



accoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani



CONGRESSO NAZIONALE DI OLBIA

**Giovani chirurghi tra formazione,
innovazione e precariato**

**Qualità e Sicurezza
nel percorso chirurgico**



SOMMARIO

- EDITORIALE
- 3** **Parliamo di noi**
di Rodolfo Vincenti
- VITA DELL'ASSOCIAZIONE
- 6** **28° Congresso Nazionale ACOI**
I giovani chirurghi alle prese con i problemi di formazione e precariato
di Gianfranco De Vivo e Paolo Contini
- PRIMO PIANO
- 14** **I progetti dell'ACOI**
"Qualità e sicurezza nel percorso chirurgico"
"Innovazione e Management"
- 25** **L'indagine della European Society of Surgery sull'insegnamento della Chirurgia nella Unione Europea**
di Achille Lucio Gaspari
- RUBRICHE**
- LETTERE AL DIRETTORE
- 27** **Donne e Chirurgia**
di Maria Antonietta Sale
Risponde Patrizia Liguori
- IL LIBRO DA LEGGERE
- 29** **Michael J. Sandel**
CONTRO LA PERFEZIONE
L'etica nell'età dell'ingegneria genetica
di Michele Montinari
- 30** **Daniela Minerva**
LA FIERA DELLE SANITÀ
di Ferdinando Agresta

Numero 14 / aprile - giugno 2009
Trimestrale dell'Associazione
Chirurghi Ospedalieri Italiani.
Supplemento a Ospedali d'Italia
Chirurgia n. 2 - 2009

Direttore Responsabile
Claudio Modiano
Direttore Editoriale
Luigi Presenti
Vicedirettore
Domitilla Foghetti

COMITATO DI REDAZIONE

Ferdinando Agresta, Marco Barreca,
Stefano Bartoli, Luca Bottero, Rossana Daniela Berta, Marco Catarci,
Massimiliano Coppola,
Alessandro Ferrero, Aldo Infantino,
Patrizia Liguori, Michele Montinari,
Graziano Pernazza, Dario Piazzalunga,
Micaela Piccoli, Roberto Rezzo, Massimo Sartelli, Luisella Spinelli.

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente
Rodolfo Vincenti
Past-President
Gianluigi Melotti
Presidente Onorario
Vincenzo Stancanelli
Vicepresidenti
Luciano Landa
Mauro Longoni
Consiglieri
Vincenzo Blandamura
Feliciano Crovella
Marco Filauro
Gaetano Logrieco
Diego Piazza
Segretario
Pierluigi Marini
Tesoriere
Stefano Bartoli
Segretari Aggiunti
Vincenzo Bottino
Francesco V. Gammarota
Graziano Pernazza

PROGETTO EDITORIALE e GRAFICO
Roberta Marzullo - adv@robertamarzullo.it

FOTOGRAFIE
Antonella Chidolu

IMPIANTI e STAMPA
Saffe srl - Firenze

La rivista, stampata in 12.000 copie,
è stata chiusa in redazione il 29 Luglio 2009

SEGRETERIA ACOI
Rachele Giuliani
via Costantino Morin 45, Roma
tel. 06-37518937 fax 06-37518941
segreteria@acoi.it

Parliamo di noi

di **Rodolfo Vincenti**

Tutti siamo convinti (ed io personalmente sono tra i più convinti) che fin dalla nascita e lungo il percorso di quasi trenta anni, l'ACOI sia stata e attualmente rappresenti, tra tutte le associazioni scientifiche italiane, un punto di eccellenza per le attività svolte e per tutto quanto offre al singolo socio. Lo statuto e la figura giuridica ad esso collegata hanno ben rappresentato le istanze richieste sia nei progetti formativi, sia nella tutela della figura del chirurgo ospedaliero. Oggi però dobbiamo "parlare di noi" e abbiamo il dovere di farlo in un contesto certamente diverso rispetto al passato, considerando l'evoluzione che la Società civile ha dovuto osservare e, in taluni casi, subire.

Pur partendo dall'assunto, dimostrabile e dimostrato, che il nostro bilancio amministrativo rappresenti un consolidato del tutto adeguato alla gestione dell'ordinario, non posso non osservare che, ancora oggi, anche se con numeri in leggera progressione positiva, esistono colleghi iscritti, anche da molti anni, che, pur regolarmente presenti come partecipanti attivi alle attività congressuali della nostra associazione, ben si guardano dall'onorare l'impegno, ancorché

veramente minimale, contratto al momento della volontaria iscrizione, del pagamento della quota sociale che, come tutti sanno, è pari a 15 euro mensili e nel cui interno è compresa anche la quota sindacale. Credo di poter affermare, senza

urtare la suscettibilità di nessuno che tale dimenticanza può non essere gradita a tutti coloro (e sono per fortuna un gruppo molto nutrito) che ottemperano regolarmente alla personale promessa iniziale: essere socio a tutti gli effetti.

Molte sono state le iniziative dei vari CD finalizzate ad ottenere la soluzione di questa ferita, con lettere, sanatorie agevolate per le pendenze passate, limitazione dell'accesso ai congressi ecc, ma devo purtroppo riconoscere che hanno scalfito solo leggermente,

le attitudini di alcuni più persistenti nella assenza.

Chiedo, a nome di tutti i soci, dei membri del Consiglio Nazionale e mio personale a tutti coloro che riterranno di non essere in regola di provvedere entro il 2009 alla propria regolarizzazione, al fine di non venire cancellati dal libro dei soci, secondo la norma sancita dal nostro condiviso statuto e dai regolamenti in vigore.

Oggi però dobbiamo
"parlare di noi"
e abbiamo il dovere
di farlo
in un contesto
certamente diverso
rispetto al passato



Gianluigi Melotti, Rodolfo Vincenti e Luigi Presenti



Ed ora guardiamo verso l'orizzonte!

Con l'approvazione della Legge 24 novembre 2003, n.326: "... disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici" nell'art.48 (comma 25) è stato introdotto in modo esplicito il concetto del conflitto di interesse che sussiste nel legame tra gli organizzatori degli eventi formativi che prevedono l'attribuzione di crediti ECM ed il corredo partecipativo (industria, relatori ecc). Al momento tale legge non sembra aver comportato limitazioni o stravolgimenti, ma sappiamo che il Comitato di Presidenza della Commissione Nazionale per la Formazione Continua sta preparando il documento per la definizione dei criteri di accreditamento e dei requisiti minimi dei Provider. Abbiamo inoltre tutti noi vissuto il blocco del sostegno economico degli eventi scientifici formativi da parte di Assobiomedica (gennaio-giugno 2007) e sappiamo, da una lettera ufficiale ricevuta, che tale blocco potrebbe essere ripreso sia per l'attuale situazione economica globale, sia per paventate limitazioni alle forniture ospedaliere.

Nel nostro ruolo di amministratori abbiamo il dovere di analizzare le problematiche, anche se solamente ipotizzate, di valutare le possibili soluzioni e di interrogarci su come l'ACOI possa eventualmente far fronte a diverse, ineluttabili, esigenze. E ciò abbiamo fatto! Attraverso un lungo ed approfondito studio eseguito non solo personalmente, ma soprattutto da professionisti competenti nella tematica, abbiamo rivolto uno sguardo verso la "mappa delle opportunità" dell'offerta di finanziamenti pubblici. Abbiamo scoperto molte cose che qui di seguito elencherò in modo succinto per brevità di spazio:

1- esiste una quantità impressionante di fondi stanziati. Da una analisi dei bilanci di previsione delle Regioni e delle Province autonome (2009-2010) risulta una massa critica

di disponibilità finanziarie di circa 135 mln (con fortissime differenze tra Regione e Regione) ripartiti, con diverse percentuali tra la formazione specifica, le attività a favore di gestione associativa e le attività indirizzate ad azioni a carattere scientifico-congressuale.

- 2-** per procedere alla richiesta è necessario essere iscritti al registro regionale delle associazioni (art.7 Legge 7 Dicembre 2000 n. 383).
- 3-** così come è giuridicamente strutturata la nostra associazione non può presentare progetti di ricerca né accedere ai possibili finanziamenti.

Questo è quanto.

E' evidente che abbiamo avviato un percorso di valutazione di fattibilità per iniziare ad essere presenti anche nel mondo delle istituzioni pubbliche come soggetti erogatori di formazione chirurgica ai livelli massimi. Tale percorso è appena iniziato e non siamo in grado di prevederne gli sviluppi, ma siamo in grado di assicurare adeguata comunicazione ai soci su qualsiasi risoluzione si debba prendere per il bene della nostra associazione. E questo mio scritto è la riprova della trasparenza voluta ed auspicata.

Gli obiettivi strategici sono la diffusione della cultura della qualità e della sicurezza

Forse non tutti hanno ben compreso l'importanza strategica dei progetti ACOI, presentati e rappresentati durante il Congresso di Olbia: "Qualità e sicurezza in Chirurgia", "Innovazione e Management". Non sembri inutile ribadire le caratteristiche.

Il progetto "**Qualità e Sicurezza in Chirurgia**" è un progetto di formazione a supporto dell'ampliamento e diffusione

della "**Carta della Qualità in Chirurgia**".

Gli obiettivi strategici sono la diffusione della cultura della qualità e della sicurezza. Ci si prefigge di fornire metodologie ed oggettivi strumenti di misurazione finalizzati ad elaborare e promuovere buone prassi e stili di comportamento per met-

tere in condizioni i partecipanti di valutare autonomamente la propria posizione relativa e la propria capacità di miglioramento nel tempo. Le U.O. di Chirurgia coinvolte potranno quindi elaborare e promuovere delle linee guida per facilitare la progressiva introduzione delle buone pratiche secondo un percorso adattabile alle specificità di ogni struttura ed in coerenza con le direttive regionali

L'architettura del progetto prevede due macro-tipologie di formazione, ciascuna con il proprio obiettivo formativo, target, e contenuti; esse sono identificate rispettivamente da due giornate didattiche per la formazione del "team" di esperti (ACOI e Cittadinanza Attiva) e successivamente due giornate per la formazione delle U.O. e dei Blocchi Operatori partecipanti.

E' previsto il coinvolgimento di 25 blocchi operatori tra coloro che hanno almeno parzialmente adottato la "Carta della Qualità in Chirurgia" che avranno l'opportunità (attraverso il team ACOI-CA) di formarsi partendo da una adeguata ed approfondita analisi della propria realtà per giungere ad una progressiva introduzione delle buone pratiche personalizzate alla singola Struttura.

