



acoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

NEWS

www.acoi.it

EDITORIALE

Lo "sport" di moda:

ACCUSIAMO I CHIRURGHI

PRIMO PIANO

ACOI investe
sulla formazione manageriale

VITA DELL'ASSOCIAZIONE

19° Congresso Nazionale
di Videochirurgia

PAGINA SINDACALE

Operazione trasparenza
sulle retribuzioni dei Dirigenti



SOMMARIO

Numero 15 / luglio - settembre 2009
Trimestrale dell'Associazione
Chirurghi Ospedalieri Italiani.
Supplemento a Ospedali d'Italia
Chirurgia n. 3 - 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 Filairo
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
Ivano Di Maria
Ernesto Tuliozi
Gabriele Zappi

IMPIANTI e STAMPA

Saffe srl - Firenze

La rivista, stampata in 7.000 copie,
è stata chiusa in redazione il 19 ottobre 2009

SEGRETERIA ACOI

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

www.acoi.it

3 **EDITORIALE**
Lo "sport" di moda: accusiamo i chirurghi
di Rodolfo Vincenti

6 **VITA DELL'ASSOCIAZIONE**
Congresso Nazionale ACOI - Olbia 27-30 maggio 2009
Bilancio ACOI al 31.12.2008
e Bilancio Previsionale 2009
di Stefano Bartoli

9 **"Facite ammuina"**
di Ferdinando Agresta

11 **Scuola Speciale ACOI di Chirurgia dell'Obesità**
L'importanza dell'approccio multidisciplinare
al paziente obeso
di Rosaldo Allieta e Paolo Millo

13 **Scuola Speciale ACOI di Chirurgia Senologica**
Workshop residenziale Senologico
...una finestra per la Scuola ACOI del 2010
di Paolo Burelli

15 **19° Congresso Nazionale di Videochirurgia - Conegliano 23-25 novembre 2009**
"Dalla videochirurgia alla inFORMAZIONE multimediale".
SCOMMESSA O REALTA'?
di Gabriele Munegato

18 **PRIMO PIANO**
ACOI investe sulla formazione manageriale
di Graziano Pernazza

20 **Il chirurgo nel 21° secolo**
di Enrico Pernazza

24 **PAGINA SINDACALE**
Operazione trasparenza sulle retribuzioni
dei dirigenti
di Carmine Gigli

25 **Il Ministro Brunetta istruisce le Amministrazioni pubbliche sulla**
rottamazione
di Carmine Gigli

26 **111° Congresso Nazionale SIC - Rimini 25-28 ottobre 2009**
Quale Domus per il chirurgo?
di Gianfranco Francioni

RUBRICHE

30 **IL LIBRO DA LEGGERE**
Greg Mortenson, David Oliver Relin
Tre tazze di Tè
di Ferdinando Agresta

Lo "sport" di moda: ACCUSIAMO I CHIRURGHI

QUANDO I CHIRURGHI DIVENTANO CAPRO ESPIATORIO

di **Rodolfo Vincenti**

“**C**accerò i responsabili, chi ha sbagliato sarà cacciato. I primari che hanno rilasciato dichiarazioni alla stampa hanno detto cose errate e avventate, è stato creato un grave danno d'immagine (sic!) al sistema sanitario della Regione”. Questa è stata la dichiarazione virgolettata di un assessore alla sanità regionale pubblicata su un quotidiano a larga diffusione nazionale. Non si può rimanere indifferenti di fronte a tale durezza.

Il fatto, grave, emotivamente coinvolgente, difficilmente perdonabile: la morte di un ragazzo per dissanguamento per ferite periferiche, ancorché profonde ed estese, avvenuta molto probabilmente a causa del tempo trascorso per il trasferimento da un Ospedale ad un altro. Come dicono gli esperti: “golden hour”?

Succede sempre che le informazioni che si possono avere su fatti nei quali indaga la magistratura siano parziali, frammentarie e possano essere evinte esclusivamente dai rapporti letti od ascoltati nei consueti canali di informazione e, pertanto, non hanno la pretesa di evidenziare quella verità assoluta che sempre auspicheremo di raggiungere. Ma i fatti, ancorché incompleti, ci permettono di esprimere alcune considerazioni sulla gestione politica ultradecennale del Sistema Sanitario Italiano ed in particolare di alcune Regioni d'Italia. Noi sappiamo che, pochi minuti dopo l'incidente, il ragazzo è stato soccorso da un'ambulanza non medicalizzata e trasportato presso l'ospedale più vicino il quale, secondo il piano regionale di rientro, avrebbe dovuto chiudere i battenti pochi giorni dopo. Quindi mentre sulla carta continuava ad erogare un'assistenza chirurgica di fatto per mancanza di personale in organico era impossibilitato realisticamente a svolgere il proprio lavoro a tutto campo. Infatti a dare assistenza al paziente sono stati una collega ginecologa ed un anestesista. Il tempo necessario al trasferimento poi con la medesima ambulanza non medicalizzata presso il lontano, ma maggiormente attrezzato ospedale è stato determinante a rendere irreversibili le gravi condizioni del ragazzo sino al successivo decesso.

Caso unico ed isolato? Nemmeno per sogno! Cito uno per tutti: Flavio S. 12 anni, in altra Regione, attraverso eventi (ottobre 2008), quasi sovrapponibili per dinamica e tempistica, medesimo esito. Riferire di tali, purtroppo non sporadici, episodi, rischia di rimanere un semplice esercizio di cronaca se non fosse che in entrambi i casi è scattata inesorabile la caccia al colpevole e, altrettanto ineluttabilmente, i chirurghi coinvolti

Ma siamo sempre noi i responsabili delle inefficienze di un Sistema Sanitario che ci vede come vittime sacrificali di colpe altrui?

sono stati raggiunti dai classici avvisi di garanzia. La domanda è: ma siamo sempre noi ed esclusivamente noi i responsabili delle inefficienze di un Sistema Sanitario che sempre più spesso ci vede come vittime sacrificali di colpe altrui?

Entriamo nel merito.

Con il **Patto della Salute del 2001** si azzerarono, a carico dello Stato, i debiti specifici delle Regioni (virtuose e non virtuose) che si assunsero l'impegno di raggiungere adeguati standard di qualità ed appropria-

tezza delle prestazioni in modo da conservare un pareggio di bilancio. La parola d'ordine fu “curare il cittadino nel tempo giusto e nel posto giusto”.

Come non condividere l'idea di riservare ai sistemi territoriali la diagnosi e la terapia di tutte quelle patologie che non obblighino al ricovero ospedaliero? Case della salute (ricordate il ministro Livia Turco?), Hospice per riabilitazione e lungo degenze a minimo livello di assistenza, day hospital, ambulatori ecc. dovrebbero evadere la gran parte delle richieste e così riservare l'accesso agli ospedali (nel contempo ammo-



denari, qualificati, collegati in rete assistenziale, individuati per differenti aree geografiche e per le più svariate situazioni demografiche territoriali e tempistiche di collegamento) tutte le patologie acute e/o di livello di assistenza di maggiore impegno.

Che cosa voglio sottolineare? Che abbiamo assistito (ma per alcuni di noi direi subito) ai cosiddetti "piani di rientro" emanati da alcune Regioni nei quali, a fronte di programmazioni di secondario impatto, la linea guida più seguita è stata quella di ridurre il numero di Ospedali attivi, e in ogni caso, di ridurre il numero di posti letto nei singoli Ospedali.

Ragionamento semplice e semplicistico: la spesa ospedaliera rappresenta gran parte del bilancio, ergo chiudo parte della causa di spesa e così riduco le perdite.

Sono d'accordo con chi mi legge: qualcosa non torna!

Vorrei ricordare a chi già sa (ma fa finta di non sapere) che esigenza imprescindibile per una razionalizzazione del sistema ospedaliero (alla ricerca dell'efficienza e della riduzione degli sprechi) è quella di ottimizzare il Sistema dell'Emergenza territoriale (118) non solo con la creazione di una rete integrata attiva h24, ma anche con centri mobili di assistenza, ambulanze medicalizzate, eliambulanze anche notturne ecc.

Se oggi la falla è rappresentata dai troppi ospedali "doppioni" che erogano assistenza che in parte può essere erogata dal territorio e, pertanto, si chiudono quelli che si ritengono superflui, noi sommamente chiediamo: "ma il Territorio è stato adeguato alle nuove esigenze?" Insomma prima strutturiamo il territorio, poi potremo permetterci di ridurre il numero degli Ospedali (e riqualificarli dove necessario).

Non mi sembra proprio che ciò stia avvenendo in tutte le Regioni! Quello che, con disperazione e senso di impotenza, osservo è che appena un collega (chirurgo spesso) denuncia le gravi inefficienze strutturali nelle quali è costretto a svolgere il proprio lavoro, certamente non volute o causate da propria negligenza, immediata è la minaccia, non sempre velata, di licenziamento per "giusta causa" per aver "creato un grave danno di immagine al sistema sanitario regionale" e, quindi, "scatteranno provvedimenti disciplinari".

Nel mese di agosto nel piccolo ospedale scenario del fatto di cronaca, erano in servizio solo 2 chirurghi, l'Ospedale doveva esser escluso dalla assistenza di PS, il 118 non sapeva che l'Ospedale non era attrezzato per casi di estrema gravità, l'ambulanza non era medicalizzata, non era disponibile l'eliambulanza, probabilmente il secondo ospedale non fu informato in itinere sulla tipologia delle ferite del ragazzo e... la prima cosa che i soliti noti dichiarano è "la responsabilità è dei chirurghi"!

La prova che la nostra analisi sia corretta (prima il Territorio, poi gli Ospedali) viene proprio dalle dichiarazioni rilasciate "a caldo" dall'Assessore che ha annunciato con orgoglio l'accordo per un avvio immediato (sic!) dell'informatizzazione del 118 e la realizzazione di 20 piazzali per l'elisoccorso notturno e che "ad ottobre sarà aumentato il numero di ambulanze con il medico a bordo". Ne siamo felici. Peccato che al momento la società che

gestisce per conto della Croce Rossa di quella Regione il 118, ha i 3.200 barellieri sul piede dello sciopero per 11 milioni di euro non corrisposti dalla Regione stessa.

Proviamo a cambiare Regione ed andiamo in Campania. Con una rimarcabile anticipazione dei tempi, nel lontano 1994 (LR n°2), ben due anni prima della approvazione da parte della Conferenza Stato Regioni delle linee guida sul sistema di Emergenza Sanitaria (G.U. del 17.05.1996), promulgò l'istituzione del Sistema Integrato Regionale di Emergenza Sanitaria (Sires) il cui pregio è quello di aver proposto una riorganizzazione della rete dell'emergenza ospedaliera ed una integrazione con l'emergenza sanitaria territoriale (118). Ebbene non mi sembra secondario che l'allegato (n° 6) al testo di legge imponeva alla Regione dapprima la riorganizzazione dell'Emergenza Sanitaria Territoriale e solo successivamente la definizione di un piano ospedaliero nel quale stabilire la integrazione funzionale tra emergenza territoriale e Dea. Che io sappia (vorrei tanto essere smentito), delibere o piani attuativi in tal senso non esistono e la data della legge è 1994.

In altri Paesi "civili" ed in alcune Regioni (quelle "virtuose"!) relativamente all'area dell'Emergenza territoriale si è perfezionata e consolidata l'organizzazione su base interaziendale del settore dell'Emergenza-Urgenza, attraverso un ottimale utilizzo di tutte le risorse professionali, dal territorio all'Ospedale, secondo il modello *hub&spoke*; questo rappresenta nei servizi sanitari, un modello organizzativo caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza a elevata complessità in centri di eccellenza (centri *hub*) supportati da una rete di servizi (centri *spoke*) cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio a centri di riferimento quando una determinata soglia di gravità clinico-

assistenziale venga superata.

