



# acoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani



EDITORIALE

## Che l'ora non fugga



VITA DELL'ASSOCIAZIONE

## Congresso Nazionale ACOI - Olbia

# Sommario

## EDITORIALE

- 3 Che l'ora non fugga**  
 di Rodolfo Vincenti

- 5 Lettera ai soci**  
 di Rodolfo Vincenti

## VITA DELL'ASSOCIAZIONE

- 7 Coordinatori... vecchi e nuovi**

- 10 18° Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia**  
 di Antonino Gatto e Baldassarre Sansoni

- 11 Erro... ergo sum**  
 di Ferdinando Agresta

- 14 ACOI giovani... chi siamo, cosa vogliamo, dove andiamo**  
 di Luigi Ricciardelli

- 16 28° CONGRESSO NAZIONALE ACOI - OLBIA**  
 di Luigi Presenti

- 18 ECM: a che punto siamo?**  
 di Luigi Conte

- 21 Formazione continua in medicina**  
 di Amedeo Bianco

## PAGINA SINDACALE

- 23 Disposizioni particolari in materia di riposo giornaliero**  
 di Carmine Gigli

- 25 Scuola Speciale di Chirurgia Senologica. Al via due studi multicentrici**  
 di Secondo Folli  
 Presentazione di Carlo Mariotti

- 27 PCU: pazienti non responsivi postcoma**  
 di Enrico Pernazza

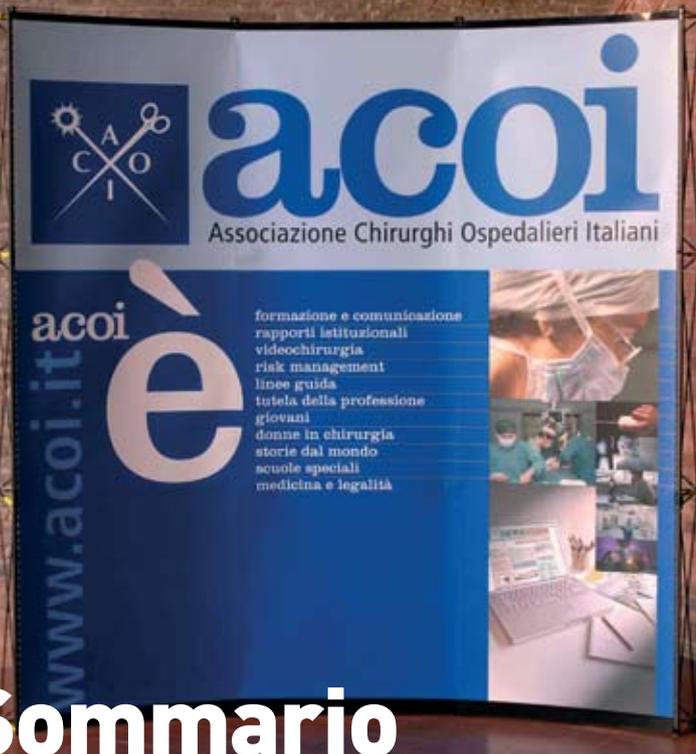
- 29 Il rapporto medico-paziente. Come e quando informare**  
 di Nicola Palasciano

## RUBRICHE

- 31 IL LIBRO DA LEGGERE**

di Sara Gobbi  
**SCHWARTZ - Manuale di Chirurgia**  
*Brunicaudi F.C. - Andersen D.K. - Billiar - Dunn*

- 32 PUNTI DI VISTA**



## Editoriale

# Che l'ora non fugga!

di Rodolfo Vincenti

Ci troviamo a vivere un periodo storico che vede tra le priorità assolute il contrasto verso un mondo dove sembrerebbero precipitati ai minimi livelli i valori della coesistenza civile.

Forse sarà per la maggiore e più capillarmente diffusa conoscenza delle notizie, sarà forse per un sistema di controlli più efficiente, ma la percezione di malessere sociale e di situazioni di prevaricazione diffusa è estremamente vivida e aggiunge malessere a malessere. I chirurghi ospedalieri italiani sono in prima linea nella azione di recupero del rapporto di fiducia con il cittadino che, certamente non per esclusiva nostra responsabilità, è speriamo non irreversibilmente incrinato e, in alcuni casi, assente.

Non è questa la sede per entrare nel dettaglio dei perché ciò sia potuto accadere, ma è il momento di riflettere sull'argomento in modo fattivo.

La società civile richiede con forza la valorizzazione dei comportamenti etici nel mondo della politica, nella magistratura, nella modalità di diffusione delle notizie e noi siamo tra i primi a richiedere ciò.

Ritengo che se è vero, come è vero, che noi chirurghi siamo impegnati a tutto campo per la difesa della nostra professionalità non potremo portare avanti una battaglia forte ed autorevole senza la condivisione di una base etica comune.

Molti sono i Codici dai quali scaturisce il nostro dovere etico. Alcuni dal valore assoluto ed universale quale



Rodolfo Vincenti

la **Carta Costituzionale della nostra Repubblica** (art 4- ... *Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società*; art 54 - ... - *I cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina ed onore, prestando giuramento nei casi stabiliti dalla legge.*), altri più specificamente riguardanti il nostro essere medici, il nostro essere chirurghi.

**Dal giuramento di Ippocrate:** *"Considererò come se fosse mio padre colui che mi insegnò quest'arte, ... farò partecipi delle mie lezioni ... gli allievi che abbiano giurato ... di volersi dedicare a questa professione. Prescriverò ai malati le cure opportune in base alle mie cognizioni, e li difenderò ... non sarò indotto dalle insistenze di alcuno per propinare medicinali letali. Serberò casta e pura da ogni delitto sia la mia vita sia la mia arte. Non opererò mai chi soffre di mal della pietra lasciando questo compito agli esperti di questa pratica ... Tutto ciò che durante l'esercizio della mia professione ed anche al di fuori di essa avrò visto e avrò ascoltato ... tacerò come se si trattasse di un sacro segreto. Che mi sia concesso, se avrò scrupolosamente osservato questo mio giuramento ... di vivere a lungo ... e raccogliere i considerevoli frutti dalla mia arte..."* alla **preghiera di Maimonide** (vedi riquadro pagina a fianco).

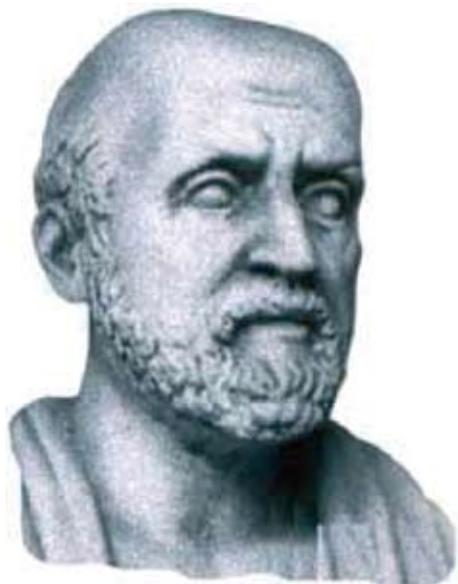
Il significato del termine può essere in alcuni casi sfumato, ma credo, con altri più autorevoli, che l'etica si basi su fondamenti oggettivi e razionali che permettono di distinguere i comportamenti umani in buoni, giusti, o moralmente leciti, rispetto

ai comportamenti ritenuti cattivi o moralmente inappropriati e che essa abbia come oggetto i valori morali che determinano il comportamento dell'uomo differenziandosi in "descrittiva" se si limita ad analisi del comportamento umano ed in "normativa" (o prescrittiva) qualora fornisca indicazioni e si configuri come un complesso di norme di comportamento (non leggi) di una società, di un gruppo professionale (etica professionale).

Credo che sia giunto il momento, anche nella considerazione del periodo storico che stiamo attraversando, nel quale una **grande Associazione scientifica, quale l'ACOI, che ha l'ambizione di rappresentare la voce dei Chirurghi Ospedalieri Italiani**, abbia il dovere di seguire l'esempio delle massime Società di Chirurgia (p.e. American College of Surgeons) e, quindi, di **provvedere alla stesura di un Manifesto Etico** al quale tutti gli associati possano far riferimento e sottoscrivere.

Il nostro Manifesto potrebbe esordire con una Dichiarazione dei Principi nella quale si ribadisca la profonda e reale attenzione al miglioramento della cura dei pazienti e al rispetto dell'etica medica, che definisca e assicuri un ambito in cui tutti gli individui siano trattati con rispetto e tolleranza; là dove la discriminazione e le vessazioni basati su età, preferenze sessuali, sesso, razza, malattia, disabilità o religione, siano proibiti come non compatibili con gli ideali e i principi dell'ACOI.

Ad essa seguirebbe la solenne Promessa dei propri membri:



Busto di Ippocrate

Ritratto di Maimonide



## La preghiera del medico

Mosé Ben Maimoun (Maimonide - 1135/1204)

Signore, fa che la mia mente sia sempre limpida e illuminata al letto del paziente, fa che nessun pensiero estraneo mi distraiga. L'erudizione e l'esperienza mi siano sempre di guida e il mio lavoro sia sempre sereno.

Perché grandi e nobili sono queste conoscenze scientifiche, volte a mantenere la salute e la vita delle Tue creature.

Allontana da me il preconcetto ch'io possa sapere ogni cosa. Dammi la forza, la voglia e l'opportunità di ampliare sempre questo mio sapere.

Oggi posso scoprire cose che ieri non avrei nemmeno sospettato perché l'arte è grande e la mente umana non si stanca di apprendere.

Fa sì che nel paziente veda solo l'uomo. Tu, o Generoso, hai scelto me per vegliare

sulla vita e sulla morte delle Tue creature. Ora mi appresto alla mia visita.

Stammi vicino in questo arduo compito sì che possa riuscire bene.



*Riconoscendo che l'ACOI cerca di valorizzare le più elevate tradizioni della nostra antica professione, io prometto, con la presente, come patto di appartenenza all'Associazione, di vivere in assoluta osservanza dei suoi principi e delle sue regole.*

*Prometto di praticare l'attività chirurgica con onestà e di porre il benessere e i diritti dei miei pazienti al di sopra di tutto.*

*Prometto di trattare ogni paziente come desidererei essere trattato se dovessi essere al suo posto e di rispettare l'autonomia e l'individualità del paziente stesso.*

*Prometto di confermare e sostenere il contratto sociale della professione chirurgica con la mia comunità e società.*

*Non prenderò parte ad alcun compromesso o trattativa finanziaria impropria che induca attribuzione, trattamento o rifiuto di trattamento per altre ragioni che non siano il benessere del paziente.*

*Dichiaro che migliorerò le mie conoscenze e capacità, rispetterò i miei colleghi e cercherò la loro consulenza quando avrò dei dubbi sulle mie abilità. In cambio, aiuterò tutti i miei colleghi quando mi sarà richiesto.*

*Riconosco la interdipendenza di tutte le professionalità sanitarie e tratterò ognuno con rispetto e considerazione.*

*Infine, ai miei colleghi membri dell'ACOI, io solennemente prometto di rispettare il codice di condotta professionale e di collaborare al fine del progresso della chirurgia.*

**Come membri dell'ACOI, noi custodiamo la fiducia** che i nostri pazienti hanno riposto in noi, in quanto la fiducia è insita nella pratica della chirurgia: requisito indispensabile all'ottenimento di tale fiducia è l'accettazione delle responsabilità correlate alla

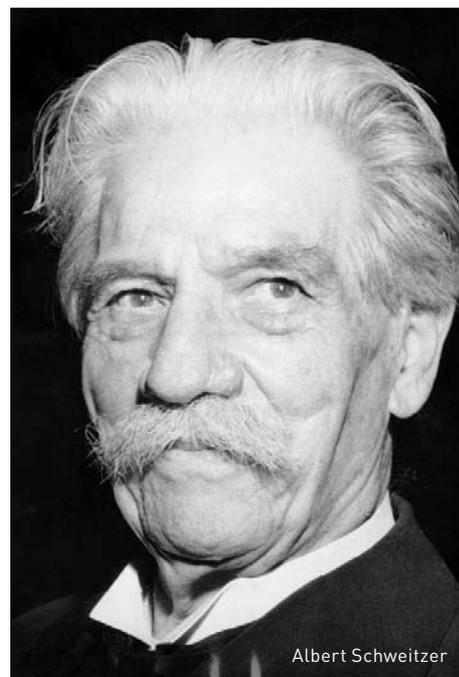
nostra professione ed ai rapporti di comunicazione con il malato, i suoi familiari, i colleghi e gli altri operatori sanitari.

La nostra professione deve anche rendere conto alla comunità scientifica e alla società della quale facciamo parte. **Come membri dell'ACOI, noi accettiamo la responsabilità** di: provvedere alla più alta qualità della terapia chirurgica, rispettare i valori di onestà, fiducia e altruismo, partecipare alla formazione continua e ai programmi di educazione rivolti alla professionalità, mantenere la competenza necessaria durante tutta la carriera chirurgica, partecipare all'autoregolamentazione, definendo, preservando e rinsaldando gli standards, migliorare l'assistenza valutando processi e risultati, informare il pubblico riguardo ai vari argomenti, sostenere le strategie per migliorare la salute pubblica e dell'individuo, comunicando con il governo, le organizzazioni per la salvaguardia della salute e l'industria, lavorare con la società per definire la giusta, efficace ed efficiente distribuzione delle risorse destinate alla cura della salute, provvedere all'assistenza chirurgica necessaria senza riguardo al genere, razza, disabilità, religione, stato sociale o possibilità economiche. Il rapporto fiduciario con il paziente è costruito sul nostro impegno individuale e collettivo a promuovere il meglio sia per i nostri pazienti che per la società. **Come membri dell'ACOI dedichiamo noi stessi e l'Associazione tali a ideali.**

**Nel Manifesto** dovranno essere dettagliatamente specificati i requisiti del Chirurgo responsabile, il sistema che regolamenti non solo i rapporti Chirurgo-Paziente, ma anche le relazioni interprofessionali, non ultime quelle che regolamentino la figura del perito.

Il perito dovrà avere familiarità con gli standards di assistenza forniti al tempo degli avvenimenti citati

e dovrà essere attivamente coinvolto nell'esercizio della branca specialistica o nel campo della materia del caso, nel momento in cui la testimonianza o il parere vengono richiesti. La specializzazione del medico perito dovrà essere appropriata alla materia del caso. Il medico perito sarà eticamente e legalmente obbligato a dire la verità. Non è etico per un medico che svolge la funzione di perito collegare la ricompensa al risultato del processo. Che le parole di Albert Schweitzer (Premio Nobel per la pace 1952): *"Il primo passo nell'evoluzione dell'etica è un senso di solidarietà con altri esseri umani"* possano far parte del nostro essere chirurghi.



