

CHI VA E CHI RESTA: ANCHE PER LA CHIRURGIA C'È IL RISCHIO BRAIN DRAIN

Responsabilità
professionale:
cambiamenti per
la sanità, per
i cittadini e per
il Paese

I Medici italiani
tra precariato
di contratto
e precariato
di carriera

La controriforma
mancata
delle regioni



ACOI NEWS - N° 1 Gennaio-Marzo 2017, trimestrale

Direttore Responsabile Cristina Cosentino - **Condirettore** Andrea Alicandro**Direttore editoriale** Diego Piazza**Redazione** Diego Piazza, Cristina Cosentino, Andrea Alicandro, Gianluigi Melotti, Rodolfo Vincenti, Luciano Landa, Domitilla Foghetti, Valentina Giaccaglia, Gianluigi Luridiana, Gabriele Ricci, Vito Pende, Roberta Marzullo, Piero Marini, Stefano Bartoli, Francesco Nardacchione**Collaboratori** Alice Basiglini, Mario Campli, Marina Davoli, Paolo De Paolis, Valentina Giaccaglia, Pierfrancesco Malu, Giuseppe Miranda, Pino Pisciocchio, Francesca Vischini**Immagine e coordinamento** Roberta Marzullo**Progetto grafico** Enzo Pancaldi**Foto** Ivano De Maria, Archivio ACOI, dal web**Stampa** PrimeGraf srl via Ugo Niutta, 2a - 00177 Roma - tipi.prime@gmail.com**Registrazione Tribunale di Roma n. 48/2015, data registrazione: 23 marzo 2015****Seguici su Web:** www.acoi.it **Twitter:** @chirurgi_ACOI**Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani A.C.O.I.** - Via C. Morin, 45 - 00195 Roma - Tel. 06.37518937 Fax 06.37518941 - P. IVA 10612941004 - C.F. 97015540582 - © Copyright, tutti i diritti riservati

Sommario

3 EDITORIALE

La stagione delle riforme deve continuare

di Diego Piazza

4 L'INTERVISTA

Responsabilità professionale: cambiamenti per la sanità, per i cittadini e per il Paese

di Cristina Cosentino

7 DAL PARLAMENTO

La controriforma mancata delle regioni: la tutela della salute

di Pino Pisciocchio

8 DAL PARLAMENTO

Attività parlamentare in ambito sanitario 2016

di Pierfrancesco Malu

10 IL CONFRONTO

Chi va...

di Valentina Giaccaglia

11 ...e chi resta

di A.C.

13 ACOI GIOVANI

I medici italiani tra precariato di contratto e precariato di carriera

di Giuseppe Miranda

15 LA PAROLA ALL'AGENAS

Valutazione sintetica degli esiti delle cure ospedaliere: i treemap di PNE

di Marina Davoli e Alice Basiglini

18 I CITTADINI

Caro collega

di Rodolfo Vincenti

20 La terapia funziona di più se il medico è donna

di Rodolfo Vincenti

21 News Fondazione Chirurgo e Cittadino

22 FORMAZIONE

Il nuovo triennio formativo: cosa cambia per i professionisti sanitari, quali novità per i soci ACOI

di Francesca Vischini

25 BREVI

27 LA PROFESSIONE

Relazione tra case-load ed outcomes in chirurgia

di Paolo De Paolis

29 Bilanci e proposte al Congresso Nazionale ACOI

di Mario Campli



CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente
Diego Piazza

Presidente Onorario
Gianluigi Melotti

Past-President
Luigi Presenti

Vicepresidenti
Pierluigi Marini
Paolo De Paolis

Consiglieri
Ferdinando Agresta
Micaela Piccoli
Ildo Scandroglio
Marco Olivieri
Vincenzo Bottino

Segretario Nazionale
Stefano Bartoli

Segretario Tesoriere
Francesco Nardacchione

Segretari Vicari
Maria Grazia Attinà
Giovanni Ciaccio
Mario Campli
Luigi Ricciardelli

REVISORI DEI CONTI

Franco Icaro
Mauro Longoni
Tommaso Pellegrino

COORDINATORI REGIONALI

Valle d'Aosta Paolo Millo
Piemonte Felice Borghi
Lombardia Pierluigi Carzaniga
Trentino Alto Adige Giuseppe Tirone
Veneto Valentino Fison
Friuli Venezia Giulia Roberto Petri
Liguria Aldo Cagnazzo
Emilia-Romagna Alberto Zaccaroni
Toscana Marco Scatizzi
Umbria Maurizio Cesari
Marche Angelo Cavicchi
Lazio Graziano Perna
Abruzzo Vincenzo Vittorini
Molise Roberto Cristino
Sardegna Nicola Cillara
Campania Mariano Fortunato Armellino
Puglia Michele Montinari
Basilicata Nicola d'Alessandro
Calabria Alfredo Cosentini
Sicilia Lorenzo Mannino



EDITORIALE



LA STAGIONE DELLE RIFORME DEVE CONTINUARE

di **Diego Piazza** *Presidente ACOI*

L *La stagione delle riforme in ambito sanitario non può interrompersi dopo il referendum costituzionale e le dimissioni del governo Renzi.*

Il nostro sofferente Sistema Sanitario Nazionale ha bisogno di programmazione e di continuità di azione. Troppe sono ancora le riforme in cantiere per avere l'alibi di un governo di transizione e fermare la Nazione Italia e in particolare il cantiere Sanità.

In primis la legge Gelli deve essere approvata senza se e senza ma!!!!

Da troppo tempo il mondo chirurgico ha aspettato un cambiamento positivo che regolasse in maniera equa il contenzioso medico legale in ambito sanitario. Fiumi di parole, congressi, convegni, monografie e libri sono stati scritti sull'argomento. ACOI si è impegnata da tempo sul problema del contenzioso medico legale, avendo istituito il gruppo di lavoro *Medicina e legalità*, creato la Fondazione Chirurgo e Cittadino, e dedicato sempre ampi spazi all'argomento nei congressi regionali e nazionali. **La posta in gioco è troppo alta per non considerare il contenzioso medico legale uno degli scopi per i quali una**

società scientifica prestigiosa come ACOI debba battersi. È una posta che va oltre l'interesse, se pur legittimo, di rasserenare chi compie un lavoro delicato come quello del chirurgo. ACOI ritiene che la regolamentazione del contenzioso medico legale rappresenti uno dei cardini per il mantenimento di un Sistema Sanitario universalistico e pubblico. I tredici miliardi circa spesi annualmente in Italia per la medicina difensiva, cui vanno aggiunte le spese assicurative e legali delle aziende ospedaliere, non renderanno economicamente sostenibile un SSN pubblico e universale.

Infatti un sistema che giustamente vuol garantire il diritto alla salute ai suoi cittadini con una modalità universalistica e pubblica non può permettersi il costo del venti per cento circa del suo intero budget in contenzioso medico legale.

Ci aspettiamo dal governo Gentiloni uno sforzo altrettanto deciso nell'approvare il ddl *Gelli* in tempi certi e rapidi perché il Paese non può più permettersi una Sanità *difensiva*, poco efficace ed economicamente insostenibile. Inoltre sarà necessario, con il contributo attivo delle maggiori società scientifiche, rior-

ganizzare la rete ospedaliera di questa nazione per offrire un servizio sanitario equo e universalistico da nord a sud senza disparità regionali, una rete modulata su volumi di attività e con la certezza di poter fornire nei *nod*i della rete prestazioni chirurgiche di qualità e in assoluta sicurezza per operatori sanitari e cittadini.

Certamente aver mantenuto ventuno sistemi sanitari regionali renderà il compito più arduo, ma ciò non può fermare una riforma che avrebbe vantaggi di migliori prestazioni e vantaggi economici per l'intero sistema.

Bisognerà guardare anche nel mondo delle società scientifiche e stabilire i criteri di accreditamento delle stesse società per poter essere partner affidabili delle istituzioni e riferimento certo per i cittadini che si rivolgono alle stesse.

La riconferma di Beatrice Lorenzin al Ministero della Salute sicuramente va nella direzione di continuità con il governo Renzi e con la speranza che la stagione delle riforme non si blocchi, ma prosegua con il contributo delle Società Scientifiche principali.

L'INTERVISTA



RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE: CAMBIAMENTI PER LA SANITÀ, PER I CITTADINI E PER IL PAESE

La proposta di legge più attesa da tutto il personale sanitario è giunta al traguardo.

La racconta il suo relatore **Federico Gelli**, responsabile Nazionale Sanità del Partito Democratico, cui abbiamo chiesto cosa aspettarci per il futuro della sanità italiana.

di **Cristina Cosentino**

Ci incontriamo nuovamente dopo un anno. Come è cambiata la legge nel passaggio al Senato?

La legge nei passaggi parlamentari è stata perfezionata perché ci sono stati molti interventi migliorativi.

Si è agito sul fronte della trasparenza dei dati, dell'informazione ai cittadini, della disponibilità della documentazione sanitaria in tempi più rapidi ai cittadini. Ma anche sulla responsabilità civile, andando a disciplinare meglio alcune fattispecie, specificando le tutele e le garanzie nei confronti dei professionisti che svolgono lavoro dipendente nelle strutture sanitarie pubbliche e private e cosa cambierà per i libero professionisti. Al Senato hanno specificato anche il tema delle linee guida che, insieme alle buone pratiche cliniche e assistenziali saranno i principali elementi per il processo di depenalizzazione della responsabilità della colpa sanitaria: quindi interverranno nella definizione delle linee guida non solo le società scientifiche accreditate attraverso il ministero della salute, ma anche gli istituti di ricerca privati e pubblici e gli ordini professionali. Questi tre at-

tori del sistema verranno coordinati da una cabina di regia presso l'Istituto Superiore di Sanità che pubblicherà e leggerà le linee guida sul proprio sito. Un altro articolo radicalmente cambiato è quello sull'azione di rivalsa. L'articolo 9 riattribuisce le competenze alla Corte dei Conti e non al giudice ordinario, pur mantenendo i due paletti importanti che stanno a definire la responsabilità del professionista nel caso di colpa grave e per un massimo di responsabilità di tre annualità lorde come entità della compartecipazione del professionista nel risarcimento dell'eventuale danno effettuato.

Un intervento è stato effettuato anche sul tema dell'assicurazione riscrivendo in modo più puntuale il fondo di solidarietà per i cittadini che hanno subito un danno nel sistema sanitario e che per vari motivi, come il fallimento dell'impresa di assicurazione o non copertura dei tetti dei massimali, non dovessero ottenere un risarcimento.

Dunque l'articolato della legge è stato migliorato in quelle parti che erano state affrontate con rapidità nell'esame della Camera.

Con l'approvazione cosa cambierà per il nostro Paese, per la sanità e per i cittadini.

Ci saranno vantaggi per i cittadini e per i professionisti. Questi ultimi potranno svolgere meglio e più serenamente la propria attività professionale, perché aumenteranno le tutele e le garanzie della loro responsabilità con una sostanziale depenalizzazione della colpa sanitaria e, nello stesso tempo, questa norma darà la possibilità ai cittadini di accedere in tempi più rapidi e certi a un risarcimento per un eventuale danno subito, cosa che purtroppo dobbiamo dire oggi non accade o accade con estrema difficoltà: una causa civile in sanità può durare sette o otto anni, con tutte le conseguenze del caso.

Così come cambia l'atteggiamento delle strutture sanitarie pubbliche e private: non solo c'è una obbligatorietà della copertura assicurativa per le strutture sanitarie e socio-sanitarie del nostro territorio, ma c'è anche l'impegno di dotarsi di strutture organizzative di risk management, cioè di realtà che al

proprio interno si occupano di prevenzione ed elaborazione del rischio, della valutazione degli eventi sentinella e di ciò che può determinare un potenziale pericolo o rischio a carico del paziente.

Queste realtà afferiranno, con un flusso informativo di dati, ai centri regionali per il rischio clinico che, a loro volta, fluiranno con un meccanismo di omogeneizzazione sull'intero territorio nazionale ad un osservatorio che verrà istituito presso Agenas.

Quindi cambierà moltissimo. Forse dopo 20 anni avremo un Paese più moderno ed efficiente, in grado di valorizzare le risorse pubbliche della sanità e di evitare gli sprechi.

Noi abbiamo tre epifenomeni. Il primo è l'enorme aumento del contenzioso medico legale: 300mila cause legali giacenti in tutti i tribunali italiani. Poi c'è la medicina difensiva, in conseguenza alla reazione di tutela del professionista che tende a garantire se stesso rispetto alla spada di Damocle di un eventuale contenzioso o richiesta risarcitoria, che costa allo stato circa 13 miliardi di euro, cioè quasi come una manovra finanziaria. Per ultimo c'è il sostanziale abbandono delle imprese di assicurazione dal mondo della sanità, perché ad oggi non è più conveniente per loro restare nel mercato sanitario.

Questi tre epifenomeni patologici del sistema con questa legge dovrebbero ridimensionarsi e produrre anche dei risparmi, non solo in termini di efficientamento ma anche di risorse che potranno essere investite nel sistema sanitario.

Con l'introduzione delle linee guida c'è chi parla di burocratizzazione della medicina. È così?

Dobbiamo considerare che il testo di legge ha chiarito che le Linee Guida sono un riferimento importante per tutti i professionisti, ma non sono le Tavole date a Mosè. Sappiamo bene che non possono esserci linee guida per tutta l'attività medico-infermieristica, questo è un dato oggettivo compreso

anche dalla magistratura che dovrà applicare la norma. Le linee guida sono un elaborato scientifico a livello nazionale e internazionale, e dunque in continua evoluzione, che verrà pubblicato sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità.

Proprio all'ISS andremo a costituire un Sistema Nazionale Linee Guida, già ipotizzato nel 2004 dall'allora ministro Sirchia che aveva intuito che poteva essere un strumento importante che aiuta il professionista a svolgere la propria attività. Inoltre le cause di esclusione della responsabilità penale del professionista nella colpa sanitaria saranno, oltre alle linee guida, le buone pratiche cliniche e assistenziali. Poi, per tutelare i professionisti abbiamo inserito "salvo le rilevanti specificità del caso concreto", cioè è stato contemplato che un professionista per salvare la vita di una persona possa, in scienza e coscienza, non seguire le linee guida e le buone pratiche

Chi stilerà le Linee Guida?

Ci sarà un accreditamento delle tantissime società scientifiche, oggi forse troppe e con conflitti d'interesse.

Le società che vorranno aderire al piano nazionale delle linee guida dovranno rispettare i requisiti previsti nella nuova formulazione del testo uscito dal Senato e dettagliati nel decreto legge applicativo della norma, emanato dal Ministero della salute. Il decreto definirà l'incompatibilità, richiederà che la società abbia un radicamento nazionale in modo da poter rappresentare il maggior numero di professionisti in quella branca, e che rappresenti un legame con analoghe società scientifiche internazionali, perché spesso non si deve fare altro che tradurre in italiano e attualizzare quello che altri già stanno portando avanti.

Alle società scientifiche si affiancheranno gli istituti di ricerca e gli ordini professionali. Sarà un gruppo di lavoro importante che nell'arco di qualche anno possa farci dotare di linee di indirizzo importanti per l'attività professionale.

I chirurghi italiani lo scorso autunno si

sono riuniti in un unico congresso di chirurgia. Si andrà verso questa impostazione?