Si può facilmente capire come il successo di una rete *hub&spoke* dipenda quindi da fattori quali il numero di *spoke* collegati, la facilità di spostamento all'interno dell'*hub*, la centralità dell'*hub* rispetto al network servito. Appare evidente come sia quindi necessaria la istituzione di un Organismo operativo tra servizio territoriale del 118 e servizi di emergenza ospedaliera, e solo alla fine di questo percorso sia possibile adottare un Piano Ospedaliero regionale che disegni la rete delle eccellenze che deve operare in sinergia con tutte le Aziende integrate con il SSR.

Credo di poter dire che tutti siamo d'accordo che per correggere le diseconomie del Sistema e quindi liberare risorse utili a programmare interventi strutturali al fine di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza, si dovrà intervenire sulle cause che hanno determinato gli sprechi, trovando soluzioni adeguate per risanare i conti della sanità con utilizzo in modo appropriato delle risorse pubbliche, sempre con l'obiettivo unico e non negoziabile di giungere ad un modello organizzativo con definiti algoritmi, che metta al centro del sistema la effettiva presa in carico del cittadino malato, per garantire la continuità assistenziale ed una efficace integrazione tra territorio ed ospedale.

Appena un collega denuncia le gravi inefficienze strutturali nelle quali è costretto a lavorare, immediata è la minaccia di licenziamento per danno di immagine al sistema sanitario regionale

I cittadini di quelle Regioni che non vogliono o non sono in grado di attuare tali programmi, saranno utenti di Sistemi Sanitari Regionali non compatibili con quello che noi crediamo sia un grande Paese che si fregia di erogare assistenza qualificata a tutti. Una programmazione sanitaria pubblica deve perseguire questo principio etico per garantire l'esigibilità dei diritti di cittadinanza e la politica ha l'obbligo di farsene carico. Alcuni Piani ospedalieri stabiliscono la fuoriuscita e/o il declassamento di alcuni ospedali nell'ambito della rete di emergenza e definiscono che gli ospedali di 2° livello (prestazioni caratterizzate da una maggiore intensità di cura) e quelli di 1° livello (solo primo soccorso) avranno ruolo di raccordo tra i presidi di base e quelli di 3° livello (*hub*), indirizzando a questi ultimi le patologie più complesse. E ciò può essere condiviso.

Purtroppo per tutto quanto sopra detto appaiono evidenti gli effetti potenzialmente letali (e la cronaca lo ricorda con la crudezza della realtà), di una attuazione del Piano ospedaliero pedissequa e non correlata alla necessaria riorganizzazione

strutturale del Sistema integrato di Emergenza sanitaria; essa produrrebbe, ed ha prodotto, effetti devastanti sul diritto alla salute di quei cittadini che per eventi acuti non prevedibili, bisognevoli di cure urgenti e non differibili, si rivolgono al Sistema Sanitario Regionale e richiedono interventi sanitari immediati, di alta qualità professionale e di elevato livello tecnologico.

Se noi chirurghi denunciemo le ristrettezze nelle quali il Sistema ci costringe a erogare le nostre prestazioni, che sempre più hanno necessità di personale specializzato e tecnologie adeguate, se noi chirurghi denunciemo l'assenza o la fragilità delle organizzazioni strutturali messe in campo dagli amministratori della Salute pubblica, se noi chirurghi denunciemo i buchi neri del Sistema, non facciamo altro che il nostro responsabile dovere. Che nessuno ci accusi di provocare "danni di immagine" ad un Sistema che si difende non con i fatti in favore del cittadino, ma con minacce per il professionista.

Che i Chirurghi vengano accusati per eventuali loro mancanze, non per quelle di cui altri sono gli unici responsabili!



CONGRESSO NAZIONALE ACOI - Olbia 27-30 maggio 2009

Bilancio ACOI al 31.12.2008 e Bilancio Previsionale 2009

di Stefano Bartoli *Tesoriere ACOI*

Il bilancio al 31.12.2008 risultante dallo Stato Patrimoniale e dal Rendiconto gestionale, è stato redatto in conformità alle raccomandazioni emanate dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli esperti contabili ed è stato sottoposto al benessere dei nostri Revisori dei Conti.

Il bilancio consultivo evidenzia un avanzo di gestione pari a 1.660,00 euro, quindi un sostanziale risultato di pareggio che sta a significare che le disponibilità finanziarie a disposizione dell'Associazione, derivanti dalle quote associative e dai contributi delle aziende operanti nel settore sanitario, sono state interamente destinate per le finalità istituzionali dell'ACOI.

Per quanto riguarda il commento alle voci più significative: Nello **Stato Patrimoniale Attivo** le *immobilizzazioni immateriali* si riferiscono alla capitalizzazione degli oneri pluriennali sostenuti per l'adeguamento del sistema informativo dell'associazione, per la nuova progettazione grafica della

rivista "ACOI NEWS" e per la realizzazione del nuovo sito internet, per un totale di 14.843,00 euro, al netto della quota di spesa attribuibile all'esercizio di 7.421,00 euro.

Per quanto riguarda le *immobilizzazioni materiali*, tale voce comprende i mobili, gli arredi, le attrezzature e gli impianti della sede sociale, facciamo presente che non sono stati effettuati nuovi acquisti nel corso dell'anno, mentre la voce è diminuita per la quota di ammortamento di competenza dell'esercizio pari a 14.011,00 euro.

La voce *crediti* per 8.841,00 euro, si riferisce prevalentemente a crediti verso l'Erario, oltre ai depositi cauzionali relativi all'affitto della sede e all'abbonamento al servizio radio-taxi. Vorrei far notare come nella voce "crediti" potrebbe trovare spazio una cifra di rilievo dovuta alla morosità di alcuni soci e soprattutto alla inadempienza di molte Aziende Sanitarie. L'impegno di verifica e recupero di tali crediti sarà l'obiettivo primario dell'anno in corso in modo da ridurre a cifre



“fisiologiche” il danno per l’Associazione.

La voce *disponibilità finanziarie* corrisponde alle giacenze presso la Banca di Roma e Poste Italiane per un totale di 159.489,00 euro risultando superiore all’ammontare disponibile nell’anno precedente.

Nello **Stato Patrimoniale Passivo** segnaliamo l’aumento del Patrimonio Sociale, che dopo la destinazione dell’avanzo di gestione 2007 ammonta a un totale di 151.896,00 euro.

La voce *Fondi per rischi ed oneri* per 40.000,00 euro si riferisce alla somma accantonata nell’esercizio in relazione alla definizione in corso in via stragiudiziale della controversia legale circa l’organizzazione del XXVI Congresso Nazionale di Bologna. Alla data di redazione del bilancio la transazione tra le parti non era ancora stata accettata e formalizzata in un importo definito si è pertanto deciso un “accantonamento prudenziale”.

L’importo del *Trattamento di fine rapporto* del personale dipendente risulta decrementato a 6.778,00 euro conseguentemente all’erogazione del TFR maturato al personale che ha lasciato l’attività di segreteria nel corso dell’anno e per quanto riguarda i *debiti*, questi si riferiscono al debito nei confronti dell’erario per ritenute effettuate e per l’imposta I.R.A.P. a carico dell’esercizio, pari a 1.406,00 euro alle competenze del mese di dicembre dovute al personale.

Passando al **Rendiconto gestionale**, c’è da rilevare un aumento di circa il 25% delle entrate totali che ammontano a 587.813,00 euro, questo incremento è il risultato del lavoro



svolto teso a recuperare le *quote associative* non correttamente trattenute e versate da parte delle aziende ospedaliere. Le *contribuzioni* da parte delle aziende del settore sanitario, nonostante la situazione contingente, hanno visto un mantenimento della fiducia nelle attività scientifiche portate avanti dall’Associazione.

Le spese di gestione corrente non hanno subito significative variazioni; nel corso dell’anno è proseguito il contenimento generale delle stesse mentre particolari risorse finanziarie sono



state destinate, attraverso l'attività consulenziale esterna, che meglio risponde ad esigenze specifiche, caratterizzando con professionalità l'impegno in campo editoriale, di comunicazione, di formazione e di gestione amministrativa.

Per quanto riguarda il **Bilancio di previsione per l'anno 2009**, l'ammontare delle quote associative stimate tiene conto del nuovo processo amministrativo di monitoraggio delle quote stesse versate da parte della singola azienda ospedaliera e trattenute ai soci.

I contributi aziendali sono stati determinati in via prudenziale,

BILANCIO PREVENTIVO DI GESTIONE ANNO 2009	
ENTRATE	
Quote associative	460.000,00
Contributi Aziendali	70.000,00
Proventi finanziari	-
Disavanzo di gestione	-
TOTALE	530.000,00
USCITE	
Spese telefoniche postali	25.000,00
Segreteria, rappresentanza, rimborsi, biglietteria, consiglio direttivo - coordinatori regionali, commissioni-borse studio nuove iniziative	282.000,00
Spese sito internet	20.000,00
Rivista	45.000,00
Compensi a terzi	50.000,00
Assicurazioni	2.000,00
Cancelleria, pulizie, varie	10.000,00
Affitto sede e spese relative	30.000,00
Personale dipendente	40.000,00
Ammortamenti	22.000,00
Interessi passivi, oneri bancari	2.000,00
Imposte IRAP	2.000,00
Avanzo di gestione	-
TOTALE	530.000,00

in relazione alla situazione contingente e all'andamento di generale riduzione degli stessi nel corso degli ultimi anni.

Gli investimenti e le nuove iniziative dell'Associazione verranno modulati in base al monitoraggio costante dei flussi monetari in entrata e in uscita, al fine di ottimizzare la gestione finanziaria, con consapevolezza, coscienza e responsabilità.

BILANCIO AL 31/12/2008		
STATO PATRIMONIALE ATTIVO	31/12/2008	31/12/2007
Crediti verso associati per versamento quote	-	-
Immobilizzazioni		
Immateriali	14.843,00	22.264,00
Materiali	125.382,00	125.382,00
Fondi ammortamento	-105.2875,00	-91.265,00
Totale	20.107,00	34.117,00
Finanziarie	-	-
Totale immobilizzazioni	34.950,00	56.381,00
Attivo circolante		
Rimanenze	-	-
Crediti	-	-
- entro 12 mesi	8.841,00	16.250,00
- oltre 12 mesi	-	-
Totale	8.841,00	16.250,00
Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni	-	-
- Altri titoli	-	-
Disponibilità liquide	-	-
- depositi bancari	115.314,00	80.420,00
- depositi postali	43.981,00	18.953,00
- denaro e valori in cassa	194,00	380,00
Totale attivo circolante	168.330,00	116.003,00
Ratei e Risconti	-	-
Totale attivo	203.280,00	172.384,00
Conti d'ordine	-	-

31/12/2008	31/12/2007	PROVENTI	31/12/2008	31/12/2007
		Proventi di attività tipica e istituzionale		
458.170,00	347.612,00	Quote associative	467.709,00	384.597,00
26.312,00	25.649,00	Contributi aziende	80.000,00	70.000,00
36.512,00	63.815,00	Altri	40.104,00	13.756,00
7.421,00	7.421,00			
14.011,00	18.228,00			
1.406,00	2.534,00			
543.832,00	465.259,00	Totale proventi da attività tipica e istituzionale	587.813,00	468.353,00
		Proventi da attività accessorie		
		Proventi finanziari e patrimoniali		
2.427,00	1.881,00	interessi	106,00	170,00
		Proventi straordinari		
40.000,00		Altri oneri		
1.660,00	1.383,00	Disavanzo di gestione	-	-
587.919,00	468.523,00		587.919,00	468.523,00

“FACITE AMMUINA”

di Ferdinando Agresta

Dal Regolamento della Real Marina del Regno delle due Sicilie del 1841, all'articolo 27, da usare in occasione di visite a bordo della Alte Autorità del Regno, si legge: *“All'ordine – FACITE AMMUINA – tutti chilli che stanno a prora vann'a a poppa e chilli che stann'a a poppa vann'a prora; chilli che stann'a dritta vann'a sinistra e chilli che stanno a sinistra vann'a dritta; chilli che stanno abbascio vann'ncoppa e chilli che stanno ncoppa vann'basco passann' tutti p'o stesso pertuso. Chi nun tiene nient' a ffà, s'aremeni a'cca e a'lla...”* (nda: non credo ci sia necessità di alcuna traduzione. Il senso è chiaro!).