Albert Schweitzer

# Lettera ai soci

*Caro Socio, spero che tu possa apprezzare sia la veste grafica che i contenuti della nostra rivista ACOInews che ricevi in quanto socio ACOI.*

*Essa rappresenta uno sforzo editoriale sia redazionale che economico non indifferente, ma noi crediamo, e ne abbiamo continui e numerosi riscontri, che sia un organo di comunicazione essenziale e gradito.*

*L'Associazione si regge sui contributi economici di ogni singolo socio che permettono lo svolgi-*

*mento di tutte le nostre attività istituzionali e la fornitura di servizi utili a tutti.*

*Il Consiglio Direttivo ha deliberato che l'invio della rivista sia riservato a partire dal prossimo numero, esclusivamente a quei soci che siano in regola con il pagamento della quota sociale, pertanto ti invito, qualora la tua posizione societaria non fosse aggiornata, a provvedere al più presto.*

*Ti comunico inoltre che il CD ha deliberato altresì di seguire l'esempio di altre Società*

*Scientifiche Nazionali che permettono la partecipazione attiva (presidente, moderatore, relatore ecc) ai Congressi di Società soltanto ai soci la cui posizione amministrativa sia in regola.*

*Sono certo che comprenderai le motivazioni di giustizia dalle quali derivano tali decisioni.*

*Con solidale cordialità*

*Il Presidente  
Rodolfo Vincenti*



Il Presidente Rodolfo Vincenti con la responsabile della Segreteria ACOI Rachele Giuliani al congresso di Videochirurgia di Fiuggi



# In Convenzione con **aco**i



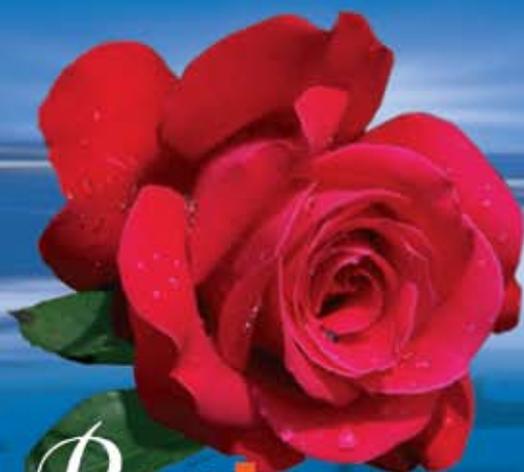
## Paper**LESS**

### IL PRESTITO A CARTE ZERO

Con la sola tessera del club, senza alcuna documentazione si accede al prestito fino a 50 mila euro, per tutti i medici in 24 ore

La nuova linea di credito del Club a carte zero, sarà ancora accessibile con la sola tessera del club, unico parametro l'ANZIANITÀ ORDINISTICA

- Dieci anni per ottenere fino a 50 MILA EURO
- Cinque anni per ottenere fino a 20 MILA EURO
- Due anni per ottenere fino a 10 MILA EURO



## Per te il Prestito senza spine del Club Medici

FINO A  
**100.000 euro**

- **Finanziamento** esclusivo per medici di base, pediatri, specialisti ambulatoriali, ospedalieri e pensionati
- **Tassi agevolati, prestito a tasso fisso**, TAN 4,25% e TAEG variabile secondo l'età e l'anzianità di servizio
- **Importo erogabile** fino a 100 mila euro entro 10 giorni lavorativi senza motivare la richiesta, è possibile, inoltre, ottenere immediatamente un acconto fino a 15 mila euro

### il Club Medici

- **Raccoglie** i documenti personali presso lo Studio o sul posto di lavoro e la documentazione presso la ASL di riferimento
- **Segue** l'iter del finanziamento fino alla erogazione

### In convenzione con:

- **Ordini Medici Provinciali**
- **Commissioni Albo Odontoiatri**
- **Associazione Mediche Scientifiche**
- **Sindacati Medici**



PRODOTTI BANCARI  
CONVENZIONATI E  
DISTRIBUITI IN ESCLUSIVA  
DAL CLUB MEDICI

**Richiedi un preventivo**



I nostri funzionari sono a tua completa disposizione



Area Verde  
06.88.07.891

Area Blu  
081.78.79520

### Area Verde: Sede Nazionale e Interregionale

Via G. Marchi, 10 - 00161 (RM)  
e-mail: info@clubmedici.it

### Area Blu: Sede Interregionale

C. Direzionale: Isola E3,  
Palazzo Avalon - 80143 (NA)  
e-mail: areasud@clubmedici.it



## Vita dell'Associazione

# Coordinatori... vecchi e nuovi



### Ferdinando Agresta

Veneto

Sono nato nel 1963 a Benevento, ma cresciuto nella Capitale, dove ho completato tutti i miei studi professionali. Ormai da 18 anni vivo e lavoro nel "mitico" Nord Est, a Vittorio Veneto (TV), in quello che viene definito "un piccolo ospedale di

periferia"...ma attivo, efficiente ed efficace e che non teme confronti con le cosiddette strutture blasonate. Mi interessa di laparoscopia ed anzi, a dire il vero, sono nato "professionalmente" con un laparoscopio in mano e di questo approccio ne ho fatto, "cum grano salis", quasi una mia filosofia operandi.

Le urgenze sono il mio pane quotidiano e queste, oltre alla fatica che tutti noi conosciamo, mi hanno valso però il riconoscimento da parte della EAES a partecipare alla stesura delle linee guida proprio per l'approccio laparoscopico nelle urgenze addominali, oltre ad essere stato il primo (e di questo vado particolarmente fiero) a vincere il Premio della Presidenza della Repubblica istituito in onore del Professor Francesco Crucitti, quale "miglior giovane chirurgo" (era il lontano 2002).

Oltre alla mia attività strettamente tecnica e professionale, cerco di scrivere e di partecipare attivamente

alla vita scientifica nazionale e non, perché credo che "pubblicare" e "relazionare" non siano soltanto un modo per render pesantemente più valida la propria preparazione professionale da mandare in giro per i vari concorsi, ma un modo per confrontarsi e crescere con chi condivide la stessa passione per un lavoro così bello ma totalizzante quale il nostro.

Conosco l'ACOI posso dire da sempre, sono fiero di essere un chirurgo ospedaliero ma particolarmente sono fiero di essere socio di questa Associazione Scientifica, presente e pronta a crescere, migliorare, aiutare.

Da quest'anno mi è stato dato l'incarico di Coordinatore Regionale per il Veneto. Un impegno non facile! Non credo nei "tuttologi" e nei "supereroi" e non posso che chiedere quindi la "simpatia" di tutti, correggermi e non ed un aiuto a svolgere questo impegno.



### Giuseppe Sergio Bondanza

Liguria

Nato a Casella (Ge) nel 1947, mi sono laureato nel 1974 ed ho conseguito la Specializzazione in Chirurgia Vascolare con 70/70 e lode presso l'Università di Modena nel 1977 ed in Chirurgia Generale con 50/50 presso l'Università di Genova nel 1984.

Assunto dall'Ospedale San Martino nel 1974, in qualità di Assistente Straordinario Supplente, sono stato nominato Aiuto nel 1986. Fino al 1997 ho

prestato servizio nella I° Divisione di Chirurgia Generale dell'Ospedale San Martino, diretta fino al 1979 dal Prof. Dachà e successivamente dal Prof. Gazzaniga.

Dal 1996 al 1997 ho svolto la funzione di Primario nello stesso reparto.

Dal 1997 sono Dirigente Medico di II° Livello nella Divisione di Chirurgia dell'Ospedale Gallino di Genova. Dal 2002 ho assunto anche il ruolo di Direttore del Dipartimento di Chirurgia del P.O. Nord dell'ASL 3 Genovese.

Sono socio ACOI e SIC. Dal 1999 al 2002 sono stato membro del Consiglio Direttivo della Società Ligure di Chirurgia.

Nell'anno accademico 1993/1994 sono stato docente presso la I° Scuola di Specializzazione in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva Chirurgica dell'Università degli Studi di Milano.

Dall'anno accademico 2000/2001 sono Professore a contratto presso la I° Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale dell'Università di Genova e dal 2008 docente presso la Scuola ACOI di Chirurgia

Laparoscopica e Mininvasiva diretta dal Prof. Melotti. Nel Luglio 2008 sono stato nominato Coordinatore regionale ACOI per la Liguria.

Sono stato organizzatore dei seguenti Corsi e Congressi: Congresso regionale ACOI (2001), Corso di aggiornamento in chirurgia laparoscopica e mininvasiva (2003), Congresso della Società Ligure di Chirurgia (2005), XVII Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia (2007), corso "Il paziente oncologico nella realtà della Valpolcevera" (2007), corso di formazione "Giornate di oncologia. Update sui tumori solidi" (2008).

Sono autore di circa 200 pubblicazioni, la maggior parte delle quali inerente le neoplasie del fegato e delle vie biliari e più in generale gli itteri ostruttivi. Ho partecipato attivamente a numerosi corsi e congressi nazionali ed internazionali, spesso in qualità di moderatore o relatore.

Sono stato aiuto del Prof. Gazzaniga in centinaia di interventi sul fegato, vie biliari e pancreas e sono stato uno dei pionieri in Europa dell'accesso percutaneo transepatico alle vie biliari e alle strutture

vascolari intra ed extraepatiche, eseguendo più di 1000 procedure fra colangiografie, drenaggi biliari (propedeutici all'intervento o palliativi), endoprotesi e fibrocolangioscopie diagnostiche e terapeutiche;

in questo contesto ho anche ideato un sistema di introduzione delle endoprotesi. Ho eseguito circa 6000 interventi chirurgici di cui molti di altissima chirurgia su fegato, vie biliari e pancreas. Negli ultimi

dieci anni ho ampliato il bagaglio tecnico scientifico sviluppando ed attuando le tecniche di Chirurgia laparoscopica avanzata (colecisti e vie biliari, giunto gastro-esofageo, colon-retto, laparoceli ecc).



## Antonio Cinque

Friuli

Nato a Manfredonia (FG) il 1° agosto 1952, ho conseguito nel 1978 il diploma di laurea e l'abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo presso l'Università degli studi di Bologna, nel 1983 il diploma di Specializzazione in Chirurgia presso l'Università di Parma, nel 1991 il diploma di specializzazione in Chirurgia Vascolare

presso l'Università degli studi di Trieste e nel 2006 quello di Medicina Legale presso l'Università degli studi di Udine.

Nel 1981, dopo il periodo di leva svolto come ufficiale medico presso l'Ospedale militare di Udine, sono divenuto assistente presso la Divisione di Chirurgia dell'Ospedale di Monfalcone; dal 1988 ad oggi ho prestato servizio presso la 3° e la 1° Divisione Chirurgica dell'Ospedale civile di Udine, attualmente Azienda ospedaliero-universitaria, dapprima come assistente e poi, dal 1992, come aiuto corresponsabile ospedaliero. Nel 1987 ho conseguito l'idoneità nazionale a Primario ospedaliero.

Come interesse professionale ho coltivato i molteplici aspetti della chirurgia generale e anche vascolare per alcuni anni, sia open che laparoscopica, sia in elezione che in urgenza, occupandomi specificatamente di chirurgia bariatrica, attività per la quale mi è stata attribuita l'alta specializzazione.

Attualmente ho l'incarico di alta specializzazione in

"Chirurgia d'urgenza". Ho pubblicato, come primo autore o coautore, 25 lavori scientifici.

Il mio iter formativo è stato sempre caratterizzato anche dall'interesse per l'innovazione e la gestione, attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento sul management e la ricerca della qualità nei servizi socio-sanitari, tanto da aver interrotto la mia carriera professionale per ricoprire, dal 2000 al 2002, l'incarico biennale a contratto di dirigente di struttura complessa di "Organizzazione dei servizi sanitari", presso l'Azienda USL 4 di Prato; a questa sfera non strettamente clinica, va ricondotta anche la mia attività sindacale svolta, sin dal 1992, come segretario aziendale dell'ANAAO Assomed, associazione di cui attualmente sono consigliere nazionale.

Sono stato inoltre responsabile aziendale del management dei progetti regionali INTERREG III A "Collaborazione transfrontaliera per la cura del malato" ITALIA-AUSTRIA ed ITALIA-SLOVENIA, dal 2005 al 2008.



## Alfio Saggio

Sicilia

Nato a Catania nel 1951, ho conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Catania nel 1976 con la votazione di 110 e lode.

Ho quindi conseguito con il massimo dei voti, presso l'Università di Catania, le specializzazioni in Chirurgia Generale (1982), in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva (1987) ed in Chirurgia Toracica (1992). Nel 1992 ho conseguito, presso l'Università di Pisa, il diploma di perfezionamento in Chirurgia Laparoscopica e inoltre l'idoneità nazionale a Primario di Chirurgia Generale (sessione 1986) e a Primario di Chirurgia Toracica (sessione 1989).

Dal 1979 al 2002 sono stato Dirigente medico di I livello presso l'Azienda Ospedaliera Vittorio Emanuele, Ferrarotto e S. Bambino di Catania dove, dal 2001, sono stato titolare del Modulo Dipartimentale di "Chirurgia Mini-invasiva e in ricovero breve" nell'ambito del Dipartimento di

Chirurgia ed Oncologia.

Dal 2002 sono Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale del P.O. di Giarre, nell'ambito dell'AUSL n° 3 di Catania e dal 2008 ricopro ad interim anche la carica di Direttore dell'U.O.C. di Chirurgia Generale del P.O. di Acireale.

Sono stato relatore a numerosi Congressi nazionali e coautore di 4 monografie e di oltre 100 pubblicazioni scientifiche.

Sono attualmente Coordinatore regionale ACOI per la Sicilia orientale, vice-presidente della Società Siciliana di Chirurgia, socio SIC, consigliere dell'Ordine dei Medici della Provincia di Catania e consigliere tesoriere del Club Chirurgico Etneo.





## Ildo Scandroglio

Lombardia

Sono nato a Busto Arsizio nel 1955. Ottenuta la maturità classica presso il Collegio Rotondi di Gorla Minore (Va), mi sono iscritto alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pavia dove mi sono laureato nel 1980 con una tesi sul "Trattamento chirurgico del cancro gastrico". La passione per la Chirurgia era iniziata già al secondo anno di Università, allorquando cominciai a frequen-

tare il reparto di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Busto Arsizio, diretto dal Prof. Perrone.

Assunto come Assistente di Ruolo nel 1982, ho conseguito in successione la Specializzazione in Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso presso l'Università di Pavia (1987), la specializzazione in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva presso l'università di Milano (1992). Sotto la guida del Prof. Fattovich, nel 1995 ho ottenuto la specializzazione in Endocrinochirurgia presso l'Università di Verona.

Particolarmente attento al problema della formazione, ho insegnato Patologia Chirurgica al Corso Universitario di Scienze infermieristiche, come titolare di insegnamento, prima all'Università dell'Insubria ed in seguito presso quella di Milano.

Nominato Aiuto Corresponsabile di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Busto Arsizio nel 1993 dal Prof. Pugliese, mi sono trasferito con il mio stesso maestro nel 1998 presso l'ospedale Ca Granda di Milano dove, dopo aver ottenuto la Struttura

Semplice di Chirurgia d'Urgenza, ho lavorato fino al 2006.

Dal marzo 2006 sono stato nominato Responsabile della Struttura Complessa di Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Tradate, Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio.

Dal Marzo 2007 ricopro anche l'incarico di Direttore del Dipartimento Chirurgico di Presidio.

Iscritto all'ACOI da subito ho seguito tutto l'iter dei congressi e della formazione, partecipando ai corsi delle Scuole di Chirurgia Laparoscopica e Bariatrica. La passione per la videochirurgia mi ha fatto muovere i primi passi fra Amici che da giovane pensavo irraggiungibili.

Così mi è stato assegnato il ruolo di coordinatore ACOI della Provincia di Varese, insieme abbiamo riportato il Congresso Regionale nel 2006 in città ed ora cercherò, con la comprensione e l'aiuto di Tutti, di portare a termine questo nuovo compito che mi è stato affidato.



## Giovanni Stoppelli

Calabria

Nato a Maratea nel 1955, ho conseguito nel 1980 la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Napoli, nel 1985 la Specializzazione in "Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva" e nel 1993 la Specializzazione in "Chirurgia d'urgenza e Pronto Soccorso". Dopo aver svolto l'internato presso l'Istituto di Semeiotica Chirurgica del secondo Policlinico di Napoli, diretto dal Prof. F. Mazzeo, nel 1986 ho assunto la qualifica di chirurgo ospedaliero di ruolo. Aiuto chirurgo dal 1992, dal febbraio 2005 sono Direttore Responsabile dell'U.O.C. di Chirurgia Generale dell'Ospedale

Civile di Praia a Mare. Ho frequentato numerosi corsi residenziali di perfezionamento, in particolare in Chirurgia Laparoscopica (Modena - Prof. Melotti) e in Chirurgia Tiroidea (Pisa - Prof. Miccoli).

Sono autore di ventuno pubblicazioni scientifiche di cui un lavoro monografico su una tecnica originale per il trattamento chirurgico dell'ernia inguinale. Sono socio della Società Italiana di Chirurgia e anche Consigliere dell'Associazione Calabrese Scienze Chirurgiche. Sono stato relatore in numerosi congressi nazionali e Direttore Scientifico di un Congresso Regionale sulla Chirurgia della Tiroide.

**FloSeal**  
MATRIX

*Quando ridurre  
i tempi è essenziale*

Floseal® riduce i tempi  
ed i costi chirurgici

CE 0123

Via A. Cocchi, 7/9 - Loc. Ospedaletto - 56121 Pisa  
Tel. +39 050 97 61 11  
[www.baxteritalia.it](http://www.baxteritalia.it)  
Informazione riservata alla classe medico-ospedaliera.