È stata una scelta intelligente e auspicabile. Questa legge spingerà verso un meccanismo di federazione delle società scientifiche, poi ognuno manterrà le proprie specificità. Ed è importante che quando si parla di linee guida su una specifica attività diagnostica terapeutica del paziente tutti i chirurghi del nostro Paese si mettano d'accordo.

In questa legislatura quali sono stati i provvedimenti più rilevanti per la sanità?

Partirei dal fatto che il fondo sanitario non solo non è stato tagliato, ma nell'ultima legge di bilancio è stato incrementato ed oggi è arrivato a 113 miliardi. Un dato non scontato rispetto al quadro finanziario complessivo. Poi sono state ottemperate alcune parti applicative del patto della salute, tra questi la parte molto importante dell'aggiornamento dei LEA.

Dopo 15 anni sono stati aggiornati i livelli essenziali di assistenza, quindi molte delle prestazioni che prima erano a carico del cittadino ora vengono considerate a carico del sistema sanitario nazionale. Saranno più di un milione i cittadini italiani che avranno le cure gratuite.

È iniziata una nuova campagna nazionale di vaccinazione, visti i problemi legati alla diminuzione delle tutele e delle garanzie della immunità di gruppo: ad oggi sono diminuite le vaccinazioni per l'età infantile per le malattie esantematiche. Questa è una importante campagna di prevenzione rilanciata nel Paese. Infine ci sarà la stabilizzazione dei precari del personale sanitario, medici e infermieri, e l'individuazione delle risorse per il rinnovo del contratto, dopo 7 anni, del personale dipendente e di quello convenzionato.

Una legislatura che volge al termine. Cosa c'è ancora da fare?

Per prima cosa si deve portare a compimento la legge sul rischio professionale. Poi c'è il riordino delle figure

professionali in sanità. Un argomento molto delicato per disciplinare in maniera chiara le figure professionali che operano in sanità, per ora solo iscritto in commissione sanità alla Camera. Infine c'è il progetto di legge sul fine vita e il testamento biologico, è un tema eticamente sensibile ma ci sono le condizioni per fare una cosa buona. Ma tutto questo dipenderà dalla durata della legislatura.

Con il Sì al referendum ci sarebbe stata anche una riforma del titolo V. Ci sono ancora margini per non avere 21 sistemi sanitari differenti?

Ho creduto moltissimo nella riforma

costituzionale e dunque a questa campagna referendaria per il sì. **Girando l'Italia e contribuendo alla costituzione di 620 comitati tematici sulla sanità, ho trovato grande interesse sul tema, anche da parte del fronte del no.**

Magari la contrarietà si esprimeva su altre parti della riforma, ma quella sul titolo V, che riguarda la sanità, era condivisa quasi da tutti, a partire dal presidente emerito Zagrebelsky che ha detto che su questo argomento potrebbe essere d'accordo. Visto che c'è trasversalità sono fiducioso che si possa incominciare a lavorare, non in tempi brevi, per ripensare un diverso rapporto tra Stato e Regioni.

Nel frattempo, non in questa legislatura, ma auspicabilmente nella prossima, **dobbiamo ipotizzare di rivedere il nostro sistema sanitario in una legge quadro.**

Abbiamo due elementi di attenzione che ci fanno interrogare: ci sono 11 milioni di cittadini italiani che non riescono ad accedere alle cure e dall'altra abbiamo una spesa privata diretta del cittadino pari a 34 miliardi di euro. Queste due evidenze devono trovare una giusta collocazione all'interno di una strategia più complessiva che lo stato deve definire attraverso una nuova legge quadro.

DAL PARLAMENTO

LA CONTRORIFORMA MANCATA DELLE REGIONI: LA TUTELA DELLA SALUTE

di **Pino Pisicchio**
Presidente Gruppo Misto
Camera Deputati,
ricercatore Diritto Costituzionale

Quale che possa essere stato il giudizio sui contenuti della riforma costituzionale bocciata dal referendum di dicembre, è difficile non convenire sull'iniziativa che ne aveva motivato l'iniziativa legislativa da parte del governo.

Se il prodotto finale di quel lavoro, infatti, era sicuramente divisivo, non lo erano le motivazioni che avevano mosso l'iniziativa, in particolare l'abolizione di alcune istituzioni ritenute da tutti obsolete, come le province o il Cnel. O alle modalità stesse attraverso cui veniva espresso il sistema parlamen-

tare, incentrato oggi su un bicameralismo paritario assai bizantino. E, infine, la necessità di rimettere mano al titolo V, dopo una riforma, quella del 2001, ritenuta dalla dottrina generatrice di contenzioso e aspramente criticata dalla politica.

Quando la riforma del 2001 venne approvata, introducendo la pessima prassi auto-approvativa di riforme costituzionali da parte della sola maggioranza al governo senza il coinvolgimento delle opposizioni, l'Italia sembrava sotto l'influsso ipnotico delle parole d'ordine care alla Lega di Bossi. La parola ipnotica, cui la sinistra non



riuscì a sottrarsi, era *federalismo*: una sorta di misterioso mantra che, portando una cospicua messe di competenze dal livello centrale a quello periferico, avrebbe - secondo il progetto leghista - ampliato il perimetro delle autonomie locali del Nord. Una forma surrogatoria e più soft della secessione proclamata nella precedente, e più arretrata, stagione.

Il centro-sinistra approvò quella riforma un po' per auto celebrazione federalistica, nella stagione che vide protagonisti i leader del territorio (sindaci e presidenti di regione), un po' coltivando il recupero di consensi sul versante leghista. Ne venne fuori una riforma troppo ambiziosa e frettolosa che provocò un infinito contenzioso costituzionale. L'allora presidente della Corte, Onida, coniò la icastica definizione che trasformava la Consulta da *Corte dei diritti* a *Corte dei conflitti*.

Tra le molte questioni lasciate in sospeso dalla riforma del 2001 c'era, su tutte, la mancanza di una sede istituzionale di compensazione e raccordo politico tra governo centrale e governo locale. Fu questa la ragione principale dello spostamento nella sede giurisdizionale della conflittualità po-

litica irrisolta. La riforma costituzionale del 2016, dunque, tentava di riportare una certa razionalità nel rapporto tra competenze regionali e prerogative del governo centrale, intervenendo con mano decisa nel merito delle singole materie regolate dall'art.117, ed anche ponendo un principio generale, la cosiddetta clausola di supremazia, che attribuiva allo Stato il diritto di intervento in materie riservate alle regioni.

La modifica del IV comma dell'art.117, infatti, stabiliva che: *su proposta del Governo, la legge dello Stato può intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica ovvero la tutela dell'interesse nazionale.*

La norma, assai discussa in dottrina (*un chivvistello buono a legittimare ogni possibile enlargement della competenza statale*, Bartole), avrebbe comportato, dunque, la possibilità dell'intervento legislativo centrale anche nelle materie riservate alla competenza regionale. Ma, anche dal punto di vista delle materie che con la riforma tornavano

ad essere di competenza statale, l'intervento dell'11 gennaio 2016 introdusse novità rilevanti, come, ad esempio, quelle contenute nella lettera m) dell'art.117, che riservava allo Stato centrale le *disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare.*

Con questo intervento veniva contrastata l'eccessiva frammentazione nei mille rivoli del regionalismo sanitario dei livelli essenziali delle prestazioni (Lea, Livelli essenziali di assistenza), predisponendo il sistema verso una possibile buona pratica della uniformità dell'offerta sanitaria su tutto il territorio. Un effetto positivo avrebbe potuto essere quello delle possibili ricadute in termini di economie. Basti pensare che nel periodo che va dall'approvazione della riforma del titolo V al 2013, l'incidenza della spesa sanitaria in Italia è cresciuta del 32, 7% del Pil.

La bocciatura della riforma costituzionale ha rimesso in causa la questione di una revisione delle competenze regionali in materia di sanità, ma, più in generale, la questione stessa di una rilettura del ruolo delle Regioni nell'ordinamento costituzionale.

Dopo 47 anni di esperienze altalenanti, sarebbe utile sottoporre a revisione la loro numerosità: venti regioni, molte delle quali dotate di micro territori, non sono mai apparse una soluzione istituzionale efficiente ed equa. Probabilmente sarà questa la materia su cui potrà misurarsi il prossimo Parlamento, se avrà ancora voglia di autoattribuirsi la missione costituente.

Resta, per fortuna, il lascito dei nostri Padri costituenti che, con l'art.32 (**La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti**) continuano a ricordare alla politica le sue ineludibili responsabilità.

DAL PARLAMENTO

ATTIVITÀ PARLAMENTARE IN AMBITO SANITARIO 2016

di Pierfrancesco Malu



In ambito sanitario, il 2016 è stato un anno durante il quale sono stati proposti ed esaminati provvedimenti di notevole rilevanza.

A fronte di importanti leggi licenziate, tuttavia, ben poche hanno raggiunto la definitiva approvazione delle due Camere disattendendo in parte le aspettative, e l'anno è così terminato con più proposte di legge ancora in sospeso di quante sarebbe stato auspicabile. Di seguito, faremo una rapida carrellata di alcuni dei più rilevanti provvedimenti (approvati e non) che sono stati esaminati nel 2016. Vivendo in un pianeta sempre più popoloso ed essendo diminuito in

moltissimi casi il livello di benessere medio della popolazione, la legge, approvata nell'estate del 2016, relativa alla limitazione degli sprechi e alla donazione dei prodotti alimentari e farmaceutici rappresenta un notevole passo in avanti in termini di civiltà. La normativa persegue, infatti, la finalità di ridurre gli sprechi per ciascuna delle fasi di produzione, trasformazione, distribuzione e somministrazione di prodotti alimentari, farmaceutici o di altri prodotti attraverso la realizzazione di alcuni obiettivi prioritari. Già nel 2003, con la cosiddetta legge del Buon Samaritano, era stata implementata una

normativa di riferimento maggiormente sostenibile e solidale, ma il recente provvedimento è ancora più completo e permeante (vista una generale mutata situazione economica e sociale post crisi) dando organicità al sistema e provvedendo ad implementarne i vari aspetti in un sistema coerente e sostenibile.

Continuando a parlare di provvedimenti che sono stati prima di tutto manifestazioni di civiltà, **non si può dimenticare il progetto di legge volto ad assicurare assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave**

prive del sostegno familiare. Approvata definitivamente nel corso del mese di luglio, la legge 112/2016 si occupa di agevolare anche le erogazioni di soggetti privati e la costituzione di trust, così come di vincoli di destinazione di beni immobili e mobili registrati, e di fondi speciali in favore di coloro i quali sono privi di un adeguato sostegno familiare.

Tale legge rientra nel contesto normativo di riferimento dei diritti per le persone portatrici di disabilità, ed ottempera ai più importanti principi stabiliti dalle principali convenzioni internazionali. Una legge di civiltà dicevamo, che si preoccupa di prendersi cura dei nostri cari a prescindere dalle nostre capacità.

Tra i più importanti provvedimenti del 2016 (in realtà già trascinato in parte dal 2015 e non ancora definitivamente approvato) **vi è quello che stabilisce la responsabilità professionale del personale sanitario**, su cui ampiamente e da tempo si è acceso il dibattito.

Approvato a fine gennaio dall'Aula della Camera in prima lettura, il provvedimento è ancora all'esame del Senato. Il provvedimento affronta un tema di enorme rilevanza e interesse nel tentativo di creare una normativa di riferimento in un ambito molto delicato ma che sempre più manifesta la necessità di un intervento chiaro da parte del legislatore. Il testo rappresenta il risultato di un minuzioso lavoro di sintesi tra le necessità di tutela e di giustizia che vi sono sia da parte dei cittadini sia da parte del personale medico.

Il diritto alla salute è ribadito e ancora più garantito nel testo fin dai primi articoli, che istituiscono anzi un ufficio per il *riskmanagement* in ogni struttura, così da raccogliere e coordinare tutte le segnalazioni di casi sospetti. Pur tutelando, quindi, i cittadini, il provvedimento si preoccupa anche di rendere meno afflittivo il ruolo e le responsabilità dei medici che operano il proprio (pericoloso) mestiere. All'articolo 6 è, infatti, previsto che il medico che per imperizia provoca un danno a un paziente, non è punibile penalmente nel caso in cui abbia rispettato le linee guida o le buone

pratiche assistenziali di cui all'art. 5 del Gelli. Vale a dire che l'errore del medico, causato dalla sua mancanza di abilità o di preparazione specifica, verrà punito penalmente solo in caso di colpa grave. La ratio di questa norma è quella di rendere meno pesanti le responsabilità mediche, nella speranza di incentivare l'abbandono di pratiche mediche eccessivamente difensive.

Sempre, poi, nell'intento di alleggerire la macchina giudiziaria italiana, è stato previsto l'obbligo di provare una conciliazione al di fuori del tribunale prima di ricorrervi in ultima ratio. In questo modo, i tempi per l'ottenimento del risarcimento sarebbero più rapidi, con l'obbligo per tutte le strutture sanitarie di assicurarsi, stabilendo anche un diretto rapporto con la compagnia assicurativa.

Il testo prevede inoltre il superamento della teoria da contatto sociale secondo la quale, tra medico e paziente si instaura un contatto, di natura sociale, il cui inadempimento è da sottoporre al regime di cui all'art. 1218 cc.

Per quanto concerne i livelli essenziali di assistenza (LEA) le due commissioni sanità e affari sociali del Parlamento hanno iniziato nel novembre 2016 l'esame dello schema di decreto del Presidente del Consiglio recante la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) (A.G. 358), fornendo un parere favorevole il 14 dicembre 2016. Gli attuali LEA sono stati definiti nel 2001 e, poco, dopo è iniziato una lunga serie di tentativi di modificarne e aggiornarne i contenuti. Rispetto alla previsione della normativa del 2001, quello che dovrebbe scaturire dall'aggiornamento è un provvedimento più completo ed efficiente. Mentre il decreto del 2001 aveva un carattere sostanzialmente ricognitivo e si limitava, per la maggior parte dei sottolivelli, ad una descrizione generica, rinviando agli atti normativi vigenti alla data della sua emanazione, l'attuale provvedimento si propone come la fonte primaria per la definizione delle attività, dei servizi e delle prestazioni garantiti ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del SSN.

Di grande rilevanza per tutto il settore medico è certamente il provvedimento che reca deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute, approvato dal Senato ma ancora all'esame della Camera e in attesa di una rapida approvazione, visto che il suo percorso è iniziato oltre due anni fa e che l'intero settore richiede un aggiornamento.

Proseguendo nella carrellata dei provvedimenti che ancora non hanno raggiunto l'approvazione da parte dell'Aula di Montecitorio è opportuno citare quello che riguarda il **consenso informato** e le dichiarazioni anticipate di trattamento. In esame in Commissione affari sociali già dai primi mesi del 2016, il progetto di legge cerca di creare una base normativa condivisa riguardo al riconoscimento del diritto alla salute come di un diritto fondamentale dell'individuo, su cui in dottrina si discute da lungo tempo.

Per terminare, è opportuno aprire una breve parentesi sulla legge che istituisce **lo screening neonatale per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie**, a testimonianza del fatto che l'informazione, la prevenzione e le diagnosi precoci (così come le vaccinazioni) possono fare davvero la differenza e garantire una vita migliore ad un numero di soggetti sempre più ampio. Nella fattispecie di questo provvedimento, l'obiettivo è quello di consentire la diagnosi di malattie metaboliche e rare per le quali è oggi possibile effettuare una terapia attraverso l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza (Lea) degli screening neonatali obbligatori, da effettuare su tutti i nati a seguito di parti effettuati in strutture ospedaliere o a domicilio, per consentire diagnosi precoci e un tempestivo trattamento delle patologie. Una legge ancora più importante visto che è indirizzata ai soggetti più indifesi della popolazione ma che allo stesso tempo ne rappresentano il futuro.