Non so perché quando ho letto in un libro di questo regolamento, mi è venuta in mente la gestione di alcuni congressi fatti qui in Italia. Uno in modo particolare, alcuni anni fa. Un grande congresso, di una grande società scientifica, in una grande città, organizzato da un grande della medicina. E l'ordine di *facite ammuina* che cade a pennello. Tutti a correre a destra e a manca, sotto e sopra, sperduti in mille tavole rotonde – sedute scientifiche – meet the professor e workshop (siamo sempre ammalati di esterofilia) di infiniti ed improponibili argomenti. Tutti a correre ma tutti a passare *“per lo stesso pertuso”*: il luogo dove il grande di cui sopra raccoglieva ringraziamenti, complimenti, espressioni di riconoscenza (quasi ex voto) e quanto altro. Un collega in modo particolare mi ha colpito: onnipotente ed onnipresente come moderatore – relatore - discussant – esperto di: surrenalectomie (tre casi), urgenze laparoscopiche (10 appendicectomie), epatectomie (4 casi), aneurismi aortici (due casi), toracotomie/scopie e lobectomie (non dico il numero, per creanza!) ... e potrei continuare così. Non per essere cattivo o poco rispettoso: mancavano una seduta sull'onicografosi e/o



sulla tricopatia e me lo sarei ritrovato lì, magari con un video da premiare o una lettura magistrale!

Facite ammuina un po' come le vacche e gli aerei di muscoliniana memoria. Portati in giro, sempre gli stessi e pochi, per dare un'immagine di abbondanza, efficacia ed efficienza.

E l'ACOI ed il suo ultimo Congresso Nazionale di Olbia? La Sardegna: una splendida isola, ma davvero

isola. Non pensavo di vedere così tanta gente, così tanti colleghi, così tanto interesse. E sì, perché nel *“continente”* se organizzi un qualsiasi grande evento di portata nazionale, non devi prenotare e programmare tutto in anticipo. Anche all'ultimo momento puoi prendere un treno, una macchina per andare anche solo per una *“toccata e fuga”*. In Sardegna non puoi far questo: devi aver programmato in anticipo, devi aver desiderato e scelto in anticipo di *fare ammuina!*

E sì, caro Presidente Presenti, ad Olbia si è *fatta ammuina*. No, non nel senso sicuramente poco positivo così ben espresso da quell'articolo del regolamento della Real Marina delle due Sicilie. Ma quella sana, perché vera, viva ed ordinata *ammuina* di un evento così importante e grande, dove non puoi non trattare diversi e molteplici argomenti, perché poliedrici sono gli interessi scientifici delle tante anime e specialità di una chirurgia moderna.

Ma non voglio parlare della parte strettamente scientifica del Congresso di Olbia: non credo che sia su queste pagine da trattare l'argomento ed anche perché sono sicuramente il meno *“blasonato”* per farlo. Ad altri l'eventuale ardua sentenza!

Ma vorrei ritornare a parlare dell'*ammuina*, forse perché è più congeniale alle mie origine Campane. Sì Presidente Presenti, abbiamo tutti un poco corso a destra e sinistra, e siamo tutti passati forse per lo stesso *“pertuso”*. Ma questo non per rendere omaggio, osannare o chinarsi di fronte a chi, come Lei e a chi prima e dopo di Lei lo farà, si è gravato del compito di organizzare un evento come il *“nostro”* congresso nazionale.

Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiana: siamo tutti chirurghi, più o meno esperti, con i nostri diversi e complementari bagagli professionali. Ma siamo Associazione: uomini e professionisti alla pari, che se in qualche modo hanno un grado sulle spalline che individua una gerarchia, questa è dettata dall'autorevolezza del singolo e non vuol essere fattore discriminante e di distacco. E questa è stata la sensazione più bella: anche se chi hai accanto è un riconosciuto e rinomato esperto di fama internazionale, non ti fa questo sentire inferiore o meno importante, anzi ti riempie d'orgoglio di appartenere alla stessa Scuola. *“Esiste una Scuola Chirurgica Italiana che è patrimonio di tutti. Esiste anche una gloriosa tradizione Ospedaliera: ambizione della ACOI è di esserne la voce”*, recita, anzi **grida**, il nostro motto. Grande o piccola che sia, centrale o periferica, storica o di recente istituzione, ogni nostra realtà ha la dignità di Scuola: luogo ove si impara e si cresce, ma soprattutto si condivide. E l'ACOI ne è voce: al Congresso di Olbia non si poteva non fare una gioiosa *ammuina*, perché tante sono le Scuole della gloriosa

tradizione ospedaliera italiana.

E se non tutte, quasi tutte hanno avuto la possibilità di esprimersi, di essere parte di quella voce che diventa coro nell'ACOI. Tutte e tante nuove. Finalmente non sempre i soliti, ripetuti e ripetitivi noti! Ed allora, perdonatemi il riferimento personale, non importa (anche se ti amareggia) che ad un concorso ti dicano che nonostante il tuo curriculum e la tua casistica (che dovrebbero fare la reale differenza) siano tra i più brillanti presentati, il tuo handicap è quello di non provenire da una "rinomata" struttura chirurgica. Sì, ho scritto giusto, è stata usata la parola struttura e non Scuola. Ti addolcisce l'amaro in bocca quindi vedere che le nostre Ferrari, che le nostre eccellenze (alcune, almeno quelle che hanno parlato e di cui si è parlato a Olbia) non vengono poi da strutture così rinomate, perché la Scuola l'hanno creata e fatta loro. Il nomen omen qui non vale! E' bello aver visto allora un Direttore Generale che parla delle sua eccellenza come "di stella più brillante in un cielo ripieno di stelle". Perché qualità non va a braccetto con individualità. Perché un'unità operativa – ha detto sempre quel Direttore Generale (forse la sua lungimiranza è dovuta al fatto che viene dalla prima linea? che ha realmente lavorato sul terreno/ospedale? Che le ossa se le è fatte davvero caricandosi il peso di una cura e non solo quello della teoria manageriale? Le domande credo siano legittime) - deve essere come la musica: armonica!

Di ricerca della qualità si è parlato in questo Congresso. E la qualità in chirurgia non è solo strettamente tecnica, non è solo il frutto di un gesto chirurgico, che per quanto preciso, bello, efficace, rimane sempre solo e soltanto un singolo – e forse non ripetibile – gesto tecnico. Perché come dice e scrive giustamente nella sua relazione il Presidente Vincenti, la figura del chirurgo è un insieme morale di dedizione.

Prima - durante - dopo. Si pensa che il nostro compito sia solo il **durante**: studio, sacrificio, perseveranza, perfezionamento strettamente tecnico, legato al fine dell'efficacia del nostro operare. *La solitudine di chi non cerca voli pindarici* – ha detto una nostra eccellenza chirurgica. Ma è giusto, anzi doveroso, pensare anche al **prima**, che vuol dire rispetto e fiducia (e non paurosa sudditanza) di chi necessita del nostro agire. "Prometto di praticare l'attività chirurgica con onestà e di anteporre 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" si legge nella Dichiarazione di impegno degli associati ACOI.

Ma vuol dire anche **dopo**: non in senso solo di astratti numeri di casistiche da presentare come medaglie – discutibili - al (di) valore. Ma di integrazioni e di interscambio con le strutture manageriali, politiche ed anche, purtroppo in alcuni casi, con quelle figure che, allo scuro di qualsiasi conoscenza specifica,

sono chiamati ad esprimere su di noi giudizi (magistrati). "Riconosco la interdipendenza di tutte le professioni sanitarie e tratterò ognuno con rispetto e considerazione" continua la stessa Dichiarazione.

Ho scritto e premesso che non avrei parlato di argomenti tecnici del Congresso: e ho detto una bugia! Ma non si può parlare di **di ricerca della qualità**, come scrive giustamente il Presidente Presenti nella sua introduzione, se non si parla della splendida, unica *ammuina*, fatta dai nostri giovani chirurghi con la Consensus Conference sull'appendicectomia laparoscopica. Bravi! Sono stati capaci di far uscire da ognuno di noi il "fanciullino" di poetica memoria. "Ciò che per un adulto è ovvio per un giovane è stupefacente novità" è stato scritto. Ma questa volta sono stati loro a stupirci e ad emozionarci con la novità – almeno qui in Italia – con cui hanno saputo gestire e guidare la Consensus, senza lasciarsi prendere la mano dall'argomento e da alcuni "vecchi" volponi presenti in aula. Sono stato chiamato da loro in qualità di esperto (e questo purtroppo per me vuol dire che sto diventando vecchio), ma a loro è da riconoscere l'autorevolezza forse non strettamente tecnica (ma diamogli il tempo) ma sicuramente umana e caratteriale. Ancora bravi... e continuate a farne di questa *ammuina*!

"Facite ammuina" recita l'articolo 27 del 1841 della Real Marina del Regno delle Due Sicilie. Se fare *ammuina* è quello che si è visto al 28 Congresso Nazionale ACOI, chissà se sarà possibile scrivere un articolo analogamente intitolato (ma non specificato) nel regolamento della Nostra Associazione!

NDA: Per fortuna esiste Internet! Per cui dopo aver letto in un libro l'articolo del regolamento della Real Marina del Regno delle due Sicilie, ho fatto un viaggio nella rete... e per diritto e dovere di cronaca ho trovato quanto segue:

Facite ammuina (che in napoletano significa "fate confusione"...) è un comando che, secondo una diffusa leggenda, sarebbe contenuto nel Regolamento da impiegare a bordo dei legni e dei bastimenti della Real Marina del Regno delle Due Sicilie del 1841.

TRADUZIONE

**«All'ordine Facite Ammuina:
tutti coloro che stanno a prua vadano a poppa
e quelli a poppa vadano a prua;
quelli a destra vadano a sinistra
e quelli a sinistra vadano a destra;
tutti quelli in sottocoperta salgano,
e quelli sul ponte scendano,
passando tutti per lo stesso boccaporto (buco);
chi non ha niente da fare, si dia da fare qua e là».**

In realtà, il regolamento della Real Marina del Regno delle Due Sicilie, redatto come tutti gli atti ufficiali in perfetto italiano, non ha mai presentato un tale articolo. Si ipotizza che sia uno dei tanti aneddoti denigratori sul governo borbonico, confezionato dai piemontesi per screditare il Regno delle Due Sicilie. Esistono copie posticce dell'ordine, in cui viene riportato a firma dell'Ammiraglio Giuseppe di Brocchitto.



SCUOLA SPECIALE ACOI DI CHIRURGIA DELL'OBESITÀ

L'importanza dell'approccio multidisciplinare al paziente obeso

di Rosaldo Allieta e Paolo Millo

A conclusione della passata edizione riteniamo importante ripercorrere le tappe principali di questo percorso sicuramente impegnativo ma ancor più gratificante. Quando, nel 2003, avviammo l'organizzazione del primo corso di insegnamento sotto la direzione del nostro compianto maestro Umberto Parini, i riferimenti principali furono da un lato il "Regolamento Scuole ACOI" e dall'altro lato la nostra esperienza professionale.

Il modello didattico indicato dal Regolamento, che prevede la preponderanza dell'insegnamento pratico rispetto a quello teorico, ha consentito di sviluppare un percorso formativo al termine del quale l'allievo ha potuto verificare "sul campo" la disciplina chirurgica oggetto del corso.

La nostra esperienza professionale, ed in specifico l'organizzazione dell'attività del nostro Centro di Chirurgia dell'Obesità, è stata invece il modello sul quale impostare la parte teorico-formativa.

