



acoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani



19° CONGRESSO DI VIDEOCHIRURGIA

UMANA MULTIMEDIALITÀ

EDITORIALE

Whatever works

VITA DELL'ASSOCIAZIONE

Congresso Nazionale ACOI Paestum 26-29 Maggio 2010

Congresso Videochirurgia, Catania-Acireale 16-18 Settembre 2010

PAGINA SINDACALE

La FESMED promuove insieme ai Sindacati Medici la Vertenza salute
Congresso Nazionale FESMED, Rimini 5-6 Marzo 2010



SOMMARIO

- 3 EDITORIALE
Whatever works
di Rodolfo Vincenti
- 5 VITA DELL'ASSOCIAZIONE
19° Congresso Nazionale di Videochirurgia - Conegliano 23-25 novembre 2009
Umana multimedialità
di Ferdinando Agresta
- 9 **Il Congresso delle "Prime Volte"**
di Gabriele Munegato e Micaela Piccoli
- 12 29° Congresso Nazionale ACOI - Paestum 26-29 maggio 2010
Chirurgia tra mito e scienza
di Ottaviano Petrillo
- 14 20° Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia
Catania-Acireale 16-18 settembre 2010
Dalla Cinematografia alla Videochirurgia
di Diego Piazza e Alfio Saggio
- 16 Milano 22-24 aprile 2010
15° Congresso Nazionale SICADS
- 17 **ACOI WEB 2.0**
di Graziano Pernazza
- 19 **ACOI giovani - RASSEGNA STAMPA**
di Francesco Feroci e Gianluigi Luridiana
- 22 SICUREZZA, QUALITÀ, SELEZIONE, VALUTAZIONE: LA SFIDA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO
Perché un progetto sul percorso chirurgico
di Enrico Pernazza
- 25 **Chirurghi uniti a tutela dei pazienti**
di G. Sergio Bondanza
- 26 **Moderne sentenze e antichi aforismi**
di Enrico Pernazza
- 28 PAGINA SINDACALE
LA FESMED PROMUOVE INSIEME AI SINDACATI MEDICI LA VERTENZA SALUTE
**PER SALVARE IL SSN E PER DIRE NO A CHI VUOLE
DISTRUGGERE LA SANITÀ PUBBLICA ITALIANA**
di Carmine Gigli
- RUBRICHE**
- 30 IL LIBRO DA LEGGERE
Enzo Cei
TRAPIANTI
a cura di Franco Mosca e Ugo Boggi, con testi di Andrea Bocelli e Oliviero Toscani
di Rodolfo Vincenti
- Giuseppe Battarino**
SENTIERI INVISIBILI
di Luigi Presenti

Numero 16 / ottobre-dicembre 2009
Trimestrale dell'Associazione
Chirurghi Ospedalieri Italiani.
Supplemento a Ospedali d'Italia
Chirurgia n. 4 - 2009

Direttore Responsabile
Claudio Modiano
Direttore Editoriale
Luigi Presenti
Vicedirettore
Domitilla Foghetti

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

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

PROGETTO EDITORIALE e GRAFICO
Roberta Marzullo
adv@robertamarzullo.it

FOTOGRAFIE
Ivano Di Maria

IMPIANTI e STAMPA
Saffe srl - Firenze

La rivista, stampata in 12.000 copie,
è stata chiusa in redazione il 30 gennaio 2010

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

www.acoi.it

Whatever works

di **Rodolfo Vincenti**

E se non funziona, ditelo. Forse sarebbe più appropriato, distaccandoci dal limitativo significato insito nella frase di Woody Allen, dire *"It works well"*.

Il testimone ricevuto quasi due anni fa rappresentava un fardello impegnativo per tutto ciò che ACOI ha saputo realizzare nel tempo e per la responsabilità delle azioni nei riguardi di ogni singolo socio che ha creduto e crede nella nostra Istituzione. Abbiamo cercato, in un Consiglio Direttivo coerente e solidale, di qualificare ancor di più le iniziative in progresso e di individuare progetti di alto peso specifico: possiamo dire con straordinaria soddisfazione che ACOI, andando controtendenza rispetto alla recessione mondiale, è in una fase di pieno sviluppo operativo con un PIL (scusate la parafrasi) in costante incremento.