IL CONFRONTO

Anche per la chirurgia c'è il rischio "brain drain"

L'Italia non riesce a trattenere, contrariamente alla polemica di questi giorni, giovani professionisti altamente qualificati. Non è semplice mobilità, ma un esodo forzato di chi non riesce ad ottenere condizioni lavorative adeguate ai sacrifici fatti. Chi resta è consapevole di avere scarse possibilità di realizzazione professionale, se non addirittura di restare vittima di continue mortificazioni professionali. Per le donne, giovani chirurghe, il percorso è ancor più accidentato. Abbiamo deciso di farci raccontare l'esperienza vissuta da due brillanti chirurghe italiane.



CHI VA...

di **Valentina Giaccaglia**
Consultant General Surgeon a Dubai, Emirati Arabi Uniti

Ho 35 anni, sono sposata, ho 2 figlie di 10 e 3 anni e mezzo e ora, finalmente, faccio la chirurga.

Mi sono laureata nel 2006 alla Sapienza di Roma - S. Andrea come migliore del mio corso mentre ero incinta di 8 mesi della mia prima figlia. Mi sono specializzata con il massimo dei voti in Chirurgia Generale a gennaio 2013, con la mia seconda figlia nata da pochi mesi, e subito dopo ho iniziato il dottorato di ricerca.

Durante la specializzazione ho ruotato in diversi reparti del S. Andrea: Chirurgia Generale con il Prof. Ziparo, Chirurgia d'Urgenza con la Prof. Balducci e Day Surgery con il Prof. Brescia. Ho lavorato anche al S. Giovanni con il Dott. Stipa. In questi anni ho pubblicato molti articoli su riviste scientifiche internazionali, ho parlato 2 volte al congresso dell'*American College of Surgeons* e vinto un premio della stessa società, ho vinto un premio anche presso la *Cle-*

veland Clinic di Ft. Lauderdale e la borsa Ruggieri della SIC. Fin qui una storia di studentessa modello, con molti riconoscimenti, con la gioia e la fatica di aver voluto costruire una famiglia. Nella mia vita professionale in Italia ho avuto l'onore ed piacere di conoscere colleghi eccezionali che mi hanno insegnato molto sia dal punto di vista morale che medico. Ma sul mio cammino ho anche incontrato tanta diffidenza, indifferenza e talvolta, indubbiamente, anche vera e propria cattiveria. In tanti hanno riso del mio entusiasmo e della mia passione per il lavoro, in tanti non hanno creduto nella mia linea di ricerca che poi, però, si è dimostrata vincente ed è stata pubblicata con 4 articoli su *Annals of Surgery*.

Ho fatto enormi sacrifici durante e dopo la specializzazione, spesso trascurando famiglia ed amici. Ma sono, da sempre, convinta che i traguardi vadano guadagnati. Così non mi sono mai tirata indietro nel dare il massimo in ogni attività, dalla ricerca alla parte clinica e chirur-

gica. D'altro canto credo che i sacrifici, prima o poi, meritino di essere ripagati, ma c'è stato un momento in cui ho capito che in Italia non avrei avuto alcuna prospettiva, neanche lontana, di avere un lavoro a tempo indeterminato, men che meno di tipo universitario. Insomma, ho avuto la certezza che non solo non avrei mai realizzato il mio sogno, ma non avrei neppure svolto la professione per la quale avevo a lungo studiato e per la quale avevo fatto i più grandi sacrifici. Ho provato a partecipare ai concorsi, senza ottenere alcun risultato, o, ancor peggio, in alcune occasioni sono stata persino invitata a non partecipare perché *i posti erano già assegnati*. Per molti dei giovani chirurghi che leggono non racconto nulla di nuovo. Questa è la triste storia che accomuna molti di noi. Ho pubblicato articoli scientifici come pochi presso la mia università, mostrando negli anni una dedizione totale, ma nessuno ha mai pensato di muovere un dito, o alzare la voce, per tenermi. Così è iniziata la mia

vita da precaria, da libera professionista, senza alcuna garanzia e con una retribuzione mensile che fa arrivare a fine mese sempre con il dubbio di poter pagare tutte le spese.

Poi ho avuto un sussulto di dignità.

Sì, perché penso sia contro la dignità di una professionista, di una donna che ha avuto l'ardire di fare figli, spendere più soldi ogni mese per la baby sitter di quanti se ne guadagnino al netto delle tasse. È lesivo della dignità non avere alcuna prospettiva di carriera nonostante la perseveranza, lo studio, il lavoro appassionato e tutti gli sforzi compiuti.

Ora vivo e lavoro a Dubai. È stato dif-

ficile lasciare la famiglia di origine, gli amici, la mia amata Roma, ma indubbiamente qui ho trovato un ambiente ottimo per tutta la famiglia e molto più fertile per i miei progetti professionali. Negli Emirati sono molto severi nel concedere l'abilitazione professionale ed è richiesto un esame approfondito, molto simile a quello Americano, ma, una volta superato, si aprono molte porte. Qui non esistono concorsi: per avere un lavoro si sostengono colloqui orali e, in alcuni casi, una prova pratica. Non conta di chi sei figlio o chi conosci, conta solo quello che sai fare. Qui si investe sulle tecnologie e sulle persone, in cambio pretendono un'alta produttività.

La mia non è una storia isolata: molti dei miei compagni di corso - i migliori - si sono trasferiti all'estero, con eccellenti risultati nei vari campi della medicina. La realtà della chirurgia italiana è fatta purtroppo di specializzandi che non operano, salvo in poche oasi felici come Trieste, e - cosa ancor più grave - che diventeranno chirurghi che non sanno operare. Ne evinco che forse chi è ai vertici sarà costretto in futuro a farsi curare all'estero...

Ciò nonostante, **non smetto di sperare che la situazione possa prima o poi migliorare ed offrire una concreta e dignitosa possibilità di rientro, non solo per noi, ma per il futuro della chirurgia italiana, per il bene del Paese.**

...E CHI RESTA

di A. C.



Quella dell'ostruzionismo è una storia tra le tante, comune a molti giovani chirurghi come me che, passati i trent'anni, specialisti in chirurgia generale, hanno ancora bisogno di apprendere nozioni teoriche, tecniche e soprattutto pratiche nel campo di questa meravigliosa professione medica (ebbene sì, nonostante i numerosi e spesso insormontabili ostacoli incontrati nel percorso formativo universitario, amo ancora questo lavoro).

Sono cresciuta professionalmente con la direttiva che l'attività chirurgica è uno status mentale, è più un essere chirurghi che fare i chirurghi e che si impara guardando e non facendo. La mia scuola di specializzazione, quel che è rimasto della vecchia scuola vera, si fondava su questo principio.

Si può essere d'accordo, almeno in parte, con questa impostazione: i primi anni si deve imparare in questo modo. C'è una curva di apprendimento visi-

va con la frequentazione assidua della sala operatoria e con l'utilizzo delle forze a disposizione per calarsi nei panni di divaricatori umani, appendendosi alle varie valve, per capire il perché si tengano in un certo modo, per comprendere cosa pensa l'operatore e perché fa quella mossa, per seguire l'aiuto prevenendo le mosse di chi opera e via discorrendo. Ma, diciamo pure onestamente, Raffaello non ha imparato a dipingere solo guardando!

Inoltre, un conto sarebbe seguire un chirurgo degno di questo nome, un altro, vedere il proprio professore imparare ad operare a sua volta. Questa, come ben sappiamo, è una condizione piuttosto diffusa nei nostri atenei, ove chi ricopre ruoli accademici e di insegnamento, spesso non ha capacità pratiche. Quando le scuole di specializzazione sono nate, tanti anni fa, l'attività chirurgica era intensa e i letti di ricovero a disposizione erano numericamente esuberanti; insomma, c'era molto da vedere e da fare. Oggi, in alcune

realtà universitarie, un chirurgo, professore, cattedratico, ha a disposizione anche solo tre posti letto e il resto lo lascia alle deduzioni e considerazioni di chi legge. Parlando fuori dai denti, credo che in questo articolo di sfogo mi sia consentito, purtroppo nelle università italiane, **esistono figure di professori di chirurgia incapaci di svolgere questa attività, che riscaldano la sedia della loro cattedra quotidianamente e non possono insegnare perché loro stessi non sono in grado di operare.**

Tralascio i particolari, ma meritano comunque un fulmineo cenno, le varie avances di alcuni professori, forti del loro potere di posizione, alle giovani specializzande, le angherie delle professoresses scioche e gelose, le guardie chirurgiche ai primi anni di specializzazione che dovevamo gestire con il pesante bagaglio delle paure del caso, da soli, senza la presenza dei chirurghi responsabili che neppure si presentavano in ospedale. Non voglio fare di tutta un'erba un fascio e sicuramente

le realtà universitarie variano anche in rapporto alla posizione nello stivale peninsulare italiano, ma questa è la mia verità, vissuta e condivisa da tanti altri colleghi.

Per aver osato manifestare al professore responsabile della scuola di specializzazione il mio sgomento, la mia vergogna e la mia paura di affrontare in un prossimo futuro il mondo lavorativo senza essere neppure in grado di mettere i punti di cute al quarto anno di specializzazione, sono stata trattata in malo modo. Lo ricordo come un pessimo quarto d'ora, ma è stato, tuttavia, anche la mia salvezza. In quel momento, finalmente, dopo quattro anni di mero sfruttamento non associato a trasferimento di conoscenza, ho capito che nessuno mi avrebbe insegnato nulla e che rischiavo di diventare come quei professori frustrati e dispettosi che ingenuamente temevamo, che avevano, invece, atteggiamenti di sùbitanza con chi era gerarchicamente sopra di loro.

Ho deciso, conquistandomi le varie autorizzazioni e sottostando ad estenuanti vicissitudini burocratiche, che solo le segreterie italiane sono in grado di realizzare, di concludere gli ultimi due anni di specializzazione in una casa di cura accreditata dove qualche anno prima era diventato primario uno dei professori della mia scuola.

In quel contesto ho conosciuto i tre chirurghi ospedalieri che con la loro bravura, esperienza e conoscenza, in due anni mi hanno insegnato ad essere un degno medico, a gestire un reparto, ad affrontare in autonomia un ambulatorio, a seguire premurosamente i pazienti, a trattare le persone malate con umanità, ad eseguire interventi chirurgici, a lavorare con il personale in collaborazione e non con arroganza. Tutto quello che sono lo devo a loro e sono ancora i miei fari nel buio pesto delle difficoltà che mi si presentano di volta in volta, dei dubbi professionali che mi attanagliano, delle decisioni che non sarei sicura di prendere senza un loro consiglio.

Mi posso ritenere addirittura fortunata rispetto a tanti colleghi che non hanno avuto il coraggio di ribellarsi al sistema.

Dopo la specializzazione, il niente! Lo stato di più totale abbandono e disorientamento. Il timore di rimanere senza lavorare mi ha costretto a diventare medico di guardia di una casa di cura per circa otto euro l'ora, con pagamento a tre mesi, ove naturalmente avevo sotto la mia responsabilità tutti i reparti della clinica nelle varie specialità, anche quelle non di mia competenza, che probabilmente, quando ho iniziato, non sapevo neppure gestire ed ero facente funzioni di Direttore Sanitario in sua assenza.

Il terrore di non poter fare il chirurgo, mi ha portata a tentare un nuovo approccio con l'odiato ambiente universitario, ove tutto è sotterfugio e meschinità, come se avessi dimenticato quello che avevo dovuto subire per anni durante la specializzazione.

Niente paura! Certi ambienti non cambiano mai. Sono quelle certezze nella vita che garantiscono la solidità fondamentale del proprio equilibrio psicofisico, per andare avanti e il motivo per cui alzarsi ogni giorno. In una diversa Università ho vinto la borsa di un dottorato di ricerca, che di dottorato e di ricerca soprattutto non ha neppure l'ombra. Per più di un anno la mia attività è consistita nello stilare liste operatorie, organizzare preospedalizzazioni, svolgere mansioni infermieristiche nell'ambulatorio delle medicazioni.

Mi era impedito con ricatti ovviamente non verbalmente espressi, di frequentare lo stabulario. Nessuno, nonostante le mie richieste, mi agevolava nell'attività scientifica. A condire il tutto, continue cattiverie gratuite e bastoni tra le ruote generati dal mancato appagamento personale di quelli che dovrebbero essere nostri modelli e dall'ambiente malsano che governa nelle università. Ormai disperata, depressa, senza stimoli, mi trascinavo nervosamente nella quotidianità insoddisfacente e infelice di attività non di mia competenza, nella rinuncia all'orizzonte che le fatiche sostenute, l'impegno impiegato, le lacrime versate, i bocconi amari ingoiati, le ingiustizie subite mi facevano vedere sempre più remoto e lontano. In quel periodo per non pensare alle disgrazie quotidiane

e per potermi pagare l'assicurazione professionale esosissima, Ordine dei Medici, ENPAM, bollo e assicurazione della macchina, benzina etc, lavoravo mettendo poco del guadagno da parte, senza soluzione di continuità, ogni giorno, ogni sabato, ogni domenica, almeno tre notti a settimana senza mai riposare né il giorno stesso né il giorno dopo, con il portabagagli della macchina stracolmo di buste contenenti il mio guardaroba.

Medico di guardia in clinica, dottoranda caposala e tappabuchi per varie ed eventuali, visite gratuite negli ambulatori sparsi in una città dominata dal traffico soffocante e dalla maleducazione degli abitanti.

Grazie alla graduatoria di un colloquio per avviso pubblico sostenuto appena dopo il conseguimento del Diploma di Specializzazione, sono approdata nell'ospedale di una cittadina di provincia in Centro Italia. Un primario di estremo acume ed intelligenza, uno degli ultimi veri chirurghi generali, meravigliosamente competente e chirurgicamente affascinante. La metà delle sue qualità professionali basterebbero a qualcun altro per essere un chirurgo valido. Purtroppo, un incarico a tempo determinato, che sta volgendo al termine.

Nel mezzo del cammino della mia vita, non ho ancora una stabilità economica, con un conto in banca che farebbe ridere i colleghi svizzeri, tedeschi, francesi, inglesi o americani, vivo con le valigie in mano senza sapere quale sarà la mia città o la mia regione, senza poter pensare ad una famiglia o ad una casa mia.

Chi ce lo fa fare a rimanere in Italia? Maledetta università italiana, quando ci insegnerai ad essere e a fare il chirurgo? Quando ci renderai fieri di poter dire di aver studiato e imparato nella prestigiosa università italiana? Quando ci darai un lavoro?

L'Italia investe negli studenti, poi li lascia fuggire a gambe levate. Compra i semi, li pianta ma non li coltiva e li fa coltivare ad un altro paese che ne gode dei frutti.

Ci sarà una logica in questo incomprensibile mercato?

ACOI GIOVANI

I MEDICI ITALIANI TRA PRECARIATO DI CONTRATTO E PRECARIATO DI CARRIERA

di **Giuseppe Miranda**
Responsabile ACOI Marche



Non accennano a migliorare le condizioni lavorative dei dirigenti medici italiani che, più delle volte, vivono in una situazione di precarietà costante che perdura in tutte le fasi della loro attività professionale.