Abbiamo voluto fin dall'inizio porre l'accento sull'importanza dell'approccio multidisciplinare al paziente obeso. Lo studio preliminare del paziente sotto tutti gli aspetti – dietologici, chirurgici, endocrinologici, anestesilogici, pneumologici, psicologici e psichiatrici – e la discussione di ogni singolo caso in équipe multidisciplinare forniscono gli elementi a nostro avviso necessari per dare o meno indicazione alla chirurgia bariatrica ed al tipo di intervento più appropriato sulla base delle caratteristiche del paziente.

Rispetto alle tecniche chirurgiche, abbiamo scelto di proporre tutte le metodiche attualmente in uso ed approvate dalle Società Scientifiche Internazionali. Per ognuna di esse abbiamo voluto fornire un quadro il più possibile esaustivo: fisiopatologia, indicazioni, tecnica, risultati e complicanze. L'allievo ha quindi avuto modo di apprendere e confrontare le varie tecniche, dalla meno invasiva alla più invasiva.

Nel corso degli anni abbiamo mano a mano incrementato lo spazio dedicato al post-intervento, andando ad approfondire gli aspetti legati alle complicanze ed ai risultati per ogni singola tecnica nonché il ruolo fondamentale del follow-up.

Gli allievi diplomati dal 2003 al 2008 sono stati complessivamente 83; di questi oltre la metà svolge attualmente attività di chirurgia bariatrica e la maggior parte ha iniziato la specialità successivamente al diploma.

37 docenti si sono alternati all'insegnamento delle diverse discipline con il coinvolgimento di numerosi centri accreditati sul territorio nazionale per la formazione sul campo.

In occasione della chiusura dell'ultimo corso, abbiamo voluto verificare i risultati della nostra attività didattica con gli allievi degli anni 2003 e 2004, tramite la somministrazione di questionario e l'invito alle giornate finali. Di seguito riportiamo i dati che riteniamo maggiormente significativi.

Chi ha iniziato l'attività dopo la Scuola ha effettuato per lo più pochi interventi (range 0 – 10) con prevalenza di banding, BIB e primissime esperienze di GBP. Un certo numero di allievi ha invece effettuato più interventi (range 50 – 100) adottando diverse tipologie di intervento. Per la maggior parte vengono eseguiti 2 o più tipi di intervento, con prevalenza di banding e GBP. I tempi d'attesa segnalati dai vari centri vanno da 0 a 3 mesi, in alcuni 6 mesi.

Tutti gli allievi che hanno intrapreso l'attività hanno puntato molto sulla istituzione di un team multidisciplinare per la gestione dei pazienti obesi, spesso con composizioni diverse: dal team ristretto (chirurgo, dietologo, psicologo, endocrinologo) a quello più allargato come quello presente presso il

nostro Centro. Spesso risulta la presenza o dello psicologo o dello psichiatra (anziché entrambe le figure professionali) e a volte non figura l'anestesista.

Fra i fattori segnalati quali ostacolo allo sviluppo dell'attività di chirurgia bariatrica, emergono in particolare l'Amministrazione (budget molto ridotto a disposizione) e la costituzione del team multidisciplinare sia per l'accettazione stessa del concetto di team, sia per la difficoltà di reperimento

delle figure professionali interessate.

Per quanto concerne l'esperienza prettamente riferita alla Scuola, gli allievi la valutano nel complesso da buona a ottima. Ritengono utile il training presso i Centri accreditati, soprattutto per la possibilità di vedere diverse tecniche chirurgiche, verificando sul campo le difficoltà, ed altrettanto utile considerano la figura del Tutor per il completamento dei primi interventi.

Gli aspetti maggiormente apprezzati della Scuola sono stati la completezza della formazione, la disponibilità e l'organizzazione. Tutti gli allievi hanno indicato opportuna una formazione per il team multidisciplinare nell'ambito della Scuola ACOI, e molto utile una formazione specifica per l'anestesista. Per questi motivi negli ultimi anni abbiamo implementato l'offerta formativa associando alcuni simposi satelliti monotematici sull'organizzazione del centro e sull'intubazione difficile, coinvolgendo tutte le figure dell'équipe multidisciplinare compresi il comparto infermieristico, divistico, fisioterapico

L'allievo ha avuto modo di apprendere e confrontare le varie tecniche, dalla meno invasiva alla più invasiva

e gli anestesisti.

Alla fine del primo corso di insegnamento, nel 2003, l'entusiasmo per la buona riuscita della Scuola e per il successo riscontrato ci ha portato a "pensare" alla possibilità di produrre un testo sulla chirurgia dell'obesità che rispecchiasse la nostra esperienza. L'opera è stata edita a novembre 2004 in lingua italiana e ad un anno di distanza (novembre 2005) è stata pubblicata la versione in lingua inglese, arricchita di due nuovi capitoli; nel 2007 è stata data alle stampe un'edizione inglese aggiornata anche sull'aspetto metabolico della chirurgia bariatrica. Tale opera continua ad essere un riferimento

per la Scuola e per le Masterclass Europee che si tengono in numero variabile da 3 a 4 ogni anno a Parigi e che ci vedono coinvolti come docenti.

Un particolare ringraziamento al consiglio direttivo ACOI che ci ha dato l'opportunità di continuare ad organizzare la Scuola Speciale: da questo abbiamo avuto gli stimoli per completare questa opera e mantenere e migliorare l'elevato standard tecnico-culturale della nostra attività quotidiana conformemente ai livelli che la nostra Associazione ha raggiunto negli ultimi anni.





© 0123

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

**Quando ridurre
i tempi è essenziale**

FloSeal® riduce i tempi
ed i costi chirurgici



Baxter

BAE1049 PR0206

ACOI - SCUOLA SPECIALE DI CHIRURGIA SENOLOGICA - Borgo di Tragliata 23-24 giugno 2009

Workshop residenziale Senologico

...una finestra per la scuola Acoi del 2010

di **Paolo Burelli (Conegliano)** *Segreteria Scientifica Scuola Nazionale ACOI di Chirurgia Senologica*

La scuola nazionale ACOI di Chirurgia Senologica procede attivamente e concretamente nella sua evoluzione e in questo suo secondo anno ha introdotto una interessante novità di tipo didattico.

La scuola, diretta da Carlo Mariotti direttore dell'Unità di Chirurgia Senologica degli Ospedali Riuniti di Ancona, si presenta come una struttura di formazione pluricentrica con sedi ad Ancona, Forlì (S. Folli), Conegliano (G. Munegato), Trento (B. Zani) e Milano (M. Nava).

Il Corso annuale è aperto a 20 corsisti e prevede la loro suddivisione in gruppi che seguono preordinati percorsi teorico-pratici attraverso tutte le sedi di riferimento.

In questo modo il corsista può conoscere, vivere e provare le problematiche senologiche sotto varie angolazioni ed in strutture diverse ma sempre in centri qualificati.

Il direttivo della scuola ha introdotto per il 2009 un'ulteriore fase di didattica con l'allestimento di un campus senologico che si è svolto a Borgo di Tragliata (Roma) il 23 e 24 giugno. Il



coordinamento e l'allestimento del campus sono stati affidati ad Annalisa Curcio di Forlì. Quest'anno hanno partecipato tutti i corsisti iscritti per il 2009 ed alcuni partecipanti al corso precedente.

Il campus ha avuto la funzione di regalare a tutti una full immersion senologica di alta qualità, che ha consentito di esplorare tutti i settori e le tematiche senologiche più attuali.

Sono state organizzate delle tavole rotonde in cui i corsisti hanno potuto confrontarsi con una faculty di esperti qualificati.

L'alta qualità e l'interesse raggiunto dal campus sono stati testimoniati dalla durata dei lavori e dalle interessanti discussioni che sono state addirittura interrotte per evidenti limiti di tempo.

Nella prima giornata le tavole rotonde hanno riguardato la diagnostica mini-invasiva, il trattamento chirurgico dopo terapia primaria, il problema dei linfonodi, il punto sulla radioterapia intraoperatoria e la giornata è terminata a tardissima ora con una lettura magistrale di Giorgio Macellari sulla "Comunicazione in senologia".

La seconda giornata ha toccato le tematiche riguardanti le novità tecnologiche applicate alla chirurgia senologica; sono state poi affrontate le problematiche chirurgiche inerenti i margini di sezione e a conclusione una ricca e doverosa finestra sulla chirurgia oncoplastica.

Si sono poi gettate le basi per il nuovo corso del 2010, con sicure ulteriori innovazioni, sia in ambito di centri di riferimento sia in ambito di didattica con una interessante evoluzione mediatica riguardante la chirurgia on line (Surgeryonline).

Un ringraziamento particolare per l'allestimento del campus va al Direttore del Corso Carlo Mariotti ed alla coordinatrice Annalisa Curcio per la grande disponibilità.

E' da ricordare poi la faculty di esperti, veri artefici della riuscita didattica del campus: C. Amanti (Roma), R. Bussone (Torino), F. Catalano (Catania), C. Cedolini (Udine), G. Costigliolo (Chiavari), L. Fortunato (Roma), G.B. Grassi (Roma), M.G. Lazzaletti (Carpi), G. Lesti (Chieti), G. Macellari (Piacenza), S. Pompei (Roma), S. Rinaldi (Bari), M. Rondella (Pisa), G. Rossi (Città di Castello), A. Santinelli (Ancona), P. Sorrentino (S. Donà).



19° CONGRESSO NAZIONALE ACOI DI VIDEOCHIRURGIA - Conegliano 23-25 novembre 2009

“Dalla Videochirurgia alla inFORMAZIONE multimediale” SCOMMESSA O REALTA' ?

di **Gabriele Munegato**

“**D**alla Videochirurgia alla inFORMAZIONE multimediale”: con questo titolo abbiamo intrapreso alcuni mesi fa il percorso organizzativo del XIX Congresso Nazionale di Videochirurgia. Siamo infatti convinti che la videochirurgia, intesa come semplice registrazione e proposta di filmati chirurgici, continui senz'altro a mantenere un ruolo importante e che su di essa si baserà come di consueto gran parte dei lavori scientifici del convegno. E' d'altra parte innegabile il fatto che una realtà multimediale sempre più complessa e variegata sta per avere il sopravvento anche nei nostri ambiti chirurgici. Tali potenzialità multimediali aprono spazi impensabili di “inFORMAZIONE” favorendo al massimo l'interazione fra diversi soggetti (chirurghi, pazienti, media) a differenti livelli (informazione, comunicazione, formazione).



Il passaggio dal concetto di videochirurgia a quello di multimedialità è ormai un futuro attuale che allarga, nel bene e nel male, il livello di esposizione per i chirurghi e la chirurgia. Proprio per questo va conosciuto e analizzato in profondità per ricavarne i massimi benefici e limitarne estensioni pericolose.

Ma come far passare questi concetti e queste novità in un congresso chirurgico? Ci stiamo provando e profittiamo di questo spazio per darvi alcune anticipazioni:

- **Surgery on line:** è un sistema di formazione e di informazione basato sull'utilizzo della rete per aprire spazi sia di chirurgia live che di apprendimento on demand. I vantaggi di una simile impostazione sono dati dalla ottimizzazione del tempo da dedicare all'apprendimento che avviene “a domicilio” senza dispendiosi spostamenti e viaggi, dalla continua attualizzazione dei contenuti e dalla facilità di interazione tra docente e discente. La seduta inaugurale del 23 novembre vedrà una pratica applicazione del sistema con realizzazione di un evento formativo via web.
- La chirurgia laparoscopica del colon è ferma in Italia al 20% (in altri paesi europei essa supera ampiamente il 40%) nonostante una notevole ricchezza di possibilità formative (scuole, corsi residenziali etc). Il tutoraggio rimane uno dei sistemi più concreti e sicuro per superare le prime difficoltà nella chirurgia colica laparoscopica ma è assai

dispendioso in termini di tempo e disponibilità. Perché allora non pensare ad un tutoraggio utilizzando il web? Durante il congresso attueremo un primo tutoraggio in rete con un collegamento audio-video fra un allievo che opera un colon in laparoscopia e un maestro che lo segue a distanza, dal proprio studio, passo passo, durante tutto l'intervento con consigli e indicazioni, correzioni e suggerimenti. (martedì 24 novembre).