Il secondo grande impegno denominato "**Innovazione e Management**", è focalizzato invece sul singolo chirurgo ed ha l'ambizione di essere riconosciuto come percorso formativo basilare per la gestione del governo clinico.

Appare evidente come i due progetti siano sinergici in quanto sicurezza e qualità non sono tematiche isolate nel contesto

nel quale operiamo e sono strettamente legate alla gestione delle risorse umane, alla comunicazione, alla gestione dei conflitti oltre che alla gestione delle tecnologie ed ai processi di razionalizzazione e programmazione delle risorse.

E' bene che si sappia che tali straordinarie iniziative sono state dettagliatamente illustrate, in audizione riservata, al vice-ministro della Salute ed al direttore della Age.n.a.s. in quanto vogliamo non solo che vengano patrocinate, ma che vengano "fatte proprie" dalla massima Istituzione della Sanità nazionale.

Voglio comunicarvi ufficialmente sia l'enorme interesse dimostrato che la richiesta di ulteriori approfondimenti per poter percorrere insieme strade veramente di grande innovazione e responsabilità. Ne siamo orgogliosi e ancor più motivati a proseguire su questa autostrada.

Per finire comunico a tutti voi che i Corsi di Formazione Manageriale (MIP-Politecnico di Milano / ACOI) sono una iniziativa "autonoma" di ACOI sulla quale molto abbiamo investito in termini non solo finanziari. Per accedere come discenti ai corsi si dovrà partecipare ad un Bando di selezione (pubblicato sul nostro sito) i cui vincitori godranno della iscrizione gratuita.

Se tutto quanto sopra non bastasse a convincere i colleghi sull'opportunità di essere socio "regolare" di ACOI, ne saremmo estremamente dispiaciuti, ma non ne troveremmo motivazioni razionali.



28° Congresso Nazionale ACOI - Olbia - Sessione Inaugurale

I giovani chirurghi alle prese con i problemi di formazione e precariato

di Gianfranco De Vivo e Paolo Contini



Gianfranco De Vivo

Un futuro con pochi chirurghi, molti dei quali precari e non adeguatamente formati.

E' questo l'allarme lanciato durante il Talk Show "Formazione e Precariato" tenutosi ad Olbia in occasione del 28° Congresso Nazionale ACOI. Come testimoniato da **Luigi Presenti** presidente del Congresso,

la scelta di discutere di queste tematiche nell'ambito della sessione plenaria inaugurale del Congresso, davanti ad una folta platea e a molte autorità del mondo politico ed universitario, "va intesa come una forte presa di posizione del Consiglio Direttivo ACOI a favore dei giovani e del loro futuro".

E' una tendenza oramai consolidata quella che vede sempre meno giovani medici accostarsi alle specialità chirurgiche. Nei concorsi per l'accesso alle scuole di specializzazione, sempre più di frequente, il numero dei posti disponibili è superiore al numero dei partecipanti. Una vera e propria crisi vocazionale che ha diverse

motivazioni. Un nodo cruciale ed antico è costituito dal problema formativo del chirurgo. La qualità della formazione chirurgica all'interno delle scuole di specializzazione universitarie italiane è ancora molto inferiore agli standard dei paesi europei e del Nord America. E come spesso accade nel nostro paese non è un problema di regole ma di applicazione delle stesse. Nel decreto Moratti del 1° agosto 2005 sul Riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria, vengono individuati gli obiettivi formativi ed i relativi percorsi didattici per le singole specialità. In particolare per l'area chirurgica sono dettate le disposizioni per le attività professionalizzanti obbligatorie indispensabili per il conseguimento del diploma. Per la Chirurgia Generale, si tratta del numero di interventi chirurgici da eseguire nel corso dei 6 anni (almeno 50 di alta chirurgia di cui il 10% come primo operatore, il resto come secondo; almeno 100 interventi di media chirurgia di cui il 25% come primo operatore, il resto come secondo; almeno 250 interventi di piccola chirurgia di cui il 40% come primo operatore, il resto come secondo). Anche se nel decreto non è

esplicitato quali siano le tipologie di interventi, le regole sono chiare. La realtà però, come ognuno di noi sa, è un po' diversa. **Gianluigi Luridiana**, Presidente di FederSpecializzandi, ha presentato una ricerca condotta tra i medici specializzandi del V e VI anno sull'attività teorico-pratica svolta durante tutto il corso. La metà degli intervistati esegue come primo operatore complessivamente meno di 40 interventi l'anno, compresi gli ambulatoriali! L'81%, nei sei anni, non ha eseguito alcun intervento di alta chirurgia, il 66% meno di 10 interventi di media chirurgia e il 58% meno di 50 interventi di piccola chirurgia. L'80% degli intervistati si dichiara insoddisfatto della formazione ricevuta. In sintesi, salvo poche realtà fortunate, nelle Università Italiane non viene fatta una formazione chirurgica degna di questo nome. Qualcuno allora va all'estero per un periodo e molti ci rimangono per sempre dando la possibilità a qualche bravo giornalista di organizzare un dibattito con tanto di ministri e sottosegretari sulla "fuga di

La qualità della formazione delle scuole italiane è molto inferiore agli standard europei e del Nord America



Gianluigi Luridiana



acoi
Associazione Chirurgi Oncologici Italiani

**28° CONGRESSO NAZIONALE ACOI
ASSEMBLEA GENERALE DEI SOCI**
Olbia, 29 maggio 2009 ore 17,45

ORDINE DEL GIORNO

- Relazione del Presidente Nazionale
- Relazione del Segretario Nazionale
- Relazione del Segretario Tesoriere
- Approvazione Bilancio consuntivo esercizio 2008
- Approvazione Bilancio preventivo esercizio 2009
- Presentazione Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia 2009
- Presentazione Congresso Nazionale ACOI 2010
- Vari (eventuali)

G. SPOFFI V. CLARIDIANA V. STANCANELLI M. LONGONI P. MARZI

28°
Alle origini
della specialità in
Chirurgia

cervelli". Molti arrivano in Ospedale senza alcuna esperienza nelle problematiche di tutti i giorni. Qualcuno più fortunato, come i sottoscritti, sbarca in una realtà ospedaliera dove trova primario e colleghi capaci e disponibili a formarlo, altri vengono messi, in prima linea, a gestire urgenze ed emergenze in situazioni ambientali a volte raccapriccianti. Alcuni, a volte con il sostegno dell'azienda o dei privati, si iscrive alle scuole speciali ACOI e ad altri corsi per crescere professionalmente.

Come a tutte le cose, le soluzioni esistono e ad Olbia naturalmente se ne è parlato a lungo. In Italia esiste un'illustre scuola chirurgica ospedaliera, di cui l'ACOI è voce, che ha formato generazioni di chirurghi. Molti degli attuali direttori di strutture ospedaliere si sono formati interamente in ambito ospedaliero. Questo patrimonio andrebbe sfruttato meglio innanzitutto favorendo la rotazione degli specializzandi negli ospedali secondo regole chiare. Le unità operative che li accolgono devono avere i requisiti assistenziali idonei e risorse adeguate a fare formazione. I direttori di Struttura o chi da essi delegato, deve essere attento alla sua funzione di tutor e va messo nelle condizioni di poterlo fare. E poi il controllo della qualità. Attivare delle efficaci procedure

Come a tutte
le cose,
le soluzioni esistono
e ad Olbia
naturalmente
se ne è parlato
a lungo

che sorvegliano l'operato delle scuole di specializzazione. Un Osservatorio Nazionale c'è già e si auspica la creazione di Osservatori Regionali. Una scuola che non è in grado di offrire una formazione adeguata ai suoi medici specializzandi, probabilmente andrebbe chiusa.

Un'altra nota dolente che allontana molti medici da alcune specialità, chirurgiche e non, è la prospettiva di un incerto futuro da precario. Leggevamo che nell'immaginario collettivo il lavoratore precario è un operatore di call center, una commessa del market dove facciamo la spesa, un neo laureato con borsa di studio... Quale paziente, disteso su un lettino operatorio di una day surgery, immagina che il suo canale inguinale è in quel momento in mano ad un precario? E il fenomeno sta assumendo dimensioni preoccupanti. Secondo dati del 2007, i medici assunti a tempo indeterminato negli ospedali del

SSN sono poco più di 100 mila. I precari 12 mila. E per finire gli specializzandi "parcheeggiati" nei Policlinici universitari sono 20 mila. I contratti a termine sono variegati e c'è un po' di tutto: Co.co.co., contratti di sostituzione specialistica ambulatoriale, contratti di tipo libero-professionale etc. Molti di questi sono senza tutele: niente riconoscimenti di







Leandro Gennari, Lorenzo Capussotti



Mauro Longoni, Gabriele Munegato



Tommaso Pellegrino



Vincenzo Stancanelli



carriera, turni usuranti, niente ferie e niente permessi per maternità. E poi chi decide chi un contratto se lo merita e chi no? E i direttori generali, che dispensano questi contratti, chi li nomina? Quanto è ricattabile un precario? Ma l'aspetto più drammatico è un altro. La qualità in Chirurgia è, più che in ogni altra attività, un prodotto di squadra. Anche se, fortunatamente non tutti per esperienza diretta, i chirurghi sanno cosa può voler dire lavorare da precario o con un precario. Quanta fatica e quanto tempo ci vuole per costruire un rapporto di fiducia tra colleghi? Quanto ci mettiamo a capire se l'anestesista con cui affrontiamo un'urgenza è uno che ti risolve problemi senza creartene? E quando abbiamo cominciato a capirci e a fidarci l'uno dell'altro, lo vedi con la valigia in mano perché gli è scaduto il contratto e il primario gli ha detto che la direzione strategica, finché non cambia il governatore della regione, non può muovere un passo. Per non parlare di alcune situazioni che hanno del grottesco, come quelle narrate con coraggio e abilità, sulla linea sottile del tragicomico, da **Luigi Ricciardelli**, Presidente della Commissione ACOI Giovani. Grande l'impatto della sua originale relazione sul pubblico di Olbia. La sua esperienza campana, in realtà territoriali che "solo un napoletano può capire davvero", è la dimostrazione più chiara di come possa essere arduo oggi il mestiere del chirurgo che deve ancora farsi le ossa. E a volte è a rischio non solo la propria dignità ma anche la propria incolumità.