I disagi crescenti dei medici e dei dirigenti sanitari sono stati, anche recentemente, sottoposti all'attenzione del Governo attraverso un'accesa e vivace mobilitazione promossa dall'Intersindacale medica, veterinaria e sanitaria tesa ad ottenere la fine della sottrazione delle risorse dai fondi contrattuali ma, a quanto sembra, la richiesta non è stata recepita nella nuova Legge di Bilancio 2017.

L'Intersindacale nel documento inviato al Governo ed alle Regioni in data 6 ottobre 2016 elencava 6 punti da inserire nella legge di bilancio 2017.

Nello specifico richiedeva:

1. L'implementazione delle risorse disponibili per un finanziamento del triennio contrattuale coerente con il valore e la funzione sociale del lavoro del medico;
2. La defiscalizzazione del salario di produttività estesa anche ai dipendenti della sanità pubblica;
3. L'estensione al settore pubblico delle agevolazioni del cosiddetto *welfare aziendale*;
4. Il recupero dei tagli lineari dai fondi contrattuali, che in questi anni hanno ridotto le retribuzioni effettive (destinate a premiare il merito e a remunerare il disagio della reperibilità);
5. La garanzia di salvaguardia della RIA dal 2016;
6. L'accelerazione sulla stabilizzazione dei precari e l'aumento dell'occupazione giovanile.

Da 7 anni i medici, veterinari e dirigenti sanitari dipendenti del SSN si trovano in situazione di blocco contrattuale associato ad un taglio pesantissimo delle risorse accessorie, solitamente destinate a valorizzare il merito professionale ed a retribuire il disagio di un lavoro in cui il personale è coinvolto in modo continuo per tutto l'anno, 24 ore al giorno.

Da anni la FESMED, insieme ad altri sindacati di categoria, si batte per migliorare le condizioni lavorative dei dirigenti medici con il fine non solo di far riconoscere il loro valore professionale e l'alta e complessa responsabilità collegata alla loro attività ma anche di sostenerne un adeguato sviluppo di

carriera e di rinnovo contrattuale, con un corrispondente turn-over e stabilizzazione dei precari.

Il **Sistema del precariato dei dirigenti medici e sanitari** comprende una moltitudine di situazioni che vanno dal maltrattamento sul piano economico alla precarietà di contratti flessibili, dalla scarsa valorizzazione del merito all'involuzione degli incarichi di carriera.

In riferimento al primo aspetto bisognerà attendere gli sviluppi della legge di Bilancio 2017, che dovrebbe garantire un incremento del contratto dei dirigenti medici attraverso lo stanziamento di 1.9 mld di euro per il rinnovo del CCNL per il triennio 2016-2018 e che, stando così le cifre, porterà solo ad un simbolico incremento medio pro-capite inferiore a 80 euro lorde al mese a regime nel 2018.

D'altro canto l'elemento di maggiore criticità del precariato dei medici risulta sicuramente quello relativo alla stabilizzazione e all'assunzione di nuove leve, azioni essenziali per colmare le carenze attuali e future di personale.

In Italia, al momento, i medici precari in attesa di stabilizzazione sono oltre 14.000, di questi circa 7.700 hanno un rapporto di lavoro a tempo determinato e 6.500 vivono con un contratto di lavoro atipico (borsisti, contratti libero-professionali).

Negli ultimi 10 anni, poi, nell'ambito della *dirigenza medica* i contratti di lavoro flessibili ed a termine sono notevolmente aumentati a causa anche dell'utilizzo improprio che ne fanno le amministrazioni che li preferiscono ri-

spetto ad altre forme stabilizzanti sia per il favorevole regime contributivo e assicurativo sia per le minori garanzie offerte al lavoratore (in termini di ferie, infortunio e malattia).

Queste tipologie contrattuali sono state introdotte con il pacchetto di legge TREU (196/1997), che ha legalizzato le aziende interinali con l'obiettivo, nelle intenzioni del legislatore, di favorire l'occupazione ma che hanno determinato invece un dilagare della precarizzazione solo parzialmente limitata da una serie di leggi correttive quali la legge Biagi (30/2003), la legge 296/2006 (Finanziaria 2007 con governo Prodi), e la legge 92/2012 (Monti-Fornero), provvedimenti atti ad arginare l'utilizzo improprio e/o abusivo dei contratti precari in un'ottica di razionalizzazione dei rapporti di lavoro flessibili ed a favorire una maggiore tutela dei lavoratori.

Per quanto riguarda le assunzioni di nuovi medici, la legge di bilancio 2017 ne garantirebbe 3 mila (più 4 mila infermieri), ben al di sotto di quelle strettamente necessarie a coprire le carenti dotazioni organiche delle Unità operative.

Secondo un calcolo effettuato dai sindacati, il SSN avrebbe bisogno di:

- circa 6.000 medici per coprire i pensionamenti del triennio 2012-2014 (e per "fortuna" per effetto della riforma Fornero 2011, l'età per la quiescenza è stata spostata in avanti di circa 3 anni);
- 6.000 medici per incrementare le dotazioni organiche e poter applicare la direttiva europea sull'orario di lavoro;
- 20.000 medici, per sostituire quelli del SSN che andranno in pensione nel

triennio 2017-2020 (l'età media dei medici italiani che hanno un contratto di lavoro a tempo indeterminato è di circa 53 anni, con un tasso di over 55 anni del 65%). Per questo motivo nello scenario del prossimo decennio ci sarà un elevato numero di cessazioni del personale medico operante nelle ASL e si calcola che nel triennio 2017-2020 ci saranno circa 20.000 medici del SSN in meno).

Non si dimentichi poi che negli ultimi anni il SSN ha già perso 7000 medici e dirigenti sanitari e che la loro assenza ha gravato notevolmente sul restante personale che è rimasto in corsia e che con grande abnegazione, senso del dovere e ritmi e turni di lavoro insostenibili ha permesso al SSN di reggere la situazione.

Il continuo e cronico depauperamento delle dotazioni organiche è stato realizzato dallo Stato e dalle Regioni attraverso il blocco del turn-over. Questo meccanismo ha determinato, inoltre, un calo della spesa per il personale di 1.2% all'anno dal 2010 al 2015.

Al momento anche la legge di Bilancio 2016 che ha stanziato fondi per incrementare le assunzioni e permettere l'adeguamento agli orari di lavoro imposto dalla Direttiva Europea con il rispetto delle pause, dei riposi e delle ferie è stata attuata solo in minima parte. Altre forme preoccupanti di precariato per i dirigenti medici riguardano la bassa probabilità di avanzamento di carriera (solo l'8% dei dirigenti medici diventa direttore di struttura complessa) e la possibilità di operare in condizioni di elevato rischio professionale. Si è os-

servata, nel corso degli anni, un'involuzione degli incarichi dirigenziali con un incremento della precarietà di carriera. Infatti dal 2006 ad oggi si è registrato un dimezzamento delle Unità operative complesse passate da 10.275 a circa 5.000 ed una ancor maggiore riduzione delle strutture semplici, passate da 18.093 a circa 7.500; viceversa gli incarichi professionali sono rimasti pressoché costanti nel tempo con un lievissimo aumento negli anni, passando da 81.533 dell'anno 2006 a circa 83.620 nel 2014 e tendenti ad assestarsi attualmente a circa 82.500.

L'insieme di tutti questi fenomeni come la straripante precarizzazione del lavoro, l'impoverimento contrattuale economico, l'impossibilità a valorizzare il merito e ad incentivare la produttività, nonché la scure dei tagli lineari sugli organici, sulle strutture semplici e complesse e sui fondi sta generando una dilagante demotivazione lavorativa con privazione di certezza di vita personale e professionale per l'intera classe dirigenziale medica con inevitabile ripercussioni negative sulla qualità dei servizi sanitari offerti ai cittadini.

Per pretendere una buona Sanità bisogna considerare come presupposto essenziale di qualsiasi azione si voglia intraprendere, la riaffermazione della centralità del professionista sanitario e questa passa attraverso gli investimenti sulla categoria con risorse economiche ed umane adeguate, contratti stabili ed indeterminati, valorizzazione della loro professionalità e responsabilità.



LA PAROLA ALL'AGENAS



VALUTAZIONE SINTETICA DEGLI ESITI DELLE CURE OSPEDALIERE: I TREEMAP DI PNE

di Marina Davoli e Alice Basiglini

La valutazione comparativa di esito consente di formulare un giudizio sulla qualità dell'assistenza erogata, sulla base di criteri espliciti e trasparenti. Il PNE analizza un numero sempre crescente di indicatori: nell'edizione 2016, gli indicatori analizzati sono 165, a fronte dei 100 indicatori dell'edizione 2011. Se da una parte questo permette di ampliare gli ambiti clinici valutati, dall'altra rende sempre più difficile una visione sintetica della qualità delle cure offerte.

L'elaborazione di una misura sintetica della qualità assistenziale ospedaliera, quale indicatore composito di diverse misure di esito nelle differenti discipline cliniche, pone problematiche concettuali e statistiche particolarmente complesse e tali da ostacolare, anziché facilitare, l'interpretazione. I risultati del PNE hanno dimostrato che raramente esistono strutture con esiti esclusivamente positivi o negativi in tutte le aree cliniche. Nella maggior parte dei casi, nella stessa struttura ospedaliera, si riscontrano aree cliniche con esiti positivi e aree cliniche con esiti negativi. Occorre inoltre considerare che i diversi indicatori possono avere pesi relativi molto differenti all'interno della stessa valutazione sintetica, in base sia alla validità e riproducibilità dell'indicatore sia alla rilevanza clinica dell'indicatore stesso.

L'analisi sintetica proposta dal PNE con i **treemap** è specifica per area clinica e tiene conto della validità e del peso differenziale di ciascun indicatore.

Per l'anno 2016, gli ambiti assistenziali ospedalieri considerati ai fini della valutazione sintetica riguardano 7 aree cliniche - cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare - valutati selezionando, in riferimento a ciascun area, data la disponibilità attuale di indicatori misurabili sulla base dei sistemi informatici correnti, le misure dotate di requisiti tecnici di validità e funzionali a descrivere le dimensioni qualitative ritenute

di interesse. Per ogni stabilimento ospedaliero, il treemap (Fig.1) è costruito in modo tale che l'area del rettangolo di ogni area clinica sia proporzionale al totale dell'attività complessiva delle 7 aree cliniche considerate.

Per lo stabilimento in Fig.1, ad esempio l'area gravidanza e parto rappresenta il 21.8% dell'attività della struttura rispetto al totale delle 7 aree cliniche considerate. I volumi di attività di ciascuna area clinica sono calcolati considerando i ricoveri in regime ordinario con degenza maggiore di 1 giorno per un elenco definito e specificato di DRG, non considerando l'attività diagnostica. In riferimento a ciascuna area clinica, la valutazione e la corrispondente attri-

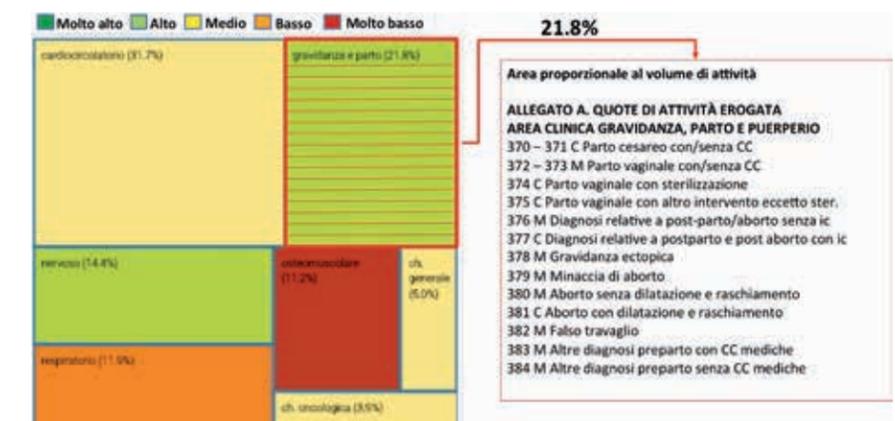
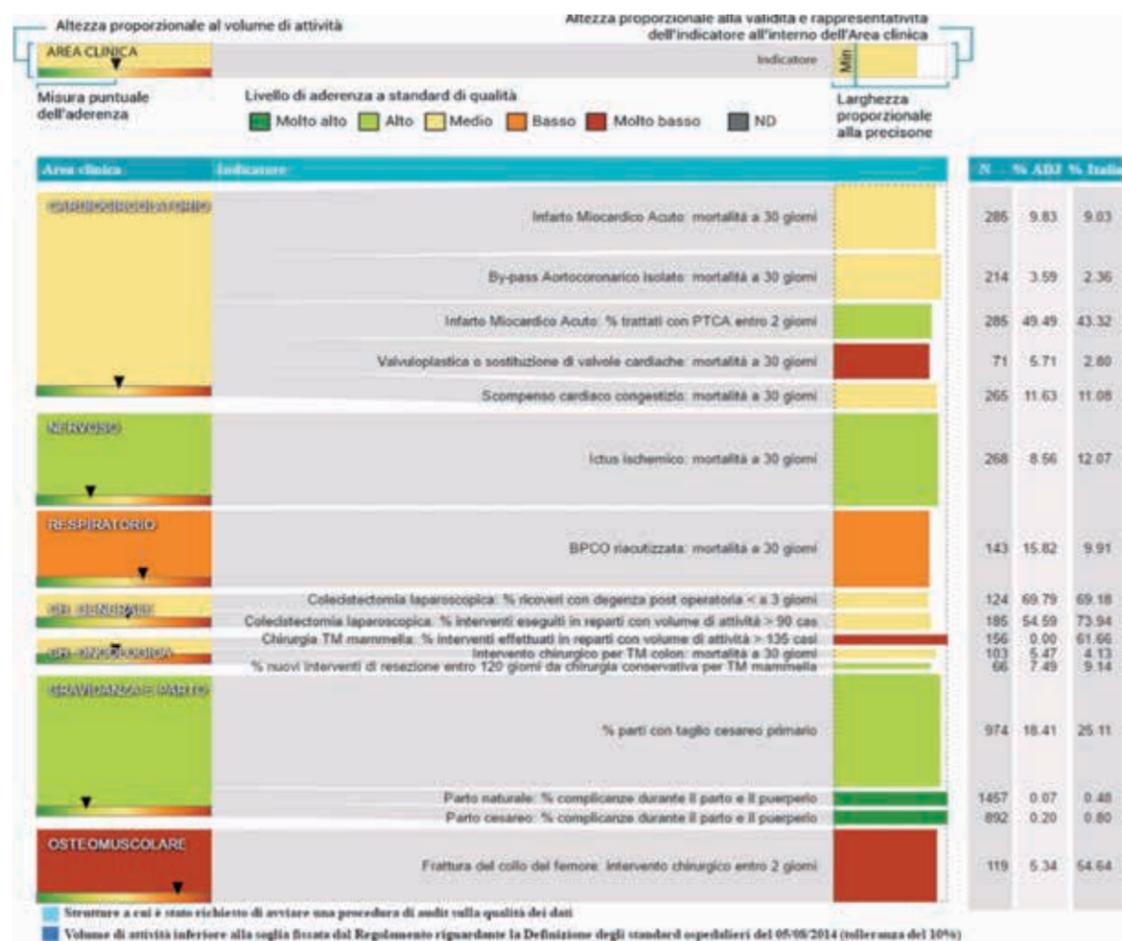