- Confrontiamo le varie tecniche in una entusiasmante seduta di chirurgia in diretta... differita! Utilizziamo una particolare tecnologia mettendo a confronto in contemporanea tre approcci diversi per una stesso intervento: tre schermi da miscelare e inframezzare a piacere per scoprire vantaggi e svantaggi, peculiarità e difficoltà della chirurgia tradizionale, robotica e laparoscopica nella resezione retto-sigmoidea con anastomosi ultrabassa (martedì 24 novembre) e nella resezione pancreatica corpo-caudale “spleen preserving” (mercoledì 25 novembre).

- Le scuole ACOI di chirurgia sono sempre state il fiore all'occhiello dell'Associazione. Ma vediamo come si possono ulteriormente sviluppare ed evolvere raggiungendo livelli di eccellenza utilizzando i più moderni mezzi multimediali: implementazione di una piattaforma in rete per dare la possibilità di una utilissima interazione fra allievi e docenti e organizzazione di campus e eventi formativi da vivere in diretta o consultare on demand sempre attraverso il web. (lunedì 23 novembre)
- Viaggio nella anatomia chirurgica del fegato: dai "massimi sistemi" dell'approccio e del controllo vascolare delle vene

sovrapatriche e della vena porta, alle "domande di anatomia che avreste sempre voluto fare ... e che non avete avuto mai il coraggio di fare", ai nuovi mondi della chirurgia eco guidata, laparoscopica, robotica.

- **Oltre 200 video da voi preparati e presentati!** Li guarderemo assieme, li apprezzeremo, li discuteremo, li criticheremo, testimoni di uno spaccato unico di ciò che viene fatto ogni giorno nelle sale operatorie d'Italia.

Ti aspettiamo a Conegliano finalmente protagonista del tuo congresso!

Siete stati grandi

Manca circa un mese all'appuntamento del 29° Congresso Nazionale di Videochirurgia che si terrà a Conegliano dal 23 al 25 novembre ed una scommessa è già stata vinta: la dead-line per quanto riguarda la presentazione dei video è stata rispettata!

Eravamo tutti perplessi sul fatto di aver scelto il 7 settembre come limite ultimo per la presentazione dei video in quanto troppo vicina alle ferie ed al rientro dopo agosto e sinceramente a fine giugno c'era venuta voglia di posticiparla obbedendo ad una italica abitudine. Ma, complice il tenente di ferro dr.ssa Michela Piccoli, abbiamo mantenuto le posizioni. I risultati sono stati veramente eccezionali: alla segreteria organizzativa sono arrivati più di duecento video!

Allora, anche a nome dell'intera commissione di videochirurgia, va un sentito ringraziamento a tutti coloro che si sono sobbarcati in piena estate il compito di preparare i video inviandoli entro la data prefissata.

E' senz'altro un bell'inizio! Innanzitutto testimonia una notevole vivacità scientifica. Sottolinea, poi, la validità della formula del convegno che lascia aperta la possibilità di partecipazione a chiunque sia desideroso di presentare il proprio lavoro e le proprie soluzioni.

Lo slogan "*DIVENTA PROTAGONISTA DEL CONGRESSO: INVIA UN TUO VIDEO*" ha fatto breccia ed ora abbiamo più di duecento protagonisti attivi del XIX Congresso di Videochirurgia.

Questo agevola enormemente il lavoro di catalogazione e selezione dei video che può essere svolto con attenzione e in un tempo adeguato, garantendo al congresso un livello qualitativo elevato.

La commissione di videochirurgia è già all'opera per selezionare i film e organizzare le sedute secondo i vari topics. Appena possibile pubblicheremo sul sito del convegno il programma dettagliato in modo da consentire a tutti di organizzarsi e di preparare la calata su Conegliano.

Cena Sociale? No, grazie! Vado a cantine

L'idea è stata improvvisa.

Come improvvisamente salta il tappo di una bottiglia di prosecco aperta per celebrare un'occasione speciale.

Seduti a tavola i membri del comitato organizzatore del XIX congresso di video chirurgia erano intenti a studiare il menù della cena sociale quando prima della difficile scelta finale sul primo piatto, l'annoso dilemma tra la pasta e fagioli e il risotto al radicchio, qualcuno si è chiesto: "perché non garantire agli ospiti una visita diretta alle cantine con degustazione dei vini e assaggio di tutte le prelibatezze territoriali offerte dalla zona di Conegliano?".

Detto fatto.

Grazie alla generosità e disponibilità dei vinificatori di Cone-

gliano e Valdobbiadene, quest'anno la cena ufficiale salta per essere sostituita da un romantico "...andar per cantine", un percorso enogastronomico dai sapori forti, ovviamente studiato con particolare attenzione per gli amanti del Prosecco e del suo nobile zio Cartize su tutti, ma non solo.

La formula? Ogni congressista avrà la possibilità di scegliere all'interno di una lista predisposta una cantina dove trascorrere la serata di martedì 24 novembre. Finiti i lavori scientifici, sarà portato direttamente in pulmann presso la cantina prescelta per una cena preceduta e attraversata da un continuo "tasting" di vini prelibati.

Per il dopo non preoccupatevi! Provvediamo sempre noi al vostro ritorno in albergo!

PROGRAMMA 19° CONGRESSO NAZIONALE ACOI DI VIDEOCHIRURGIA

Pomeriggio inaugurale
23 novembre 14.30 - 18.00

LA MULTIMEDIALITÀ IN CHIRURGIA

- Modelli vincenti di formazione “sul campo” dei giovani
- Il tutoraggio “on line”
- Internet al servizio delle scuole ACOI
- Video-confronto sull’anatomia chirurgica del fegato

200 VIDEO DA VEDERE E DISCUTERE

- Chirurgia esofago-gastrica
- Chirurgia colo - rettale
- Chirurgia epato - biliare
- Chirurgia pancreatica
- Chirurgia proctologica e del pavimento pelvico
- Chirurgia della parete addominale e delle ernie
- Chirurgia del retroperitoneo e della milza
- Chirurgia endocrina
- Chirurgia robotica
- SILS e Notes
- Chirurgia d’urgenza
- Chirurgia bariatrica
- Chirurgia della mammella
- Chirurgia toracica
- Chirurgia vascolare
- Chirurgia pediatrica

INCHIESTE, ANALISI, DIBATTITI

- La sala operatoria integrata multimediale: modelli, applicazioni, vantaggi
- Internet e chirurgia: dalla “cybercondria” alla “buona informazione”
- La chirurgia laparoscopica del colon in Italia: perchè ferma al 20%? Problemi di opzioni cliniche, di budget o di formazione?
- Per uno sviluppo della chirurgia nei paesi emergenti: sostenibilità e adattabilità delle tecnologie (in collaborazione con CUAMM)

TECNICHE A CONFRONTO

- Video integrali trasmessi in diretta differita: Sessioni di Chirurgia condotte come una vera e propria “live surgery”, monotematiche come patologia, ma differenti come approccio chirurgico.
- Neoplasia del retto “basso”: resezione open vs laparoscopica vs robotica
 - Neoplasia del pancreas distale: resezione open vs laparoscopica vs robotica

VIDEOFESTIVAL

- Presentazione dei 10 migliori video selezionati dalla Commissione ACOI di Videochirurgia
- Televoto direttamente da parte del pubblico
- presente in aula
- Premiazione dei video più votati

Segreteria Organizzativa:

ALIWEST TRAVEL srl
Via N. Paganini 30/36, 50127 Firenze. tel. 055 4221201
congressi@aliwest.com

Per saperne di più

videochirurgia2009@acoi.it
www.videochirurgia-acoi2009.it

UN BANDO PER INNOVAZIONE E MANAGEMENT

ACOI investe sulla formazione manageriale

di Graziano Pernazza

Descrizione dell'iniziativa

Il concorso "Innovazione e Management" è promosso e coordinato da ACOI ed ha lo scopo di promuovere e sostenere, attraverso l'erogazione di contributi, la partecipazione dei Soci alla iniziativa formativa elaborata da ACOI Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani - MIP Politecnico di Milano.

Il percorso formativo si focalizza su cinque macro-aree tematiche. Per ciascuna area tematica vengono proposte tre giornate di corso.

Le giornate di corso di ciascuna macro-area tematica saranno disposte in tre giorni consecutivi.

Nell'ambito di tale iniziativa, il presente bando intende finanziare la partecipazione ai corsi di una delle seguenti macro-aree:

- 1. Rischio clinico e sicurezza** (tecniche di gestione del rischio, tecnologia, documentazione);
- 2. Innovazione tecnologica** (valutazione, impatto sull'organizzazione e sui conti della struttura, processi di acquisto);
- 3. Metodologie per l'efficienza** (ottimizzazione delle risorse, umane e strumentali);
- 4. Comportamento organizzativo** (gestione del rischio, riorganizzazione del BO, introduzione di innovazione tecnologica);
- 5. Sviluppo personale** (sviluppo delle competenze non tecniche, focus su solidità di carattere e leadership).

Per ciascuna macrotematica è previsto l'accreditamento E.C.M.

Il percorso è rivolto a tutti i chirurghi italiani, in quanto si propone di "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." (Rodolfo Vincenti - Presidente ACOI)

Partecipanti

Possono presentare Domanda di Partecipazione i SOCI ACOI, laureati in medicina e chirurgia, che, alla data di scadenza del bando, abbiano conseguito una specializzazione in chirurgia generale o specialistica e che siano in regola con la posizione associativa.

Ciascun candidato dovrà indicare, nella domanda, la priorità di interesse per ciascun percorso/tematica. Sarà comunque possibile accedere al contributo per un solo percorso.

Il Certificato MIP-ACOI sarà conseguito solo dopo aver conseguito 2 percorsi.

Termini e Modalità di presentazione della domanda di candidatura

La candidatura potrà essere presentata compilando la domanda di partecipazione on-line entro il giorno 30 Ottobre 2009.

www.acoi.it

La ricevuta della domanda dovrà essere stampata ed inviata via fax con allegata la copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità a:

ACOI - Segreteria Nazionale

FAX 06.37518941

Le domande incomplete non verranno considerate.

CATEGORIA	N° BORSE
CAPI DIPARTIMENTO/ DIRETTORI U.O.C.	20
RESPONSABILI U.O.S. / INCARICO ALTA SPECIALITA'	15
DIRIGENTI MEDICI (EX I LIVELLO)	15

Valutazione e Contributi

Sarà istituita una Commissione che valuterà le candidature. I fondi saranno assegnati sulla base dei punteggi ottenuti e garantendo l'assegnazione secondo tre categorie.

A parità di punteggio ottenuto, verrà considerata la data di presentazione della candidatura.

ACOI mette a disposizione 50 borse di studio (10 per ciascun percorso), a copertura totale della quota di iscrizione e, per una quota massima di 500 € per partecipante, delle spese



logistiche a titolo di rimborso a fronte di certificazione della spesa relativa a viaggio aereo/ferroviario e alloggio.

Il contributo relativo al rimborso delle spese sostenute verrà erogato entro 30 giorni dalla presentazione della documentazione relativa e a valle della regolare frequenza del percorso formativo.

Condizione necessaria e vincolante per l'erogazione del con-

tributo è l'accettazione della borsa di studio (da comunicare secondo tempi e modalità che saranno indicati ai vincitori) e l'impegno formale alla partecipazione a tutte le sessioni formative previste dal percorso.

L'interruzione del percorso formativo va comunicata tempestivamente ad ACOI e comunque almeno 180 giorni prima dell'evento formativo cui si prevede di non partecipare.