E poi i problemi dei chirurghi di tutte le età. Dei contenziosi medico-legali si è parlato e scritto tanto in ACOI e non occorre ripetersi. Certo, se vieni trascinato dentro un procedimento per omicidio colposo nei primi anni della tua attività o sei uno con il pelo sullo stomaco o è dura trovare la motivazione per crescere e assumerti responsabilità. In ultimo le insoddisfazioni economiche. E anche sulle retribuzioni inadeguate all'enorme responsabilità del chirurgo non si può aggiungere niente di ciò che è stato già detto.

Renato Mura



Luigi Presenti



Nota finale



Nel raccogliere idee per questa pagina, ci siamo imbat-
tuti in vari blog studenteschi. Questo vale più di tutte le
parole scritte sopra:

Davide: *cavolo sono proprio indeciso su cosa fare dopo. Sto
preparando medicina interna. Oggi ho fatto il diabete. Ma tu
ci pensi a fare il diabetologo? Tre unità, quattro, sei. Due palle.
Certo la Chirurgia è una figata. Vedi uno che sta da cani. Lo
porti in sala operatoria, gli fai un bell'intervento. Poi parli
con sua figlia... che magari è anche bona, e ti guarda come se
fossi un padreterno. E dopo qualche giorno il tuo malato se
ne torna a casa sano come un pesce.*

Pietro: *ma che sei matto, Chirurgia? Conosci Gianni, mio
cugino... quello bravo, liceo classico 60, ...110 e lode... fa il
chirurgo. Ha cambiato 3 ospedali in pochi anni, si fa 60 km
al giorno e l'altro giorno è uscito pure il suo nome sul giornale
per quella donna morta dopo che l'avevano operata non mi
ricordo forse... al pancreas. E la moglie lo piglia pure per il
cu... perché quando se l'è sposato pensava che i chirurghi erano
un buon partito e ora le tocca fare un part time per pagare il
mutuo...*

Buona riflessione a tutti.



Heinrich Pernthaler

B.Braun per la Chirurgia

Tradizione e innovazione



Suture

Strumentario

Laparoscopia

Oncologia

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.bbbraun.com

I progetti dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani:

“Qualità e Sicurezza nel percorso Chirurgico” “Innovazione e Management”

Scopo del documento

Enrico Pernazza



Facendo seguito ad un primo incontro, il presente documento di accompagnamento si pone lo scopo di illustrare al dr. Ferruccio Fazio, viceministro del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, l'evoluzione strategica dell'Associazione Italiana Chirurghi Ospedalieri (di seguito ACOI) ed i due progetti che attualmente la simboleggiano, in quanto ritenuti di elevato interesse per il SSN.

Illustriamo i progetti in questione, al fine di:

- supportare una richiesta formale di Patrocinio e di supporto istituzionale nella diffusione
- iniziare un processo di progettazione dei percorsi formativi manageriali, intesi come uno dei prerequisiti per l'accesso a cariche dirigenziali.

L'evoluzione strategica di ACOI

A.C.O.I. è una Associazione tra i Chirurghi Ospedalieri Italiani che nasce nel 1980, ed il cui scopo è la valorizzazione dell'attività chirurgica negli Ospedali Italiani e la difesa degli interessi morali, culturali, normativi ed economici della categoria.

E' la maggiore Società Scientifica di Chirurgia Ospedaliera d'Italia annoverando circa 5.000 iscritti. E' dalla sua fondazione leader nella formazione chirurgica post specializzazione con 12 Scuole speciali che hanno contribuito in maniera decisiva allo sviluppo formativo dei chirurghi Ospedalieri Italiani e alla loro affermazione sul piano tecnico e qualitativo a livello nazionale e internazionale.

Da circa 10 anni ha inserito nei suoi programmi di sviluppo il tema della Sicurezza e, di conseguenza, della sempre maggiore qualità in Chirurgia.

Il tema della ricerca della qualità e della sicurezza in sanità è al centro dell'attenzione da molti anni e in prospettiva appare elemento essenziale per realizzare non solo un migliore servizio, ma anche per destinare più selettivamente le risorse, per

selezionare programmi pubblici capaci di incidere in modo significativo sulle strutture di offerta, favorendo non solo una migliore appropriatezza nel trattamento dei casi, ma anche una selezione opportuna degli erogatori in base al livello di qualità dei servizi offerti. In altri termini i sistemi di miglioramento della qualità rappresenteranno nel futuro il fulcro per realizzare un effettivo cambiamento strategico. In questa direzione appare interessante sviluppare una riflessione sui sistemi di miglioramento della qualità in campo sanitario che si sono sviluppati in questi anni e che possono divenire un utile punto di partenza per realizzare questo obiettivo.

Il miglioramento della qualità è sicuramente connesso alla misurazione dei fenomeni, quali gli input (le caratteristiche delle risorse), le prestazioni erogate, i risultati delle cure, nonché i processi (le modalità attraverso cui gli input - le risorse - sono trasformate in output - le prestazioni -).

Questa molteplicità e ricchezza di approcci tuttavia, non avrebbe senso se non sfociasse in un riconoscimento del "ben operare" con un sistema di valutazione che testimoni in termini oggettivi la qualità di una struttura sanitaria attraverso una centratura su di una verifica a volte delle condizioni di input, a volte di processo e a volte di output e outcome.

Ferruccio Fazio





Ma, volendo fare oggi una riflessione sulle metodologie di miglioramento e di garanzia della qualità, si deve soprattutto considerare come il contesto socio-culturale e professionale sia profondamente modificato.

In tutti i settori, i cittadini sono andati sviluppando una maggiore coscienza dei propri diritti, una crescente richiesta di informazioni e di possibilità di scelta. A fronte di questo profondo cambiamento, i sistemi ed i tecnici dei diversi settori fanno fatica ad adeguarsi, e ciò vale per i più vari settori, dalla burocrazia ai trasporti, dalle telecomunicazioni alla scuola. Nel settore sanitario il processo è particolarmente significativo e rilevante. Infatti il livello di spesa sanitaria da un lato e la maggiore consapevolezza dell'utente dall'altro portano a promuovere sistemi in grado di valutare la qualità.

Da quanto detto, nasce l'esigenza di nuovi modelli di riferimento, che non abbiano solo una valenza "interna", ovvero utilizzabile e riconosciuta solo dai tecnici, ma "interna ed esterna" o, se si preferisce, "trasversale", ovvero riconosciuta come valida ed appropriata sia dagli operatori che dai clienti, verificabile, comparabile, in grado di rassicurare sui livelli di qualità e di sicurezza dell'organizzazione e del prodotto, ma anche sull'attenzione al cliente (in senso esteso) e sul miglioramento continuo.

Per quanto attiene il vorticoso sviluppo tecnologico fino ad ora l'onere formativo nell'utilizzo delle tecnologie applicate alla chirurgia è stato per la quasi totalità assunto dalle Aziende produttrici, sicuramente spinte da un logico interesse commerciale, ma anche da una fortissima esigenza etica tesa a garantire il miglioramento della performance, la garanzia del risultato, la sempre maggiore sicurezza del paziente e

dell'operatore. Ora però non è più possibile continuare a delegare compiti istituzionali delle Società Scientifiche perché come detto, uno dei più importanti fattori di riduzione del rischio e di conseguenza il miglioramento della qualità, è la formazione del personale attraverso meccanismi di valutazione trasparenti e oggettivi:

- Individuazione delle esigenze formative
- Erogazione della formazione
- Informazione e documentazione ufficiale di cosa e come è stato trasferito all'operatore
- Valutazione dell'apprendimento

Cominciare a bandire l'autoreferenzialità e ragionare per dati documentati, secondo i principi della trasparenza e della valutazione degli esiti.

Azioni

Definito il contesto si pone l'imperativo di modificare radicalmente l'atteggiamento della comunità scientifica che dovrà essere pronta a proporre un nuovo modello di alleanza tra mondo scientifico e cittadini, fortemente sostenuto e supportato dalle istituzioni, su un piano quanto più equilibrato, trasparente e condiviso possibile.

Sulla scia della esperienza "**Carta della Qualità**" il modello che ACOI intende proporre si configura, da un lato, come strumento volontario di supporto alle organizzazioni ed agli operatori, per affiancarli ad operare una corretta valutazione della loro attività, ad individuare opportunità di miglioramento, a definire obiettivi e percorsi, a misurare risultati, dall'altro come percorso formativo per i chirurghi nell'area di management gestionale e tecnologico.



Cristina De Capitani, MIP

Il primo modello è impostato fondamentalmente sulla proposizione di principi e documenti che disciplinano i processi della Chirurgia codificando le modalità tecniche ed organizzative, fondate sul consenso clinico e sull'approccio e la gestione per processi.

Le linee guida, da sole, costituiscono prevalentemente uno strumento tecnico e non organizzativo, poco correlate al sistema aziendale, e anche se adottate, possono non adattarsi alla realtà locale in termini di organizzazione aziendale e non sempre vengono tradotte in percorsi diagnostico-terapeutici.

È indispensabile pertanto la correlazione e l'integrazione delle linee guida, in questo caso della Chirurgia, con l'approccio e la gestione per processi che significa tradurre le linee guida in percorsi diagnostico-terapeutici ed elaborare gli stessi attraverso l'analisi dei processi.

Miglioramento continuo attraverso auto apprendimento, apprendimento organizzativo e tracciamento delle attività. Approccio standardizzato ma flessibile, sviluppato nel rispetto delle specificità delle strutture sanitarie.

La proposta può essere utilizzata come semplice griglia di valutazione e progettazione per le proprie realtà, ma più opportunamente queste dovrebbero essere seguite da una valutazione esterna svolta da professionisti esperti ("revisione tra pari"), indicati dalla Associazione e da rappresentanti delle Organizzazioni dei Cittadini, che siano in grado di formulare giudizi oggettivi ed eventuali osservazioni e consigli. Sicuramente senza alcun effetto sanzionatorio.

A questi potranno e dovranno seguire azioni di miglioramento e riprogettazione più oggettive ed appropriate. È comunque necessario che la struttura si dia un'organizzazione adeguata, dove la qualità e la sicurezza siano identificate come priorità strategiche, costituiscano la base per tutte le valutazioni ed i programmi, siano condivise e diffuse. Ciò può essere

ottenuto progressivamente, iniziando con obiettivi limitati, da estendere progressivamente su di una linea di priorità/fattibilità definita di volta in volta, ma avendo chiaro l'obiettivo finale complessivo, che è quello indicato dal documento nel suo insieme.