**Baxter**

BAE1049 PR0206



Vita dell'Associazione

# 18° Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia

di Antonino Gatto e Baldassarre Sansoni

Il Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia tenutosi a Fiuggi nei giorni 27-29 Novembre 2008, come abbiamo fin dall'inizio affermato, è stato un Congresso nella migliore tradizione dell'Associazione. La valorizzazione della Chirurgia degli Ospedali provinciali, che ha dato risultati eccezionali nel corso degli ultimi decenni, è stato probabilmente uno dei meriti maggiori che l'ACOI può legittimamente rivendicare.

L'affidamento dell'organizzazione di un Congresso nazionale a due Presidenti che lavorano in realtà periferiche come Monterotondo e Frosinone, è stata una scommessa che poteva facilmente naufragare. Crediamo, al contrario, di poter affermare, per i dati oggettivi e per i commenti di larga parte dei partecipanti, che la scommessa sia stata positivamente vinta.

Nel corso delle tre giornate congressuali vi è stata la partecipazione di oltre 500 iscritti, numero sicuramente rilevante, tenendo conto della contemporaneità di almeno altre due manifestazioni importanti quali il Convegno di Napoli EUROPEAN SOCIETY OF SURGERY - *European Integration for Surgical Know-How (12th Annual Conference - Naples - Italy- 27/29 November 2008 - Presidents: Achille Lucio Gaspari- Alfonso Barbarisic)* e l'incontro Italia - Cina di Firenze.

Il successo scientifico della manifestazione è stato testimoniato dai giudizi dei partecipanti circa la qualità dei video proiettati nelle sale. Come è noto i video proiettati sono stati oltre 300 con addirittura in alcuni momenti 5 sale in proiezione contemporanea. Grande il merito dell'organizzazione tecnica, che ha fatto scorrere oltre 300 proiezioni senza alcun intoppo.

La sede congressuale si è rivelata fattore di sicura affidabilità. L'ospitalità di uno dei più belli alberghi d'Italia ha contribuito a creare un clima favorevole fra i partecipanti e a celare numerose pecche organizzative che ci sono state.

Senza peccare di falsa modestia, crediamo che i nostri meriti come organizzatori non vadano al di là di qualche scelta bene individuata. Il successo sempre riscontrato nelle varie edizioni del Congresso ACOI di Videochirurgia è, in gran parte, legato alla formula della comunicazione per video che l'Associazione ha inventato. Formula molto coinvolgente di notevole valore formativo.



Avremmo voluto fare di più. Tantissimi Colleghi, anche di grande spessore professionale, il cui contributo scientifico avrebbe potuto impreziosire il convegno, non sono stati coinvolti. A parziale giustificazione per tali numerose carenze, dobbiamo ricordare che, per l'organizzazione del Congresso, abbiamo potuto disporre di sette mesi, con l'estate di mezzo, che ne porta via almeno due.

Non sono certo molti per organizzare un Congresso Nazionale. L'incalzare dei tempi ha fatto sì che anche un tentativo di contatto telefonico andato a vuoto comportasse la rinuncia ad una presenza che avremmo immensamente gradito. Le defezioni dell'ultima ora, anche delle autorità politiche invi-

tate, non si sono potute rimpiazzare per mancanza materiale di tempo. Per non parlare della raccolta di fondi che ci ha tenuto con il fiato sospeso fino agli ultimi giorni.

Un grande augurio va a Munegatto che starà sicuramente già al lavoro per l'organizzazione del prossimo Congresso.

Un ringraziamento ancora va all'ACOI che ha creduto in noi, ai numerosi sponsors della manifestazione e "last but not at all the least" a Micaela Piccoli, Presidente della Commissione di Videochirurgia, che ha costruito l'impalcatura scientifica del convegno e a Grazia Millan e ai suoi collaboratori che ne hanno curato l'organizzazione.





## Erro... ergo sum

di Ferdinando Agresta

È tutta colpa di Chiara, mia figlia più grande. Primo Liceo Scientifico: Latino, Epica, Mitologia. "Papà, tu che hai fatto il Classico ed eri un secchione perché non mi aiuti?" Ed eccomi allora a declinare e coniugare, a parlare di eroi, dee e quanto altro. E' tutta colpa poi dell'ACOI e dei suoi Congressi, come quello appena svoltosi a Fiuggi, dove non si parla e si discute solo di numeri, evidenza e significatività scientifica. **"Videochirurgia tra Scienza ed Arte"**. Non solo filmati operatori, spinti all'estremo nella loro perfetta realizzazione tecnica, ma filmati ove il talento dell'artista fa la "evidente" differenza, ove il gesto è frutto non solo di esperienza ma anche di predisposizione. La tavola rotonda dell'inaugurazione **"Il chirurgo nell'immaginario collettivo: ieri, oggi e ..."** Scorrono allora le clips di attori che interpretano dei chirurghi. La musica

di sottofondo, il gioco delle luci e delle inquadrature, la tensione del momento che rende questi eroi ancora di più dei super-eroi, pronti a vincere anche la loro incertezza di facciata e brillantemente superare, grazie allo sguardo magari di una bellissima strumentista o di quello rassicurante del vecchio Maestro che non può che scommettere vincente sul proprio pupillo, la drammaticità del momento. Il tutto poi con solo qualche goccia di sudore sulla fronte! *"(il chirurgo) mago ed essere mitologico"* dice giustamente il nostro Presidente Vincenti. Ma fino a ieri! Già, essere mitologico come quelle divinità greche che sto ristudiando con Chiara: così piccoli nel loro essere dei (non sono così invincibili), ma così grandi nella loro peggiore natura simil-umana fatta di invidie, piccolezza, banalità, di amori quantitativi più che qualitativi. *"Cogito, ergo sum"* di

Cartesiana memoria. Una delle prime frasi che mi sono trovato a tradurre con Chiara. Penso dunque sono. Penso/agisco tecnicamente come un chirurgo, quindi sono un chirurgo. Come se tutto terminasse nell'atto puramente tecnico anche se così bello da essere artisticamente unico. Noi come quell'artista che prende il martello per tirarlo alla sua statua di marmo e gridare *"perché non parli?"*. Ma questa è e rimarrà – anche se nei secoli – solo una statua di marmo. Scorrono ora le clips di Totò e di Sordi, queste sì che sono più vive e più vere anche se nel sorridere vi è spesso tanta tristezza ed amarezza. Totò con i suoi giochi di parole e di paragoni sul paziente che poi non è così paziente, sul protagonista che è un chirurgo ed un co-protagonista (sempre il paziente) che di lavoro fa "il macellaio". Sui progressi della Scienza Medica (... *mi operanza*



*addormentarmi – dice il paziente – ma giovanotto lei allora non sa che di progressi ne abbiamo fatti... – dice il chirurgo: l’anestesia sulla parola!), sul Near Miss Error (... lo vede – dice sempre il chirurgo – mi stava facendo tagliare sul posto sbagliato... e poi dicono che si ammazza la gente...).* Totò e quel voler ridicolizzare questo “nostro” sentirci (ieri) degli dei, così piccoli proprio nella nostra deità! E Sordi con la sua Villa Celeste, se ben ricordo: la chirurgia plastica spinta all’estremo... del guadagno! L’occupare una posizione senza averne non tanto i “titoli” (?) ma le capacità (è tragica la scena del Direttore/Professore di Villa Celeste costretto in sala operatoria per operare visto che tutti gli altri chirurghi – quelli veri – sono in sciopero... ed alla fine ecco però tornare il barone di turno, eroe nonostante tutto, a risolvere la situazione). Gli intralazzi e quanto altro. Eroi però anche questi personaggi, perché costretti a sopravvivere al sistema di ieri (almeno si spera), di cui sono degni figli. *“Miracoli promessi ieri e la stanchezza della Società di oggi”* dice giustamente il Professor Bellantone. Ma noi non siamo neanche come i medici di ER od il Dottor House: tuttologi ed arroganti, artisti che vedono solo il marmo della loro opera, che per quanto opera eccellente, resterà sempre e soltanto marmo. Ma non siamo nemmeno come i medici – sia quelli buoni che cattivi – di crimini bianchi. Non abbiamo la meschinità dei cattivi, ma neanche la falsità (*“sono solo gli altri che sbagliano”*) e la prosopopea di quelli presunti buoni. **“Erro, ergo sum”** chiamiamolo errore o complicanza, non ha importanza la terminologia (a meno che non sia voluto, allora è colpa o dolo!) ma ricordiamoci di umanizzare il nostro essere

professionisti proprio con l’inevitabile presenza dell’errore. E allora ha senso parlare di clinical risk management, allora ha senso parlare di Audit e di Near Miss Error, allora è giusto sedersi attorno a un tavolo e dire a tutti – a noi per primi – che la nostra è sì la *“più scientifica delle arti e la più artistica delle scienze”* perché è l’uomo – sia esso l’attore passivo che attivo – che la rende tale. Allora è bello vedere i filmati della sessione **“Colecistectomia laparoscopica: migliorare o complicarsi la vita?”**, dove ha positivamente colpito l’onestà dei colleghi nel presentare non solo la *fattibile efficacia* ma soprattutto il complicarsi la vita (e non solo) delle nuove tecniche laparoscopiche per la colecistectomia.

Allora è stato bello ed ha senso il video concorso dedicato ai giovani chirurghi: vedere come l’urgenza, con la sua imprevedibilità stimola però l’abilità (e l’onestà umanità) del giovane chirurgo. E allora ha senso parlare del domani via rete e computer, dove imparare/confrontarsi/discutere non solo tra noi chirurghi ma con tutti ed alla pari. Perdonatemi: è tutta colpa di Chiara... è tutta colpa dell’ACOI! Però devo dire che è bello alzarsi dalla sedia dopo aver declinato, coniugato e tradotto con Chiara. Così come è bello (anche se faticoso: con l’età si perde l’abitudine ad ascoltare) alzarsi dopo aver partecipato a dei Congressi come l’ultimo di Videochirurgia ACOI.

## A Fiuggi il “battesimo” della nuova Commissione Giovani

di Marina Vinciguerra

Comincia a Fiuggi, sotto i migliori auspici, questo triennio di attività per la Commissione Giovani. Nella sala principale finalmente affollata, nonostante il sabato mattina sia solitamente “a rischio” flop. Il Comitato organizzatore del congresso e la Commissione di Videochirurgia hanno affidato alla nostra Commissione la sessione “Videoconcorso dedicato ai giovani chirurghi” con giuria costituita dai coordinatori regionali. Il successo è misurabile, oltre che con la vasta partecipazione numerica in sala, soprattutto per il valore didattico-scientifico e la qualità tecnologica dei video proiettati, ove all’opera v’erano proprio i chirurghi più giovani. La sessione si è arricchita con commenti e domande dalla platea, soprattutto

di chirurghi esperti, che hanno confrontato le proprie esperienze con quelle dei giovani; l’aspetto scientifico più rilevante proposto, ormai sempre più fortemente dai giovani, è l’applicazione della tecnica laparoscopica in urgenza e per malattie chirurgiche anche complesse. In conclusione, il messaggio “forte” che noi giovani dell’ACOI desideriamo lanciare da Fiuggi è proprio questo: mettere al servizio dell’Associazione la nostra capacità organizzativa e le competenze tecnico-scientifiche in un continuo confronto-dibattito con i nostri Maestri, col duplice obiettivo di essere sempre più protagonisti della vita associativa e di implementare continuamente la nostra formazione.

Noi prendiamo di mira  
le infezioni.



I risultati dello studio di un laboratorio autonomo dimostrano che **GORE DUALMESH® PLUS** Biomaterial inibisce l'infezione da *Staphylococcus aureus* Meticillina-resistente (MRSA)<sup>1</sup>



- GORE DUALMESH® PLUS Biomaterial è il **solo** prodotto protesico che presenta su entrambi i lati un trattamento con agenti antimicrobici (clorexidina e carbonato d'argento) che agiscono sinergicamente per inibire la colonizzazione batterica del biomateriale sino a 10 giorni dall'impianto.
- Due superfici differenti: una favorisce la rapida incorporazione alla parete addominale. Il lato viscerale liscio sfavorisce le adesioni tissutali.



DUALMESH® PLUS

BIOMATERIAL

(00800) 6334.4673 (EU)  
goremedical.com

1. Harrell AG. Prosthetic mesh biomaterial susceptibility to Methicillin resistant *Staphylococcus aureus* adherence in an in-vitro model. Abstract presented at Hernia Repair 2005, American Hernia Society, San Diego, CA, Feb 9-12, 2005. Page 94, Abstract 34F.

## Vita dell'Associazione

# ACOI giovani... chi siamo, cosa vogliamo, dove andiamo

di Luigi Ricciardelli

**P**ermettetemi di iniziare così ... semplicemente perché questo titolo mi porta fortuna, così nel 2002 ho iniziato a scrivere sul numero 1 del giornalino dell'Associazione Campana Giovani Chirurghi. Poi sono venuti tanti successi per la nostra ACGC, ma soprattutto oggi le mie migliori amicizie sono legate proprio a quel gruppo. Ma guardiamo avanti e quindi ... ACOI giovani.

E' doveroso innanzitutto ringraziare Gianluigi Mellotti, Rodolfo Vincenti e tutto il Consiglio Direttivo avendo riposto grandi aspettative nel lavoro della nostra Commissione, anzi, direi che hanno investito su di noi immeritadamente, essendo la nomina di ognuno di noi legata soprattutto a rapporti di amicizia o lavorativi con i vari componenti del Consiglio Direttivo; adesso è compito di tutti noi valorizzare la fiducia che ci è stata data in anticipo.

Oltre alle cariche deliberate dal C.D., cioè Massimo Sartelli (Macerata) e Maria Vittoria Sirchia (Cagliari) vice-presidenti ed il sottoscritto presidente della Commissione, per un migliore funzionamento del gruppo, abbiamo ritenuto utile attribuirci ruoli e funzioni diverse. Come richiesto dalla normativa societaria, abbiamo nominato il segretario generale della Commissione nella persona di Paolo Conti (Roma); il primo impegno che Paolo già sta portando a termine è la revisione dell'elenco soci, suddividendo quelli under 40 regione per regione,

in modo da avere un quadro della situazione nazionale e contattare tutti i soci giovani, con una lettera in formato cartaceo o elettronico, coinvolgendoli ampiamente nelle nostre attività.

Per ottimizzare il lavoro ci siamo suddivisi in due gruppi (già ormai attivi), secondo la provenienza geografica (area nord e area centro-sud), con un coordinatore ed una sede.

La scelta di suddividerci in due gruppi è importante per 1) costituire gruppi operativi più piccoli e così più funzionali, 2) sentirsi più responsabili verso il proprio territorio diventando ognuno punto di riferimento. Per l'area nord abbiamo nominato coordinatore Alessio Corradi (Bolzano) e scelto Modena come sede per gli incontri; all'area nord aderiscono C. Antonini, F. Belli, G. De Vivo, S. Gobbi, L. Lazzaro, M. Lotti, D. Marchi ed E. Rota. Per l'area centro-sud abbiamo nominato coordinatore Marina Vinciguerra (Terni) e scelto Roma come sede; l'area centro-sud comprende M. Anecchiarico, L. Capasso, V. Caracino, E. Guarino, G. Guercioni, L. Mannino, P. Mezzatesta e A. Patriti.

È importante sottolineare che ruoli e funzioni, sia quelle deliberate dall'ACOI che quelle da noi stabilite, presuppongono un impegno maggiore ed un'opera di coordinamento al servizio del gruppo e di tutti i soci giovani.

Il presidente Vincenti ha inoltre concesso la possibi-

lità di aggiungere alla Commissione anche qualcun altro particolarmente motivato; il successo del nostro impegno iniziale è confermato anche dalla tante richieste ricevute. Pertanto, a breve, inseriremo nel gruppo qualche altro collega, soprattutto proveniente dalle regioni non già rappresentate (Basilicata, Calabria, Friuli, Molise, Piemonte, Puglia e Valle d'Aosta).

Aspetti decisivi per il nostro cammino futuro sono comunicazione e marketing ... e quindi "ACOI news" ed il sito.

Con la collaborazione di Luigi Presenti e Domitilla Foghetti certamente manterremo un'importante presenza su "ACOI news", con aggiornamenti periodici sulle nostre attività e con articoli sulle problematiche più attuali dei giovani chirurghi (formazione e precariato), oltre all'articolo di aggiornamento scientifico.