Fig. 1 Esempio treemap



buzione del colore, è stata effettuata su una selezione di indicatori PNE maggiormente rappresentativi dell'area, a ciascuno dei quali è stato attribuito un peso proporzionale alla rilevanza e alla validità dell'indicatore stesso nell'area di pertinenza. Oltre alla valutazione sintetica, specifica per area clinica, è, infatti, possibile visualizzare, per stabilimento ospedaliero, i valori dei singoli indicatori che concorrono alla valutazione di ciascuna area (Fig 1): in questo modo si evidenziano i punti più critici, rispetto ai quali attivare attività di verifica della qualità dei dati e/o processi di audit clinico-organizzativo. Per ogni indicatore sono state identificate un massimo di 5 classi di valutazione attribuendo a ciascuna classe un punteggio da 1 (aderenza molto alta a standard di qualità) a 5 (aderenza molto bassa a standard di qualità). Le classi di valutazione sono state definite in base alle evidenze della letteratura scien-

tifica di riferimento, alla distribuzione osservata tra le varie strutture ospedaliere o, ove disponibili, alle soglie minime riportate nel Decreto Ministeriale 70/2015 che definisce gli standard quantitativi di volume ed esito (Fig.2). Il punteggio di ciascuna area clinica è ottenuto come media ponderata delle classi di valutazione (punteggio discreto da 1 a 5) degli indicatori rappresentativi dell'area. Per gli indicatori che riguardano il parto, la colecistectomia e gli interventi sulla mammella, il volume di attività viene utilizzato come criterio principale di valutazione: agli stabilimenti con un volume di attività inferiore al valore soglia predefinito è attribuita la classe di valutazione più bassa, indipendentemente dal valore dell'indicatore. La legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016), nel disciplinare il nuovo strumento dei **Piani di ef-**

ficiamento e riqualificazione per le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie e gli Irccs pubblici, inserisce ex novo la dimensione qualitativa nei meccanismi di monitoraggio e di intervento in chiave correttiva della gestione e dell'erogazione di prestazioni di ricovero e cura. Disciplinando l'obbligo delle Regioni di individuare le strutture di propria pertinenza territoriale che presentano disavanzi di gestione e/ o uno scostamento dai parametri relativi a volumi di attività ed esiti delle cure, attribuisce, per la prima volta nell'ordinamento, pari dignità applicativa ai principi, da una parte, di efficacia e appropriatezza e, dall'altra, di equilibrio economico-finanziario dell'assistenza sanitaria (già sancita nel '92, con il D.lgs n. 502). Le strutture chiamate a presentare alla propria regione di riferimento il piano di riqualificazione contenente le misure volte al miglioramento (raggiungi-

mento del livello medio di qualità per ciascun indicatore che si colloca nella fascia bassa o molto-bassa all'interno dell'area clinica o delle aree cliniche identificate come critiche) sono quelle che presentano una o più aree rientranti nella classe molto bassa di valutazione del treemap e corrispondenti al 15% dell'attività totale dello stabilimento oppure che presentano una o

più aree rientranti nella classe bassa e corrispondenti al 33% dell'attività complessiva. Il piano di riqualificazione si articola in una fase di verifica della qualità della codifica nei Sistemi Informativi Sanitari delle informazioni contenute nella documentazione clinica, condotta in sinergia con le attività sistematiche di audit sulla qualità dei dati del PNE; in

una fase di audit clinico-organizzativo e in una fase di pianificazione e programmazione degli interventi correttivi. Per la verifica dei propri esiti e dell'andamento del piano di miglioramento le strutture possono avvalersi degli strumenti di monitoraggio disponibili sul sito web del PNE, il quale fornirà la valutazione finale dei risultati conseguiti.

Standard di qualità

Area clinica	Indicatore	Peso (%)	Livello di Adesione				
			MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
			1	2	3	4	5
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	30 %	≤ 6	6-8	8-12	12-14	>14
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	15 %	≥ 60	45-60	35-45	25-35	<25
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	10 %	≤ 6	6-9	9-14	14-18	>18
	By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	20 %	≤ 1.5		1.5-4		>4
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	15 %	≤ 1.5		1.5-4		>4
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	10 %	≤ 1		1-3		>3
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	75 %	≤ 8	8-10	10-14	14-16	>16
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	25 %	≤ 1.5		1.5-3.5	3.5-15	>5
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	100 %	≤ 5	5-7	7-12	12-16	>16
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	50 %	≥ 80	70-80	60-70	50-60	<50
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	50 %	=100	80-100	50-80	30-50	<30
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	33 %	=100	80-100	50-80	30-50	<30
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	17 %	≤ 5	5-8	8-12	12-18	>18
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	17 %	≤ 0.5		0.5-1.3		>3
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	8 %	≤ 2	2-4	4-7	7-10	>10
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	25 %	≤ 1	1-3	3-6	6-8	>8
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	80 %	≤ 15	15-25	25-30	30-35	>35
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10 %	≤ 0.20		0.20-0.70		>0.70
	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10 %	≤ 0.30		0.30-1.2		>1.2
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	90 %	≥ 70	60-70	50-60	40-50	<40
	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	10 %	< 2	2-4	4-6	6-8	≥ 8

Fig. 2 Valori soglia per la definizione delle classi di valutazione

N I CITTADINI

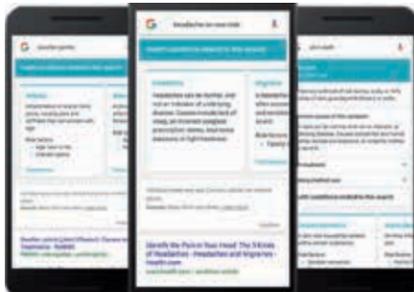
CARO COLLEGA



di **Rodolfo Vincenti**
Presidente di Fondazione
Chirurgo e Cittadino

Eccolo, è arrivato! Un enciclopedia collega multispecialistico alla portata di tutti. Un klik e via! I cittadini avranno tutte le risposte ai loro interrogativi sulla salute, senza il fastidioso passaggio in ambulatorio pubblico o negli studi privati di coloro, che per essere lì a raccogliere anamnesi, praticare esami obiettivi e condividere percorsi diagnostico-terapeutici, hanno sgobbato per oltre un decennio su testi e pratiche ospedaliere.

Il collega dr. Google è al di là di un monitor e lo potremo richiamare digitando sulla tastiera i nostri disturbi. L'intento di Google è quello di mettere un freno e di regolamentare la ricerca indiscriminata fatta su portali che di scientifico non hanno nulla, i cui risultati nella maggior parte dei casi sono fuorvianti, errati e in ultima analisi, potenzialmente pericolosi. Al momento il nuovo dottore parla solo inglese ed è in fase di roll-out esclusivamente su mobile, ma crediamo logico che in breve tempo sarà disponibile multilingue anche sul nostro desktop. Per quanto ne sappiamo saranno presenti query generiche del tipo: *ho un livido sulla gamba, ho un mal di testa solo da un lato, ho mal di pancia* alle quali si assoceranno le informazioni mediche presenti nel database Knowledge Graph prodotto da esperti della Mayo Clinic e della Harvard Medical School. Ecco a disposizione la figura del medico 4.0! Vero è che in una nota esplicativa di Google viene sottolineata l'importanza,



dopo aver consultato il web, di rivolgersi al proprio medico di fiducia. Ma noi la vediamo in altro modo!

Sono certo di essere in buona compagnia quando ricordo di essere precipitato in una ipocondria duratura nei primi anni di studio delle materie del corso di laurea in Medicina e Chirurgia che riguardavano le diverse *Patologie* (medica, chirurgica) e successivamente le *Cliniche*. La tosse stizzosa dell'allora incallito fumatore veniva interpretata come segno inequivocabile di neoplasia polmonare, l'alternanza dell'alvo era il sintomo patognomonico di cancro del colon, un'emicrania non remittente espressione di chissà quale astrocitoma cerebrale. Solo lo studio di migliaia di pagine e l'analisi integrata e comparativa delle sintomatologie riuscì a minimizzare l'errato convincimento che quel disturbo isolato, estrapolato dal necessario corredo di sintomi associati, dati di laboratorio e esami strumentali, non poteva rappresentare non solo una certezza diagnostica, ma nemmeno un sospet-

to attendibile. Solo l'analisi completa dei dati disponibili e la corretta sintesi può portare a diagnosi di malattia. Il nostro percorso formativo di chirurghi dura 11 anni e prosegue per tutta la vita lavorativa: soltanto nel tempo e sul campo le nostre certezze potranno superare i dubbi. Il medico è questo: forte di una enciclopedica teoria, potenziata da esperienza pratica, raccoglie dati e li interpreta nel modo più scientifico possibile valutando le ipotesi attendibili e scartando le incongrue per raggiungere la meta che il paziente richiede: diagnosi accurata e percorso diagnostico-terapeutico efficace. Purtroppo le notizie che leggiamo, ormai stabilizzate e ripetute, ci spingono a pensare che oggi non sia più così. E ancora una volta la nostra categoria di professionisti della salute risulta essere regressiva e osserva catatonica il mondo correre in una direzione che, non vedendoci protagonisti e attori abili e attenti ad incanalare e essere artefici dei cambiamenti, ci porterà a rincorrere quei mutamenti sociali, ineludibili, relegandoci a doverli subire senza poterli gestire. Lo sviluppo e la diffusione del web ha modificato i comportamenti dei cittadini che, in tema di salute, già da tempo utilizzano massivamente ciò che può essere trovato nelle centinaia di siti *salute* diffusi nella rete. Recentemente la Fondazione IBSA, una non-profit che ha lo scopo di promuovere e sostenere lo sviluppo della ricerca scientifica, in un convegno su *La*

salute in rete: progresso o pericolo tenutosi all'Università *La Sapienza* di Roma ha analizzato e commentato i risultati di una ricerca realizzata da Gfk su un campione di 2.066 individui.

Questi i dati: il web è considerato utile come fonte di informazione sui temi della salute, dal 74% degli italiani. Tra costoro l'83% va a caccia di informazioni riguardanti le patologie, il 66% sulle possibilità di cura.

Quasi in contemporanea un'indagine di Medipragma, al recente Forum sull'innovazione per la Salute a Milano, ha riferito che dell'81% che dichiara di usare il web per info-salute (circa 12 milioni di italiani), solo il 9% si confronta poi con il proprio medico.

È molto facile condividere la riflessione della dr.ssa Valentina Mantua, psichiatra e dirigente AIFA: *uno dei componenti fondamentali della medicina, il rapporto medico-paziente, sarà rivoluzionato dal venire meno di quella asimmetria nella conoscenza che lo ha contraddistinto.*

Non è un caso che la maggior parte dei medici viva come una *minaccia* la relazione con il nuovo paziente 2.0 che renderà più difficile il rapporto con il medico: infatti solo il 10% dei medici di medicina generale pensa che sia utile cercare informazioni su internet.

Non nego che talvolta ho avuto la sensazione, direi la certezza, di essere *testato* dal paziente sulle mie conoscenze mediche che dovevano essere compatibili con quelle che erano state ricavate, navigando qua e là, nell'oceano indistinto del web.

Questo non fa che allontanare i due soggetti incrinandone la relazione. Non vi è alcun dubbio che il web rappresenti una enorme mezzo di conoscenza, ma l'esplorazione deve essere accompagnata da strumenti utili a orientarsi sull'autorevolezza delle fonti di informazione in special modo quelle riguardanti aspetti di salute. *Ciò che manca è un portale* dichiara Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità *che in qualche modo sia di riferimento per tutti i temi di natura medica capace di fornire indicazioni basate su evidenze scientifiche. Serve un filo di Arianna per orientarsi nel labirinto delle tante e disparate fonti che circolano sul web.*

La relazione malato-medico è essenziale per la qualità del percorso delle cure; se il cittadino utilizza le nuove opportunità informatiche a disposizione è indispensabile che il terapeuta lo accompagni e lo diriga con la sua esperienza e professionalità. Abbiamo dubbi? Vogliamo conoscere i perché? Benissimo! Ma ci sono limiti che non devono essere superati. Un sintomo, un disturbo, un dolorino... e allora evitiamo la noia di ascoltare il medico e, con semplice *query* andiamo dal dr. Google e avremo diagnosi, terapie e, se vogliamo, anche un acquisto di farmaci da assumere. Comodo, facile e senza ticket, non importa se inutile o peggio dannoso.

È sconvolgente sapere che in molti casi ci si accontenta del parere di internet senza consultare uno specialista. Al macero la figura del medico. Al macero anni di studio, tirocini, esperienze, master, specializzazioni.

In alcuni paesi europei l'allarme è alto, il contrasto alle cure fai da te è presente. In Gran Bretagna la Royal Pharmaceutical Society ha espressamente chiesto di non fidarsi delle diagnosi online. In Belgio uno spot tv, in cui si ridicolizza chi ricorre al web per curarsi, viene ripetutamente mandato in onda. In Italia

il silenzio istituzionale è diffuso. La Fondazione Chirurgo e Cittadino ha provato fin dal 2011 ad inserirsi, con *I dialoghi di ACOI - La Casa dell'Ascolto* aperti sul sito, cercando di rispondere in forma dialogica e con lessico semplice, alle domande più frequenti concernenti alcune delle patologie chirurgiche. Siamo consapevoli di rappresentare una goccia in un oceano e le nostre potenzialità sono limitate. Crediamo però con forza che un compito così delicato e difficile dovrebbe essere in carico alle Società Scientifiche di Chirurgia, in modo coordinato e ciascuna per le proprie competenze, ma forse non siamo realistici in un mondo dove ancora si discute, senza risultati, di regole per l'accreditamento delle società stesse. I numeri, sempre più preoccupanti, sono quelli sopra riportati tanto che si inizia a parlare di una nuova sindrome 2.0: la *cybercondria* che definisce la dipendenza psicologica di chi si incolla al pc al minimo disturbo, chiede lumi al web *angelo custode onnisciente e onnipotente*, e che, senza le necessarie protezioni culturali, si convincerà di essere afflitto da un male gravissimo.

Dicevano le nostre nonne: *la mamma dello stupido è sempre incinta.*



Twitt del dr. Pascal Meier, cardiologo, del cartello affisso nel proprio studio medico

I CITTADINI

LA TERAPIA FUNZIONA DI PIÙ SE IL MEDICO È DONNA

di **Rodolfo Vincenti**

Presidente di Fondazione Chirurgo e Cittadino

Le differenze percentuali sono minime, ma l'alto numero di osservazioni le rende statisticamente significative. Sembra proprio che essere seguiti in ospedale da un medico donna comporti un migliore esito delle cure.

Questo dicono i risultati di un lavoro pubblicato da JAMA il 19 dicembre 2016 (*JAMA Intern Med. 2016 Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians.- Tsugawa Y et al.*). In tutto sono stati coinvolti 58.344 medici, per il 32,1% donne.

Un totale di 1.583.028 ricoveri sono stati utilizzati per le analisi di mortalità a 30 giorni (media [SD] l'età del paziente, 80,2 [8,5] anni; 621.412 uomini e 961.616 donne) e 1.540.797 per l'analisi delle riammissioni precoci. I pazienti trattati da medici di sesso femminile hanno avuto più bassa mortalità a 30

giorni (11,07% vs 11,49%; $P < .001$) e meno riammissioni a 30 giorni (15,02% vs 15,57%; $P < .001$).