Il secondo modello è una proposta formativa relativa al "Percorso di sviluppo professionale in innovazione e management".

Perché un percorso di tal genere? Perché lo straordinario ritmo di innovazione tecnologica, se da un lato produce indubbi vantaggi per il chirurgo e per il paziente, pur tuttavia ingenera nuove fonti di rischio. Tutto ciò impone quindi un intervento formativo adeguato, controllato e certificato. Esprime in buona sostanza una nuova esigenza di formazione per il professionista incentrata particolarmente su:

- RISCHIO CLINICO E SICUREZZA
- VALUTAZIONE DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA organizzazione, budgeting, acquisto
- APPROCCI E METODOLOGIE PER L'EFFICIENZA
- ORGANISATIONAL BEHAVIOUR
- SELF DEVELOPMENT

EACOI non può prescindere dal proprio ruolo di formazione, qualificazione professionale, certificazione, come chiaramente espresso nell'art. 2 Comma 4 dello Statuto Associativo.

Allo scopo si è posto come obiettivo prioritario di modificare il proprio modello di Società Scientifica a fianco dei Cittadini e delle Istituzioni, proponendosi sul modello della Joint Commission Statunitense, in Società Scientifica, non solo di formazione ma anche di affiancamento, di valutazione e di certificazione della qualità e della sicurezza della Chirurgia Italiana.

I progetti innovativi di ACOI e gli obiettivi in sintesi

Silegge (ACOInews 13) nell'editoriale del presidente di ACOI, prof. Rodolfo Vincenti *"Ci proponiamo quindi diffondere nelle strutture sanitarie ospedaliere una cultura manageriale orientata alla promozione dei processi di cambiamento, alla gestione dei costi ed al controllo dei risultati, oltre che al miglioramento della qualità del servizio e della soddisfazione dell'utente, affiancando a modelli teorici, metodi pratici ed esperienze reali e fornendo formazione mirata, basata su un'approfondita conoscenza dell'organizzazione, dei processi e delle logiche di valutazione degli investimenti delle aziende sanitarie, sia pubbliche che private."*

Presupposto importante che ha influito sulla scelta della modalità e del partner con cui affrontare questa sfida è che per cambiare una cultura, modificare prassi consolidate negli anni e coinvolgere un'intera organizzazione, a diversi livelli e con professionalità diverse, non sia l'approccio consulenziale quello vincente. ACOI si propone infatti di fornire strumenti e metodologie, sia a supporto del cambiamento che relativi al tema specifico di gestione della qualità e del rischio clinico, formando le persone, rendendole cioè autonome nel poter implementare e tenere vivi i processi di miglioramento continuo.

La formazione come leva strategica per il cambiamento

"Partner essenziale del progetto globale è il MIP, la Business School del Politecnico di Milano, uno dei più prestigiosi Enti di formazione manageriale per laureati di tutte le discipline, orientato verso il mondo delle imprese e della Pubblica Amministrazione."

Progetto Qualità e Sicurezza in chirurgia

Prosegue il presidente *"tra i nostri obiettivi strategici è ben presente la necessità della diffusione della cultura della qualità e della sicurezza del paziente fra i professionisti della chirurgia con la possibilità sia di fornire standard procedurali, stili di comportamento e target di performance e quindi con l'unico scopo di mettere in condizioni il chirurgo di valutare la propria posizione relativa e la capacità di miglioramento nel tempo, sia di formulare delle linee guida per recepire gli standard attraverso cui elaborare un set di procedure adattate alle specificità di ogni struttura ed in coerenza con le direttive regionali."*

Il progetto nasce dalla "Carta della Qualità in Chirurgia", sviluppata da Cittadinanza Attiva, in collaborazione con ACOI e FIASO. Il progetto vede ancora assumere un ruolo attivo e strategico a Cittadinanza Attiva, al fine di rappresentare il punto di vista del paziente e contribuire a sviluppare politiche di empowerment del cittadino quando si trova a interagire con il mondo della Sanità.

Innovazione e Management

Il secondo progetto è focalizzato sul singolo chirurgo. Obiettivo di ACOI è fornire un percorso che integri le competenze tecniche e cliniche tipiche della figura del medico, a favore

di competenze organizzative, gestionali, che permettano di gestire proprie UO, portare avanti progetti complessi, creare quel clima di cambiamento e di apertura, che supporti la trasformazione della struttura sanitaria in una **Learning Organisation**.

Propone 5 macrotematiche preferenziali, da svilupparsi sui tre anni. ACOI suggerisce di approfondirne almeno 2 durante tale periodo.

Il percorso formativo Innovazione e Management ha le potenzialità e la progettualità di fondo per evolvere in un Corso di Alta Formazione (CAF), corrispondente a 15 crediti formativi universitari (c.f.u.).

A tale CAF sarebbe possibile abbinare altre tematiche (politica sanitaria,..) che amplino ed approfondiscano le competenze e l'abilità manageriale, andando a potenziare il modello di formazione dei Dirigenti di struttura Complessa adottato in Regione Lombardia.

Le sinergie fra i progetti

I due progetti sono sinergici in quanto sicurezza e qualità non sono tematiche isolate dal contesto in cui i clinici operano; al contrario sono un modo di reinterpretare la realtà quotidiana.

Sono quindi strettamente legate alla gestione delle risorse umane, alla comunicazione ed alla gestione dei conflitti, alla valutazione e poi gestione delle tecnologie, ai processi di razionalizzazione e programmazione delle risorse, etc.

E' quindi strategico fornire ai clinici una formazione complementare a quella tecnica, che permetta al chirurgo di avere le competenze base per gestire al meglio la propria unità e di poter usufruire delle competenze specifiche presenti nelle diverse strutture sanitarie (ingegneria clinica, risk manager,..), senza dover diventare degli esperti rispettivamente di risk management, budgeting, Health Technology Assessment, etc.



Il contributo dei progetti ACOI al SSN:

1) Qualità e Sicurezza nel percorso chirurgico

Il progetto "Qualità e Sicurezza nel percorso chirurgico" focalizzato prioritariamente sui Blocchi Operatori, guida i partecipanti sia a valutare la propria posizione relativa sul grado e sulla qualità di adozione delle Best Practices e la propria capacità di miglioramento nel tempo, sia a recepire gli standard attraverso cui elaborare un set di procedure adattate alle specificità di ogni struttura ed in coerenza con le direttive regionali.

Un modello vincente ed estendibile a livello nazionale

Copertura nazionale del progetto: come? Seguono alcuni fattori abilitanti.

- Focus sui chirurghi, ma richiede immediatamente il coinvolgimento della direzione aziendale e del personale tutto operante nel Blocco Operatorio e non.
- È un approccio graduale, che "accompagna" la crescita delle strutture partecipanti.
- Ogni singola azienda (fatta però da persone), fruisce del vantaggio di essere inserita in un pool di aziende che stanno svolgendo lo stesso percorso, incontrando difficoltà simili.
- Rispetta le specificità aziendali, evitando di fornire un manuale con delle regole che rischierebbero di essere vissute

come troppo lontane o irrealizzabili nella propria realtà (si pensi ad alcuni vincoli strutturali), ma preferendo fornire best practices e performance target, abbinate a linee guida per definire le proprie procedure.

Un modello vincente ed esportabile in altri settori

I progetti, nella loro singola identità, ma soprattutto nell'essere strettamente sinergici, costituiscono un modello innovativo esportabile in altri settori.

Altre società scientifiche stanno segnalando interesse su entrambi i fronti, ma ancora non sono giunte a modelli così strutturati e replicabili.

Il progetto sulla Qualità e Sicurezza del percorso chirurgico, costituisce un modello facilmente estendibile ed integrabile con gli altri percorsi assistenziali entro (e non solo) l'ospedale.

Innovare il comportamento del paziente: Empowerment del paziente

Il progetto nasce in continuità con la "Carta della Qualità in Chirurgia" e mira ad una sua piena valorizzazione.

La novità è voler esplicitare che la diffusione della cultura della qualità e della sicurezza del paziente deve essere sviluppata su due fronti

- i professionisti della chirurgia
- i pazienti stessi

Gianfranco Francioni



Graziano Pernazza



Francesca Moccia, CittadinanzAttiva



Nell'ottica di guidare il paziente in un percorso che lo porti ad essere attore, inizialmente consapevole, per poi essere attore attivo, nell'ambito dei processi di gestione del rischio clinico, si vogliono approfondire approcci e best practices internazionali, per poi valutare cosa poter recepire a livello nazionale.

Sinergie con altri progetti nazionali

Il format di progetto e il rapporto che si costituirà con le aziende partecipanti, permette di ipotizzare una sinergia per progetti che necessitino di una formazione sul campo per le aziende, che accompagnino l'azienda stessa nell'adottare nuove prassi e procedure.

Si pensi ad esempio al progetto di Audit e di rilevazione della Customer Satisfaction, e all'informatizzazione (ed in particolare all'offrire un supporto progettuale e di gestione del cambiamento ai CIO delle aziende ospedaliere).

2) Innovazione e Management

ACOInews propone di aprire un tavolo per proporre il percorso formativo Innovazione e Management come oggetto di valutazione e/o punto di partenza per progettare un **percorso formativo, il cui superamento sia preliminare all'accesso a cariche dirigenziali.**

Si noti come, pur essendo il percorso formativo Innovazione e Management progettato da ACOInews e MIP Politecnico di Milano per supportare l'evoluzione professionale del medico chirurgo, **sia estendibile ad altre professioni sanitarie.** Sicuramente a tutti i medici, avendo esigenza condivisa alla professione di integrare le competenze tecniche, permettendo al clinico di recuperare le competenze base per gestire al meglio la propria unità e di poter usufruire delle competenze specifiche presenti nelle diverse strutture sanitarie.

Approfondimento dei progetti ACOInews

La grande sfida del binomio Qualità e Sicurezza non è legata ad aspetti tecnici o procedurali, ma è relativa alla cultura, che ne permetta l'adozione e lo sviluppo.

Non la cultura del singolo, ma la cultura dell'organizzazione intera, che deve compiere un processo di avvicinamento e permettere un cambiamento estremo di mentalità.