Per rendere più stretto il nostro rapporto collaborativo con "ACOI news" abbiamo nominato responsabile Gianfranco De Vivo. Sul rinnovato sito inseriremo i recapiti mail di tutta la commissione, l'elenco soci under 40 con e-mail, in archivio l'attività svolta e poi le iniziative programmate ed i progetti, possiamo fare dibattiti e forum su argomenti selezionati ... e poi verranno a tutti certamente altre idee. Su richiesta del C.D., la nostra Commissione ha nominato Enrico Guarino e Mario Anecchiarico per collaborare con



Commissione Giovani riunita al Congresso di Videochirurgia di Fiuggi

Graziano Pernazza, incaricato dallo stesso C.D. di curare l'aggiornamento del sito.

Per lanciare nel panorama nazionale le attività di questo gruppo e di tutti i giovani chirurghi, è molto importante una nostra partecipazione "forte" al 28° congresso nazionale (Olbia 27-30 maggio). Unitamente al presidente del congresso, Luigi Presenti, sempre vicino alle istanze dei giovani, ed a Sara Gobbi stiamo lavorando su due argomenti: uno, politico, formazione e precariato, e l'altro, scientifico, l'appendicectomia laparoscopica.

Su "Formazione e precariato" potremmo fare un confronto-dibattito tra Politici, Università, associazioni e giovani ... e credo che poi tali argomenti debbano diventare una costante del nostro impegno. Così anche l'appendicectomia laparoscopica potrebbe poi diventare argomento di una consensus conference, di una pubblicazione scientifica significativa e di linee guida.

Abbiamo recentemente contattato tutti i coordinatori regionali richiedendo un coinvolgimento ancora maggiore dei giovani nel coordinamento regionale e nei congressi.

Obiettivo non secondario è quello di avvicinare all'ACOI anche gli specializzandi di chirurgia, coinvolgendoli intensivamente nelle nostre attività, per cui già abbiamo contattato le tre organizzazioni nazionali di categoria, FederSpecializzandi, Segretariato Italiano Medici Specializzandi e Lega Medici Specializzandi. Inoltre è importante la collaborazione attiva di altre figure giovani con ruoli importanti nell'ACOI: Vincenzo Bottino, Francesco Gammarrò e Graziano Pernazza (segretari aggiunti), Micaela Piccoli (presidente della Commissione di videochirurgia), Domitilla Foghetti (vice-direttore di "ACOI news") e Marco Barreca (presidente della Commissione Giovani 2005-2008).

Questi finora i progetti avviati, ma le idee sono

ancora tante ed altre certamente verranno, anche ai tanti soci giovani, leggendo quest'articolo e magari contattandoci.

L'obiettivo "ultimo" del nostro impegno è rendere i giovani il motore di questa associazione, ma è indispensabile l'impegno di tutti i componenti della nostra Commissione e degli altri soci giovani che abbiano l'intenzione di mettere al servizio di tutti il proprio impegno: non sarà difficile farlo, basterà contattarci.

In questi primi mesi di attività la nostra forza coesiva è stata la trasparenza e la condivisione delle scelte, nell'immediato futuro dobbiamo avere la capacità di tradurre in iniziative l'entusiasmo ed i tanti nostri progetti.

Forse sarà difficile raggiungere i tanti obiettivi che ci siamo prefissati ... avremo come nemici il tempo e i soldi, ma sono certo che tra tutti noi alla fine sarà rimasto un sincero rapporto di amicizia.

NOME	CITTÀ	REGIONE	E-MAIL	RUOLO
Mario Anecchiarico	Grosseto	Toscana	manecchiarico@hotmail.com	"area centro-sud" collaboratore www.acoi.it
Chiara Antonini	Empoli	Toscana	chiaraantonini1@virgilio.it	"area nord"
Fiorenza Belli	Genova	Liguria	fiorenza.belli@galliera.it	"area nord"
Lorenzo Capasso	Caserta	Campania	lorenzo.capasso@inwind.it	"area centro-sud"
Valerio Caracino	Pescara	Abruzzo	valerio.caracino@infinito.it	"area centro-sud"
Paolo Contini	Roma	Lazio	continip@tiscali.it	segretario generale
Alessio Corradi	Bolzano	Trentino Alto Adige	alessio.corradi@asbz.it	coordinatore "area nord"
Gianfranco De Vivo	Bassano del Grappa (Vi)	Veneto	devivog@tiscali.it	"area nord" responsabile per "ACOI news"
Antonello Forgione	Milano	Lombardia	forghy@inwind.it	"area nord"
Sara Gobbi	Olbia	Sardegna	sarafish71@hotmail.com	"area nord" progetto "appendicectomia vls"
Enrico Guarino	Roma	Lazio	eguarino@inwind.it	"area centro-sud" responsabile per www.acoi.it
Gianluca Guercioni	Ascoli Piceno	Marche	gianmed@libero.it	"area centro-sud"
Luca Lazzaro	Portogruaro (Ve)	Veneto	lucalazzaro71@virgilio.it	"area nord"
Lorenzo Mannino	Palermo	Sicilia	lorenzo.mannino@yahoo.it	"area centro-sud"
Domenico Marchi	Modena	Emilia Romagna	d.marchi@ausl.mo.it	"area nord"
Piergiorgio Mezzatesta	Palermo	Sicilia	pmezzeata@virgilio.it	"area centro-sud"
Marco Lotti	Bergamo	Lombardia	mlotti@ospedaliriuniti.bergamo.it	"area nord"
Alberto Patriti	Spoletto	Umbria	albertopatriti@gmail.com	"area centro-sud"
Luigi Ricciardelli	Napoli	Campania	luigiricciardelli@tiscali.it	presidente
Emanuela Rota	Sesto San Giovanni (Mi)	Lombardia	diananeve@yahoo.it	"area nord"
Massimo Sartelli	Macerata	Marche	m.sartelli@virgilio.it	vice-presidente comitato editoriale "ACOnews"
Maria Vittoria Sirchia	Cagliari	Sardegna	maxvitti@tiscali.it	vice-presidente
Marina Vinciguerra	Terni	Umbria	marina.vinciguerra@inwind.it	coordinatore "area centro-sud"

## Vita dell'Associazione

# 28° CONGRESSO NAZIONALE ACOI

## OLBIA 27 - 30 MAGGIO 2009

di Luigi Presenti

Il congresso nazionale ACOI torna in Sardegna dopo parecchi anni. Per la prima volta si svolge nel nord-est della regione, un'area geografica famosa in tutto il mondo, in grado di accogliere al meglio i congressisti grazie ad una rete di trasporti altamente collaudata per gestire alti flussi di passeggeri ed una rete alberghiera di alto livello.

Il congresso nazionale ACOI è ormai da considerare il più importante evento scientifico di chirurgia in Italia e le ultime edizioni lo hanno ampiamente dimostrato.

È anche però un evento sociale, di notevole forza aggregativa e, sobriamente, mondano. Cercherò di realizzare tutti questi aspetti.

Il titolo del congresso richiama grandi opere letterarie del novecento europeo. Ma se Proust e Musil

hanno indagato la crisi dell'uomo del novecento, oggi noi ci dobbiamo interrogare sulla crisi del chirurgo nel XXI secolo, crisi di identità, di fiducia, di serenità nel lavoro, che non ha precedenti.

La risposta, a mio avviso, è nella ricerca della Qualità. Il problema non è nella qualità tecnica dei nostri Chirurghi che, pur nelle differenze anche territoriali, è riconosciuta come elevata a livello internazionale.

Se però i Chirurghi vengono definiti macellai, assassini, mostri, paranoici in preda a delirio di onnipotenza, se il nostro sistema sanitario viene valutato dai "consumatori" al sedicesimo posto in Europa, è evidente come il problema sia altrove. È dunque il momento di una "rivoluzione cultura-

rale", che ci veda impegnati accanto ai partners indispensabili, i Cittadini, le Aziende Sanitarie e Ospedaliere, l'Industria, a rivedere in profondità il nostro modello di Sanità. La Carta della Qualità in Chirurgia, che l'ACOI ha sottoscritto, è un primo passo in questa direzione.

L'ACOI, insieme alle altre Società Scientifiche, deve proseguire l'impegno che in questi ultimi anni l'ha vista sempre più protagonista nella comunicazione, nei rapporti con le istituzioni a tutti i livelli, nella elaborazione di strategie di rinnovamento.

Spero che il congresso di Olbia rappresenti un ulteriore passo su questa strada impervia che soltanto una forte aggregazione della nostra categoria ci può permettere di percorrere con forza e fiducia.

A tutti, un arrivederci in Sardegna.

Luigi Presenti



**28°**

**Congresso Nazionale ACOI**

**Alla ricerca della qualità in Chirurgia**

## INFORMAZIONI GENERALI

# 28° CONGRESSO NAZIONALE ACOI

# Alla ricerca della qualità in Chirurgia

Hotel Melià – Geovillage Olbia (OT)

**27 – 30 maggio 2009**

Presidente: **Luigi Presenti**

Presidente Onorario: **Renato Mura**

Vice Presidenti: **Francesco Badessi, Vincenzo Lavosi**

### PRESENTAZIONE LAVORI SCIENTIFICI

Gli abstract delle comunicazioni relative agli argomenti trattati nell'ambito del Congresso dovranno pervenire, **entro e non oltre il 31 marzo 2009**, alla Segreteria Scientifica all'indirizzo e-mail: **olbia2009@acoi.it**.

La migliore comunicazione su ogni argomento sarà inserita come "Podium presentation" nell'ambito delle principali sessioni congressuali. Le altre saranno presentate nell'ambito di sessioni dedicate alle Comunicazioni libere.

**Le cinque migliori comunicazioni pervenute di Soci under 40 saranno premiate con iscrizioni alle Scuole ACOI.**

Una sessione specifica sarà dedicata ai lavori di ricerca: i gruppi chirurgici che hanno in corso lavori di ricerca sperimentali o studi randomizzati/controllati sono invitati a presentarli, anche in forma di risultati preliminari.

### ECM

Le giornate congressuali saranno accreditate ECM singolarmente.

### ISCRIZIONI

**La partecipazione al Congresso sarà gratuita per i Soci ACOI in regola con le quote associative.** Per una migliore organizzazione si consiglia di inviare la Scheda di iscrizione alla Segreteria Organizzativa: **acoi2009@kassiopeagroup.com**, e di regolarizzare la propria posizione associativa contattando la Segreteria ACOI: e-mail **segreteria@acoi.it**, telefono **06 37518937**.

L'iscrizione preventiva al Congresso consentirà anche di usufruire di tariffe agevolate per i trasporti aerei e navali.

Sarà comunque possibile effettuare una nuova iscrizione o regolarizzare la propria posizione associativa presso la Segreteria in sede congressuale.

### Quota di iscrizione al Congresso

**per non Soci:** 250 Euro (Iva inclusa)

Iscrizione alla singola giornata: 100 Euro.

Ulteriori informazioni e aggiornamenti relativi alle iscrizioni, alle prenotazioni alberghiere e alle norme di redazione dei lavori scientifici saranno disponibili sui siti:

**www.acoi.it**

**www.kassiopeagroup.com**

link: 28° Congresso Nazionale ACOI

### SEGRETERIA SCIENTIFICA

Chirurgia Generale

Ospedale Giovanni Paolo II, Olbia

tel. 0789 552950 cell. 348 5186793

e-mail: **olbia2009@acoi.it**

**www.acoi.it**

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Kassiopea Group srl.

Via G. Mameli, 65 - 09124 Cagliari

tel. 070 651242 - fax 070 656263

e-mail: **acoi2009@kassiopeagroup.com**

**www.kassiopeagroup.com**

## TOPICS

**NEOPLASIE DELLO STOMACO** - Affidabilità oncologica della laparoscopia

**CHIRURGIA DELLA PARETE ADDOMINALE** - Possiamo codificare le indicazioni?

**DAY SURGERY** - I nuovi LEA: appropriatezza e sicurezza del paziente

**PANCREATITE** - Il chirurgo di fronte alla pancreatite. Casi clinici interattivi

**CHIRURGIA DELLA TIROIDE** - Le nuove tecnologie: buone o cattive?

**VIE BILIARI** - Gestione dell'ittero ostruttivo

**CHIRURGIA DELLA MAMMELLA**

**FEGATO** - Come curo le metastasi: dalla radiofrequenza al trapianto

**ESOFAGO** - Urgenze e complicanze in chirurgia esofagea

**EMORRAGIE ORGANI PARENCHIMATOSI** - Quando e come gli interventi conservativi

**APPENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA** - Consensus conference, ACOInews

**PAVIMENTO PELVICO** - Chirurgia del pavimento pelvico: le evidenze

**TRAUMA** - I traumi pelvici: l'approccio multidisciplinare. Casi interattivi

**ENDOMETRIOSI** - L'endometriosi tra chirurgia e ginecologia

**COLON** - Nuovi standard: dalla stadiazione ai trattamenti avanzati

**COLON** - Gli stent: come quando e perché

**CHIRURGIA DEL SURRENE** - Consensus conference

**CHIRURGIA BARIATRICA**

**CHIRURGIA PEDIATRICA**

**CHIRURGIA PLASTICA**

**CHIRURGIA TORACICA**

**CHIRURGIA VASCOLARE**

**ENDOSCOPIA CHIRURGICA**

**MEDICINA E LEGALITA'**

**FORMAZIONE E PRECARIATO** - ACOI giovani

**CHIRURGIA NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO** - Cosa mettere in valigia

## Vita dell'Associazione

# ECM: a che punto siamo?

di Luigi Conte

Componente della Commissione Nazionale ECM - Coordinatore Commissione ACOI per i rapporti istituzionali

Conclusa definitivamente la fase sperimentale (2002-2007) del progetto nazionale di educazione continua in medicina (ECM), parte la fase a regime per il triennio successivo, con l'obbligo per tutti i professionisti sanitari di conseguire 150 crediti nel periodo 2008-2010, con un minimo di 20 ed un massimo di 70 per anno e con la possibilità, per quanti hanno conseguito completamente il monte crediti fissato per il periodo sperimentale, di portarsi un abbuono di 60 crediti nel nuovo triennio.

Traendo spunto dalla relazione della Dott.ssa Maria Linetti, Segretario Generale della Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina, alla riunione di insediamento della nuova Commissione Nazionale, tenterò di riassumere lo stato dell'arte della questione.

La Commissione (istituita con decreto legislativo n. 229/1999, art. 16 ter e successive modificazioni e integrazioni e insediatasi il 30 ottobre 2008), è stata collocata, in attuazione dell'Accordo Stato Regioni e province autonome del 1 agosto 2007, nell'ambito dell'Agenzia nazionale dei servizi sanitari regionali. Questa nuova veste implica anche una diversa organizzazione del sistema di educazione continua in medicina che prevede anche l'individuazione di nuovi organismi (comitato tecnico delle regioni, osservatorio nazionale, consulta) all'interno o di supporto alla Commissione stessa.

La Commissione è preposta, per legge, a definire i requisiti degli organizzatori, pubblici e privati, di attività formativa ECM, a verificare e controllare il loro operato nonché a definire gli obiettivi formativi a livello nazionale e regionale. Stabilisce inoltre il numero dei crediti da acquisire da parte di ciascun operatore sanitario.

Nel periodo sperimentale del progetto, la Commissione ha provveduto al coordinamento, elaborazione e controllo di un sistema informativo di accreditamento delle specifiche attività formative residenziali ed ha fissato le direttive per l'accreditamento degli eventi a livello nazionale e territoriale.

Con il citato Accordo, la Commissione ha proseguito nel suo lavoro, per garantire continuità, in attesa della piena attuazione del nuovo sistema ECM che consentirà di accreditare le strutture pubbliche e private, di fissare nuovi obiettivi formativi nazionali e **nuovi criteri per la formazione a distanza e per**



Luigi Conte

**la formazione sul campo**, limitate oggi a particolari sperimentazioni a livello nazionale e regionale.

Una situazione di grave indeterminazione sul piano delle decisioni politiche e degli adeguamenti tecnici ed organizzativi ha avuto riflessi fortemente negativi sul Sistema di formazione continua. Tale condizione ha determinato atteggiamenti dubbiosi sul mantenimento del sistema e di sfiducia sulla prosecuzione dell'esperienza, corroborati da scelte regionali non sempre in linea con gli indirizzi nazionali. L'attività di accreditamento degli eventi e dei progetti formativi aziendali ha subito ulteriori rallentamenti nei mesi di luglio, agosto e settembre per anomalie riscontrate nel sistema informatico del Ministero.