Già in passato ricerche avevano dimostrato differenze nell'operato di camici bianchi di sesso maschile e femminile, con le donne più attente a fare prevenzione e più scrupolose nel seguire le linee guida, offrendo quindi complessivamente cure migliori rispetto ai medici di sesso maschile. Questi risultati suggeriscono che le differenze nei modelli di professionalità tra medici di sesso maschile e femminile, come suggerito in studi precedenti, possono avere importanti implicazioni cliniche per i risultati del paziente.

Forse le donne risultano più empatiche dei colleghi maschi e più propense ad instaurare una corretta relazione per una migliore compliance del paziente? Chissà!



ph: StockPhotoPro/fotolia.com

NEWS NEWS NEWS NEWS NEWS NEWS NEWS NEWS



Il sito www.chirurgocittadino.it è in fase di ristrutturazione con implementazione sia dell'aspetto *social* sia dell'aggiornamento periodico con notizie, relazioni didattiche e video provenienti dall'archivio delle lezioni svolte durante i corsi di formazione. Contiamo di completare il restyling entro gennaio 2017.

EVENTI 2017

20 gennaio

Genova

Il chirurgo e la società; un rapporto complicato?

Responsabile scientifico dr. Aldo Cagnazzo.

Relazione *Il manager della comunicazione*

20 gennaio

Milano - Aula Magna Università Bocconi

Impact of Reimbursement System: Case Study on Abdominal Wall Surgery

Responsabile scientifico dr.ssa Dalila Patrizia Greco.

Partecipazione a: *Round Table Surgeons and Stakeholders' Opinion*

21-22 maggio

Congresso Nazionale ACOI - Montesilvano, Pescara

Handover clinico

Corso di formazione FCC in collaborazione con TIISO e AICO

Sono in fase di definizione i seguenti corsi FCC

Adria - Responsabile scientifico dr. Ferdinando Agresta

Napoli - Responsabile scientifico dr. Mariano Armellino

Roma - Responsabile scientifico dr. Graziano Pernazza



Sostieni la FCC

Diventa un socio sostenitore o effettua una

Donazione

Dona con PayPal: è rapido

FORMAZIONE

IL NUOVO TRIENNIO FORMATIVO:

COSA CAMBIA PER I PROFESSIONISTI SANITARI, QUALI NOVITÀ PER I SOCI ACOI

di **Francesca Vischini**

Una giornata per fare chiarezza sull'accertamento dei crediti del professionista sanitario: è quanto accaduto il 23 novembre a Roma nel convegno *Le Professioni Sanitarie ed il sistema ECM tra presente e futuro* tenuto dal Co.Ge.A.P.S (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie). Non si è parlato, invece, di riduzioni al di fuori di quanto detto all'inizio del triennio. Quindi ogni professionista dovrà aver acquisito 150 crediti formativi dal 2014 al 2016, solo i virtuosi del triennio precedente (ovvero coloro che avevano conseguito 150 crediti dal 2011 al 2013) potranno permettersi di non raggiungere pienamente 150 crediti secondo le specifiche già pubblicate.

Il prossimo triennio sarà ancora più severo, riducendo ulteriormente la detrazione dei crediti per i virtuosi del triennio precedente.

Ecco le novità più importanti già pianificate:

- obbligo formativo pari a 120 crediti per coloro che, dal 2014 al 2016, hanno conseguito almeno 121 crediti, mentre verranno richiesti non meno di 135 crediti a coloro che hanno raggiunto 81 crediti. Per tutti coloro che, nel triennio che si sta chiudendo non rientrano nelle categorie sopra indicate, l'obbligo formativo è fissato a 150 crediti, da acquisire fra il 1 gennaio 2017 e il 31

dicembre 2019.

- Sarà messo a regime il dossier formativo. Conclusa quindi la parte sperimentale, si richiede al professionista sanitario di compilare il proprio dossier che vedrà pianificata la sua formazione sia con un dossier individuale che un dossier collettivo (di competenza delle strutture / associazioni di appartenenza). Il dossier dovrà essere compilato su tre aree di formazione individuate dal ministero, atte a costruire un profilo formativo completo del professionista sanitario sia per quanto riguarda gli obiettivi formativi di processo, di sistema e tecnico professionali.

La capacità di portare a compimento il proprio dossier formativo permetterà di avere una detrazione dell'obbligo formativo sul triennio che andrà a seguire.

- Maggiore flessibilità nella modalità di acquisizione dei crediti: dal 2017 sarà data a tutti i professionisti sanitari la possibilità di acquisire crediti attraverso una formazione accreditata (pari almeno al 40% dei crediti da acquisire) e per il 60% attraverso un'autoformazione, ovvero corsi non accreditati quali master, tirocini o altro per i quali il professionista richiede il riconoscimento presso l'ordine di appartenenza.

ACOI, sempre sostenitrice di tutte le attività che possano essere di supporto ai propri soci, ha iniziato in quest'ultimi mesi a verificare la fattibilità della cer-

tificazione dei crediti in questa nuova modalità di formazione, che da qualche mese è stata resa operativa anche per i questo triennio, ma le difficoltà che sono emerse non sono state irrilevanti, non tanto nella presentazione della domanda quanto nel operato dell'ordine / collegio/ associazione a cui questa è stata presentata. Va inoltre detto che la formazione svolta al di fuori degli eventi accreditati è messa al vaglio di una commissione dell'ordine e al momento non esiste una tabella a cui far riferimento per avere una stima dei crediti che ogni corso potrebbe generare, situazione questa che potrebbe portare ad errate aspettative.

Al fine quindi di non arrivare nel nuovo triennio con un'idea falsata dei crediti conseguiti, ACOI va a regolamentare l'attribuzione dei crediti per i relatori, in modo tale da poter garantire, anche per questa categoria, una modalità di acquisizione dei crediti certa. La regolamentazione che ACOI, in qualità di provider sta pianificando prende spunto da comunicazione del ministero in cui si dice che *può essere scelta la modalità di partecipazione all'interno di un evento: in qualità di docente o discente*, per cui il provider è chiamato a garantirne correttezza e trasparenza

Dal 2017 quindi anche per i relatori sarà possibile l'acquisizione dei crediti, nello stesso numero in cui verranno acquisiti dal discente, qualora il docente parte-

cipi al 100% delle attività formative e svolga il test finale: questo permetterà quindi di garantire l'obbligo formativo ad un ulteriore 20% dei soci

Salvatore De Franco, Consigliere Co-GeAPS e Direttore del Servizio Formazione, durante l'intervista svolta al termine del congresso, ribadisce che la formazione non deve essere in funzione della pena prevista, ma come possibilità di conoscenza di strumenti atti a migliorare le proprie prestazioni e quindi contribuire al miglioramento del sistema sanitario

Al momento le penalità previste sono quelle stabilite dagli ordini, ma in quest'ultimo anno, l'assolvimento dell'obbligo formativo è diventato un requisito che è sempre più richiesto per

- accedere alle selezioni per Direzione di Struttura Complessa,
- iscrizione all'Albo dei Medici Competenti,
- accettazione della domanda di lavoro nelle strutture private accreditate e/ o enti pubblici,

Al fine di effettuare una formazione che nel 2017 che metta sempre più al centro le esigenze del socio, è stato fatto un sondaggio per analizzare le esigenze formative in termine di tipologia della formazione, interesse degli argomenti ed obiettivi formativi da sviluppare.

Il sistema di acquisizione dei crediti prevede 4 tipologie:

- eventi residenziali
- formazione sul campo (tirocinio presso strutture autorizzate)
- eventi blended
- formazione F.A.D

la cui preferenza è stata così espressa (Fig.1).

Il tipo di formazione non poteva ovviamente non essere collegata alla metodologia formativa richiesta che vede una preferenza delle dimostrazioni tecniche, metodologia predominante negli eventi blended e per quelli di formazione sul campo (Fig. 2).

Per quanto riguarda le modalità FAD la preferenza sulle modalità di erogazione è stata così espressa (Fig. 3).

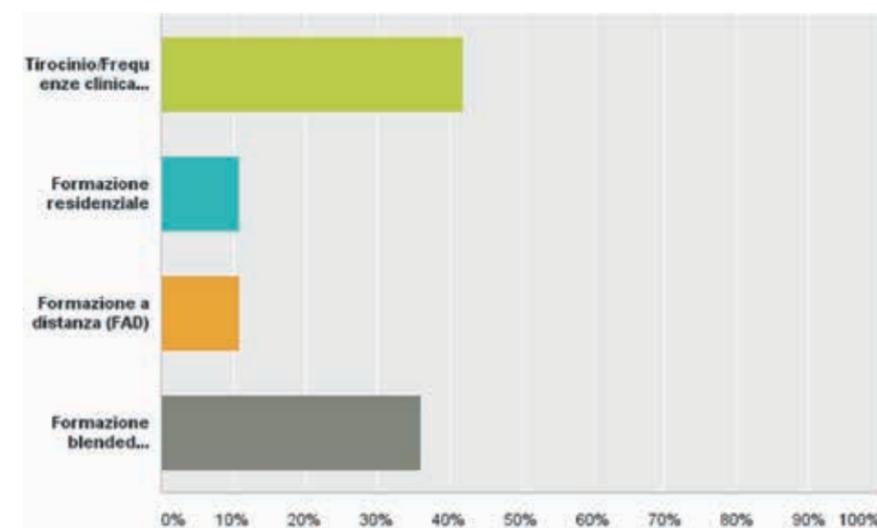


Fig. 1

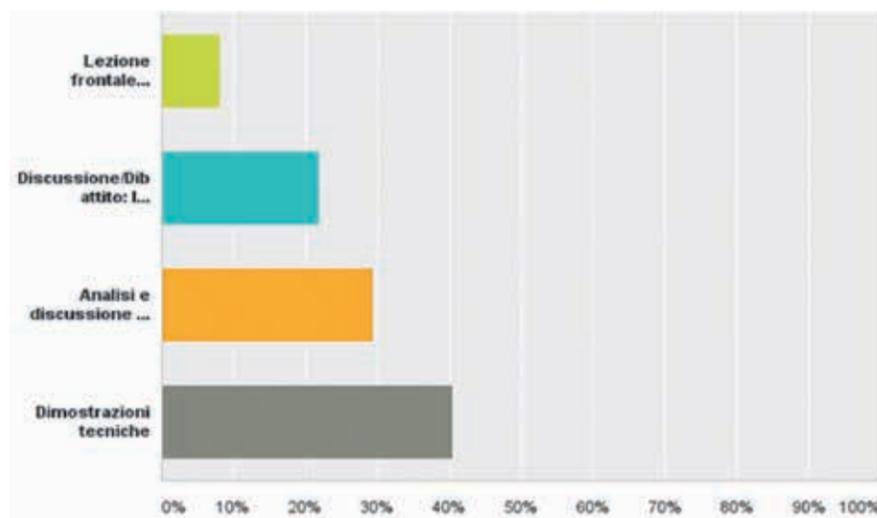


Fig. 2

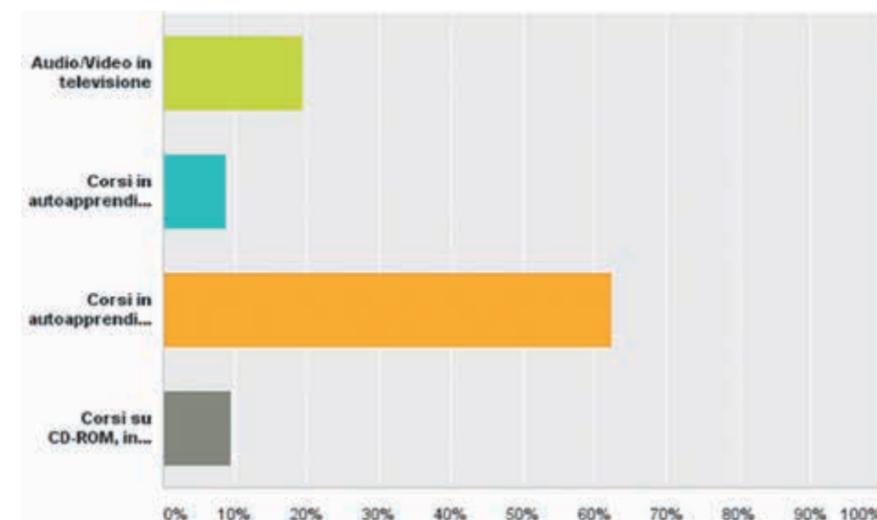
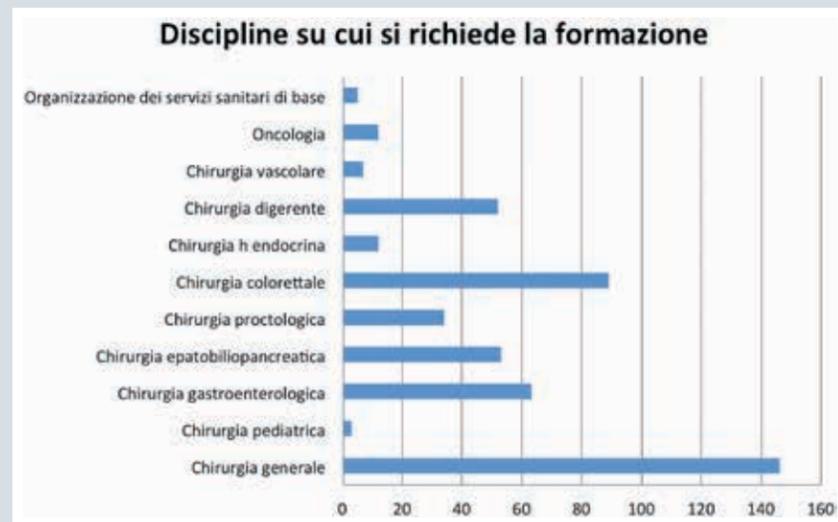


Fig. 3

Dimostrando sicuramente una predominanza della formazione attraverso corso di autoapprendimento fruiti via internet con supporto di tutor. La grande adesione dei soci alla FAD,

messa a disposizione nel 2016, ha quindi permesso di pensare alla progettazione di un nuovo percorso formativo per il nuovo triennio, che possa racchiudere il lavoro svolto da tutte le

regioni sulle tematica tratta a livello nazionale. Le discipline per le quali è stata richiesta la pianificazione di corsi formativi sono state:



Gli obiettivi richiesti hanno registrato le seguenti preferenze



Tutte le preferenze raccolte sono quindi state il punto di partenza per la redazione del formativo 2017, che verrà ratificato nel mese di dicembre, dal consiglio direttivo, per poi darne pubblicazione. In questo triennio che si è concluso il

31 dicembre 2016, ACOI ha potenziato in modo importante l'area formativa, non solo continuando a portare avanti un piano formativo tematico e professionalizzante per tutte le regioni, ma creando anche un'area del sito interamente dedicata alla formazione,

rendendola contenitore di progetti da sviluppare e dati su cui riflettere. Ovviamente il lavoro da fare è ancora molto, ma l'entusiasmo di tutti coloro che fanno parte di ACOI è garanzia di uno sviluppo certo delle potenzialità individuate e solo in parte sviluppate.

BREVI

VERONESI: CHIRURGI ACOI, HA RIEMPIUTO DI VALORE LA PROFESSIONE MEDICA

Ci lascia un grande uomo, un medico, uno scienziato, che ha trascorso la vita riempiendo di valore e umanità la professione medica.