Non può essere infatti il singolo a fare qualità e sicurezza, ma il contributo che può dare è alto e necessario, in termini di azioni, di contributo nel creare quel clima che permetta di imparare dall'errore, e proponendo e "sponsorizzando" a direzione e colleghi progetti che vadano nella direzione sopracitata.

È con questi presupposti che **ACOInews ha scelto di impegnarsi a 360° sul fronte Qualità e Sicurezza, offrendo strumenti sia per il singolo che per la struttura sanitaria**, così come formazione sul tema sicurezza, ma anche sulla gestione del cambiamento, gestione dei conflitti, ...

Progetto Qualità e Sicurezza nel percorso Chirurgico

Il primo progetto "Qualità e sicurezza nel percorso chirurgico" è focalizzato sul tema esplicitato dal titolo stesso e prevede un coinvolgimento delle strutture sanitarie.

Gli obiettivi principali sono:

- Diffondere la cultura della qualità e della sicurezza del paziente.
- Fornire metodologie atte a supportare il progetto Carta della Qualità con oggettivi strumenti di misurazione.
- Elaborare e promuovere
 - Buone prassi e stili di comportamento.
 - Strumenti di misura e target di performance.
 - Strumenti per i cittadini per comprendere la qualità e mettere in condizioni i partecipanti di valutare la propria posizione relativa e la capacità di miglioramento nel tempo.
- Elaborare e promuovere delle linee guida per supportare la progressiva introduzione delle buone pratiche secondo un percorso adattabile alle specificità di ogni struttura ed in coerenza con le direttive regionali.

Il progetto nasce in continuità con la "Carta della Qualità in Chirurgia" e mira ad una sua piena valorizzazione, aggiornando gli obiettivi e introducendo strumenti a supporto della loro realizzazione.

Ulteriore e naturale evoluzione della Carta, che rende strategica la presenza fra i partner di CittadinanzAttiva, è che la diffusione della cultura della qualità e della sicurezza del paziente avvenga su due target:

- i professionisti operanti in sanità
- i pazienti stessi, che si vogliono far diventare attori attivi e consapevoli del processo di gestione del rischio.

Si vuole quindi favorire e diffondere l'**Empowerment del Paziente.**

Target e diffusione

Il progetto prevede il coinvolgimento di 25 Blocchi Operatori ad edizione, a cui sarà fornita la formazione e gli strumenti necessari a supportare un'analisi della propria realtà e una progressiva introduzione delle buone pratiche secondo un percorso adattabile alle specificità di ogni struttura ed in coerenza con le direttive regionali.

Punto di contatto naturale fra ACOI e le aziende sanitarie, sono i chirurghi, che diventano promotori del progetto in azienda.

Fin da subito si chiede infatti un'adesione al progetto di tipo aziendale, in quanto qualità e sicurezza sono temi aziendali e non del singolo.

Il processo di diffusione sarà agevolato anche dalla presenza di Cittadinanza Attiva presso alcune aziende sanitarie, così come dal network di MIP.

Obiettivo di diffusione è che almeno un blocco operatorio per azienda sanitaria (ASL, AO, ..) presente sul territorio nazionale partecipi, al fine di poter poi estendere l'approccio agli altri Blocchi.

Organizzazione del progetto

Essendo gli obiettivi di progetto molto ambiziosi, il progetto è stato suddiviso in due livelli, al fine di agevolare le attività che le singole aziende ospedaliere devono svolgere.

La suddivisione in due livelli vuole inoltre rispecchiare l'approccio che è alla base del miglioramento continuo, sintetizzabile con plan-do-check-act. La comprensione della situazione di partenza con dati oggettivi e il confronto con la rilevazione dei risultati è un approccio necessario, ma non così diffuso nelle realtà sanitarie.

Ciascun livello prevede lo stesso format, che vede un'attività preparatoria dei partner di progetto, ed un'attività di mappa-

tura e supporto al miglioramento in cui le aziende sanitarie partecipanti sono parte attiva.

La Figura 1 è la rappresentazione grafica dell'organizzazione di progetto; nell'illustrazione è evidenziato un terzo livello di "miglioramento continuo", in cui si auspica possa evolvere il progetto.

Sempre in riferimento alla figura 1, in giallo è evidenziata la prima edizione del progetto; le edizioni a seguire sono indicate in rosa ed azzurro.

Ogni singola azienda transita nei due livelli. Il percorso che le aziende partecipanti compiono in ciascun livello viene di seguito sinteticamente descritto ed è illustrato nella figura 2:

- prima giornata di formazione, con formazione sui concetti oggetto del livello del progetto e sulle modalità di attività nella propria realtà aziendale. A questa giornata si richiede che sia presente il chirurgo referente accompagnato dal risk manager aziendale e/o da un rappresentante della Direzione Sanitaria.
- attività dei partecipanti di raccolta dati ed informazioni presso la propria realtà, secondo le indicazioni e la documentazione ricevuta nella giornata di apertura del progetto. I partecipanti fruiscono di un supporto metodologico, ma sono attori diretti della raccolta di informazioni e dati.
- seconda giornata di formazione, finalizzata a fornire i risultati dell'analisi dello specifico livello, sia in termini di singola azienda che di benchmark complessivo (basato sui partecipanti dell'edizione in questione e sui risultati delle edizioni precedenti).

Le giornate di formazione sulle aziende sono accreditate ECM.

ANNO 1	TEAM + 25 PAX/AO	25 PAX/AO	TEAM + 25 PAX/AO
ANNO 2	25 PAX/AO	TEAM + 25 PAX/AO	
ANNO 3	TEAM + 25 PAX/AO		
	I LIVELLO	II LIVELLO	CLUB DEL MIGLIORAMENTO CONTINUO

Figura 1 - Visione complessiva del percorso delle aziende partecipanti

I LIVELLO		
I° giornata di formazione	Attività sul campo	II° giornata di formazione
II LIVELLO		
I° giornata di formazione	Attività sul campo	II° giornata di formazione

Figura 2 - Il percorso delle Aziende Sanitarie partecipanti



Fase 1

Obiettivi di dettaglio e Output

La Fase 1 del progetto si propone di ottenere un quadro della maturità di impiego delle best practices (di seguito B.P.) di qualità e sicurezza in chirurgia, attraverso la mappatura dell'impiego delle best practice consolidate ed emergenti per ogni singola azienda.

Ciò sarà possibile creando i case study delle aziende partecipanti ed un'analisi di benchmark fra i partecipanti stessi, al fine di fornire una lettura organica e un'indicazione sul grado di coerenza fra le pratiche dichiarate da ciascuna struttura. Si vuole quindi supportare le aziende partecipanti a valutare la diffusione d'uso delle best practices nella propria azienda.

La tempistica

16/9/2009	Evento formativo di lancio del progetto di mappatura
15/9-15/10/2009	Raccolta dati da parte dei partecipanti ed invio
15/10-15/11/2009	Elaborazione ed analisi dei dati ed informazioni provenienti dai partecipanti
17/11/2009	Evento formativo di chiusura del progetto di mappatura

Fase 2

Obiettivi di dettaglio e Output

La Fase 2 del progetto si propone di valutare modalità ed efficacia di implementazione delle best practices, attraverso l'utilizzo di indicatori di processo e di risultato.

I case study delle singole aziende saranno infatti focalizzati sulle modalità di adozione delle best practice consolidate ed emergenti per ogni singola azienda. Attraverso la lettura organica e del grado di coerenza fra le pratiche dichiarate ed il benchmark fra le strutture su alcuni indicatori di processo e di risultato, così come attraverso la promozione delle linee guida per supportare la progressiva introduzione delle buone pratiche secondo un percorso adattabile alle specificità di ogni struttura ed in coerenza con le direttive nazionali e regionali, si vuole quindi aumentare il grado di coerenza fra le Best Practices adottate e supportare il miglioramento continuo del loro uso.

La tempistica

Gennaio 2010	Evento formativo di lancio del II livello del progetto
	Raccolta dati da parte dei partecipanti ed invio
	Elaborazione ed analisi dei dati ed informazioni provenienti dai partecipanti
Aprile 2010	Evento formativo di chiusura del II livello del progetto

Progetto Innovazione e Management

Il secondo progetto “**INNOVAZIONE E MANAGEMENT**” è focalizzato sul singolo chirurgo e porta in sé un’ulteriore sfida: cioè quella essere il **punto di partenza per sviluppare un progetto formativo creditizzato (crediti formativi universitari, non solo ECM) che sia propedeutico alla copertura di ruoli dirigenziali di struttura.**

Obiettivo di ACOI è fornire un percorso che integri le competenze tecniche e cliniche tipiche della figura del medico, a favore di competenze organizzative, gestionali, che permettano di gestire proprie UO, portare avanti progetti complessi, creare quel clima di cambiamento e apertura, che supporti la trasformazione della struttura sanitaria in una **Learning Organisation**.

Contesto

L’Italia vive un periodo storico molto complicato per la sanità, caratterizzato dalla richiesta non più differibile di apportare forti e spesso indiscriminati tagli alle spese, combinato con una difficoltà, comprensibile ma da superare, da parte dei protagonisti della sanità a reagire, esaltando le aree di efficienza ma razionalizzando quei processi ed organizzazioni che permetterebbero un risparmio, seppur senza alterare la qualità del servizio erogato.

Contemporaneamente il ritmo di innovazione tecnologica è sempre crescente, introducendo grandi opportunità, per paziente e chirurgo, ma anche nuove fonti di rischio.

Da qui una crescente esigenza di formazione mirata alla tecnologia, così come all’introduzione della tecnologia nei processi e nelle organizzazioni esistenti.

Dal contesto alle esigenze formative

Ciò comporta avere nozioni di base sull’organizzazione funzionale delle strutture sanitarie, sulle logiche di valutazione degli investimenti, sull’analisi dei processi e sulla progettazione di sistemi in grado di soddisfare vincoli ed obiettivi multi-dimensionali. Efficienza, in termini di tempi e costi, efficacia, impatto del sistema sulla catena cliente-fornitore interno alle strutture sanitarie sono infatti ormai concetti imprescindibili. Ne consegue l’esigenza di integrare le competenze specifiche della professione del chirurgo con tematiche organizzative, gestionali e legate alla tecnologia.



La partnership ACOI - MIP

Obiettivo della partnership è creare una sinergia scientifica per progettare e realizzare formazione, proponendo un catalogo congiunto di formazione da offrire agli associati ACOI, su tematiche complementari alla formazione erogata direttamente dalla società, che integrino le competenze professionali.