### MONITORAGGIO E ANALISI DEI DATI

I dati raccolti nel primo semestre 2008 mostrano inequivocabilmente da una parte la conferma ulteriore che il sistema, in attesa del prossimo traguardo

dell'accreditamento dei provider, è il solo a certificare la peculiarità formativa di corsi e convegni, secondo i criteri stabiliti dalla Commissione nel 2000-2001 e successive integrazioni, per mezzo di un procedimento di valutazione che garantisce coerenza con gli obiettivi formativi nazionali.

Numerose Regioni (quasi tutte del centro-sud) non hanno ancora approntato un sistema anche solo sperimentale di accreditamento eventi, idoneo a soddisfare la domanda dell'utenza. Sono frequenti infatti i quesiti di operatori sanitari che sollevano questioni attinenti all'obbligo formativo (numero crediti, bonus ed esoneri), alle sanzioni o penalizzazioni, al dossier formativo e a tutte le problematiche connesse alla formazione permanente. Come sopra già si accennava, la programmazione della formazione continua deve considerare le esigenze di aggiornamento professionale teso ad accrescere l'efficienza e l'efficacia della prestazione sanitaria.

	Soggetti privati	Soggetti pubblici	Totale
Edizioni accreditate	7.802	5.725	13.527
Partecipanti previsti	587.318	657.530	1.211.818
Durata media eventi	12 ore	12 ore	12 ore
Crediti medi per evento	9	9	9

La sussistenza di un precetto obbligatorio senza una adeguata programmazione integrata tra Stato e Regioni, le cui linee di indirizzo sono pressoché ferme al 2005, non permette una formazione di qualità, sotto il profilo dell'innovazione scientifica e metodologica. In assenza di una revisione degli obiettivi formativi, la rivalutazione degli eventi residenziali, se non altro, dà luogo ad un maggiore

sforzio di aggiornamento degli organizzatori verso l'innovazione e la ricerca e impedisce, nel contempo, l'ennesima proposizione di eventi non più validi e superati.

La tabella dei "progetti formativi aziendali" concernenti la formazione a livello di aziende sanitarie (asl, az. Ospedaliere, policlinici e case di cura), indica una significativa contrazione del numero di

accreditamenti, dovuta essenzialmente alla maggiore capacità delle regioni di rendersi autonome nell'accreditamento delle attività formative.

## OSSERVAZIONI

Il sistema attuale evidenzia una fisiologica fase critica la cui causa non attiene tanto al modus operandi fino ad ora seguito dalla Commissione (che tuttavia palesa una sintomatica stanchezza e staticità delle procedure di accreditamento), quanto ai ritardi provocati dall'apparato politico amministrativo: basterebbe osservare le difformi e asincrone iniziative messe in atto dalle regioni nell'attuazione dei rispettivi programmi formativi, la lentezza di innovazione del sistema di governance e l'assoluta assenza di previsioni in materia di misure incentivanti o sanzionatorie nei confronti degli operatori sanitari e degli organizzatori.

Alla radice del fenomeno, in ogni caso, vi è la mancata soluzione delle questioni fondanti il Sistema stesso. Una delle più rilevanti è l'assenza della cultura manageriale in ordine alla gestione delle risorse umane che, nell'ambito sanitario, sono strumento principe del buon esito della prestazione sanitaria. La Formazione Continua non può prescindere dalla strategia e dall'appropriatezza dell'aggiornamento per lo sviluppo professionale delle risorse umane nell'ambito aziendale. Si registra troppo spesso, invece, che proprio i soggetti che devono conferire tali obiettivi sono avulsi dalla conoscenza e dall'uso dello strumento della formazione continua per il raggiungimento degli obiettivi e delle strategie poste in essere.

Altri problemi che attendono una rapida soluzione sono: 1) "obbligatorietà" della formazione continua e il conseguente procedimento incentivante/sanzionatorio; 2) finanziamento e conflitto di interessi 3) condivisione tra Commissione nazionale e Regioni dei criteri di accreditamento, sia delle attività formative, che degli organizzatori; 4) obsolescenza degli obiettivi; 5) tardiva implementazione delle procedure di accreditamento di formazione a distanza e formazione sul campo.

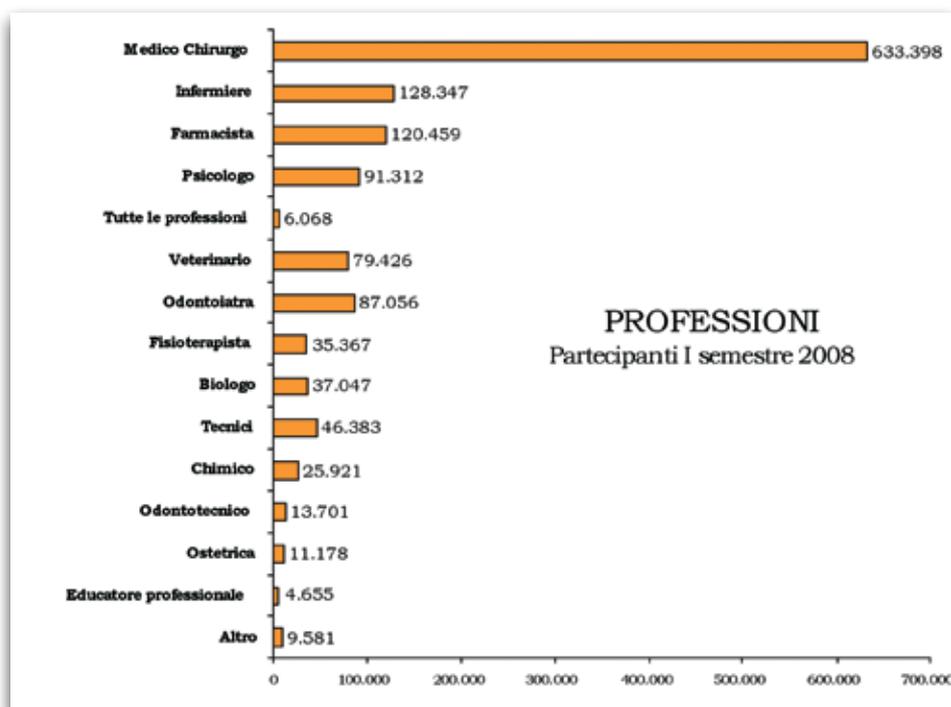
## CONCLUSIONI

Il nuovo Sistema di formazione continua rivolto a tutti gli operatori sanitari, compresi i liberi professionisti, deve tenere conto che la spinta emotiva derivante dall'avvio sperimentale è andata con il tempo scemando e va rapidamente recuperata.

L'Accordo Stato-Regioni richiama la "necessità di assicurare al sistema la continuità dell'offerta formativa necessaria alla soddisfazione del debito ECM per gli operatori sanitari; gli accreditamenti attualmente in corso degli eventi e dei progetti formativi aziendali proseguiranno con le stesse modalità, fino al consolidamento del processo di accreditamento dei provider (...). I tempi impegnati per la definizione del Nuovo Sistema di

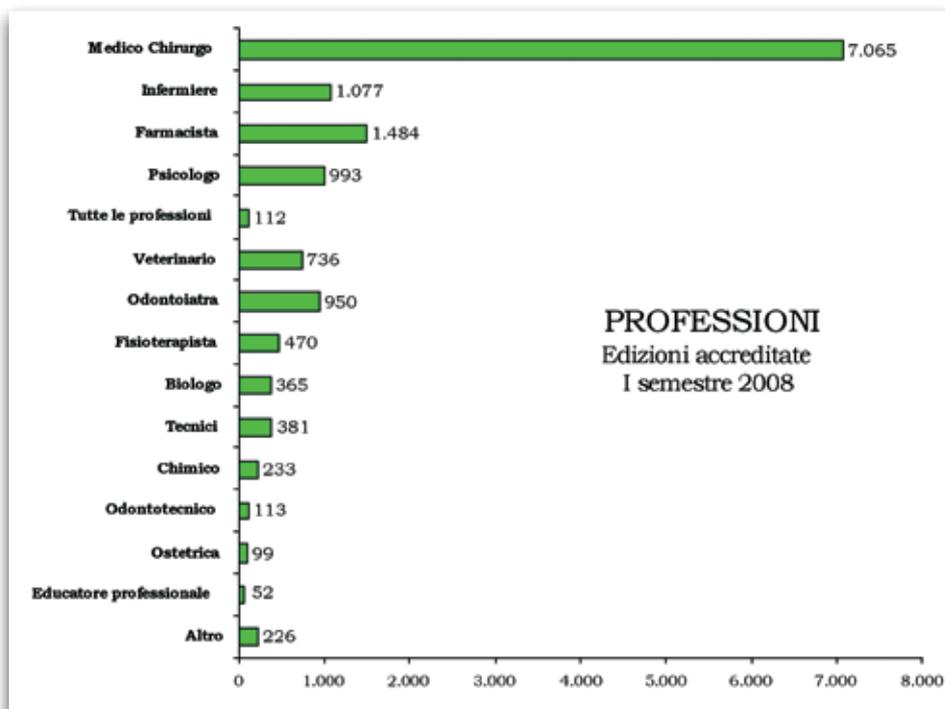
	2004	2006	2007	2008
Abruzzo	133	112	120	113
Basilicata	23	33	41	30
Calabria	48	32	34	40
Campania	266	246	97	227
Emilia Romagna	30	39	17	38
Friuli	200	3	0	1
Lazio	366	486	393	423
Liguria	193	292	231	203
Lombardia	562	356	170	124
Marche	148	12	5	10
Molise	13	28	31	23
Piemonte	532	881	641	95
Puglia	102	161	223	322
Sardegna	42	48	97	6
Sicilia	144	223	216	197
Toscana	19	25	16	10
Trentino Alto Adige	10	0	0	0
Umbria	90	1	6	5
Valle d'Aosta	33	2	0	0
Veneto	465	59	45	22

Progetti formativi aziendali (comparazione dati con gli anni precedenti relativi ai primi semestri di ciascun anno)



Formazione continua in medicina hanno prodotto notevoli ritardi. Ciò ha comportato e comporta un ulteriore periodo di transizione che impone, anche alla luce delle forti flessioni di partecipazione agli eventi formativi da parte degli operatori sanitari, di porre in essere attività volte a configurare un percorso che rispetti gli obiettivi della norma istitutiva della formazione continua. La Commissione nazionale per la formazione continua deve fissare i tempi necessari per definire l'avvio a regime del Programma di ECM, fornire indicazioni riguardo alla opportunità/necessità di continuare, anche per l'anno 2009, l'accreditamento degli eventi e dei progetti formativi aziendali, mantenendo il termine semestrale del monitoraggio, esteso anche all'offerta formativa operata dalle Regioni che hanno avviato i sistemi di formazione continua sul proprio territorio. La Commissione dovrà: stimolare la produzione di offerta formativa fondata sul principio di appropriatezza, favorire la cultura del management aziendale (che induca interventi migliorativi in ambito di organizzazione del lavoro), definire misure incentivanti in favore degli stessi operatori sanitari per la loro partecipazione all'aggiornamento; determinare le regole per la corretta impostazione dei rapporti tra organizzatori di eventi formativi e sponsor. Inoltre, in recepimento degli indirizzi del sottosegretario Fazio, deve fare in modo che i luoghi di lavoro e le aziende pubbliche diventino la sede privilegiata della formazione, con il ricorso alla formazione sul campo ed alla formazione a distanza.

**Ricordando sempre che l'ECM deve insegnare a risolvere i problemi con l'acquisizione di abilità negli ambiti specifici:** perché per qualsiasi professionista della salute è fondamentale la ricerca della soluzione clinica dei problemi del paziente, che deve essere informato e indirizzato adeguatamente. **Deve anche favorire una progressiva implementazione della cultura oltre che multidisciplinare anche interprofessionale quale fondamento indispensabile per conseguire obiettivi di salute e non semplici prestazioni sanitarie.**



PROFESSIONE	EDIZIONI	PARTECIPANTI	DURATA MEDIA	MEDIA CREDITI
Assistente sanitario	30	4.076	9	8
Biologo	365	37.047	14	12
Chimico	233	25.921	15	12
Dietista	63	10.638	14	11
Educatore professionale	52	4.655	18	16
Farmacista	1.484	120.459	10	7
Fisico	21	11.644	13	12
Fisioterapista	470	35.367	26	21
Igienista dentale	40	4.214	10	8
Infermiere	1.077	128.347	11	9
Infermiere pediatrico	50	10.280	13	11
Logopedista	87	8.509	19	16
Medico chirurgo	7.065	633.398	10	8
Odontoiatra	950	87.056	17	12
Odontotecnico	113	13.701	15	12



## Vita dell'Associazione

# Formazione continua in medicina

di Amedeo Bianco

Presidente FNOMCeO e Vicepresidente della Commissione Nazionale ECM

Una vasta letteratura internazionale ha già da tempo evidenziato come un sistema di formazione permanente, quale quello dell'ECM, fondato prevalentemente sulla sistematica implementazione ed aggiornamento delle conoscenze degli operatori, manifesti una bassa efficacia quando rapportato ad indicatori di qualità di processo e di esito.

Resta invece indiscutibile il grande merito dell'ECM di aver prima sollecitato poi mantenuto alta l'attenzione del management e dei professionisti sul valore della formazione che, in questi cinque anni di sperimentazione, sempre più si è orientata verso gli strumenti e le finalità dello Sviluppo Continuo Professionale, promuovendo la ricerca di metodologie formative (la formazione sul campo, la valorizzazione delle attività professionali, gli audit, le revisioni tra pari, la FAD), in grado di cambiare le performances professionali, migliorare gli skills e quindi incidere sulla qualità degli outcomes.

Nonostante le approssimazioni organizzative e gestionali manifestatesi in questi anni a livello centrale e periferico, il sovrapporsi di scelte politiche confuse sui ruoli e compiti degli attori in campo e soprattutto la povertà di risorse dedicate, il sistema ha comunque ricevuto una spinta formidabile "dal basso", mobilitando, in questi cinque anni, intorno ad una straordinaria mole di eventi prodotti da migliaia di provider, circa 12 milioni di partecipazioni di professionisti.

"CME is a time-honored but questionable strategy by which physicians update their knowledge ... and in turn apply this knowledge to patient care ... The passive acquisition of information results in only modest - if any - measurable improvements in care" (C. Clancy).

Lo sviluppo quantitativo del fenomeno ECM ha determinato una coerente crescita di attenzione e ricerca di tipologie formative che raggiungano l'obiettivo del sapere per saper fare e dell'imparare ad imparare.

In altre parole le attività formative tipicamente connesse all'ECM "stanno scoprendo" i metodi e gli obiettivi dell'SPC, forzando anche sul piano organizzativo e gestionale i soggetti, le procedure, i luoghi, gli strumenti, gli obiettivi della formazione.

Da questo punto di vista è innegabile che il progetto ECM, con tutti i suoi limiti, ha comunque avviato un

processo culturale di valutazione della qualità delle prestazioni e delle organizzazioni sanitarie basata sugli skills dei professionisti.

Questo rapporto, generalmente sottostimato nei tradizionali sistemi di qualità aziendali, avvalorava i principi della cosiddetta Clinical Governance.

Sotto questo profilo il Clinical Government deve creare le condizioni organizzative e gestionali facilitanti il fenomeno nel rispetto dell'Autonomia e della Responsabilità dei professionisti che si esprimono nella Clinical Governance. La formazione è un valore professionale ancorato nella deontologia dei codici che trasferito nella realtà delle aziende è anche un costo.

Facilitare la formazione come elemento di promo-

zione e verifica della qualità del sistema non può che prevedere la sana concorrenza tra le ragioni della economia e quella della autonomia e responsabilità dei professionisti.

Così come avviene in ogni prestazione sanitaria, l'ottimizzazione dei costi può essere raggiunta solo attraverso l'efficacia e l'appropriatezza del risultato.

Il sistema formativo, dal punto di vista gestionale, non può dunque essere né coercitivo, né oneroso, né estraneo all'autonomia e responsabilità dei professionisti. In particolare, come da raccomandazioni di tutte le organizzazioni mediche europee, va lasciato spazio ai bisogni formativi individuali e gli oneri, soprattutto in un sistema come il nostro che prevede l'obbligo, sono a carico dell'Istituzione Sanitaria.