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 six-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

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

Il Chirurgo nel 21° secolo

di Enrico Pernazza

Licinio Angelini, per molti anni segretario generale della SIC così titola un suo scritto: "Chirurghi: una specie in estinzione?" e spera che non dovremo rassegnarci a diventare una specie rara, auspicabilmente protetta dal WWF.

Mario Giordani, tra i soci fondatori dell'ACOI, inizia un suo recente editoriale con la frase "Il funerale della chirurgia generale tradizionale?" Due prestigiosi istituti universitari di Roma e Genova si pongono come obiettivo di un innovativo progetto di ricerca quello di "mandare in pensione una volta per tutte la chirurgia". Il chirurgo del futuro sarà un micro robot molecolare in grado, una volta introdotto nell'organismo, di individuare durante la sua navigazione, le cellule malate e contestualmente curarle o distruggerle.

Jacques Marescaux, noto chirurgo francese, afferma "nell'arco di 15 anni il cittadino europeo troverà difficoltà ad incontrare un chirurgo che lo operi di persona ed allora dovrà fare ricorso alla telematica ed alla robotica".

E' assolutamente inevitabile prevedere un futuro sempre più mediato dalla tecnologia, nel quale il chirurgo, etimologicamente inteso come usatore delle mani, modifica radicalmente il suo ruolo allontanandosi sempre di più dal "corpo" del paziente in senso fisico e accentuando sempre di più la sua presenza in senso mediato. Sarà sempre di più manager delle informazioni per trasmetterle al paziente con precisione e sicurezza sempre maggiore.

Tuttavia l'oggi è ancora pieno di dubbi e di paure in buona parte retaggio di una difficoltà culturale ad accettare che la tecnologia non solo possa aumentare, anziché diminuire, la sicurezza ed l'efficacia di certe procedure mediche ma che possa addirittura far scomparire la figura tradizionale del chirurgo.

Non a caso in questi ultimi tempi stiamo assistendo ad una preoccupante e, secondo alcune proiezioni confortate da ricchi dati statistici, addirittura allarmante disaffezione alle professioni mediche di area chirurgica, soprattutto nei paesi occidentali ed economicamente più evoluti.

Da qualche anno in varie università europee, comprese le italiane, l'offerta di posti nelle scuole di specializzazione in chirurgia generale supera il numero di domande. E' significativa la richiesta da parte dell'Inghilterra al nostro governo di medici italiani e l'iniziativa del presidente dell'American College of Surgeons, Claude Organ, di etichettare il suo

anno di presidenza come "L'anno del resident" allo scopo di risvegliare l'entusiasmo dei giovani medici americani verso la carriera chirurgica.

In realtà tutto questo è frutto di una vera e propria crisi di identità generazionale.

La stessa generazione ha vissuto, subito e accettato la rivoluzione tecnologica; in gran parte tende ancora a resistere al processo di trasformazione in atto, rendendosi responsabile di un ingiustificato rallentamento. Per questo sostiene un apparente paradosso: come mai a tecnologia sempre più sicura, aumenta il contenzioso? Come mai aumenta l'evidenza di errori? Come mai sembra esserci meno sicurezza?

Mai come in questo periodo la medicina ha esibito la sua potenza tecnologica. Mai come ora ha mostrato una crisi profonda di credibilità da parte dei pazienti.

Sebbene un uomo senza memoria è da ritenersi un uomo senza futuro, tuttavia è necessario riflettere serenamente sull'oggi e soprattutto sul domani della nostra professione per preparare la strada ad una doverosa trasformazione per i giovani di oggi e di domani.

Ma il vero problema non è come sarà il chirurgo del domani, sul quale si possono anche fare previsioni fantascientifiche senza tema di essere facilmente smentiti, vista la profonda e radicale trasformazione che abbiamo vissuto negli ultimi 20 anni, bensì come dovrà essere, come dovrà essere formato, come dovrà porsi nella nuova necessaria organizzazione che sarà. Perché di certo non scomparirà la figura del chirurgo in quanto tale, ma dovrà scomparire un

vecchio modello di chirurgo per farne nascere uno nuovo, attraverso una profonda revisione dei percorsi formativi e dei principi organizzativi troppo statici e sclerotici rispetto ai processi evolutivi indotti dallo sviluppo tecnologico.

Chirurgia dei trapianti, Chirurgia mininvasiva, Chirurgia video assistita, Chirurgia robotica, Chirurgia ipertecnologica, Notes ecc. sono già delle realtà destinate inevitabilmente a svilupparsi sempre di più e nessuno potrà fermare questo corso. Inoltre questo processo di rivoluzione reale ha definito nuove figure professionali con le quali il chirurgo del futuro dovrà inevitabilmente confrontarsi rinunciando alla sua leadership storica per condividerla con altri professionisti, accettando di entrare in una logica condivisa di lavoro in team.

Nello stesso tempo vanno tenuti in gran conto lo sviluppo dei diritti di cittadinanza, la nuova razionalità scientifica,

Il chirurgo
sarà sempre
di più manager
delle informazioni
per trasmetterle
al paziente
con precisione
e sicurezza
sempre maggiore

l'incessante progresso e sviluppo delle tecnologie applicate e delle discipline informative che alimentano un processo il cui maggiore sostenitore è proprio il paziente o cliente o esigente o come lo si voglia chiamare, che rivendica umanizzazione, concertazione delle scelte sanitarie, nuove esigenze relazionali, ma anche e soprattutto un uso sempre più esteso della medicina verso scopi di benessere, di bellezza, di autonomia, di vitalità.

La tecnologia impone un nuovo e continuo impegno nell'apprendimento: è necessario quindi rivedere quelle che oggi costituiscono le vere criticità della nostra professione proprio in conseguenza della rivoluzione che stiamo vivendo:

1. formazione
2. organizzazione
3. regolamentazione.

FORMAZIONE

La normativa italiana, disattesa da oltre 10 anni, è stata riveduta nel 2005: oggi lo specializzando dovrebbe documentare come primo operatore almeno 100 interventi di piccola, 25 di media e 5 di alta chirurgia, secondo uno standard peraltro ai limiti inferiori della media europea. Aspetto da non sottovalutare è la problematica risultante dal rapido sviluppo delle conoscenze scientifiche, generali e specialistiche, delle tecniche chirurgiche, delle tecnologie biomediche ed infine delle metodologie didattiche. Di conseguenza i tempi della formazione, che prima erano molto dilatati, attualmente devono essere molto più rapidi. Paradossalmente sorgono alcune domande: come si forma il formatore? Si è adeguato alle nuove conoscenze scientifiche e tecnologiche? Ha rinnovato la didattica? Salvo isolate felici circostanze le scuole di specializzazione conferiscono il diploma di specialista in chirurgia generale, ma quasi mai creano chirurghi con autonomia operativa.

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 delle 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 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

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

I chirurghi italiani, all'italica maniera, si arrangiano spesso a proprie spese, specialmente e paradossalmente i più giovani, meno coccolati dalle multinazionali per ovvi motivi. Ecco quindi il ricorso alla EBM, alla informatizzazione, ai testi



La macchina costituisce una vera e propria interfaccia tra chirurgo e paziente

corredati da CD esplicativi, alla live surgery, alla frequenza di scuole chirurgiche ospedaliere, inspiegabilmente prive di valenza giuridica ai fini del rilascio di alcun titolo, anche di un semplice pass per l'accesso lavorativo in ospedale.

E' evidente la necessità di adeguare il percorso formativo alla realtà tecnologica attuale, rivedendo i canoni e i modelli formativi, legando gli stessi alla medesima tecnologia che ormai caratterizza la moderna chirurgia. Tanto per proporre uno dei tanti esempi, in uno studio pubblicato su Archives of Surgery lo scorso febbraio, i videogiochi sembrano essere strumenti ottimi per affinare i sensi e la percezione, amplificando e potenziando le capacità dei chirurghi laparoscopisti.

La progressiva introduzione di tecnologie sempre più evolute in chirurgia impone al professionista chirurgo, oltre ad un percorso formativo tecnico, un percorso formativo e di aggiornamento tecnologico. La valenza del supporto tecnologico nei confronti del gesto tecnico è tale che questo percorso diventa di radicale importanza affinché un atto terapeutico possa produrre un esito ottimale. Una approfondita conoscenza dei presidi, infatti, e dei dettagli tecnologici alla base del loro funzionamento, appare essenziale e imprescindibile per consentire all'operatore un utilizzo sicuro e corretto dei mezzi nonché il pieno sfruttamento delle potenzialità disponibili. La macchina, l'apparato tecnologico, qualunque esso sia, costituisce il mediatore dell'atto chirurgico e in certi contesti, come in chirurgia laparoscopia e robotica, costituisce una vera e propria interfaccia tra chirurgo e paziente. La conoscenza, l'addestramento e la padronanza della macchina diventano conoscenza, addestramento e padronanza del chirurgo stesso: se non si domina la macchina, la macchina domina il chirurgo.

Il giovane chirurgo, ma non solo, si trova, spesso per passione, a volte per necessità e formazione culturale, proiettato in un contesto fortemente tecnologizzato, al termine di un percorso



La differenza dovrà essere fatta non dal sesso ma dall'intrinseco valore umano e professionale

formativo tecnico gestito, garantito e certificato da organismi istituzionali spesso fortemente anacronistici (università). Il proprio percorso formativo tecnologico, come detto, viene talvolta gestito dalle aziende produttrici dei relativi presidi tecnologici, ma non è sistematico, né in qualche modo garantito, verificato, certificato.

Il chirurgo del domani dovrà quindi essere un chirurgo coerentemente formato alla chirurgia del suo tempo e non a quella dell'età della pietra.

ORGANIZZAZIONE

Ecco quindi la assoluta necessità di modificare le competenze e le caratteristiche del chirurgo, non più solo studioso, ricercatore, dedicato esclusivamente alla cura dei malati, ma anche manager che deve saper gestire risorse umane e budget finanziari, fortemente tecnologizzato.

Compiti non più solo assistenziali, ma anche organizzativi, economici e burocratici con profonda e consapevole conoscenza delle tecnologie a sua disposizione.

Deve cambiare il rapporto con i collaboratori: messa da parte la figura del capo, unica testa pensante e successivamente del leader carismatico ed unico protagonista, subentra il concetto di gruppo: non più un solo attore-protagonista ma tanti co-attori. In questo contesto compare prepotentemente l'obbligo dell'inserimento nelle equipe chirurgiche dei cosiddetti tecnocrati e l'assegnazione di ruoli di responsabilità alle donne-chirurgo, sempre più presenti nelle Scuole di Chirurgia. L'ingegnere clinico deve ormai considerarsi vero e proprio mediatore della tecnologia, da propositore a co-valutatore. Contemporaneamente è da considerare come semplice ricordo folkloristico il tempo in cui una donna era costretta a travestirsi da uomo per entrare in sala operatoria, ne è esempio il Dr. Barry, siamo però nel 1826, o il caso di quel chirurgo anziano che di fronte al rischio di avere una assistente donna, afferma: portatemi pure una scimmia al guinzaglio ma una donna no!

La differenza dovrà essere fatta non dal sesso ma dall'intrinseco valore umano e professionale. Derubricato il problema,

riferisco a titolo puramente informativo i risultati di uno studio condotto da una neuropsichiatra californiana, di nome Per-nantin, che ha dimostrato, attraverso ripetute RM encefaliche, la differenza tra il cervello femminile e maschile che induce comportamenti diversi: la donna pronuncia 20.000 parole al giorno, l'uomo 7.000. La donna punta dritto all'obiettivo: per raggiungere un determinato luogo utilizza strade dirette e possibilmente centrali, l'uomo strade tortuose e spesso di campagna; la porzione anteriore della corteccia cerebrale della donna è più ricca di ormoni che procurano ansia e stress; la donna pensa al sesso una volta al giorno, l'uomo più volte al giorno. Il colpo di grazia alla cosiddetta supremazia maschile è inferto da una tra le più accanite antifemministe, l'ex premier inglese Margaret Thatcher: **“se vuoi discutere di un problema, rivolgiti ad un uomo. Ma se vuoi risolverlo, devi rivolgerti ad una donna”**.