Obiettivo formativo

Il percorso “Innovazione e Management” è stato progettato al fine di fornire un itinerario di formazione di ampio respiro, con l’intento di facilitare l’accesso a competenze gestionali focalizzate sulle reali necessità del chirurgo, calibrate sul suo ruolo tecnico, e in grado di rispondere al requisito di formazione manageriale propedeutico alla copertura di ruoli dirigenziali di struttura.

Luciano Bresciani,
Assessore Sanità Regione Lombardia



Antonello Liori,
Assessore Sanità Regione Sardegna



Organizzazione del percorso e logiche di fruizione

Il percorso formativo è sviluppato su tre anni, in cui l'accesso al livello successivo è condizionato dall'aver frequentato almeno 2 corsi del livello precedente, e prevede diverse tematiche e diversi livelli di approfondimento, al fine di offrire sia spunti e concetti base, che metodologie e strumenti operativi, al fine di permettere al singolo la scelta formativa più appropriata alle proprie esigenze.

Ciascuno dei tre livelli, prevede cinque corsi da 8h. Tutti i corsi sono accreditati ECM.

Per ogni livello, è previsto un corso di elevata rilevanza per i giovani Chirurghi, indicato in tabella con (G).

A chi frequenta almeno due corsi per ognuno dei tre livelli, inoltre, viene rilasciato un Certificato ACOI-MIP di formazione in "Innovazione e Management", un'iniziativa in linea con la filosofia che tende idealmente ad un sistema che riconosca e valorizzi la formazione di ciascun professionista, condizionando ad essa il riconoscimento della professionalità e quindi l'attribuzione di compiti e responsabilità.

I contenuti del progetto formativo

Il progetto formativo si focalizza su 5 macro-aree di approfondimento, rappresentate per ogni anno da un corso:

1. Rischio clinico e sicurezza. Uno dei temi più critici ed urgenti, oggi e domani, a cui il progetto dedica tre corsi.

2. Innovazione tecnologica, in ottica di valutazione della stessa, dell'impatto sull'organizzazione e sui conti della struttura e, per concludere al terzo livello, in termini del processo di acquisto coerente con i criteri di valutazione illustrati nei livelli precedenti.

3. Filosofie e strumenti di gestione efficiente, ormai indispensabili nell'ambito della necessaria ottimizzazione delle risorse, umane e strumentali.

4. Comportamento organizzativo. Per attuare grandi progetti di cambiamento (gestione del rischio, riorganizzazione del BO, introduzione di innovazione tecnologica), è necessario il coinvolgimento delle persone che operano nella realtà in questione, condividendo obiettivi e creando consenso. I tre corsi forniscono gli elementi base, trasversali al settore sanitario, per lavorare con gli altri: si pensi sia al personale del Blocco Operatorio, che a quello dei reparti, dei servizi, così come dell'amministrazione o dell'ingegneria clinica.

5. Sviluppo personale. In contesti dove la componente tecnica è molto forte, spesso si corre il rischio di trascurare lo sviluppo delle competenze non tecniche o non di porre il focus su se stessi, in termini di solidità di carattere e leadership.

ACOI suggerisce che i partecipanti seguano almeno due macro-aree di approfondimento, in funzione delle proprie priorità formative.

I ANNO	II ANNO	III ANNO
Rischio clinico e Sicurezza		
Introduzione ai diversi approcci di gestione e presentazione di casi	La documentazione: aspetti legali e di qualità	La tecnologia: fonte di rischio o opportunità di gestione ?
La valutazione dell'innovazione tecnologica e focus su come incide sull'organizzazione e sui processi di budgeting e di acquisto		
Health Technology Assessment e Ingegneria Clinica	Processo di budgeting e Direzione Amministrativa	Processi di Acquisto e Provveditorato
Approcci e metodologie per l'efficienza		
Approccio Lean e 6-sigma	Programmazione delle risorse nel Blocco Operatorio	Mappatura processi, analisi organizzazioni e monitoraggio performance (G)
Organisational behaviour		
Gestione dei conflitti e negoziazione	Gestione e valutazione delle risorse umane	Gestione del cambiamento e dell'innovazione
Self Development		
Tecniche di auto sviluppo (G)	Tecniche di presentazione e di comunicazione interna (G)	Leadership



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)¹



- 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. Herrell 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 36F.

L'indagine della **European Society of Surgery** sull'insegnamento della Chirurgia nella Unione Europea

di Achille Lucio Gaspari

Ad Olbia nella seduta inaugurale del congresso annuale dell'ACOInews si è svolto un interessante dibattito che aveva per tema l'insegnamento della Chirurgia ed il precariato dei giovani chirurghi, che ha visto come protagonisti politici, chirurghi affermati e specializzandi.

Nel 2008 durante la mia presidenza, è stata condotta dalla ESS (European Society of Surgery), una indagine sulle condizioni dell'insegnamento della Chirurgia nell'Unione Europea. Sono emerse notevoli difformità per quanto riguarda l'Ente certificatore del Diploma di Specializzazione, il numero degli anni di corso, l'orario settimanale e lo stipendio mensile.

Altre diversità sono state riscontrate sulle modalità di insegnamento, sul tronco comune, sulla composizione della rete formativa, sulla numerosità delle attività pratiche (numero di interventi ed altro), sul grado di autonomia che le legislazioni locali consentono agli specializzandi.

Attualmente le specializzazioni rilasciate in ognuno dei paesi dell'Unione sono riconosciute in tutti gli altri Paesi componenti.

Lo scopo che l'ESS in collaborazione con l'European Board of Surgery persegue, è quello di omogeneizzare al massimo il percorso formativo nei vari Paesi e giungere ad un esame finale a carattere europeo (European examination of General Surgery) che rilasci un titolo valido in tutta l'Unione Europea. In attesa che questo lungo percorso giunga alla sua conclusione, soffermiamoci ad esaminare la situazione italiana.

Il dibattito svoltosi ad Olbia ha dimostrato che lo stato delle cose non è soddisfacente ed ha fatto notare come gli standards di formazione non siano uniformi nelle varie Scuole di Specializzazione.

Che cosa fare? In questo mese di giugno comincia finalmente a trovare attuazione la legge di riforma delle Scuole di Specializzazione che è stata promulgata nel 2005; è una buona legge ma perché le cose migliorino davvero sono necessari due grandi cambiamenti, cambiamenti di mentalità e cambiamenti di numeri!

Deve cambiare la mentalità dei Direttori e dei Docenti delle Scuole di Specializzazione, così come quella dei Direttori Generali delle Aziende in cui insiste la rete formativa e quella degli specializzandi.

Tutti i docenti devono convincersi che insegnare o dirigere una Scuola di Specializzazione non è uno dei compiti con cui si esplica il loro impegno didattico, ma è il compito più importante in cui vanno profuse le migliori energie; del resto questa attività non è un obbligo, chi non è sufficientemente interessato la lasci. L'idea, motivata talvolta dalla stima ed affetto che lega docente e pupillo e che impone agli specializzandi di risiedere nella stessa U.O.C. per tutto il periodo formativo è sbagliata e va rimossa. La legge privilegia il concetto della Rete Formativa non solo allo scopo di fornire un adeguato volume di casistica, ma anche per offrire esperienze diverse e complementari tra loro. La Rete va progettata in modo da



Ivan Cavicchi, Luigi Presenti e Achille Lucio Gaspari

assicurare un logico ed equilibrato sviluppo delle esperienze formative, ed i Consigli di Scuola devono prevedere una turnazione degli specializzandi nelle varie strutture in grado di accrescere con gradualità la loro esperienza professionale.

Le Facoltà di Medicina mettano in opera ulteriori strumenti che consentano di individuare meglio le caratteristiche dei candidati prima che essi sostengano l'esame di ammissione, il quale da solo non è in grado di selezionare tutte le qualità necessarie ad intraprendere con successo la professione di chirurgo. Lo schema Halsted prevedeva un andamento a piramide nella progressione dei residenti, con la certificazione di un numero esiguo rispetto agli ammessi al primo anno ed una selezione dura che produceva eccellenti professionisti. Lo schema successivo adottato da Curchill e seguito anche in Italia, ad andamento rettangolare, consente la conclusione della Specializzazione per tutti coloro che entrano al primo anno. Le Scuole devono fornire a tutti adeguate possibilità, ma anche selezionare con rigore solo coloro che posseggono le caratteristiche per svolgere la professione chirurgica. A causa di inadeguatezza del programma didattico, o per un malinteso "buonismo" si licenziano specialisti palesemente inadeguati, che poi non faranno i chirurghi ma si dedicheranno ad altre attività. Questi accadimenti, non rarissimi, devono, con l'adozione di una diversa mentalità, scomparire.

I Direttori Generali non ritengano che lo specializzando rappresenta un vantaggio economico per la propria azienda cui affidare, a basso costo, compiti che i medici strutturati non gradiscono. I giovani specialisti sono una risorsa della Nazione, la loro formazione costa e anche le Aziende Sanitarie devono contribuire. Auspicio che tutti i Consigli di Scuola chiedano ed ottengano dalle rispettive Direzioni Generali sedute operatorie aggiuntive da dedicare esclusivamente alla formazione degli specializzandi.

I giovani in formazione devono a loro volta essere coscienti di aver scelto una professione che richiede una lunga preparazione, che è faticosa, usurante ed anche pericolosa. Si potrà eccellere solo se si è sostenuti da una grande passione e da uno spirito di sacrificio. Non deve accadere che qual-

cuno pensi che un tipo di specializzazione vale l'altro, che si partecipa al concorso che sembra più facile da superare solo per assicurarsi un temporaneo stipendio. Gli specializzandi siano flessibili sui loro impegni di lavoro, non stiano con il

cronometro a vedere se hanno superato l'orario settimanale, ma pretendano che il programma didattico previsto dalla legge sia effettivamente fruibile.

Gli specialisti in chirurgia al termine del loro apprendistato devono trovare lavoro. Non è concepibile una preparazione così lunga e faticosa che non abbia prospettive economiche sicure ed immediate. La chirurgia è una professione che assomiglia ad uno sport: se stai fermo troppo a lungo perdi la mano e l'allenamento mentale, anche per questo va sconfitta la disoccupazione iniziale.