## La pagina sindacale

# Disposizioni particolari in materia di riposo giornaliero

Chiave di lettura dell'articolo 7 del CCNL 2006-2009

di Carmine Gigli  
Presidente FESMED

La storia dell'articolo 7 del CCNL è stata alquanto travagliata, basterà ricordare che proprio a causa dei contrasti legati ai contenuti di questo articolo, lo scorso 10 aprile 2008 si arrivò alla rottura della trattativa e solo dopo il cambio di governo e l'autorizzazione del comitato di settore all'ARAN, per una revisione dell'articolo, è stato possibile riprendere il negoziato ed arrivare alla firma del Contratto di lavoro.

Può essere utile per chi ha criticato la formulazione finale di quest'articolo ed anche per chi condurrà la trattativa integrativa Aziendale per conto della FESMED, conoscere la successione degli avvenimenti e la posizione assunta dalla FESMED nel corso della trattativa.

La storia era iniziata ben prima dell'avvio della trattativa per il rinnovo del CCNL. Nel dicembre 2007, l'articolo 3, comma n. 85, della Legge Finanziaria 2008<sup>1</sup>, varata dal Governo Prodi, aveva stabilito che "all'articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66<sup>2</sup>, è aggiunto, in fine, il seguente comma: «6-bis. Le disposizioni di cui all'articolo 7 non si applicano al personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori»".

In pratica, la Legge Finanziaria 2008 aveva abrogato il diritto dei lavoratori del ruolo sanitario del SSN ad usufruire di "11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore", rimandando la regolazione della materia ai Contratti di lavoro.

Le pressioni del mondo del lavoro ottennero soltanto di far rinviare di un anno l'entrata in vigore della norma. Il decreto "mille proroghe" (Legge n. 31/2008<sup>3</sup>), all'articolo 24-ter stabilì che "le disposizioni di cui al comma 6-bis dell'articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, introdotto dall'articolo 3, comma 85, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, si

applicano a decorrere dal 1° gennaio 2009".

Limitandosi a rinviare solo di un anno l'abolizione del diritto ad usufruire di 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore, risultava chiaro che il Governo intendesse utilizzare questo diritto come merce di scambio nella trattativa per il CCNL. Infatti, com'è stato appena detto, la legge finanziaria rimandava la regolamentazione della pausa alle "disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro".

Il modo con cui la parte pubblica intendesse regolamentare questa materia nel CCNL risultò chiaro nel corso della trattativa per il rinnovo del CCNL, quando la posizione dell'ARAN si irrigidì su un enunciato ambiguo, nel quale si faceva riferimento al fatto che il "riposo giornaliero di cui all'art. 7 del Dlgs n. 66 del 2003 va fruito dopo il servizio di guardia nelle ore notturne, mentre per i restanti casi, viene stabilito in misura non inferiore a 7 ore".

Quindi, l'ARAN intendeva riconoscere il diritto al riposo dopo il servizio di guardia notturna ma, senza quantificarne esplicitamente la durata e ricollegandosi ad una norma che la legge finanziaria aveva dichiarato non più applicabile al personale del ruolo sanitario del S.S.N. Inoltre, compariva un nuovo riposo, "non inferiore a 7 ore", da usufruire dopo gli altri turni e che, secondo la FESMED, rappresentava un vero e proprio attentato all'istituto della libera professione dei medici del S.S.N. Infatti, se la libera professione non può essere svolta dopo il servizio di guardia notturna, per sette ore dal

termine degli altri turni di servizio, durante i turni di pronta disponibilità, nei giorni festivi e durante le ferie, non si comprende in quale momento possa essere svolta. Probabilmente, secondo il governo e le regioni: mai!

**Per la FESMED questo articolo era inaccettabile** ed anche per questo motivo, il 10 aprile si è arrivati alla rottura della trattativa.

Dopo le elezioni di primavera il governo Berlusconi ha varato il dl n.112 del 25 giugno 2008<sup>4</sup> (decreto Brunetta), poi convertito nella legge 133 del 6 agosto 2008, che ha modificato ancora una volta l'articolo 17 del dlgs n. 66/2003, decretando, con effetto immediato (art. 41, comma 7), che "le disposizioni di cui agli articoli 7, 8, 12 e 13 possono essere derogate mediante contratti collettivi stipulati a livello nazionale con le organizzazioni sindacali". In pratica, in mancanza di una regolamentazione inserita nel CCNL, risultava impossibile per i medici esigere il riposo dopo il servizio di guardia notturna, la cui concessione veniva lasciata alla discrezionalità dell'Azienda.

### IL CCNL 2006/2009

Questa situazione rendeva indispensabile l'inserimento nel CCNL di una norma che regolamentasse la pausa dopo un turno di guardia notturna. Il CCNL 2006-2009 del 17 ottobre 2008, con l'articolo 7 - Disposizioni particolari in materia di riposo giornaliero, ha sanato questa situazione, perché ha riempito il vuoto normativo ed ha coinvolto nella trattativa le Aziende e soprattutto le Regioni, le quali avevano svolto il ruolo del "convitato di pietra" durante la trattativa. Inoltre, collega il riposo dopo un turno di guardia notturna ai principi della gestione del rischio clinico, come la FESMED ha sempre auspicato, ed aggiunge potere alla **trattativa**

<sup>1</sup> Legge 24 Dicembre 2007, n. 244 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008). (G.U. n. 300 del 28-12-2007 - Suppl. Ordinario n.285)

<sup>2</sup> Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n.66. Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro. Gazzetta Ufficiale - Supplemento Ordinario n.87 del 14 aprile 2003

<sup>3</sup> Legge 28 febbraio 2008, n. 31 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative e disposizioni urgenti in materia finanziaria" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 51 del 29 febbraio 2008 - Supplemento ordinario n. 47

<sup>4</sup> Legge 6 agosto 2008, n. 133. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria. Gazzetta Ufficiale n. 195 del 21-8-2008 - Suppl. Ordinario n. 196

**integrativa Aziendale** che, altrimenti, in questo contratto sarebbe risultata ridimensionata per mancanza di istituti di rilievo da trattare.

Per la sua formulazione l'articolo 7 del CCNL 2006-2009 richiede che la trattativa integrativa Aziendale venga condotta con particolare attenzione da parte delle Organizzazioni Sindacali firmatarie del contratto.

Non è escluso che a livello di coordinamento Regionale e di trattativa Aziendale si possano incontrare delle difficoltà nella regolamentazione di un "adeguato" periodo di riposo, previsto dal comma 2 dell'articolo 7, il quale stabilisce che "... *al fine di conformare l'impegno di servizio al ruolo e alla funzione dirigenziale, la contrattazione dovrà prevedere, in particolare, dopo l'effettuazione del servizio di guardia notturna o della turnazione notturna, la fruizione immediata, in ambito diurno, di un adeguato periodo di riposo obbligatorio e continuativo, in misura tale da garantire l'effettiva interruzione tra la fine della prestazione lavorativa e l'inizio di quella successiva*". La trattativa integrativa Aziendale dovrà salvaguardare il diritto del medico ad un periodo di riposo dopo il servizio di guardia notturna, la cui quantificazione, secondo la FESMED, non deve essere necessariamente fissa e ricondotta alle 11 ore previste dalla normativa precedente.

Questo perché l'impegno richiesto dalla guardia notturna non è uguale per tutti i tipi di attività svolta (medica, chirurgica, ostetrica, etc.), può differire a seconda del tipo di presidio nel quale si esegue (ospedale zonale, di rete, di riferimento, di III^ livello, etc.), ed a parità delle condizioni precedenti, può registrare una variabilità nell'intensità di impegno che la rende differente da un giorno all'altro.

Questo deve portare a distinguere, nel periodo di riposo da fruire dopo l'effettuazione del servizio di guardia notturna, una parte obbligatoria e continuativa (stimabile in 6-8 ore) ed una parte da lasciare alla discrezione dello stesso medico (4-6 ore), durante la quale il medico può esercitare la libera professione o a sua discrezione, effettuare la sostituzione di un collega per alcune ore, oppure svolgere un'altra attività. Il tutto per complessive 11-12 ore.

Questo modo flessibile di leggere il riposo dopo l'effettuazione del servizio di guardia notturna, secondo la FESMED, è in linea con quanto prevede la stessa norma contrattuale, la quale fa esplicito riferimento al ruolo e alla funzione dirigenziale.

Non dobbiamo dimenticare che il ruolo del dirigente prevede compiti di coordinamento e controllo, anche sull'attività da lui stesso svolta, inoltre, il dirigente gode di autonomia decisionale e gli viene concessa discrezionalità nelle decisioni.

Quindi, chi meglio di un dirigente può valutare se egli stesso è in grado o meno di svolgere una determinata attività. Negargli questo potere equivarrebbe riportarlo allo status di un impiegato.

In ogni caso, è necessario chiarire che l'Azienda non potrà programmare alcuna attività che coinvolga il medico per la durata di 11-12 ore successive all'effettuazione del servizio di guardia notturna e che ogni tipo di attività potrà essere svolta solo se decisa autonomamente dallo stesso dirigente medico e dopo un periodo di riposo obbligatorio, finalizzato alla salvaguardia della sua salute ed alla protezione degli utenti.

Tale periodo, come ho accennato in precedenza, potrebbe essere quantificato dalla trattativa integrativa aziendale, nella durata di 6-8 ore.

#### LA POSIZIONE DELLA FESMED

In conclusione, relativamente alla regolamentazione dell'articolo 7 del CCNL 2006-2008, la posizione della FESMED nella trattativa integrativa sarà orientata alla ricerca di un accordo che non preveda degli automatismi, in tema di durata del riposo, ma regoli la materia in maniera flessibile e riconosca il ruolo dirigenziale del medico, anche nell'autovalutazione delle sue energie psicofisiche.



La pagina sindacale

# Scuola Speciale di Chirurgia Senologica

Al via due studi multicentrici

di Secondo Folli



Carlo Mariotti

Si è da poco concluso il primo anno del corso pluricentrico di Chirurgia Senologica: il successo ottenuto, sia in termini di gradimento espresso dai partecipanti, che di richieste di iscrizione per il nuovo anno, ci permettono di pensare con notevole entusiasmo all'organizzazione del prossimo corso.

Se l'attività didattico-formativa è momento fortemente caratterizzante lo stato della scuola, è in ugual modo rilevante l'opportunità di cogliere e promuovere stimoli alla ricerca, per questo è per me motivo di grande piacere presentare

l'articolo che segue, scritto dall'amico Secondo Folli, Direttore della Senologia dell'Ospedale Morgagni di Forlì e valido collaboratore nell'ambito della Scuola, in cui vengono illustrati due studi multicentrici che stanno per partire, a cui la scuola ha dato il patrocinio e che portiamo all'attenzione di tutti i soci.

**Carlo Mariotti**

*Direttore Scuola Speciale ACOI di Chirurgia Senologica*

La biopsia del Linfonodo Sentinella (LS), in pazienti affette da carcinoma operabile della mammella, è oggi unanimemente considerata il gold standard per la stadiazione ascellare. A tutt'oggi esistono poche controindicazioni all'esecuzione del LS e una di queste è un pregresso intervento sull'ascella.

Pertanto, in caso di recidiva locale (5-10% delle pazienti a 10 anni dal trattamento conservativo), in pazienti con pregressa biopsia del LS negativa, il trattamento standard prevede la linfadenectomia ascellare.

Il razionale di questa indicazione chirurgica si fonda sul concetto che gli interventi sul cavo ascellare (in questo caso la biopsia del LS, eseguita in concomitanza dell'intervento chirurgico di asportazione del tumore primitivo), sovvertano in modo parziale o totale le vie di drenaggio linfatico della mammella verso l'ascella, rendendo inapplicabile una seconda volta la metodica del LS.

Tuttavia, alcuni studi apparsi recentemente in letteratura propongono, sulla base di una teoria emergente, l'esecuzione di una seconda biopsia del LS.

Secondo tale teoria dopo un "adeguato" periodo di tempo dall'intervento demolitivo (quadrantectomia e biopsia del LS), la rete linfatica si riorganizza, stabilendo una nuova connessione fra la mammella e una stazione linfonodale loco-regionale (ascella, catena mammaria, sovraclaveare, ascella controlaterale), presupposto alla base della metodica del LS.

I risultati di questi studi, anche se ottenuti su casistiche non molto ampie, sembrano confermare che una seconda biopsia del LS, in caso di recidiva

tumorale, sia una metodica fattibile.

Il limite di questi studi risiede nel numero esiguo di pazienti valutate e soprattutto nella mancanza di una immediata e sistematica linfadenectomia del cavo ascellare in grado di fornire le informazioni istologiche necessarie ad una valutazione della concordanza tra stato del LS asportato e stato dei linfonodi ascellari. Senza tale conferma istologica, tali studi richiederanno un lungo follow-up per la validazione della tecnica.

Il gruppo dello IEO di Milano ha pubblicato nel 2007 sul Journal of Surgical Oncology, l'articolo "Sentinel lymph node biopsy is feasible even after total mastectomy", proponendo di applicare la metodica della biopsia del LS anche alle pazienti mastectomizzate.

Alla base di questo studio sta l'ipotesi che nell'intervallo di tempo tra la mastectomia e la comparsa della recidiva locale (4% delle pazienti a 2 anni dall'intervento di mastectomia per carcinoma della mammella), si stabilisca un nuovo "ponte" linfatico tra la parete toracica e i linfonodi loco-regionali afferenti.

L'articolo si conclude affermando che: "sebbene la biopsia del LS sia tecnicamente eseguibile, solo una popolazione più ampia e un follow up più lungo ne potranno confermare il valore predittivo".

Alla luce di queste esperienze e in considerazione della bassa frequenza degli eventi descritti, siamo qui a proporre uno studio clinico multicentrico, prospettico, non randomizzato, costituito da 2 protocolli: uno applicato alle recidive dopo quadrantectomia (**LiSer - Q**) e il secondo a quelle dopo mastectomia (**LiSer - M**), nelle pazienti

con precedente biopsia del LS negativa. Il disegno dello Studio proposto prevede l'esecuzione di una seconda biopsia del LS, seguita sistematicamente dalla linfadenectomia ascellare, in questi due gruppi di pazienti.

L'esame istologico dei campioni asportati confermerà o meno il valore predittivo del LS rispetto al resto dei linfonodi del cavo ascellare asportati.

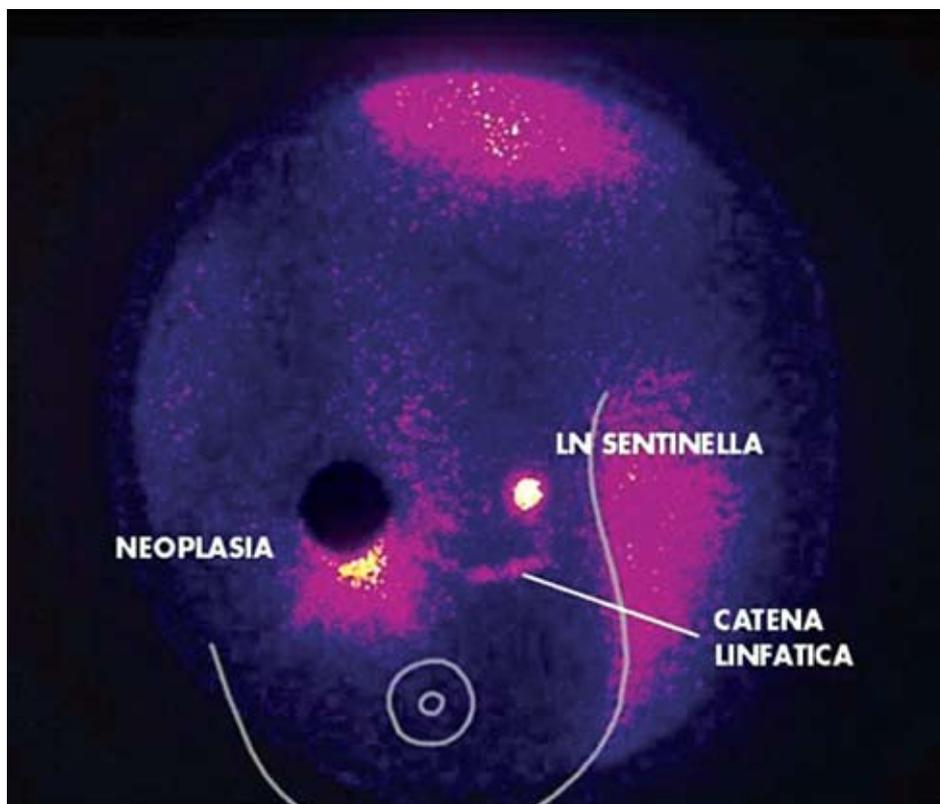


Secondo Folli

*Obiettivo di questo Studio* sarà pertanto valutare il **Valore Predittivo Negativo** e l'accuratezza di una seconda biopsia del LS, rispetto allo stato istologico del cavo ascellare.

