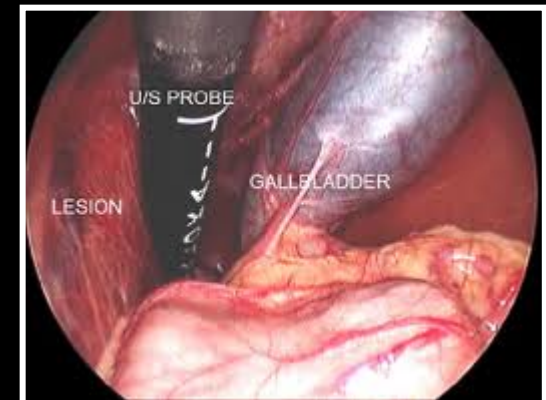
Laparoscopia esplorativa



Biopsia/resezione atipica

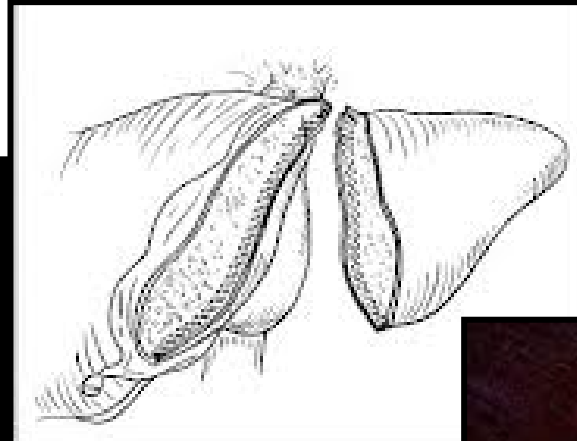
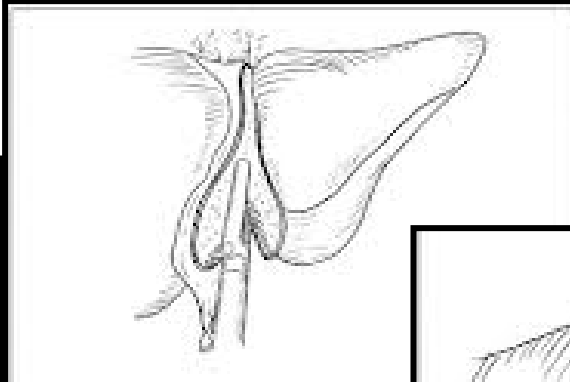
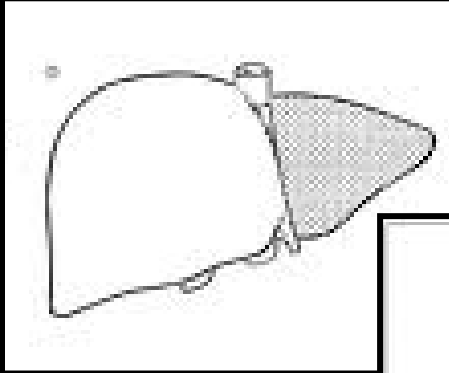


Ecografia intraoperatoria



Chirurgia mini-invasiva degli organi solidi: fegato

The next step:
la lobectomia sinistra



Lessons Learned from the First 100 Laparoscopic
Liver Resections: Not Delaying Conversion May Allow
Reduced Blood Loss and Operative Time

Renato Costi, MD, PhD,^{1,2} Olivier Scatton, MD, PhD,¹ Luciana Haddad, MD,³ Bruto Randone, MD, PhD,³
Wellington Andraus, MD,³ Pierre-Philippe Massault, MD,³ and Olivier Soubrane, MD⁴



Chirurgia mini-invasiva addominale

Gli interventi praticati

Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica
(Dir.: Prof. Luigi Roncoroni)

Colecistectomia e trattamento della calcolosi della via biliare

Laparoscopia diagnostica (elezione ed urgenza)

Chirurgia della parete addominale (ernie, laparoceli)

Patologia benigna dell'esofago (Funduplicatio sec. Nissen, plastica sec. Heller-Dor)

Patologia benigna dello stomaco (resezione atipica di GIST,...)