Così Diego Piazza, presidente dell'Associazione dei chirurghi ospedalieri italiani (ACOI), sulla morte di Umberto Veronesi. Veronesi - aggiunge - ha avuto la capacità di fare luce su una malattia che sembrava non dare scampo, e di donare, attraverso l'innovazione nella chirurgia senologica, nuova speranza a tante donne. Umberto Veronesi ha dato nuovo vigore alla professione, facendo avvicinare tanti giovani e mostrando che il valore di un medico sta anche nella capacità di mettersi al servizio della comunità.

SICCH: APPROVARE DDL GELLI, CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE È PRIORITÀ

Tra gli impegni della Sicch - Società Italiana di Chirurgia Cardiaca - nei prossimi anni, prioritario sarà quello di continuare e potenziare l'attività della task force medico-legale, ormai un esempio anche per le altre società scientifiche.

Il problema del contenzioso medico-legale va risolto perché lede il diritto alla salute dei cittadini e costa alla comunità delle cifre folli. Per questo auspichiamo che il Ddl Gelli sulla responsabilità medica riesca ad essere approvato in tempi brevi. Lo ha detto il neo presidente della Sicch (Società Italiana Chirurgia Cardiaca) Francesco Musumeci, nel corso del primo direttivo dopo il congresso. Saremo impegnati anche nel portare avanti il nostro progetto del consenso informato unico per tutte le cardiocirurgie italiane, in modo da semplificare e migliorare la comunicazione tra medico e paziente.

L'ultimo, ma non meno ambizioso obiettivo è quello di arrivare ad una definizione condivisa dei criteri di selezione dei C.t.u., i consulenti tecnici d'ufficio, perché non è accettabile che le perizie per i tribunali vengano affidate a medici che, per quanto preparati, spesso non sono specialisti della materia. Infine, la Sicch continuerà a puntare sui giovani, sia attraverso corsi formativi e borse di studio, sia con un sempre maggiore coinvolgimento nella vita societaria, conclude Musumeci.

BREVI

FARMACI: LORENZIN, AL LAVORO PER ARRUOLARE PAZIENTI PER NUOVI ANTI-ALZHEIMER

Stanno per arrivare i nuovi farmaci contro l'Alzheimer. Ci sto già lavorando. Dobbiamo mettere in campo un metodo di reclutamento senza precedenti e tutto da inventare.

Lo ha spiegato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin intervenendo all'incontro organizzato a Roma dall'associazione dei chirurghi ACOI Sfide, valori qualità e sostenibilità della chirurgia in Italia. In Italia - ha spiegato il ministro - abbiamo 1 milione 200 mila persone che potrebbero beneficiare di questi nuovi farmaci.

È la prima volta che c'è una molecola per questa malattia che va al di là dell'effetto placebo. Bisogna organizzare un metodo di screening per intercettare i pazienti interessati, a partire da quelli giovani. Ci saranno molte persone che li vorranno avere, ma non per tutti sono efficaci e utili. Dobbiamo lavorare tutti insieme, con le società scientifiche in particolare, per mettere a punto un metodo facendo un arruolamento che non ha precedenti. Ce la possiamo fare.

SANITÀ. NOLA, MARINI (ACOI): DA LORENZIN LEZIONE DI STILE

Beatrice Lorenzin ha dato una lezione di stile a tutta la classe politica. La sua difesa dei medici e del personale sanitario sul caso dell'Ospedale di Nola merita di essere citata come esempio positivo di politica e di buon senso.

Sarebbe stato facile sparare a zero ed incendiare animi già surriscaldati per ottenere un facile consenso, ma il ministro della Salute, al contrario di altri politici, ha scelto un'altra strada, quella del rispetto, dell'analisi approfondita e della responsabilità. Lo afferma il vice presidente ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani) Pierluigi Marini, che prosegue: Così come non abbiamo mai lesinato, quando era il caso, critiche ai responsabili istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale, oggi riconosciamo in Beatrice Lorenzin una figura di alto profilo.

Sappiano le istituzioni, che è altissima la percentuale di ricoveri impropri nei pronto soccorso italiani. Il fenomeno del sovraffollamento può essere combattuto solo organizzando nel territorio una sanità che sia un riferimento per i pazienti in modo da non obbligarli a ricorrere ai nostri pronto soccorso, creando i disagi che tutti conosciamo.

BREVI

BREVI

BREVI

SANITÀ: ACOI SU NOLA, NO CACCIA ALLE STREGHE MA RIFORMA RETE

La polemica sull'assistenza a terra per i pazienti del pronto soccorso dell'ospedale S. Maria della Pietà di Nola non può trasformarsi nell'ennesimo attacco a medici e personale sanitario.

Abbiamo più volte denunciato la situazione in cui versano molti reparti di emergenza urgenza degli ospedali italiani, spesso al limite del collasso per insufficienza di personale e di posti letto. Lo afferma in una nota **Diego Piazza**, presidente ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani).

Il caso di Nola - prosegue - non deve essere strumentalizzato per avviare una nuova "caccia alle streghe" nei confronti di chi, pur in condizioni difficilissime, presta il primo soccorso ai cittadini, ma deve servire per avviare una riforma della rete ospedaliera e dell'assistenza, basata su criteri razionali e non di convenienza politica. Ci auguriamo, in attesa che la magistratura e gli ispettori prontamente inviati dal ministro Lorenzin facciano chiarezza, che nessuno speculi su una vicenda che mostra in modo chiaro le gravi difficoltà in cui si trova il Servizio Sanitario Nazionale.

MARINI (ACOI): SU RESPONSABILITÀ MEDICI UNA LEGGE DI CIVILTÀ

Esprimiamo grande soddisfazione per l'approvazione al Senato del ddl sulla responsabilità medica e ci auguriamo che venga calendarizzato ed approvato definitivamente alla Camera in tempi brevissimi.

È una norma di civiltà che il personale medico e sanitario in generale attende da ormai troppi anni. Lo afferma il vice presidente ACOI, l'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani, **Pierluigi Marini**. Diamo atto al Parlamento - prosegue - di aver recepito con grande sensibilità le esigenze del mondo medico e dei pazienti, varando un testo efficace che risponde alle esigenze collettive. Quando la legge sarà approvata in via definitiva, la sanità italiana avrà fatto un grande passo avanti, perché inciderà positivamente soprattutto sulla qualità delle cure, a tutto vantaggio dei pazienti. Chirurghi e personale sanitario lavoreranno con maggiore tranquillità e sarà ristabilito un più giusto rapporto tra medico e paziente, che, ricordiamo, hanno lo stesso obiettivo: la tutela del diritto alla salute con prestazioni sanitarie efficaci e di qualità.

SANITÀ: CANTONE, CONTRO FRODI MI ASPETTEREI PIÙ DENUNCE

Se un bisturi non taglia bisogna denunciarlo, perché è frode in pubbliche forniture, da questo punto di vista mi aspetterei più denunce.

Così Raffaele Cantone, Presidente Autorità Nazionale Anti Corruzione (Anac) nel corso dell'incontro *Sfide, valori, qualità, rischi e sostenibilità della Chirurgia in Italia*, organizzato a Roma da Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI). *Abbiamo un Servizio Sanitario di cui possiamo farci vanto. Ci sono situazioni strane ma è importante denunciarle*, ha aggiunto.

Tra queste i bisturi malfunzionanti segnalati dai chirurghi. La scarsa qualità di un prodotto è di per sé un reato. Bisogna denunciare quando questi fatti si verificano, perché se riusciamo a fare denunce specifiche è più facile intervenire. Abbiamo verificato - ha aggiunto Cantone - un alto tasso di irregolarità negli appalti della sanità, in particolare proroghe illegittime senza bando. In qualche caso la scusa per farlo è aspettare che entri in vigore la Centrale Unica di acquisti per forniture e servizi. In un caso la proroga aveva quintuplicato il termine iniziale di tempo previsto dal bando. Questa è la patologia.

Dalle pulizie alle mense, dai servizi ai dispositivi medici, come i bisturi: le irregolarità negli appalti riguardano diversi tipi di appalti, spesso, sottolineano i chirurghi, mettendo a rischio anche la vita dei pazienti.

Limitarci a denunciare il malfunzionamento non basta - spiega **Diego Piazza**, presidente Acoi - dobbiamo prevenire affinché non ci siano più errori negli appalti d'acquisto. I presidi chirurgici che non funzionano, come i bisturi o le suturatrici, mettono a rischio la vita del paziente e la stessa incolumità del medico. Noi - aggiunge Piazza - vogliamo essere parte attiva del sistema sanitario e non solo meri operatori. Tramite Consip stiamo dando il nostro contributo negli acquisti centralizzati.

LAPROFESSIONE

RELAZIONE TRA CASE-LOAD ED OUTCOMES IN CHIRURGIA

di **Paolo De Paolis**

Vicepresidente ACOI, Presidente Eletto SIC



Una nuova difficile sfida: volumi di attività e concentrazione delle patologie

Sono tempi, questi di grandi mutamenti per la nostra comunità, talora voluti, più spesso imposti e non sempre condivisi.

La classe chirurgica è ben conscia della sempre più crescente necessità di coniugare il miglioramento degli outcomes con la contrazione della spesa. Tra i primi rientrano a buon diritto gli esiti clinici, la qualità percepita dagli utenti, l'immagine, l'efficienza, la ricerca. Per contro i tagli lineari di spesa inficiano la qualità dell'assistenza, si riflette sulla ricerca, sullo sviluppo e la disponibilità di risorse umane, oltre che sulle motivazioni degli operatori. Il tentativo di far quadrare questa complessa equazione ha trovato nella parola *efficienza* il centro della sua teorica soluzione.

Politici e amministratori si sono quindi ispirati a storici principi aziendali, primo fra tutti il concetto di *economia*

di scala favorendo la concentrazione dell'attività, similmente a quanto accaduto nel commercio di beni dove la grande distribuzione ha soppiantato i piccoli esercizi.

Il passo decisivo verso la riorganizzazione e la concentrazione è scaturito dalla pubblicazione dei risultati del programma nazionale esiti (PNE): è risultata evidente l'estrema distribuzione delle patologie su tutto l'ambito del territorio nazionale con pochissimi accenti alla concentrazione. Pure palese la variabilità dei risultati difficilmente rappresentabile ed ancor meno interpretabile.

L'applicazione di queste indicazioni si è però immediatamente scontrata con la pubblica opinione da sempre favorevole ad un'organizzazione capillare del servizio e contraria alla chiusura dei piccoli centri ospedalieri di zona.

Si è quindi cercata un'altra forte motivazione giustificativa tale da ridurre l'impopolarità della chiusura dei piccoli

ospedali e spostare l'ago della bilancia della pubblica opinione in favore della concentrazione delle case load in pochi grandi centri: la dimostrazione scientifica che i risultati dei centri ad alto volume sono migliori.

Il principio è accettabile, ma la validazione scientifica deve essere inoppugnabile...

Quali sono i volumi minimi? Per quali patologie? E come calcolarli?

Un editoriale di JM Hay pubblicato oltre dieci anni fa sul *Journal de chirurgie viscérale* la cui attualità è ancora evidente, metteva in guardia da troppo affrettate conclusioni basate sul semplice confronto degli abituali parametri di morbi/mortalità chirurgica ed i volumi di attività dei vari centri. L'autore osservava come, confrontando quattro diversi gruppi ad analogo volume di attività in chirurgia pancreatico maggiore, i risultati in termini di mortalità erano molto diversi in un range compreso tra il 7 ed il 14%.

Ciò avrebbe potuto facilmente far propendere per lo spostamento dell'attività verso il centro a mortalità inferiore. In realtà, con una analisi maggiormente approfondita si deduceva che tale centro non era per niente il *migliore*, semplicemente presentava un *case-mix* di pazienti più favorevoli. Considerando la tipologia dei pazienti trattati ed una serie di outcomes adeguati il gruppo più meritevole, era invece propria il centro con mortalità apparentemente più elevata. Altri studi in passato hanno rilevato la presenza di alcuni bias di selezione a favore dei centri ad alto volume, di *riferimento* per una determinata patologia i quali erano più spesso meta dei pazienti più informati e più istruiti, quindi spesso di alto livello socioeconomico, con diagnosi più precoce ed in migliori condizioni generali.

Le società scientifiche: quale ruolo?

Se indispensabile è la valutazione scientifica, su base statistica, per definire quali siano i volumi minimi indispensabili, altrettanto imprescindibile è il coinvolgimento delle società scientifiche nel processo decisionale, in quanto soggetto in grado di fornire le necessarie competenze tecniche ed organizzative.

Ciò *in primis* per non permettere di subordinare le scelte a ragioni giornalistiche o di pressioni emotive e secondariamente per costruire il giusto rapporto tra soggetto pubblico erogante e utente finale.

Spicca tra le varie iniziative degli ultimi anni, la decisione della regione Piemonte che ha dapprima commissionato una valutazione ai rappresentanti regionali della Società dei Chirurghi Ospedalieri (ACOI) e della Società Piemontese di Chirurgia (in rappresentanza SIC) circa i volumi ed i requisiti minimi per eseguire in modo adeguato interventi su patologie complesse, quali quelle oncologiche su esofago, stomaco, fegato, pancreas e retto. Successivamente una delibera regionale recepiva le indicazioni delle suddette società trasformandole in un documento immediatamente operativo.

Applicabilità: la parola chiave!

Qui sta il vero centro della questione: sino ad oggi il chirurgo è un professionista che non ha mai trovato veri e propri veti alla sua indipendenza e la sua azione si è sempre svolta in piena autonomia, stabilendo di trattare e indirizzare i pazienti secondo rapporti interpersonali intessuti nel corso degli anni, opportunità ed infrastrutture in rapporto alla situazione territoriale ed alla propria situazione logistica. Questa consuetudine è ora messa in crisi (e forse azzerata) senza fornire alcuno scenario alternativo collaudato né strumenti per realizzarlo. È facile immaginare come, senza un governo reale di tale cambiamento si creeranno problemi logistici ed organizzativi di rilevante entità.

I grandi ospedali, già oberati di lavoro, inizialmente appagati dal nuovo riconoscimento formale, potrebbero dedicare poco tempo al controllo ed all'ottimizzazione dei risultati tecnici. Inoltre le loro liste d'attesa potrebbero allungarsi in modo inaccettabile per le patologie in oggetto.

Visto il limitato numero di ospedali di medio-grandi dimensioni la concentrazione dei volumi potrebbe risultare eccessiva, andando a ricadere inevitabilmente su pochi centri, sempre gli stessi, che così sarebbero di riferimento per molte se non tutte le maggiori patologie e di quelle ad esse correlate: ad esempio al trattamento delle neoplasie del colon. retto non potrebbero non associarsi quella delle metastasi epatiche con concentrazione di tutta la chirurgia colo rettale con l'epatobiliare e per logica conseguenza con quella pancreatica in un unico centro. Per converso i piccoli ospedali di zona sarebbero privati sia di pazienti sia di professionisti ad alto livello con conseguente impoverimento culturale e professionale.

A questi ospedali resterebbe peraltro il peso delle urgenze poiché il pronto soccorso non è concentrabile. Gli stessi operatori, reputati non idonei per numeri e volume di casi alla chirurgia d'elezione dovrebbero invece garantire in urgenza quelle stesse prestazioni

ma in condizione di difficoltà ben maggiori.