Altro elemento che deve profondamente caratterizzare il chirurgo del domani è il recupero di una più corretta comunicazione.

E' da considerarsi definitivamente tramontato il tempo della dominanza medica in cui la medicina era organizzata in modo autoritario e gestita con stile paternalistico, oggi si richiede un coinvolgimento attivo del paziente nelle decisioni che lo riguardano. Un vecchio chirurgo calabrese usava rispondere in tre diversi modi ai familiari del paziente, che aveva appena terminato di operare e che gli chiedevano notizie:

- 1) L'intervento è stato complesso ma sono riuscito a portarlo bene a termine;
- 2) L'intervento è stato complesso, i miei assistenti si sono impegnati al massimo;
- 3) Il paziente si è voluto operare a tutti i costi! Dal tipo di risposta data dal chirurgo padre-padrone si poteva ben comprendere quale fosse stato l'esito del trattamento chirurgico.

Alla base di questo cambiamento deve esserci però una buona educazione sanitaria che passa attraverso il coinvolgimento del mondo politico, amministrativo, sanitario, scientifico e culturale. Accanto a nuove norme comportamentali del chirurgo deve crearsi anche nei cittadini una coscienza nuova non solo dei propri diritti ma anche ed in modo altrettanto responsabile dei propri doveri

REGOLAMENTAZIONE

Qui entra pesantemente in gioco il ruolo della comunità scientifica.

Nel mondo anglosassone, in particolare negli Stati Uniti, una forte pressione sociale tesa a proteggere la salute pubblica, diminuire le controversie legali e regolare le responsabilità nelle stesse, ha portato alla istituzione ed allo sviluppo, negli ultimi 30 anni, dei processi di privileging e credentialing, il

cui impatto sui sistemi sanitari è in progressivo aumento.

Il credentialing è il sistema utilizzato nell'ambito delle organizzazioni sanitarie per valutare il percorso formativo professionale, l'esperienza clinica e la preparazione per la pratica specialistica. Ciascuna figura professionale deve ottenere vari gradi di credentialing prima di essere inserita in una struttura sanitaria e di ottenere l'assegnazione di compiti assistenziali specifici.

Il credentialing è stato introdotto formalmente nelle procedure di accreditamento nel 1989, quando la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) stabilì gli standard richiesti alle strutture sanitarie per svolgere tali funzioni.

Il privileging è il sistema utilizzato nell'ambito delle organizzazioni sanitarie per assegnare a ciascun professionista l'autorizzazione ad eseguire specifici atti assistenziali. Il sistema di privileging assicura che ciascun professionista che chiede un "clinical privilege", sia effettivamente in grado di offrire ai pazienti quei servizi assistenziali in conformità degli standard di cura stabiliti dall'istituto che assegna il "privilege".

Come funzionano Credentialing e Privileging?

Privileging e credentialing sono processi distinti ma correlati. Quando un professionista medico chiede il riconoscimento di un "privilege" da parte di una struttura sanitaria, questa concede il "privilege" solo a seguito della verifica di set definito di parametri (credenziali). Credentialing e Privileging possono pertanto sovrapporsi e verificarsi simultaneamente.

Per il loro stesso meccanismo di funzionamento è necessario che i parametri di valutazione siano estremamente chiari ed oggettivi, come definito dalla stessa JCAHO, che i privilegi concessi da ogni singola istituzione "cadano entro limiti ben precisi, basati sulle qualifiche professionali e sulle competenze attuali del singolo professionista", e che l'emissione iniziale o il rinnovo o ancora la revisione dei privilegi concessi siano basati su una valutazione tra pari delle performance professionali, delle valutazioni e delle abilità cliniche e tecniche.

E' giunto il momento di porre con forza la domanda se le nostre Società Scientifiche, così come sono oggi possano essere in grado di governare il radicale cambiamento in atto. Certamente no. E' il momento di fare delle scelte radicali in termini di qualità, sicurezza, garanzia. I processi illustrati sono sicuramente strumenti adeguati ma necessitano della proposta di nuovi modelli organizzativi anche per la Comunità scientifica proprio sul modello della Joint Commission Stunitense, unico sistema valido soprattutto per far recuperare al chirurgo del domani autonomia, responsabilità e fiducia in un nuovo sistema finalmente improntato alla qualità, alla sicurezza, alla oggettiva valutazione delle performances e degli outcomes nel nome di una sempre strombazzata ma mai applicata meritocrazia.



Operazione trasparenza sulle retribuzioni dei dirigenti

di Carmine Gigli
Presidente FESMED

Articolo 21 della legge 69/2009, detta delle norme finalizzate ad introdurre quella che viene definita: "Trasparenza sulle retribuzioni dei dirigenti e sui tassi di assenza e di maggiore presenza del personale".

La nuova legge fa obbligo alle Aziende di pubblicare nel proprio sito internet:

1. le retribuzioni annuali, i curricula vitae, gli indirizzi di posta elettronica e i numeri telefonici ad uso professionale dei dirigenti;
2. di rendere pubblici, con lo stesso mezzo, i tassi di assenza e di maggiore presenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale.

Come è chiaramente espresso nella legge e ribadito nella circolare n. 03/09 del Dipartimento della Funzione Pubblica (DPF), è compito delle Aziende e non del dirigente adempiere a queste disposizioni

L'unica incombenza stabilita dalla legge per i dirigenti medici è costituita dalla compilazione del proprio curriculum vitae. Infatti nella circolare viene precisato che il "curriculum vitae dovrà essere compilato e periodicamente aggiornato a cura dell'interessato".

La legge non prevede che le Aziende richiedano al dirigente medico nessun tipo di consenso o di liberatoria per quanto riguarda gli altri dati, in quanto gli stessi sono già in loro possesso. Di conseguenza, potremo ignorare eventuali richieste

di questo tipo perché, per quanto ci riguarda, è opportuno che ogni eventuale errata comunicazione ricada sull'Azienda e non sul dirigente. La circolare del DFP stabilisce inoltre, che il curriculum vitae venga compilato secondo un modello riportato in allegato e scaricabile dal sito del Ministero.

Sempre a proposito del curriculum vitae, la stessa circolare aggiunge: "Si raccomanda di riportare nel CV esclusivamente informazioni pertinenti rispetto all'incarico svolto dal dirigente. Prima della pubblicazione on line, le Amministrazioni avranno cura di verificare che le informazioni contenute nei CV, che devono essere espone in forma sintetica, "siano coerenti e non eccedenti in relazione alle esigenze della pubblicazione sul sito internet istituzionale".

Se possiamo concordare sul fatto che il curriculum vitae debba riportare esclusivamente informazioni pertinenti con l'incarico svolto dal dirigente, non possiamo accettare in nessun modo la successiva raccomandazione, che affida alle Aziende il compito di verificare le informazioni contenute nei curricula. Questo va oltre il dettato della legge ed è lesivo della nostra professionalità, oltre ad essere limitativo per il percorso professionale compiuto da ogni singolo dirigente.

Per questo motivo vi invito a non accettare che il vostro curriculum vitae venga in qualche modo modificato e di segnalare, dal sito www.fesmed.it, eventuali manipolazioni eseguite dall'Azienda sullo stesso.



Il Ministro Brunetta istruisce le Amministrazioni pubbliche sulla rottamazione

di Carmine Gigli
Presidente FESMED

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Renato Brunetta ha emanato la circolare n.4, per illustrare alle Amministrazioni pubbliche le modalità applicative della Legge n. 102 del 2009, con la quale è stata reintrodotta la norma che consente la risoluzione anticipata del rapporto di lavoro per i dipendenti pubblici con 40 anni di contributi, modificando la precedente normativa che richiedeva 40 anni di servizio effettivo.

La circolare ricorda il carattere eccezionale dell'intervento: limitato al triennio 2009-2011.

Le amministrazioni potranno procedere (non è un obbligo) alla risoluzione anticipata del rapporto di lavoro solo successivamente alla data in cui il dipendente avrà maturato il requisito dei 40 anni di anzianità contributiva (comprende anche il riscatto degli anni della laurea, o del servizio militare) e dopo un preavviso di almeno sei mesi.

Per quanto riguarda il personale del Servizio Sanitario Nazionale, ciascuna amministrazione dovrà provvedere a definire i criteri per l'applicazione della norma, i quali potranno tener conto delle peculiari competenze e/o esperienze professionali, "con riferimento, ad esempio, alle aree delle alte tecnologie o ad ambiti chirurgici specialistici".

La disposizione esclude dal campo di applicazione di questa norma: i magistrati, i professori universitari e i dirigenti medici responsabili di struttura complessa.

Per coloro che non hanno maturato 40 anni di anzianità contributiva, nulla cambia per quanto riguarda l'anzianità massima di 65 anni per il pensionamento.

Inoltre, costoro continueranno ad avere la possibilità di essere trattenuti in servizio per due anni dopo il compimento del 65° anno di età, secondo le modalità stabilite dalla legge 133 del 2008, art.72, che era stata oggetto di chiarimento da parte dello stesso Dipartimento della Funzione Pubblica, con la circolare n.10 del 2008, punto 2 "Disposizioni relative al trattenimento in servizio (commi da 7 a 10)".

La lettura della Circolare DFP n.4 del 2009 e della Circolare DFP n.10 del 2008 consultabili sul sito www.fesmed.it dovrebbe contribuire a chiarire i dubbi sull'applicazione di queste norme, che per noi medici restano inique e contraddittorie.



I testi delle circolari segnalate
sono consultabili sul sito

www.fesmed.it



111° CONGRESSO NAZIONALE SIC - Rimini 25-28 ottobre 2009

Quale Domus per il chirurgo?

di Gianfranco Francioni



Nonostante in molti ritengano risenta un po' dell'età, il Congresso Nazionale SIC rimane per tutti noi, ancor oggi, uno dei più suggestivi appuntamenti della Chirurgia italiana. Questo non solo sotto il profilo scientifico, ma anche come momento di riflessione e di

confronto sia all'interno della Società, sia nel rapporto esterno con le istituzioni e con i loro indirizzi di politica sanitaria.

Che sia questo il momento più difficile almeno degli ultimi 80 anni non è una novità; più complesso è capire che l'aspetto strettamente economico non sarà l'unico, e neppure il più importante, di quelli che saremo costretti ad affrontare in un prossimo futuro.

L'accesso alle risorse e la loro distribuzione saranno probabilmente gli elementi sui quali avverrà il confronto più acceso: **e la risorsa Salute**, con tutte le implicazioni che comporta, sarà uno dei più complessi. Tutto questo è da tempo in essere: proprio la contingenza ha imposto una accelerazione verso nuove modalità di accesso alle risorse ed al loro utilizzo.

A questo si è poi associata una maggiore consapevolezza dell'Utente, in termini di conoscenza dei problemi e dell'affermazione dei propri diritti che, sulla scorta di un'informazione mediatica quasi sempre improntata alla spettacolarità, ha implementato, e a volte profondamente distorto, la relazionalità tra Medico e Paziente, cui è venuto meno un elemento portante: la fiducia.

Siamo oggi portati ad **affrontare problemi sempre più complessi** sotto il profilo clinico, con **risorse**, in senso relativo, **più contenute**, in un contesto di **competitività interna profes-**

sionale crescente e di una **realtà operativa estremamente più conflittuale**.