Lo Studio, no profit, non finanziato e senza grant per i Centri aderenti, sarà patrocinato dalla Scuola Speciale di Chirurgia Senologica dell'ACOI e dall'Azienda USL di Forlì e coordinato dall'Unità Operativa di Biostatistica dell'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori di Meldola (FC), diretto dal Prof. Dino Amadori, che fungerà da supporto tecnico, metodologico e di raccolta e analisi dei dati.

I colleghi interessati agli studi proposti che volessero prendere visione dei protocolli, possono mettersi in contatto con il responsabile dello studio Dr. Secondo Folli (s.folli@ausl.fo.it; cell. 339 3026139) oppure con il Dr. Matteo Mingozzi, referente organizzativo (matteomingozzi@hotmail.com) c/o U.O. Senologia - Osp. G.B. Morgagni - via C. Forlanini, 34 - 47100 Forlì - Tel. 0543 731676, Fax 0543 731725.



## B.Braun per la Chirurgia

Tradizione e innovazione



**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

B. Braun Milano S.p.A. - Divisione Aesculap - Via Vincenzo da Seregno, 14 - 20161 Milano - Tel. (02) 66218 1 Fax servizio clienti (02) 66243 350  
e.mail: info.bbitalia@bbraun.com - servizio.clienti@bbraun.com - web: www.bbraun.com

# PCU: pazienti non responsivi postcoma

Riflessioni, considerazioni e condivisioni su una lezione del prof. A. Gomez Lobo, Docente di Metafisica e Filosofia morale dell'Università di Georgetown

di Enrico Pernazza

**I**l caso di Eluana Englaro e la conseguente querelle che tuttora lo accompagna mi ha spinto a scrivere queste considerazioni nella speranza che possano stimolare un forum tra di noi per comprendere quali siano le varie posizioni e motivarle di conseguenza.

Nell'ambito dell'Etica della salute sono fondamentalmente tre le domande da porsi:

1. Cosa si intende per qualità della vita?
2. La qualità della vita deve avere o no un ruolo nelle scelte difficili legate alla fine della vita, specie nei pazienti non responsivi postcoma (Post Coma Unresponsiveness: PCU)?
3. Quanto andremo a dire è conforme alle direttive espresse nella allocuzione di Giovanni Paolo II del Marzo 2004?

I Vari possono essere i significati attribuibili alla espressione "qualità della vita". Quasi che la vita possa essere migliore o peggiore, che possa essere valutata così come valutiamo ad esempio un'opera d'arte, uno strumento o le istituzioni. L'idea della valutabilità della vita ci riporta a concetti di filosofia greca nei quali la più alta qualità di vita si esprimeva con la felicità e la prosperità, nel pieno godimento dei beni umani fondamentali, mentre una scarsa qualità di vita è espressa dalla mancanza di certi beni di vario tipo, mentali fisici, strumentali o sociali.

In questo senso, la qualità della vita è un concetto olistico che riguarda diverse dimensioni ed è quindi aperto a differenti valutazioni. Si può concordemente giudicare la qualità della vita di una persona che manca di alcuni beni (ad esempio la possibilità di muoversi) ma ne possiede altri (la salute)? E' certo che la valutazione di qualità della vita varia enormemente a seconda delle tradizioni, delle culture e dei gruppi sociali. Ad esempio alcuni considereranno negativamente alcune forme di dipendenza (come dover essere alimentato e lavato) mentre altri le riterranno tollerabili.

Sarà bene quindi distinguere la qualità di vita dal concetto di condizione fisiologica, concetto questo più circoscritto e che ammette anche diversi gradi. La salute di una persona può essere migliore e peggiore. La condizione di un paziente è un giudizio diagnostico, è prerogativa della professione medica, è una condizione necessaria per decidere un effettivo intervento terapeutico. Tuttavia tale valutazione è



Enrico Pernazza

sicuramente cosa diversa da un giudizio globale sulla qualità della vita.

La bassa qualità di vita e la condizione patologica sono concetti diversi che non coincidono e devono pertanto essere tenuti ben distinti.

2. La qualità della vita deve avere un ruolo primario nelle difficili decisioni sulla fine della vita, soprattutto nel caso di pazienti in PCU?

E' noto che l'aspettativa di bassa qualità di vita sia divenuta una spiegazione standard per giustificare l'eutanasia. Se dolore e perdita della capacità di

esperire il piacere sono ritenuti i mali peggiori, non sorprende che uccidere intenzionalmente un paziente con aspettativa di bassa qualità di vita sia da ritenere un beneficio per il paziente stesso.

Per comprendere l'errore di fondo di questo modo di pensare ci rifacciamo alla teoria dell'azione. In ogni azione è bene distinguere tra cosa si fa e perché lo si fa. Il primo elemento è l'azione in sé (oppure omissione), l'altro è il motivo che spinge l'agente a compiere quell'azione e in genere consiste nelle conseguenze attese. Queste posizioni sono definite

rispettivamente “*finis operis*” e “*finis operantis*”; oggetto dell’azione in sé e lo scopo del soggetto agente.

Un agente che ha come obiettivo l’eutanasia può agire o omettere di agire in modi diversi che avranno comunque come conseguenza la morte del paziente. L’aspettativa di una bassa qualità di vita può mai giustificare questo tipo di azione o di omissione? Sebbene una persona possa seriamente mancare di alcuni beni, essa gode ancora del bene fondamentale della vita, un bene distinto da qualsiasi male cui la persona possa essere soggetta. Sarebbe presunzione intollerabile giudicare dal di fuori una vita come “non degna di essere vissuta”. La dignità esprime il valore delle persone e, contrariamente al valore delle cose, non è soggetta a variazioni. Una persona gravemente handicappata ha lo stesso valore di qualsiasi altra e quindi dovrebbe essere rispettata come qualunque altro.

Ci sono buone ragioni per offrire cure particolari a quelle persone che soffrono per una scarsa qualità di vita, ma non ci sono buone ragioni per giustificare la cancellazione delle loro vite a causa della loro scarsa qualità.

Tuttavia affermare che la vita è un bene umano basilare non è la stessa cosa del “vitalismo”. Per il vitalismo, a causa della sua fede nella tecnologia e dell’aperta resistenza alla possibilità di rinuncia alla vita, l’idea della accettazione della morte è fonte di rabbia e ribellione.

Questo, ad esempio, è un atteggiamento molto frequente nei parenti di pazienti affetti da tumore che vorrebbero che il medico continuasse le cure anche dopo comprovata inefficacia e molto dopo che abbiano mostrato effetti devastanti nel paziente ormai morente. L’illusione e la determinazione spesso arrogante a sconfiggere la malattia, si sostituiscono all’atteggiamento profondamente umano di accettazione della inevitabile fine della vita.

Per chi invece si trova a metà tra vitalismo e tanatismo sorge in alcuni casi un difficile dilemma, soprattutto nei casi di pazienti con PCU.

In questi pazienti le capacità razionale e sensitiva non possono più essere attivate nel modo “normale” e quindi, ciò che le tiene in vita è solo la capacità vegetativa, indipendente dalla coscienza e dalla volontà.

Tuttavia non va considerato il termine “vegetativo” come sinonimo di “vegetale”, non umano. Per evitare questo fraintendimento è stata proposta la nuova denominazione di “irresponsività postcoma” (Post Coma Unresponsiveness) che non implica associazioni fuorvianti.

Il difficile dilemma sorge dal fatto che la maggior parte dei pazienti in PCU non possa inghiottire a causa della condizione patologica che li ha colpiti e quindi si richiede la nutrizione e l’idratazione artificiali (ANH) anche intesi come nutrizione e idratazione medicalmente assistiti (MANH).

Cosa ci dice l’Etica a proposito del giusto modo di decidere se fornire, rifiutare o togliere questo tipo di assistenza al paziente?

Molti fattori ci indicano che è estremamente difficile ottenere una risposta univoca applicabile a tutti i casi. In primo luogo c’è la difficoltà di decidere se nutrizione e idratazione per sonda costituiscono una cura ordinaria o un trattamento medico. La classificazione dell’ANH come trattamento medico non risolve, da sola, la questione morale più importante, cioè se il ricorso all’ANH sia obbligatorio o meno. Ci aiuta semmai a chiarire la questione spingendoci a considerare i criteri tradizionali per iniziare, continuare o interrompere il trattamento, in altre parole ci aiuta a capire i pro e i contro.

Per discutere l’applicazione di tali criteri alla MANH consideriamo ipoteticamente l’estremistica affermazione in base alla quale rifiutare o togliere la MANH sia sempre e necessariamente eutanasia da omissione.

Mentre ritengo esista sempre un nesso di causalità tra un omicidio attivo e l’obiettivo dichiarato dell’eutanasia, l’omissione è una cosa diversa. Essa non causa attivamente la morte. Rimuove un ostacolo per il realizzarsi di una causa differente. Staccare un macchinario di sostegno delle funzioni vitali, in sé, non causa la morte.

Per la natura della causalità, un’omissione può essere legata ad una specifica intenzione, ma può anche non esserlo. Se un medico negasse gli antibiotici ad un paziente in PCU da anni, potrebbe essere sospettato di volere la morte del paziente? Ancora se un medico interrompesse la chemioterapia su richiesta del paziente potrebbe essere accusato di omicidio assistito? Tali assurde accuse dimostrano chiaramente che il nesso tra “*finis operis*” e “*finis operantis*”, del tutto causale nell’eutanasia, nel caso delle omissioni è certamente casuale.

Per un osservatore esterno potrebbe non essere percepibile una differenza tra eutanasia per omissione e il legittimo lasciar morire, dato che l’intenzione con cui si pongono azioni simili non può essere giudicata dall’esterno.

Se un medico scrupoloso valuta attentamente l’inutilità di un trattamento o la gravosità dello stesso, o ancora entrambe le cose, sarebbe presuntuoso accusarlo per la omissione delle cure di voler causare la morte del paziente e quindi di praticare l’eutanasia. Analogamente e a maggior ragione si può argomentare per certi casi di PCU, di questo in particolare. Sarebbe presuntuoso condannare un medico che, dopo aver valutato la gravosità per il paziente, per la sua famiglia e per tanti altri fattori di vario genere, suggerisse di rinunciare alla nutrizione e idratazione medicalmente assistite.

Questo non significa considerare il paziente “senza valore” o “senza dignità”. L’inutilità delle cure e la gravosità per il paziente, la sua famiglia e la comunità sarebbero le sole ragioni legittime per decidere.

Sono profondamente convinto che il prendersi cura dei portatori di handicap e di chi non è cosciente debba essere sempre la prima preoccupazione, una obbligazione che non richieda giustificazioni perché è profondamente radicata nel nostro essere umani, ma non possiamo attribuire intenzioni moralmente inaccettabili a quel medico scrupoloso e a quella famiglia che, dopo una attenta valutazione alla luce dei criteri tradizionali, optino per il rifiuto o per l’interruzione della idratazione e della nutrizione in un paziente in PCU.

3. Nel marzo 2004 Giovanni Paolo II ha parlato di obbligo a somministrare la nutrizione e l’idratazione ai pazienti solitamente definiti in “stato vegetativo permanente”. Documento di grande ricchezza al quale ha fatto seguito il “Briefing Note on the obligation to provide nutrition and hydration” della Australian Catholic Bishops Committee for Doctrine and Morals.

“La somministrazione di cibo e acqua, anche con mezzi artificiali non è in sé un trattamento medico che possa essere rifiutato o interrotto unicamente sulla base del fatto che sia un trattamento medico. In sé, la somministrazione di cibo e acqua (con qualsiasi mezzo) rappresenta il modo ordinario di sostenere la vita di un paziente e la parte minimale dell’attenzione che dobbiamo agli altri.

Tuttavia, in casi particolari, nutrizione e idratazione cessano di essere obbligatori, per esempio, se il paziente non fosse in grado di assimilare le sostanze somministrate o se le stesse modalità di somministrazione fossero causa di sofferenza sproporzionata per il paziente o implicassero una eccessiva gravosità per altri.”

Ogni volta che un trattamento medico o la somministrazione di nutrimento o idratazione sono rifiutati per motivi legittimi (inutilità, gravosità), non si può parlare di eutanasia. Dall’*“Evangelium Vitae”*: “Dalla eutanasia va distinta la decisione di rinunciare... a certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per sé e per la famiglia... La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all’eutanasia; esprime piuttosto l’accettazione della condizione umana di fronte alla morte.”

Quanto espresso dal Santo Padre è applicazione dell’insegnamento cattolico tradizionale.

Non afferma che idratazione e nutrizione artificiali debbano essere sempre somministrate né che non si debbano mai somministrare a pazienti non responsivi o incapaci, piuttosto, pur suggerendo la presunzione in favore del fare, tuttavia riconosce anche che in casi particolari, quale ritengo possa considerarsi quello in oggetto, tale presunzione debba cedere il passo al riconoscimento che la somministrazione di nutrizione e idratazione sarebbe inutile o eccessivamente gravosa.

# Il rapporto medico-paziente. Come e quando informare

di Nicola Palasciano

Direttore U.O. Chirurgia Generale, Policlinico di Bari

In Italia qualunque trattamento sanitario, medico o infermieristico, necessita del preventivo consenso del paziente. E' pertanto il suo consenso informato che costituisce il fondamento della liceità dell'attività sanitaria, in assenza del quale l'attività stessa costituisce reato. Il fine della richiesta del consenso informato è dunque quello di promuovere l'autonomia dell'individuo nell'ambito delle decisioni mediche.

Il malato può decidere se vuole essere curato e ha il diritto/dovere di conoscere tutte le informazioni disponibili sul proprio stato di salute, chiedendo al sanitario ulteriori precisazioni su ciò che non è chiaro; inoltre deve avere la possibilità di scegliere, in modo informato, se sottoporsi ad una determinata terapia o esame diagnostico.

L'art. 32 della Costituzione Italiana sancisce che nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, in sintonia con il principio fondamentale della inviolabilità della libertà personale (art. 13).

Circa 10 anni or sono una sentenza della Corte di Assise di I grado del Tribunale di Firenze, condannava un chirurgo per il reato di lesione personale volontaria per non aver avvertito il paziente o i suoi familiari della necessità, subentrata al tavolo operatorio per complicazioni tecniche, di dover effettuare un intervento chirurgico demolitivo. In tal caso non sono state imputate al chirurgo negligenza, imperizia o imprudenza, ma solo il mancato consenso del paziente o, per lo meno della famiglia, alla decisione di dover eseguire di necessità un intervento non programmato.

Improvvisamente ed in modo drammatico si comincia a parlare di omissione di consenso informato da parte del medico curante, riconoscendo implicitamente l'autonomia decisionale del paziente; evidentemente un quadro molto diverso sullo scenario della tradizione medica italiana non sicuramente avveza e pronta ad affrontare problematiche di tale genere. L'elemento fondamentale e, sotto un certo aspetto dissacrante, è che il medico curante non è più considerato il sacerdote o il santone che tutto propone per il bene del suo paziente (primum non nocere!); e quest'ultimo, al contrario, pur potendo non essere adeguatamente informato nel campo specifico, è comunque oggetto non più passivo delle attenzioni e delle decisioni del suo sanitario. In altre parole, la figura etica del medico non è più sufficiente a riconoscere la sua supremazia

culturale e decisionale; tutt'altro, egli deve convincere il suo assistito che la sua proposta terapeutica è la migliore soluzione per la patologia in atto. D'altra parte il paziente può non accettarla e, in conseguenza, non obbedire. Se da un lato quindi la responsabilità morale del medico, così cara e quasi sacra alla tradizione cristiana, implica una sorta di impunità, la necessità di ottenere il consenso informato apre il discorso sul coinvolgimento giuridico del sanitario, impensabile fino solo a qualche decennio fa. Il risvolto pratico è che il paziente non può in alcun modo essere considerato l'oggetto delle nostre teorie, idee, convinzioni; anzi egli ha il diritto di conoscere la sua reale situazione clinica e i rimedi che si potrebbero attuare, ma può non risultarne soddisfatto, non crederci e quindi negare il suo consenso.