Chirurgia dell'obesità (Sleeve gastrectomy, by-pass gastrico)

Resezione ileale, del divert. di Meckel, derivazione interna (gastro-digiunale, ileo-ileale)

Appendicectomia

Chirurgia del colon (Colectomia destra, sinistra, proctocolectomia, colectomia totale)

Splenectomia

Surrenalectomia

Chirurgia minore del fegato, fenestrazione, lobectomia sinistra

Chirurgia del pancreas sinistro, enucleazione

Renato Costi, M.D., Ph.D., F.A.C.S.
email: renatocosti@hotmail.com

Il Maggiore? Tra i migliori ospedali d'Italia

PAG. 16

LA «PAGELLA» ALLE AZIENDE OSPEDALIERE

SETTE PARAMETRI: TECNICHE OPERATORIE, APPROPRIATEZZA E TEMPESTIVITA' DELLE CURE, DURATA DELLA DEGENZA

Il Maggiore? Fra i migliori ospedali d'Italia

Uno studio sulle prestazioni in 114 strutture sanitarie italiane: Parma al quinto posto

Monica Tiezzi

Il Maggiore si piazza al quinto posto per la qualità delle prestazioni fra le 114 fra aziende ospedaliere ed ospedali universitari italiani, secondo la valutazione dell'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, pubblicata nei giorni scorsi da «Il Sole 24 ore».

E' la prima volta che l'Agenas - organo del ministero della Sanità - stila una classifica del genere: i parametri, scelti per frequenza e significatività, sono sette (vedi scheda a fianco) e prendono in considerazione la mortalità a 30 giorni di tre interventi cardiologici (angioplastica, bypass e valvuloplastica), la percentuale di colecistectomie laparoscopiche rispetto alle laparotomiche e i giorni di degenza post-operatoria, le fratture di femore operate entro 48 ore, e i tagli cesarei nelle primipare rispetto ai parti naturali.

Il confronto parte dal Programma nazionale esiti 2012 avendo co-

me linee guida il «rischio aggiustato» (che permette il confronto di ogni singola struttura con una popolazione di riferimento e con tutte le altre strutture) e il «benchmark», ossia il risultato «ideale» statisticamente raggiungibile.

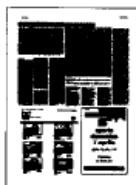
Parma si piazza, come detto, al quinto posto dopo gli Ospedali Riuniti di Bergamo, l'ospedale civile di Alessandria, il Bolognini di Seriate, il Santa Croce di Cuneo. L'ospedale Maggiore è al primo posto fra gli ospedali-azienda dell'Emilia Romagna (comunque tutti inclusi nella classifica delle 40 migliori strutture: l'ospedale di Bologna al decimo posto, quello di Modena al tredicesimo, quello di Reggio al 18esimo, e quello di Ferrara al 31esimo) e conferma una «geografia sanitaria» che concentra la qualità al centro nord. Fra i migliori 40 ospedali, la Lombardia ne piazza 14, il Piemonte sei, cinque la nostra Regione, tre la Toscana, due il Friuli. Umbria, Ba-

silicata, Puglia, Marche e Campania ciascuna con un ospedale.

Pur evidenziando le eccellenze, lo studio mette in luce anche la distanza fra i risultati «ideali» raggiungibili per ciascun indicatore, e quello che finora sono riuscite a fare le oltre 1.400 strutture pubbliche e private accreditate.

Alcuni esempi: la mortalità a 30

giorni da un bypass potrebbe essere «idealmente» dello 0,06%, la media dei risultati di tutte le strutture italiane è 2,45%, la media di Parma (su un totale di 309 interventi) è un lusinghiero 0,74%. Lo-



5 Colectostomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro tre giorni. Un parametro che valuta la rapidità delle dimissioni



1.400

LE STRUTTURE
di ricovero in Italia.
Lo studio prende in esame
le 114 aziende ospedaliere
ed ospedaliere-universitarie

Gli indicatori

- 1 Angioplastica coronarica transluminale percutanea (Tpci) eseguita oltre 48 ore dal ricovero per infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni dall'intervento
- 2 Bypass aortocoronarici: mortalità a 30 giorni dall'intervento
- 3 Valvuloplastica: conversione anatomica di una valvola del sistema cardiocircolatorio, senza sostituzione con una protesi e sostituzione di valvola: mortalità a 30 giorni
- 4 Impiegato di colecistectomie (asportazione di cistifellea) e laparoscopia (tecniche chirurgiche mininvasive) rispetto alla colecistectomia laparotomica (il tradizionale intervento chirurgico con incisione dell'addome). Un parametro che valuta l'uso di nuove tecnologie che garantiscono meno dolore e tempi di ripresa più rapidi per il paziente
- 5 Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro tre giorni. Un parametro che valuta la rapidità delle dimissioni
- 6 Impiegato di laparoscopia per interventi su donne alla prima gravidanza sul totale del parto. È uno degli indicatori di qualità più usati a livello internazionale, perché il ricovero inferiore al cesareo risulta sempre associato a una pratica clinica più appropriata
- 7 Incidenza del femore: percentuale di interventi eseguiti entro 48 ore dal ricovero. Un parametro importante che valuta le responsabilità del ricovero

biiettivo migliore di mortalità a 30 giorni da una valvuloplastica potrebbe essere 0,68%, la media delle strutture italiane arriva a 3,15% e Parma nel 2012 ha toccato il 5,21%.