Bisogna pertanto rivedere con grande attenzione i numeri e se c'è da tagliare si tagli

pure e si accorpinano o si chiudano le Scuole in eccesso. Né vale la preoccupazione che poi il numero dei laureati sarebbe ridondante sul numero dei contratti di specializzazione disponibili; non è infatti una cattiva idea specializzare anche i medici di famiglia in modo da rafforzare la medicina del territorio e liberare gli ospedali da compiti impropri.

E' vero che lo specializzando non sostituisce il medico in organico, ma è anche vero che bisogna ripensare i numeri di organico delle U.O.C. che costituiscono la rete formativa. Organici pleotorici, dove i chirurghi strutturati si combattono per l'accesso alla sala operatoria offrono minori opportunità di lavoro in prima persona agli specializzandi.

Da ultimo sarà necessario che gli strumenti di controllo funzionino con efficienza perché gli specialisti diplomati da ogni scuola raggiungano il medesimo standard di preparazione. Esperienza clinica, cultura medica, interesse e pratica nella ricerca, sono le componenti di un buon chirurgo.

Da molti anni il Collegio Italiano dei professori di Chirurgia e l'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani collaborano in vari settori; la piena attuazione della nuova legge sulle Scuole di Specializzazione sarà una ulteriore occasione perché questa collaborazione di rafforzamenti e si intensifichi per il bene della Chirurgia e dei cittadini italiani.

La chirurgia
è una professione
che assomiglia
ad uno sport:
se stai fermo
troppo a lungo
perdi la mano
e l'allenamento
mentale

FloSeal
MATRIX

Quando ridurre i tempi è essenziale

Floseal® riduce i tempi ed i costi chirurgici

CE 0123

Via A. Cocchi, 79 - Loc. Ospedaletto - 56121 Pisa
Tel. +39 050 97 61 11
www.baxteritalia.it
Informazione riservata alla classe medico-ospedaliera.

Baxter
BAE1049 PR0206

LE DONNE E LA CHIRURGIA

Gentile Direttore di ACOI news,
 Le invio queste riflessioni sperando che le trovi tanto interessanti da essere pubblicate nelle pagine del suo giornale. L'obiettivo che mi prefiggo è quello di suscitare una riflessione ed eventualmente un dibattito sulla difficile condizione del lavoro delle donne in sanità nella nostra città, soprattutto se inerente branche che sono state finora completamente appannaggio del sesso maschile come quella chirurgica. I tempi sono a mio avviso maturi perché i nostri concittadini siano informati del fatto che se tra i nomi di spicco della sanità sassarese non figurano quelli di un adeguato numero di medici donne non è perché le donne non sono presenti o competenti ma perché troppo spesso non viene lasciato loro spazio di espressione.

In un momento di grave crisi economica come quello che stiamo vivendo, l'occupazione femminile è quella che soffre per prima ed in maniera più forte. Alcuni paesi per superare la crisi puntano proprio sull'aumento del lavoro delle donne come risorsa fondamentale. Il nostro paese, che è ben lontano dall'obiettivo del 60% di occupazione femminile proposto dal trattato di Lisbona, non solo non mette in atto nuove politiche paritarie ma perpetua logiche di gestione assolutamente anacronistiche e irrispettose. Sarebbe auspicabile spezzare queste logiche perverse.

La ringrazio dell'attenzione e della disponibilità.

Si è recentemente tenuto ad Alghero un importante congresso nazionale della FNOMCeO organizzato dal FROMS (Federazione Regionale Ordini dei Medici della Sardegna): "La sanità per le donne e le donne per la sanità". E' stato un evento importante che ha visto la partecipazione di rappresentanti della sanità femminile provenienti da tutta Italia. Per la prima volta si è parlato non solo di argomenti clinici ma anche di tematiche inerenti l'esercizio della professione da parte delle donne. Alcuni argomenti sono stati sviscerati in tutta la loro essenza, soprattutto quelli relativi ai numeri ed alle posizioni professionali occupate.

E' un dato di fatto che le donne non sono ancora soggetti politici riconosciuti e non hanno peso sulle scelte della sanità che rimane assolutamente in mano maschile, con la relativa visione in ambito progettuale, sindacale, sanitario ed organizzativo.

E' risultato oltremodo chiaro che man mano che si sale nella piramide decisionale, le donne, ben rappresentate nei gradini inferiori, vanno sempre più riducendosi di numero nel percorso verso l'apice: ovvero le donne sono brave, ben accettate e apprezzate quando si trovano ai livelli più bassi, ma quando mostrano di voler avanzare diventano concorrenti e qui nascono i conflitti.

Questo indica che il cosiddetto "tetto di cristallo" o "glass ceiling" degli anglosassoni, non solo esiste ma è anche molto spesso e difficile da valicare.

Un altro argomento è stato solo sfiorato per motivi tempo e riguarda la carenza delle donne in chirurgia generale e la pressoché assenza nelle chirurgie specialistiche a tutti i livelli della piramide ma, ovviamente prevalentemente all'apice. Ho

letto anche diversi articoli che analizzano e tentano di spiegare questa realtà ma a mio avviso senza arrivare al nocciolo della questione ed è per questo che sento il bisogno di aggiungere qualche riflessione.

Ho letto che le donne possono avere una minore competenza chirurgica con un approccio meno demolitivo alle patologie soprattutto oncologiche. La competenza naturalmente si basa su protocolli che sono stati costruiti da chirurghi uomini e la valutazione anche.

Ho letto che le donne hanno un minore impegno lavorativo a causa della loro funzione fisiologica della riproduzione. Mi sento di sfatare anche questa leggenda metropolitana. Chi tra le donne sceglie, come ho fatto io, di diventare chirurgo sa che va incontro ad un lavoro impegnativo soprattutto dal punto di vista fisico, perché le sedute di sala operatoria possono non essere brevi e sicuramente sono sempre molto stressanti. Dal punto di vista dell'apprendimento delle tecniche chirurgiche e della manualità non considero neanche il confronto perché parlano i dati degli studi già fatti: le donne sono più brave a scuola, si laureano prima e con risultati migliori. In quanto a manualità nel nostro patrimonio genetico è bene codificata da milioni di anni. Quando una donna sceglie questa specializzazione sa precisamente a cosa va incontro ed ha già pianificato dentro di sé il modo di conciliare i tempi di lavoro con i figli e la vita familiare, sacrificando spesso la vita privata e gli affetti al percorso formativo e al lavoro.

Questo può, semmai, darci la spiegazione del fatto che poche donne scelgano questa branca specialistica, sebbene siano in costante aumento. Non ci spiega però perché delle circa 1000 specialiste in Italia siano tanto poche quelle che arrivano a dirigere una struttura semplice o ancora meno una complessa.

Il fatto è che quando scegliamo questa vita non facciamo il conto con la lobby chirurgica maschile. I nostri colleghi sono tanto carini e galanti quando siamo specializzande, ci sciorinano il loro immancabile fascino che si basa fortemente sul ruolo che gli deriva dall'esercizio della attività lavorativa e ci accolgono con benevolenza quando veniamo assunte e siamo agli inizi della carriera. Il contesto lavorativo è ovviamente quello che ben si è consolidato nei decenni di storia della chirurgia sassarese: l'insieme dei medici, il reparto di degenza col suo personale infermieristico e la sala operatoria dove le ferriste sono quelle che devono sopportare, oltre allo stress dell'intervento, anche gli sbalzi d'umore del chirurgo.

I tempi di lavoro sono naturalmente abnormi. Il chirurgo fa a gara per passare più tempo possibile in ospedale per vari motivi, sia perché a casa ha una moglie che lo solleva dall'incombenza della famiglia sia perché viene fuori la suo indole presenzialista per cui deve fare tutto lui perché è il più bravo. Questo è il modello da seguire e tramandare. Nei primi anni (diciamo dieci, quindici!) la chirurga si presta: "se le regole sono queste", pensa, "verosimilmente sono le più ergonomiche e vanno rispettate". Così imposta la sua vita tutta in funzione del lavoro che va ben oltre quanto stabilito dal contratto e dalle leggi sulla sicurezza. Guardie, reperibilità e turni in reparto

oltre misura. Ma si sa le donne sono generose!
Col passare degli anni la chirurga però cresce ed aspira legittimamente ad una maggiore autonomia ed a vedere riconosciute le competenze maturate. Così iniziano i problemi e vengono fuori i conflitti.

La caratteristica principale del chirurgo maschio è il suo IO, che è smodatamente grande e gli impedisce di misurarsi correttamente ed apertamente con gli altri, soprattutto con le donne. Le donne possono essere le infermiere del reparto, le ferriste della sala operatoria, le colleghe interniste, cardiologhe, dermatologhe, anestesiste, pediatre etc. ma non chirurghe. Se poi queste hanno la presunzione di voler dire e far pesare la loro opinione professionale o se pretendono che venga riconosciuto il ruolo che spetta loro si scatena la guerra senza esclusione di colpi. Ricorrono anche ai più meschini, quelli che hanno imparato negli anni di crescita cameratesca con i loro compagni di scuola. E soprattutto si alleano. Già loro sono più di due, molto solidali. La chirurga di solito è sola e anche quando non lo è non riesce ad allearsi con le altre perchè non hanno ancora maturato la consapevolezza dello svantaggio dell'appartenere al genere femminile.

Così accade che professionalità rilevanti e potenzialità mediche mal gestite si perdano, con enorme pregiudizio per le donne e con grave danno economico della comunità e della salute dei cittadini. Possiamo ancora permettercelo?

Non me ne vogliono i pochi, ma comunque esistenti, colleghi chirurgici corretti e gentiluomini che ho avuto il piacere di incontrare nella mia vita professionale a cui va naturalmente la mia stima umana e professionale.

Maria Antonietta Sale

Chirurga Ospedale di Sassari

Gentile Collega,
ho letto con molta attenzione le tue riflessioni sulla condizione lavorativa della donna chirurgo nel tuo contesto cittadino e, con molta amarezza, devo purtroppo confermare che le discriminazioni a cui fai riferimento e la scarsa applicazione di politiche meritocratiche spesso gravano a svantaggio delle donne in molte categorie della sanità e non. Situazioni come quella da te descritta non sono eccezionali, ma fortunatamente mi sento di poter dire che non è così ovunque.

La realtà lavorativa delle donne sta cambiando, proprio grazie alla possibilità di essere presenti in ambito politico e di essere garantite dalla presenza di un Ministero per le Pari Opportunità.