Molto, anzi moltissimo, è quindi cambiato negli ultimi anni – in molti casi in meglio intendiamoci - e ancora molto dovrà cambiare. In questo percorso globale, né semplice né breve, una delle figure professionali più coinvolte è certamente il Chirurgo che, con difficoltà, sta cercando una nuova dimensione, in un mondo che tende ad imporre i cambiamenti con una rapidità ed una incisività fino ad oggi inusitate. Se si vorrà davvero far sopravvivere nel nostro Paese l'attuale sistema assistenziale, dovranno essere messe in campo **strategie del tutto innovative**, dato che la Sanità è la prima voce di spesa delle nostre Regioni e presenta incrementi sempre più difficili da sostenere.

Proprio da queste considerazioni, rifacendosi al ritrovamento nel centro di Rimini di quella che è ormai conosciuta come la "Villa del Chirurgo", prende spunto il titolo del Congresso: **Quale Domus per il chirurgo?**

A sottolineare come il mondo della chirurgia debba veramente ripensare ad una propria collocazione diversa dal passato: ancor più propositiva, più contestualizzata.

In questa logica abbiamo cercato di dare spazio all'interattività, alla discussione, alla ricerca del consenso, da tutti considerati gli aspetti più stimolanti ed efficaci di ogni manifestazione scientifica.

Villa del Chirurgo - Domus Residenziale del III° secolo dc, attribuita ad un Chirurgo di nome Euthyches, nella quale sono stati ritrovati ferri chirurgici di una qualità, una gamma ed un numero tali da costituire il più ampio reperto del genere al mondo.



ph. Gabriele Zappi

Sarà quindi sempre in funzione una sala che utilizzerà la metodologia interattiva, sia per affrontare problemi strettamente clinici, che politico-organizzativi. Parte importante è infatti dedicata a **problemi che esulano dalla tecnica pura**, ma che hanno assunto ruoli determinanti nella nostra attività giornaliera.

La **Cerimonia Inaugurale** prevede un faccia a faccia sul tema: **“Quale Chirurgo per quale sistema Sanitario?”**. Titolo che apre la discussione su argomenti che comprendono da una parte tutto il percorso formativo del Chirurgo, fino alle modalità di accreditamento del singolo Professionista, dall'altra entro quale sistema organizzativo tutto questo verrà contestualizzato.

Alla **Formazione del Chirurgo** sono dedicate due intere Sessioni: la prima, come Simposio, affronta le problematiche nel senso più ampio dell'argomento; la seconda, come Workshop Interattivo, si occupa dell'aspetto specifico della Formazione del Chirurgo nell'Urgenza e nel Trauma.

Una Sessione Congiunta SIC/AICO (Associazione Infermieri di Camera Operatoria) è poi rivolta alla **Formazione dell'Equipe**, con riferimenti pratici precisi a **“quale preparazione auspicano l'Anestesista, il Chirurgo e l'Infermiere gli uni nei confronti degli altri”**.

Una Sessione Interattiva affronta un tema di grande attualità, con implicazioni organizzative, politiche e relazionali di profondo impatto: **“come rendere più omogenei i risultati della chirurgia ad alta complessità nei Centri ad alto e basso flusso di casistica”**.

Altro argomento che riteniamo estremamente interessante e che le nuove tecniche mini invasive e di fast track stanno catapultando ad assumere ruoli trainanti è: **“l'Importanza economica, strategica e relazionale della chirurgia a degenza breve”**.

Per passare ad argomenti prettamente clinici, ricordiamo come per la prima volta sia stata utilizzata la metodologia delle **Paper Session**, che ha incontrato tanto interesse da richiedere ben 12 sessioni autonome, suddivise tra colon-retto, tumori gastrici, fegato, vie biliari, tiroide e pancreas. Essendo una novità ci aspettiamo presenti luci ed ombre: crediamo debba essere valutata in modo costruttivo, evidenziando i lati negativi, da correggere ed i positivi da implementare.



Per dare visibilità e concretezza all'entusiasmo e alle capacità dei giovani, una Commissione ha individuato, tra tutte quelle pervenute, **le sei comunicazioni più meritevoli**, che verranno proposte dagli Autori nella Sala Principale, in una Sessione dedicata.

Nello **spirito sovranazionale che caratterizza l'evento** come ogni anno, sono stati invitati a partecipare anche alcuni **ospiti stranieri**. Sono previste una **Sessione Congiunta Italo Cubana** e tre **Lecture Magistrali** rispettivamente del **Prof. José Miguel Alvear** sulle complicazioni della chirurgia biliare, del **Prof. Kulig J. (Polonia)** sul coinvolgimento linfonodale nel cancro della papilla e del pancreas e del **Prof. Tarcoveanu E. (Romania)** sull'insulinoma del pancreas.

Grande interesse riveste la **Sessione di Cine Clinic, così come i Simposi dedicati alla Chirurgia del Pancreas, alle Resezioni epatiche ed alla “Chirurgia Estrema”**.

È questo solo un accenno al programma (consultabile sul sito **www.sichirurgia.org**), che prevede otto sale contemporaneamente attive durante i tre giorni di lavori.

Grande attenzione è stata anche dedicata all'**Area Espositiva**, concepita non solo come luogo dove prendere contatto con coloro che tutti i giorni ci aiutano a rendere più semplice il nostro lavoro e che sono spesso diventati nel tempo sinceri amici, ma come un punto di ritrovo dove discutere di argomenti tecnici e d'altro, nell'ambiente più piacevole che in questi tempi difficili siamo riusciti a concepire.

Sono state anche attrezzate **aree per il relax, il ristoro, due Internet Point ed una zona centrale dedicata ad incontri di carattere culturale e scientifico**.



Nell'ambito del congresso è compresa la presentazione in anteprima del libro **"Ars Chirurgica"**, dedicato al ritrovamento dei ferri chirurgici nella Domus di Rimini ed all'attività di tutti i giorni, di un Chirurgo del II secolo d.C.; gli Archeologi che si sono occupati ed a tutt'oggi lavorano sulla Domus, saranno inoltre a disposizione del pubblico per illustrare le caratteristiche dell'eccezionale ritrovamento.

A completare la discussione dell'argomento la proiezione del **Documentario: "L'arte breve: il chirurgo di Ariminum"** vincitore del premio speciale della Giuria a Icronos, il Festival di Bordeaux del cinema di archeologia, uno dei più importanti festival del cinema documentario storico e archeologico che ha visto in gara il meglio della produzione mondiale.

Dopo la giornata di lavoro, per dar corpo a quella che è riconosciuta come la forza della Terra di Romagna cioè l'organizzazione del tempo libero e l'ospitalità, una serie di iniziative allietano la permanenza:

la visita guidata alla **"Domus del Chirurgo"** ed alle Sale del Museo ad essa dedicate, l'accesso alle Antiche Saline di Cervia, la Mostra Internazionale **"L'Incanto della Pittura: da**

Rembrant a Gauguin a Picasso", che vede sessantacinque capolavori della pittura europea, dal '500 al '900 provenienti dal Museum of Fine Arts di Boston, un percorso guidato nelle Rocche e nei Castelli dei Malatesta.

In questa avventura abbiamo messo tutto l'entusiasmo di cui siamo stati capaci. Solo chi ha già avuto l'onore e l'onere di organizzare un evento come questo sa quale impegno comporti da parte di tutti: dal Direttivo della Società, alle Segreterie, al Comitato Promotore, a tutti coloro che hanno prodigato energie, fino all'ultimo - in ordine di tempo - dei tecnici del Palacongressi, senza il cui apporto nulla, in pratica, potrebbe iniziare.

In autunno a Rimini il tempo è quasi sempre mite, il mare e la spiaggia regalano sensazioni di un fascino indimenticabile che Federico Fellini ha più volte ripreso nei suoi film; nulla di triste ma, al contrario, un'aria di pacata serenità, consapevole del tempo e delle cose che passano e si rinnovano.

Il litorale in autunno è qualche cosa di intimo ed esclusivo...

"...solo d'autunno la spiaggia tornava di nuovo mia"

Federico Fellini



ph. Ernesto Tuliozi

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.

Greg Mortenson, David Oliver Relin

TRE TAZZE DI TE'

Rizzoli, 2009

di Ferdinando Agresta

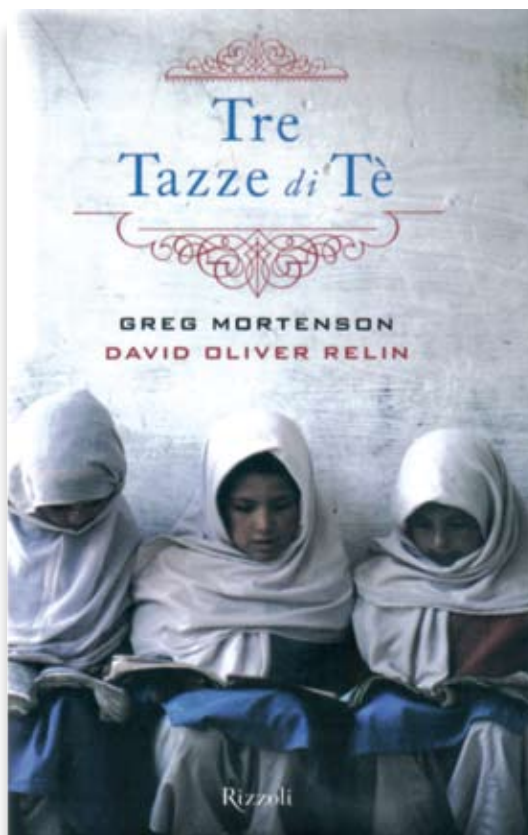
Melo hanno regalato Paola e Marzia, due "mie strumentiste" (chissà perché noi chirurghi abbiamo sempre il concetto del possesso!), prima di partire per le ferie. A vederlo la prima impressione? Quello di un libro giusto da leggere sotto l'ombrellone, al sole ed in ferie, con la mente libera da qualsiasi preoccupazione lavorativa e non. A guardare la bella copertina? Un romanzo di attualità incentrato sui problemi internazionali che oggi vanno di moda (religione, estremismo, integrazione) e che vedono anche noi medici ogni tanto impegnati in prima fila... ma sempre un romanzo!

Già "romanzo": *...ampio componimento narrativo, fondato su elementi fantastici o avventurosi, su grandi temi sociali o ideologici, sullo studio dei costumi, dei caratteri o dei sentimenti...* (da Zingarelli, Vocabolario della Lingua Italiana).

Ma questo libro è tutta un'altra storia.

E' una storia vera, di come con la semplicità e testardaggine si possono fare grandi cose... anche se saranno però alla fine sempre gocce in un oceano!

Un alpinista/infermiere ed una promessa. Una montagna "vera" come il K2 e la realtà che solo l'alfabetizzazione e l'istruzione senza discriminazione (in particolare per le donne) – così ovvia e banale per noi occidentali, ormai paghi di una cultura fatta solo di titoli onorifici accademici e non (basta vedere qualche nostro biglietto da visita o carta intestata), può aiutare a superare quell'altra altrettanto vera montagna dell'incomprensione, che porta poi al fanatismo,



al terrorismo, alla guerra.

"La grandezza è sempre costruita su queste fondamenta: la capacità di apparire, parlare ed agire come l'uomo più comune" (Shams-ud-din Muhammed Hafiz), recita l'introduzione ad un capitolo del libro (ogni capitolo poi ne ha una altrettanto bella e profonda). Ed è proprio l'uomo comune che può fare grandi cose come quelle riportate nel libro.

Nel leggerlo mi sono venuti in mente i miei genitori: *"studia, pensa a chi non è fortunato come te"*... nel leggerlo mi sono venute in mente le mie figlie: *"studiate, pensate quanto siete fortunate..."*

E' stato bello leggere questo libro che consiglio anche a chi non deve andare in ferie o al sole sotto un ombrellone.

E' stato bello leggere questo libro, che mi permetto di recensire anche per le pagine di una Società Scientifica quale è l'ACOI, perché credo che Scienza e Cultura siano anche la somma di alfabetizzazione, istruzione, non discriminazione, partecipazione, costanza e perseveranza di gente "comune".

contour[™]
Curved Cutter Stapler



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

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION[™]





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.