Va molto meglio per la frequenza di colecistectomie in laparoscopia rispetto ai tradizionali interventi «cruenti»: la media di tutte le strutture si scosta solo di sei punti percentuali dall'«ideale» (91 contro 97, Parma a 92).

Margini di miglioramento ci sono per dimissioni più rapide dopo questo tipo di intervento: oggi torna a casa entro tre giorni dall'operazione il 59% dei pazienti, si potrebbe arrivare al 99%, e Parma

si attesta all'82%.

Note dolenti sul «fronte» delle fratture al femore, uno dei problemi più frequenti fra gli anziani: mediamente un paziente viene operato entro 48 ore solo nel 33% dei casi (l'«ideale» sarebbe il 94%), ma Parma registra un positivo 58%.

Infine i cesarei, pratica che vede l'Italia «maglia nera» in Europa. In un ospedale ideale i medici dovrebbero ricorrere a questa pratica, per le primipare, solo nel 4% dei casi: nella realtà si supera il 27%, e Parma sfiora il 34%. ♦

GAZZETTA DI PARMA

I primi venti ospedali in classifica

1 Ospedali Riuniti di Bergamo	12 Azienda ospedaliera San Carlo - Potenza
2 Azienda ospedaliera Santi Antonio e Biagio - Alessandria	14 Azienda ospedaliera di Padova
3 Ospedale Bolognini - Seriate (Bergamo)	15 Azienda ospedaliera Santa Maria degli angeli - Pordenone
4 Azienda ospedaliera Santa Croce e Carle - Cuneo	16 Ospedale Lagnano (Milano)
5 Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma	17 Policlinico Gemelli - Roma
6 Azienda ospedaliera universitaria di Udine	18 Azienda ospedaliera universitaria Maggiore della Carità - Novara
7 Azienda ospedaliera universitaria di Pisa	20 Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano
8 Azienda ospedaliera Santa Maria - Terni	
9 Azienda ospedaliera universitaria Careggi - Firenze	
10 Azienda ospedaliera Sant'Antonio - Gallarate (Varese)	



Foto: R. S. 24 Ore

OPINIONE 21



E' d'accordo con gli indicatori scelti da questo studio?

«E' una valutazione che coglie nel segno. La cardiocirurgia, la cardiologia, i percorsi nascita e la frattura del femore sono tutte prestazioni che all'ospedale Maggiore monitoriamo da una decina di anni».

Intervista **Leonida Grisendi** direttore generale dell'ospedale

«Una seria valutazione istituzionale»

Parma quinta fra i migliori ospedali italiani. Non si tratta dell'ennesima classifica aleatoria e opinabile?

«No, perché la valutazione questa volta non viene da un organo di stampa, che si limita a riportarla, ma dall'Agenas, ossia da un organismo del ministero della Sanità. A volte lavorando dentro un ospedale è più facile notare i difetti e le storture che le positività di un sistema. Un giudizio dall'esterno, su parametri oggettivi che riguardano le performance, e non i posti letto o il personale, è importante».

E' d'accordo con gli indicatori scelti da questo studio?

«E' una valutazione che coglie nel segno. La cardiocirurgia, la cardiologia, i percorsi nascita e la frattura del femore sono tutte prestazioni che all'ospedale Maggiore monitoriamo da una decina di anni».

E' buono il risultato di Parma, ma anche di tutte le aziende ospedaliere della Regione

«Parma non è un'eccezione in un contesto che vede fra i migliori 40 ospedali italiani ben cinque strutture emiliane romagnole. Significa che c'è un sistema sanitario regionale che funziona. E vorrei far notare che Parma, nella cinquina dei migliori, è uno dei due grandi ospedali, assieme a Bergamo, che occupa il primo posto: le grandi strutture sono più complesse da gestire rispetto a quelle minori». **Insomma, è soddisfatto?**

«Sì, non era un risultato scontato e banale, ed è un bel segnale per l'utenza e per gli operatori dell'Ospedale Maggiore». ♦

GAZZETTA DI PARMA



© Original Artist
Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com



search ID: gmin127





San Sebastiano
Protettore dei Laparoscopisti