L'attuale Consiglio Direttivo dell'ACOI, rispettando la tradizione della nostra Società Scientifica, sempre attenta alle problematiche dei Soci e alle criticità quotidiane, ha ritenuto opportuno istituire la Commissione Pari Opportunità che, ereditando quanto già costruito dalla Commissione Donne (presieduta da Micaela Piccoli) possa non solo fotografare le differenti realtà lavorative, ma nello stesso tempo consentire un dialogo con le Istituzioni locali, regionali e nazionali al fine di permettere a tutte le professioniste non solo di lavorare con uguali diritti rispetto ai colleghi di altro sesso, ma soprattutto il rispetto dei criteri meritocratici.

L'attuale compito affidatomi è alquanto arduo, in quanto è difficile valutare contesti lavorativi non propri. Compito della Commissione

è quello di creare quanto prima uno sportello telematico sul sito ACOI per consentire a tutti i Soci di evidenziare eventuali situazioni discriminanti e soprattutto rendere accessibile a tutti l'attuale Legislazione in tema di Pari Opportunità e tutte le eventuali informazioni necessarie. Intanto se può esserti utile ti segnalo che il tuo ospedale, come tutti i pubblici Uffici, dovrebbe avere un referente per le Pari Opportunità (ahimè in molti ospedali non c'è).

Nello specifico ritengo che il lavoro del chirurgo, sia esso donna o uomo, sia particolarmente complesso; un team chirurgico vincente non è, a mio avviso, quello con maggiori capacità tecniche, ma è quello dove è garantito un mix di capacità chirurgiche, dedizione al lavoro e doti umane, che consentano il rispetto tra i colleghi e verso i pazienti.

Nell'800 le donne non potevano esercitare la nostra professione, a tutt'oggi in alcuni ospedali (io lavoro presso l'Ospedale Regionale "Miulli" di Acquaviva delle Fonti, nella provincia di Bari), vi è una sola donna chirurgo nel team; oggi nelle scuole di specialità chirurgiche circa il 70% degli iscritti è di sesso femminile; ha perso forse appeal fare il chirurgo? Non credo. Credo che i tempi stiano cambiando, le donne sono presenti in quasi tutti i campi e sicuramente hanno capacità indiscusse; presto saranno sempre di più le donne che ricopriranno ruoli apicali anche in ambito chirurgico. La strada è stata lunga e forse non è...finita; ma chi l'ha detto che fare la chirurga fosse facile?

Togliamoci dalle spalle il fardello di secoli di discriminazioni; credo che un chirurgo donna o uomo che sia, debba solo essere considerato per quello che è. Fare il chirurgo è un privilegio, che ogni chirurgo guadagna con personali sacrifici giornalieri, ma non dimentichiamo che siamo fra coloro che fanno un mestiere che amano.

La chirurgia è una passione e come tutte le grandi passioni non è scevra a volte di delusioni.



Patrizia Liguori

Presidente Commissione ACOI Pari Opportunità

Michael J. Sandel**CONTRO LA PERFEZIONE**

L'etica nell'età dell'ingegneria genetica

Vita e Pensiero Milano 2008
ISBN 9788834315446

di Michele Montinari

America, XXI secolo: l'uomo artefice di una medicina sempre più sofisticata, in apparenza onnipotente, sembra soccombere di fronte alle possibilità di manipolare così profondamente il proprio organismo, per renderlo più performante, più bello, o per definire i tratti somatici dei propri figli, alla ricerca di una perfezione, il cui standard, immaginario e vago, sembra rispondere alle più umane frustrazioni.

Michael Sandel, considerato uno dei più eminenti filosofi contemporanei statunitensi e membro del Consiglio presidenziale per la bioetica dal 2002 al 2005, affronta i temi inquietanti dell'ingegneria genetica e della relativa sensazione di padronanza e di dominio individualistico, secondo i canoni di una *nuova eugenetica*, liberistica, che ci permette di essere "designers del nostro corpo e progettisti dei nostri figli", perdendo di vista la gratuità della natura umana, dono prezioso e incoercibile, anche se poi non chiarisce chi è il soggetto donatore.

Queste argomentazioni, che rappresentano ottimi spunti di riflessione per il lettore, sono il contenuto della prima parte del libro, nella quale l'autore cita numerosi esempi di costume

**Michael J. Sandel**

Docente di Teoria del Governo alla Harvard University.



suno reclamerà l'impianto, che da un lato costituiscono un enorme problema etico (se il loro sviluppo fosse condotto a termine potrebbero popolare una città come Firenze o Bologna, una provincia come quella di Taranto), dall'altro possono essere anche un grande business, sia pure giustificato dal fine di ricercare rimedi per malattie degli umani utilizzando parti di microscopici organismi umani non più idonei a soddisfare il desiderio di maternità e paternità per il quale sono stati concepiti.

Non sono queste righe la sede ideale per imbastire un contraddittorio, del resto sarebbe a senso unico date le convinzioni di chi scrive e l'impossibilità di replica altrui, ma è interessante anche la lettura della

seconda parte del libro, edito in era Bush, per comprendere come le scelte attuali della politica americana in materia siano solo in apparente contraddizione con le precedenti, delle quali sembrano la naturale confusa evoluzione.

Il presidente Obama² ha sbloccato i finanziamenti per la ricerca responsabile sulle cellule embrionali umane prodotte con soli fini procreativi, congelati dal presidente Bush³, che però si era ben guardato dal proibirla, in ossequio alla *stranezza*

PARADOSSO DEL SORITE

- un chicco di grano costituisce un mucchio?
- due chicchi di grano costituiscono un mucchio?
- ...
- mille chicchi di grano costituiscono un mucchio?
- aggiungendo un chicco a una cosa che non è un mucchio non si ottiene un mucchio.
- dunque non è possibile fare un mucchio di grano, eppure i mucchi di grano esistono.

Ebulide di Mileto IV secolo a.C.

morale del "non sovvenzionare, non vietare", per dirla con parole di Sandel, il quale per giustificare le sue convinzioni ricorre a ragionamenti che appaiono altrettanto strani, come il ricorso al paradosso del sorite come similitudine per quel "mucchietto di cellule" che sarebbe la blastocisti, senza considerare che essa è un'entità unitaria che si sviluppa, non un insieme di entità giustapposte.

Conclude l'autore augurando l'elaborazione di norme che regolino lo studio delle cellule staminali embrionali e della clonazione a scopo di ricerca, come il divieto della clonazione riproduttiva, i limiti di tempo entro i quali un embrione è coltivabile in laboratorio, i criteri di certificazione delle cliniche della fertilità, le limitazioni al commercio di ovuli e spermatozoi, la monopolizzazione dell'accesso alle linee staminali, tutto ciò per evitare un uso arbitrario dell'inizio della vita umana: il lettore tragga le proprie considerazioni, non si spaventi se l'elefante partorisce un topolino, non ami di meno, per le sue umane contraddizioni, un popolo grande

e generoso come quello americano, che tollera ancora la pena capitale e plaude per la sovvenzione alla ricerca sulle cellule staminali embrionali, pur giurando il suo Presidente sulla Bibbia.

1. Michael J. Sandel, *Embryo Ethics - The Moral Logic of Stem-Cell Research* NEJM 2004; 351: 207-9 <http://content.nejm.org/cgi/reprint/351/3/207.pdf>
2. *Removing Barriers to Responsible Scientific Research Involving Human Stem Cells* Office of the Press Secretary, March 9, 2009 http://www.whitehouse.gov/the_press_office/Removing-Barriers-to-Responsible-Scientific-Research-Involving-Human-Stem-Cells
3. *President JWBush Discusses Stem Cell Research Policy* Office of the Press Secretary July 19, 2006 <http://georgewbush-whitehouse.archives.gov/news/releases/2006/07/20060719-3.html>

Daniela Minerva

LA FIERA DELLE SANITÀ

Edizioni BUR Rizzoli 2009

di Ferdinando Agresta

Sillogismo Aristotelico di liceale memoria: "...politici corrotti. Medici cialtroni. Imprenditori rapaci. Criminali e burocrati. Un giro di affari da 100 milioni di euro. Tra abusi e disservizi, ecco chi mette in pericolo la salute degli italiani."

Ed allora anch'io, anzi anche tutti noi medici siamo "...corrotti...cialtroni... mettiamo in pericolo la salute degli Italiani..."!!!!

Questo il primo pensiero che, confesso con tanta rabbia dentro, ho avuto nel vedere solo la copertina di questo libro, un giorno alla libreria della stazione Termini mentre aspettavo il mio treno.

Ma non mi sento cialtrone, ma soprattutto non mi sento corrotto e responsabile di quel disservizio del sistema nazionale...anzi, il contrario!! Ed ho letto alcune pagine, mentre aspettavo il mio treno...ed ho comprato e letto il libro!

E durante il mio viaggio in treno ho fatto con l'Autrice un altrettanto viaggio nel nostro sistema sanitario. La sua storia fatta di nomi, situazioni, leggi, regioni, governi, di storie (tristi) più o meno note. Ma questo libro è fatto sì principalmente per il grande pubblico, ma anche per gli addetti ai lavori, perché non basta solo la rabbia per il sillogismo Aristotelico di cui sopra



(che il grande pubblico purtroppo spesso fa) ma è necessario prendere coscienza e consapevolezza di come stanno davvero le cose per tentare una soluzione al problema. E sarebbe già un buon inizio, anche se non sufficiente! Perché nostro dovere come cittadini, ma soprattutto come principali attori di questo sistema, come siamo anche noi chirurghi di una grande Società Scientifica quale è l'ACOI, volere e saper trovare (almeno tentare) una soluzione allo stesso.

"Che Dio ce lo conservi, il Sistema sanitario nazionale" scrive l'Autrice, a ragione, visto che il nostro Ssn è tra i primi posti nel mondo. Ma non voglio essere blasfemo nel dire che Dio è troppo occupato in guerre, carestie, pestilenza, terrorismo, abusi, soprusi e quanto altro per pensare al nostro "particolarismo".

Ce la possiamo fare - anzi ce la dobbiamo fare - anche noi da soli senza scomodare Divinità e Santi.

Amaro ma bello leggere questo libro, che consiglio. Amaro ed apparentemente vero (visto le cronache anche recenti) il sillogismo di cui sopra. Ma questo speriamo che presto sia un'altra storia da lasciarci dietro.



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[™]
Curved Cutter Stapler



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

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION[™]