Ulteriori problemi si aprirebbero inoltre sullo scenario della formazione dei giovani, già oggi carente in molte realtà; per pochi centri che ne resterebbero deputati, si dovrebbe aggiungere il peso della patologia cosiddetta *minore*, indispensabile alla formazione, configurando ospedali ancor più ipertrofici ed altri sempre più impoveriti. In questi ultimi, un giovane che avesse la fortuna di essere assunto, avrebbe al contempo la sventura di vedere la sua carriera già limitata all'inizio, senza alcuna possibilità di crescita. Le difficoltà per i pazienti sarebbero altrettante con il forte dubbio che non tutti possano facilmente raggiungere i diversi centri di eccellenza, con la creazione quindi di una inaccettabile disparità sociale.

Conclusioni: dalla presa di coscienza al riconoscimento della propria forza decisionale

Tutto questo realistico e drammatico quadro va contrastato oggi stesso; non con una battaglia di retroguardia che neghi i presupposti di tali scelte, ma con una precisa richiesta di forza decisionale che vada riconosciuta a noi chirurghi. Non è sufficiente essere chiamati a supportare scientificamente il postulato *alti volumi - migliori risultati*. Bisogna essere presenti per creare veri network ospedalieri, aggregando ospedali a medio volume di significativa importanza e copertura territoriale, diffondendo le *procedure evidence-based*, garantendo la formazione dei chirurghi del futuro, ma anche la protezione e sicurezza del paziente; tutto ciò deve essere supportato da adeguate tutele medico-legali, e dal controllo della diffusione della medicina difensiva, ad oggi con costi sempre più insostenibili. Queste sono le premesse sulle quali tutti noi siamo chiamati ad una presa di coscienza.

È opportuno un fitto dibattito, che sono certo riempirà le nostre discussioni conducendo alla realizzazione di risultati concreti.

Pescara - Montesilvano - 21/24 maggio 2017

36° CONGRESSO NAZIONALE ACOI

LA FORZA DELL'UNITÀ

Sostenibilità, evoluzione tecnologica e ruolo della società scientifica

2017

BILANCI E PROPOSTE AL CONGRESSO NAZIONALE



di Mario Campi

Un altro anno è arrivato. Ancora non si erano spenti gli echi del Congresso Congiunto, chiuso a Roma lo scorso settembre 2016, quando la macchina organizzativa per il prossimo Nazionale 2017 si è avviata.

Per Acoi si tratta di un evento importante: è un congresso elettivo, chiude l'ultima gestione triennale ed apre le porte ad un nuovo Direttivo, quindi è un congresso di bilanci ma anche di programmi. Ogni Congresso, poi, è una sfida: ogni anno il Comitato Organizzatore si ripromette di fare bene e meglio rispetto al Congresso che l'ha

preceduto, in una competizione virtuosa che pretende ogni volta di stupire ed entusiasmare il suo pubblico, offrendo il meglio che c'è del mondo chirurgico nazionale e internazionale. Non sempre tutte le idee che si mettono in campo trovano una loro effettiva e fruttuosa realizzazione ma, credetemi, lo sforzo e l'impegno di chi dietro le quinte lavora per organizzare questi eventi sono enormi, e meriterebbero comunque un riconoscimento. In realtà il premio più bello è anche quello più banale: un Congresso ben riuscito, sale piene, e congressisti sorridenti e soddisfatti. È per questo che chi lavora in Acoi si impegna: è spirito di servizio nei confronti

dei colleghi, è amore per la professione più bella del mondo.

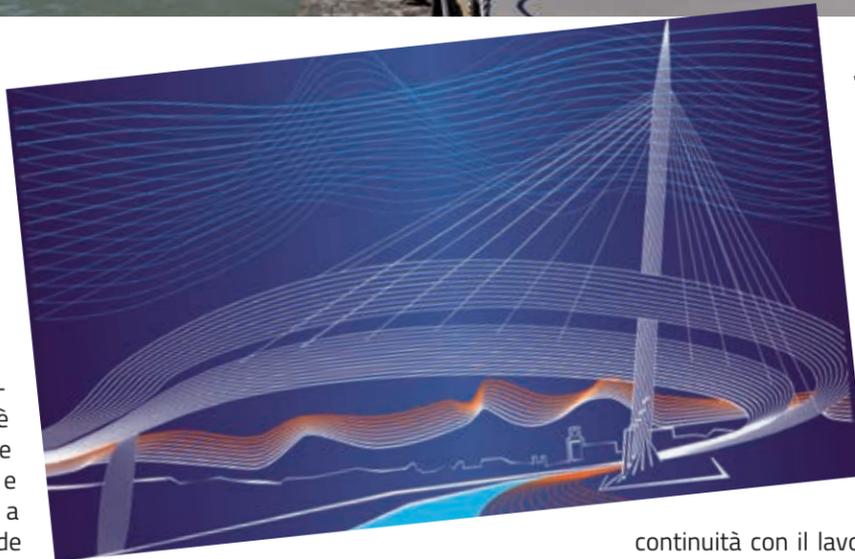
E veniamo, dunque, al prossimo Congresso Nazionale 2017. La designazione della sede non è stata facile, le candidature in ballo erano diverse e c'era davvero l'imbarazzo della scelta, ma senza nulla togliere alle altre proposte, che sono state vagliate tutte con attenzione e con molto apprezzamento, si è deciso di preferire l'Abruzzo, regione ancora ferita dal terremoto dell'Aquila, alla quale questo Consiglio Direttivo intende portare omaggio e attenzione. La Natura, però, non si è dimostrata madre amorevole ma piuttosto matrigna indifferente, ed ha stravolto il nostro programma scatenando altri due nuovi terremoti, quello di Amatrice, a fine agosto 2016, e quello di Accumoli e Arquata del Tronto, nell'ottobre 2016: l'omaggio che Acoi intendeva portare alla città dell'Aquila dovrà essere perciò idealmente esteso a tutta questa povera Italia centrale, così gravemente offesa dai terremoti in quest'ultimo periodo.

La scelta dell'Abruzzo trova anche motivazioni logistiche: posto che la storia dei congressi Acoi non ha mai voluto escludere destinazioni scomode, privilegiando solo poche facili sedi, e questo in quell'ottica di partecipazione e coinvolgimento di tutti che ha sempre contraddistinto la nostra associazione, la designazione di Pescara/Montesilvano è risultata equidistante (in senso rea-



le, geografico) dalle principali aree del paese e distribuirà perciò equamente le *fatiche* della trasferta. Un gran numero di autolinee consente un facile, rapido e comodo collegamento con la Capitale, ma Pescara è situata al centro della dorsale autostradale adriatica ed è dotata di infrastrutture portuali, aeroportuali e ferroviarie che mettono a disposizione una grande varietà di mezzi di trasporto per collegamenti diretti con par-

tenze da tutta Italia. **In tempi di spending review e di attenzione ai bilanci, la scelta di Pescara ha anche motivazioni economiche.** Il periodo designato è ancora in *bassa stagione*, ma ci si augura favorito da un caldo clima di primavera avanzata; la presenza di una ricchissima offerta alberghiera e di un moderno Centro Congressi nella zona di massima vocazione turistica del Pescara, Montesilvano Spiaggia, riducono



sensibilmente i costi del soggiorno e naturalmente, sempre nell'ottica della massima partecipazione alla vita della associazione, sono un punto a favore di questa scelta.

Il Congresso di Pescara sarà il momento di commiato dell'attuale Consiglio Direttivo di Acoi. È ancora presto per dei bilanci, che non siamo certo noi a dover fare, ma ricordare il grosso lavoro fatto in questi anni è per tutti motivo di soddisfazione. Acoi ha fatto sentire la sua

voce sempre più spesso, e sempre più spesso non si è rivolta solo agli specialisti, ma al pubblico generale. Acoi è ormai portavoce ufficiale del mondo chirurgico, controparte riconosciuta anche nel mondo politico, e questo in una scia di

continuità con il lavoro dei precedenti Consigli Direttivi. Purtroppo il risultato del referendum sulla riforma costituzionale ha completamente mutato il panorama di riferimento istituzionale, anche se la rete di rapporti faticosamente intessuta ha retto abbastanza bene. **L'azione di questo Direttivo ha prodotto altri risultati: la comunicazione di Acoi con i soci è cambiata. Il sito e la rivista sono, se mai era possibile, ancora migliorati, in un'ottica forse non completamente percepita dall'esterno, ma assolutamente volta**

alla partecipazione e alla interazione di tutti: vogliamo i vostri contributi, vogliamo la vostra partecipazione! Acoi è democratica, ma non nel senso becero di dare a tutti e a prescindere il medesimo status: la democrazia in Acoi è partecipativa, e il modo più facile, più semplice di partecipare è di coinvolgersi nelle attività della vostra associazione, non solo fruirne passivamente. Per parafrasare il discorso di insediamento del Presidente J.F.Kennedy, non chiedetevi cosa può fare Acoi per voi, ma cosa potete fare voi per Acoi! Avete idee per il vostro Congresso? Avete proposte? Contattate i coordinatori regionali, utilizzate i canali di comunicazione disponibili... Fateci sapere. Naturalmente aspettiamo numerosi anche i vostri contributi scientifici; quest'anno rispolverando una antica tradizione daremo ampio spazio alla videochirurgia, per cui mettete mano al materiale di cui disponete, e cominciate a preparare abstracts e filmati da sottoporre alla Segreteria Scientifica.

Sul sito internet www.acoi.it/nazionale2017 appena disponibili saranno pronti per voi forms e regole per l'invio dei vostri contributi. *Il Planning del Congresso non è ancora definitivo, ma i main topics delle varie giornate sono già stati delineati, e coprono tutte le principali branche della chirurgia: chirurgia del colon, chirurgia del retto, chirurgia dello stomaco sono gli argomenti che avranno il massimo rilievo. Spazi importanti saranno dedicati alla chirurgia della parete addominale, alle fistole pancreatiche, alle ultime novità sulla robotica e sui video 3D. Altri argomenti riguarderanno la chirurgia epatica, la day surgery, la chirurgia toracica, la fast track, la chirurgia mammaria. Per tutti questi argomenti, oltre alle sessioni preordinate, sono a disposizione anche ampi spazi per video e comunicazioni libere. Tre importanti Scuole Acoi, quella di Chirurgia dell'Obesità, di Chirurgia del Politrauma e di Endocrinochirurgia terranno tre corsi con accreditamento ECM, corsi con crediti formativi si terranno anche per gli infermieri e -novità assoluta- per i giornalisti che si occupano di comunicazione sanitaria.*

L'apertura "internazionale" di ACOI sarà

testimoniata dal concomitante svolgimento, nell'ambito del nostro Congresso Nazionale, del 17° Congresso di Primavera della Mediterranean and Middle Eastern Endoscopic Surgical Association, con la partecipazione diretta di colleghi dal bacino del Mediterraneo e dal Medio Oriente, ai quali, oltre che una sessione internazionale di Videochirurgia, sarà dedicata una sessione sulla chirurgia laparoscopica in urgenza ed una sessione sull'attuale e controverso tema del trattamento dei calcoli della via biliare principale. **Oltre alle sessioni scientifiche sarà dato spazio a temi di carattere politico e sociale, come la tutela del chirurgo, la Comunicazione tra chirurgo e paziente e in equipe, la Sicurezza in sala operatoria e la Responsabilità medica nell'uso dei nuovi devices.**

I colleghi abruzzesi coinvolti nella organizzazione di questo Congresso hanno affrontato questo faticoso impegno con grandissimo entusiasmo, e con orgoglio, perché questo è il primo Congresso Nazionale Acoi che si svolge nella loro

terra forte e gentile. Per questo hanno sottolineato con molta energia che questo non sarà il Congresso di Montesilvano, o di Pescara: sarà il Congresso d'Abruzzo, e hanno promesso di fare ogni sforzo per trasmettere ai Congressisti con la loro calda accoglienza un po' d'amore per questa loro bella regione, che offre panorami affascinanti dall'azzurra marina fino alle verdi montagne, spolverate dal bianco della neve anche a maggio, perché sono montagne vere. Non solo la natura con le sue bellezze saprà incantarvi, ma i borghi, i sapori, i monumenti: i nostri ospiti promettono di essere i migliori ambasciatori della loro terra, e ce lo proveranno durante il loro congresso!

Dunque, appuntamento a Montesilvano. Vi aspettiamo tutti!



17th Spring Meeting della Mediterranean and Middle Eastern Endoscopic Surgical Association

L'Associazione Mediterranea e Mediorientale di Chirurgia Endoscopica è nata a Beirut, in Libano, da un gruppo di amici, tutti chirurghi dei paesi circostanti il bacino mediterraneo.

Il 14 Febbraio del 2001 Gianluigi Melotti, uno dei promotori di questa Società, ed altri dieci chirurghi di differenti paesi fondavano la MMESA, che negli anni successivi raccoglieva l'adesione dei colleghi di molti altri paesi, con l'intento di diffondere l'impiego della chirurgia laparoscopica, di condividere le conoscenze e promuovere l'insegnamento e l'addestramento delle tecniche mini-invasive in questi paesi. Le nazioni dell'area mediterranea sono legate da un punto di vista storico, culturale, commerciale, il che facilita i rapporti, la condivisione di protocolli e la promozione di studi scientifici comuni. Nel corso degli anni, con tutte le difficoltà che è possibile immaginare per una Società Scientifica internazionale i cui bilanci risentono dell'ampia dispersione geografica dei suoi soci, e di normative burocratiche ed amministrative difformi da un paese all'altro, dal Portogallo e dal Marocco alla Georgia e agli Emirati Arabi Uniti, MMESA ha organizzato una regolare serie di Congressi internazionali annuali, cui si sono aggiunte ulteriori occasioni di incontro con gli Spring Meetings, che non si svolgono con cadenza regolare.

L'occasione per l'incontro di Pescara è la recentissima elezione del nostro Presidente ACOI Diego Piazza, in occasione dell'ultimo Congresso di Orano, lo scorso novembre, alla carica di Presidente della Mediterranean and Middle Eastern Endoscopic Surgery Association.

SAVE THE DATE

 **acoi**
INTERNATIONAL



17TH SPRING MEETING

36° CONGRESSO NAZIONALE ACOI

LA FORZA DELL'UNITÀ

Sostenibilità, evoluzione tecnologica e ruolo
della società scientifica

Presidenti: Massimo Basti, Vincenzo Vittorini

Pescara, Montesilvano - 21/24 Maggio 2017

TEMI DEL CONGRESSO

- Chirurgia del colon
- Chirurgia del retto
- Chirurgia dello stomaco
- Chirurgia del pancreas
- Chirurgia robotica
- Video in 3D
- Chirurgia della parete addominale
- ACOI International
MMESA Emergency Surgery
- ACOI International
MMESA Black videos
- Chirurgia del fegato
- Day Surgery
- Chirurgia proctologica
- Chirurgia pediatrica
- Chirurgia senologica
- Fast Track

- Chirurgia toracica
- Scuola ACOI di Chirurgia endocrina
- Scuola ACOI di Chirurgia del trauma
- Scuola ACOI di Chirurgia bariatrica

POLITICA E SOCIETÀ

- Riorganizzazione del Sistema Sanitario
(con Agenas)
- Sicurezza in sala operatoria e nei reparti
di chirurgia (con TIISO)
- Comunicazione tra Chirurgo e Paziente
e Comunicazione in Equipe
(con la Fondazione Chirurgo e Cittadino
e CittadinanzAttiva)
- Nuovi Devices e Responsabilità Medica
(con CONSIP)
- Responsabilità medica e contenzioso
- Sindacato (con FESMED)

Segreteria Scientifica e Informazioni: nazionale.2017@acoi.it; www.acoi.it/nazionale

Organizzazione: segreteria@acoi.it

Segreteria locale dei servizi: congressi@athenacongressi.it