L'accettazione incondizionata da parte del paziente non è implicita nella sua richiesta di assistenza rivolta al sanitario.

La presa di coscienza dei propri diritti da parte del paziente, la maggiore istruzione scolastica sia pure non specifica e la crescente contemporanea martellante informazione dei mass media, portano a un coinvolgimento molto profondo dell'assistito il quale, nel momento in cui accorda il proprio consenso, stabilisce con il sanitario una sorta di contratto giuridico non più o non solo morale! Sono chiare le implicazioni medico-legali in caso di non ottemperanza da parte del sanitario, anche perché non è più sicuramente esi-

mente il cosiddetto "stato di necessità". Pertanto, al di fuori di questo, il trattamento sanitario deve intendersi come accettazione volontaria da parte del paziente che quindi subordina il suo consenso alla esattezza della informazione da parte del sanitario stesso.

## LA STORIA

La dottrina del consenso informato costituisce il frutto di una lenta e costante evoluzione nell'ambito del rapporto tra personale sanitario e paziente e trova le sue radici nella tradizione illuminista. La sua prima manifestazione risiede nelle tesi di Thomas Pervival, che sostenne il diritto del paziente all'informazione quantunque e nonostante questo diritto potesse scontrarsi con l'inganno caritatevole per la salvaguardia della salute del malato.

Il consenso deve essere scritto nei casi in cui l'esame clinico o la terapia medica possano comportare gravi conseguenze per la salute e l'incolumità della persona. Negli altri casi, soprattutto quando è consolidato il rapporto di fiducia tra il medico e l'ammalato, il consenso può essere solo verbale ma deve essere espresso direttamente al medico. In ogni caso, il consenso informato dato dal malato deve essere attuale, deve cioè riguardare una situazione presente e non una futura (per questo, la legge non riconosce la validità dei testamenti biologici).

Il consenso può essere revocato in ogni momento dal paziente e quindi gli operatori sanitari devono



assicurarsi che rimanga presente per tutta la durata del trattamento; se la cura considerata prevede più fasi diverse e separabili, la persona malata deve dare il suo consenso per ogni singola parte di cura.

L'obbligo di richiedere il consenso si può estrapolare da alcuni articoli della Costituzione, del Codice Penale, del Codice Civile, del Codice di Deontologia Medica; inoltre è stato ribadito da una Convenzione del Consiglio d'Europa (Oviedo 1997) sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, ratificata anche dall'Italia. In pratica, però, in Italia non esiste nel Diritto Sanitario una normativa univoca ed esauriente, per cui la materia si presta ad alcune ambiguità.

### LA LEGGE

La prima doverosa citazione è riservata alla Costituzione: "La libertà personale è inviolabile" (art. 13) e "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana" (art. 32). Nella Convenzione del Consiglio d'Europa la materia è molto dettagliata; il testo afferma: "I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione" (art. 9) e più avanti: "Ogni persona ha il diritto di conoscere ogni informazione raccolta sulla propria salute. Tuttavia, la volontà di una persona di non essere informata deve essere rispettata" (art. 10). Esistono quindi le eccezioni all'obbligo del consenso e queste comprendono situazioni nelle quali la persona malata ha espresso esplicitamente la volontà di non essere informata, nel caso in cui le condizioni della persona siano talmente gravi e pericolose per la sua vita da richiedere un immediato intervento di necessità e urgenza, in caso di rischi che riguardano conseguenze atipiche, eccezionali ed imprevedibili di un intervento chirurgico, che possono causare ansie e timori inutili. Se però il malato richiede direttamente questo tipo di informazioni, il medico deve fornirle.

### DOTTORE SI SPIEGHI

Tornando all'Italia, le norme più esplicite e complete si ritrovano nel Codice Deontologico che sancisce l'obbligo di informazione al paziente (art. 30) o all'eventuale terzo (art. 31), nonché l'obbligo di acquisire il consenso informato del paziente (art. 32) o del legale rappresentante nell'ipotesi di minore (art. 33). Lo stesso Codice stabilisce poi l'obbligo di rispettare la reale ed effettiva volontà del paziente (art. 34) nonché i comportamenti da tenere nell'ipotesi di assistenza d'urgenza (art. 35). Si può pertanto sostenere che sussiste un obbligo diretto, di natura deontologica, all'informazione al paziente, nonché all'acquisizione del consenso informato. Obbligo che, ove non ottemperato, potrebbe dar luogo di per sé, indipendentemente da eventuali danni al

paziente, all'apertura di un procedimento disciplinare a carico del sanitario, davanti all'Ordine professionale competente.

### COLUI CHE ACCONSENTE

Il consenso per essere valido deve essere rilasciato esclusivamente dal diretto interessato, salvo alcune eccezioni. Nel caso in cui il paziente sia minorenne ovvero incapace di intendere e di volere, dovrà essere prestato da chi ne esercita la potestà (genitori o tutore legalmente designato). Il minorenne o la persona interdetta però, hanno comunque diritto ad essere informati ed esprimere i propri desideri, che devono essere tenuti in considerazione. Nel caso in cui il diniego del consenso provenga da un tutore legale, il medico ha il dovere di sottoporre la questione all'autorità giudiziaria.

Accade spesso che, nel caso di pazienti temporaneamente impossibilitati a fornire il proprio consenso (per esempio perché in coma), il medico si rivolga ai congiunti, chiedendo loro il consenso ad un intervento di particolare difficoltà. Sotto il profilo strettamente giuridico, e specificamente penale, occorre sottolineare che il consenso dei congiunti non ha alcun valore. In tali situazioni quindi, è il medico che deve assumersi in prima persona ogni responsabilità, e qualora decidesse di intervenire, non sarà punibile. Sia il Codice Penale (art. 54) che sia il Codice Deontologico (artt. 7 e 35) prevedono che, in situazioni d'emergenza, il medico è tenuto a prestare la sua opera per salvaguardare la salute del paziente.

### INFORMARE COME E PERCHÉ

Il medico ha il compito di spiegare quale trattamento (diagnostico, chirurgico o farmacologico) sta proponendo, quali benefici il paziente può attendersi dal trattamento stesso, quali inconvenienti potrebbero verificarsi in caso di accettazione, a quali rischi per la salute si espone il paziente con un eventuale rifiuto, quali trattamenti alternativi, se ve ne sono, sono disponibili. Sulle modalità d'informazione, l'articolo 30, quarto comma, del nuovo Codice Deontologico prescrive: "Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste, o tali da poter procurare preoccupazioni e sofferenze particolari al paziente, devono essere fornite con circospezione, usando terminologie non traumatizzanti, senza escludere mai elementi di speranza". Questo comma si rifà al testo costituzionale, interpretando la tutela della salute nella sua accezione più ampia di integrità fisica e psicologica. Comunicare con eccessiva crudezza la gravità di una situazione fisica, infatti, può causare sentimenti di ansia, angoscia e depressione nel malato. Ove non necessario perciò, il medico non deve compromettere l'equilibrio psicologico del malato che oltre a venir considerato un diritto tutelato dalla legge, è un fattore fondamentale, capace di incidere positivamente sul decorso della malattia. Il paziente, tuttavia, ha diritto di chiedere e ricevere informazioni

più dettagliate, oppure può scegliere di non essere informato o delegare una terza persona a ricevere le informazioni ed esprimere il consenso.

Il paziente deve essere messo in condizione di capire esattamente quello che c'è da fare! L'omissione del consenso scritto, ovvero un consenso generico o incompleto, costituisce, in caso di complicazioni gravi, un boomerang giudiziario di accusa contro il sanitario.

### VALIDITA' DEL CONSENSO

Per essere ritenuto valido il consenso deve essere esplicitamente manifestato al sanitario richiedente, deve essere espresso dalla persona giuridica interessata, quindi da persona pienamente in grado di intendere e volere e deve essere libero e non inficiato da costrizioni; deve essere richiesto e ottenuto sempre prima dell'inizio di qualsiasi procedimento diagnostico-terapeutico.

A questo punto si innestano tre problemi schematicamente riassunti qui di seguito:

- a) la verità clinica direttamente denunciata al malato
- b) la interferenza dei familiari comunque coinvolti
- c) la consapevolezza del medico che la migliore decisione (per il paziente) non sempre coincide con la più giusta (per la scienza medica).

Rispettare il principio di autonomia del paziente significa che lo stesso debba essere messo adeguatamente in condizione di esercitarla; in conseguenza l'assenso all'atto medico deve scaturire da una informazione piena, completa, esaustiva circa la situazione patologica e i possibili rimedi. Ma se la comunicazione tra medico e assistito può considerarsi avvenire nella normalità in caso di patologie non gravi, l'informazione raggiunge livelli di assoluta deformazione in caso di patologia oncologica; in tali condizioni si instaura una sorta di congiura del silenzio con la comunicazione interpersonale che diventa sempre più rarefatta, ambigua ed evasiva. Gli atteggiamenti nei confronti del malato oncologico si manifestano sostanzialmente secondo due profili differenti e dipendenti da differenze culturali e ambientali: quello latino tende ad evitare l'informazione piena, rendendola parziale, ambigua, più o meno contorta; l'altro, anglosassone e nord-europeo, asetticamente e cinicamente, si esprime attraverso freddi moduli e semplici atti formali. Le due realtà sono in effetti meno lontane di quanto a prima vista si possa immaginare perché rispondono più a esigenze formali che sostanziali; di fatto sembrano soltanto tese ad evitare o rifuggire dal problema della comunicazione. Probabilmente il tutto va riportato al cosiddetto concetto di beneficiabilità (caro alla tradizione classica e cristiana – l'ippocratico bene per il paziente!) per cui l'atto medico deve tendere al bene e non al male dell'assistito. Il codice deontologico del 1995 pone al centro la relazione medico-paziente, sgombrando il campo da tutte le interferenze possibili, anche quelle familiari: la famiglia può intervenire solo in caso di

manifesta infermità intellettiva del paziente.

A volte è lo stesso paziente che preferisce rivestire un ruolo di assoluta passività, mentre allo stesso tempo il medico rifugge, fino alla trascuratezza, l'impegno di seguire fino al termine il proprio assistito. Lo scarico di responsabilità da parte del sanitario si rende particolarmente evidente nella cultura e negli atteggiamenti in paesi di lingua anglosassone. Patognomica la situazione negli Stati Uniti, laddove ad un atteggiamento paternalistico e preoccupato solo dell'interesse del paziente tipico degli anni '50-60, è andato via via sostituendosi una sostanziale e prevalente valutazione delle conseguenze legali personali. Ha preso piede la cosiddetta *defensive medicine* sulla scia di tutta una serie di sentenze giuridiche con le quali di fatto la magistratura è entrata nel merito del rapporto medico-paziente, delegittimandolo e determinando indirettamente la nascita di associazioni di tutela dei diritti del malato; di fatto contribuendo alla trasformazione del bene-salute in un bene di consumo, per il quale valgono le stesse regole a tutela di un comune consumatore.

La situazione va a rendersi oltremodo complessa e in qualche misura mistificatoria per il trasferimento del potere decisionale dal medico al paziente, per il non facile processo di *decision making* da parte dello stesso sanitario, per la complessità tecnologica della

medicina moderna, per le implicazioni e le problematiche economiche legate alle scelte medico-sanitarie giornaliere. Tutto concorre a rendere estremamente difficoltoso il dialogo con il sanitario, soprattutto in Ospedale, laddove il rapporto medico-paziente è in effetti un incontro tra due sconosciuti.

Un recente studio, piuttosto complesso nella sua articolazione, organizzato nell'ambito del Dipartimento di Scienze Chirurgiche dell'Istituto regina Elena di Roma, è giunto alla conclusione che il paziente oncologico ha più bisogno di informazioni, comunicazioni e contenimento emotivo, che il grado di soddisfazione e accettazione delle terapie proposte è molto più alto nel gruppo di pazienti a contatto con psicologi o che poteva contare su una maggior disponibilità degli operatori sanitari.

Il cancro in senso lato, a prescindere dalla sua curabilità, evoca comunque profonde angosce, perché è associato all'idea di uno spegnersi lento, inesorabile, non dignitoso, ad intenso dolore fisico, psicologico e morale, all'idea di una possibile mutilazione o a terapie invasive e tossiche, all'incubo di un nemico invisibile, persecutorio, interno che porta ad una situazione di totale impotenza. Del resto non si può affermare che il quadro prognostico sia particolarmente mutato negli ultimi anni; basti pensare che la sopravvivenza media a 5 anni, calcolata nel 1990 in uno studio condotto in

collaborazione tra INT e ISS, era pari al 37% contro il 35% del 1980. Al centro resta illuso, depistato o informato, il soggetto malato al quale viene richiesto di credere ogni oltre ragionevole dubbio in un futuro inesistente, fatto ogni giorno di nuove prove, di nuove indagini, di nuove terapie miracolose. La scienza e la ricerca si fondano su questo e il medico diventa sempre più un estraneo e in un certo qual modo fonda la sua esperienza, la sua professionalità e credibilità sulla malattia altrui.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Bonelli A, Giannelli A. Consenso e attività medico-chirurgica. Rivista Italiana di Medicina Legale, 1991
2. Iadecola G. Consenso del paziente e trattamento medico-chirurgico. Liviana Editrice, 1989
3. Morelli G. Il dilemma della comunicazione di diagnosi e prognosi al paziente oncologico. Informazione Psicologica, Psicoterapia e Psichiatria, 1999
4. Newton-Howes PA, Bedford ND, Dobbs BR. "Informed consent. What do patients want to know?" New Zealand Med J 1998 pp. 340-342
5. Angioni C, Merenda R, Rallo G, Norcia G. Consenso informato e responsabilità del medico. Documenti/Nuova cartella 1999
6. Corrigan O. "Empty ethics: The problem with informed consent" Sociology of Health & Illness 2003 pp. 768-774
7. Beagan B, McDonald M. "Evidence-based practice of research ethics review?" Health Law Review 2005 pp. 62-68
8. Boulton, M, Parker M. "Informed consent in a changing environment" Social Science & Medicine 2007 pp. 2187-2198

## RUBRICHE

### IL LIBRO DA LEGGERE

di Sara Gobbi

Brunicardi F.C. - Andersen D.K. - Billiar - Dunn

SCHWARTZ - Manuale di Chirurgia

Ed. Mc Graw-Hill



È in uscita l'8° edizione del celebre Manuale di Chirurgia Schwartz. Si tratta di un compendio, aggiornato al 2008, del più voluminoso trattato "Principi di Chirurgia", sul quale molti di noi hanno studiato. L'edizione italiana, a cura di Luigi Ronconi, è aderente al testo originale e arricchita da un CDrom che contiene 250 immagini di anatomia, tecnica chirurgica e algoritmi decisionali.

La prima parte del testo, dedicata all'inquadramento clinico del paziente chirurgico, comprende un capitolo dal titolo "Sicurezza del paziente, errori e

complicanze". La seconda parte tratta la patologia d'organo: ciascun capitolo segue un percorso logico a partire da anatomia, fisiopatologia e diagnostica, fino alle tecniche chirurgiche più aggiornate, non trascurando la gestione multidisciplinare.

Il testo, maneggevole ma completo, è rivolto principalmente a studenti e specializzandi, non può mancare nelle biblioteche universitarie ma è adatto anche alla rapida consultazione da parte di medici ospedalieri e del territorio.



## AUTOSUTURE™ DST Series™ EEA™ Staplers

Cutting-Edge Technology.

The most versatile and complete family  
of circular stapling products designed  
to improve clinical performance.

Easily. Without compromise.



**contour**<sup>™</sup>  
Curved Cutter Stapler



 **ETHICON ENDO-SURGERY, INC.**  
a Johnson & Johnson company

TRANSFORMING  
PATIENT CARE  
THROUGH  
INNOVATION<sup>™</sup>