COORDINAMENTI REGIONALI: in molte Regioni l'azione combinata tra Coordinatore e CD rappresenta ormai una realtà consolidata, ancorché da sviluppare ed estendere a tutto il territorio nazionale, che ha permesso di far sentire la voce di ACOI su molte tematiche sanitarie: le gare di appalto per le forniture di presidi chirurgici al massimo livello possibile di qualità, la formulazione di linee guida regionali per l'appropriatezza nella Chirurgia ambulatoriale, la *"moral suasion"* in casi di astruse individuazioni di U.O.C. (esempio? "U.O.C. toraco-vascolare"!). In una Regione che ha sperimentato con successo la sostituzione dell'usuale Congresso Regionale con una serie di eventi monotematici e plurispecialistici al minimo costo, i chirurghi coinvolti attivamente ad eventi scientifici hanno raggiunto nell'anno passato, con una virtuosa economia di scala, un numero superiore a 2.000. In molte altre i congressi mono o pluriregionali hanno rappresentato successi indiscussi.

SCUOLE SPECIALI: è tema che molto ci sta a cuore. Alcune Scuole hanno tradizione consolidata ed i "ritorni" dei discenti dimostrano affezione e soddisfazione. Abbiamo individuato un percorso strutturato che, nella piena e condivisa collaborazione con i Direttori di Scuola, possa portare a regole e regolamenti del tutto simili (percorsi formativi, tutoring, ore didattiche, teoria, pratica, frequenza nei Centri di Riferimento ecc). In tal modo potremo pensare ad intraprendere una via Istituzionale, con un pacchetto formativo coerente e riproducibile, per raggiungere un necessario accreditamento alla formazione continua del chirurgo. L'eccellenza della qualità fin ora fornita ha necessità di un inquadramento e di una strutturazione organica in modo da poter entrare nel programma di "miglioramento continuo della qualità".

COMUNICAZIONE: avviene su vari fronti, lo sappiamo, e non sempre è puntuale ed esaustiva, lo sappiamo. Senza ombra di dubbio la tiratura e l'apprezzamento universale della nostra prestigiosa rivista è motivo di orgoglio e stimolo al prosieguo e, se le finanze lo permetteranno, ad una periodizzazione più ravvicinata.

L'eccellenza della qualità fin ora fornita ha necessità di un inquadramento e di una strutturazione organica in modo da poter entrare nel programma di "miglioramento continuo della qualità"



Dove però la comunicazione avviene in tempo reale (a parte le quotidiane e numerose lettere che ricevo personalmente e che immediatamente onoro) è attraverso il sito. La nuova gestione tecnica e quindi la nuova versione ne hanno migliorato l'aspetto grafico, ma ciò che è molto più importante è la totale interattività possibile che al momento è ancora non completamente espressa. A tal fine suggeriamo a tutti coloro che compongono l'organigramma di utilizzare al massimo le potenzialità da ACOI oggi fornite in un sito ampio, interattivo, potenziabile. Forse non tutti sanno che il sito è monitorato costantemente per numero, durata di accessi e tipologia di pagine consultate. Non tutti sanno che al momento la media degli accessi ha raggiunto il ragguardevole numero di 13.000 ed è in costante incremento. Comunicheremo mensilmente i dati ufficiali globali e disaggregati e forse qualcuno, responsabile di una attività istituzionale, si chiederà perché nessuno ha sentito la necessità di aprire la sua relativa pagina. La comunicazione avviene non solo nel nostro ambito, ma anche verso l'esterno. Le prese di posizione espresse in tempo reale da parte degli organi centrali di ACOI sono sempre più frequentemente ascoltate, talvolta riportate citandone la

fonte e ci hanno consentito di essere più volte intervistati per esprimere i nostri pareri e considerazioni sulle tematiche che molto stanno a cuore a tutti noi: contenzioso medico-legale, medicina difensiva, ruolo del chirurgo ecc. Crediamo che questo sia un formidabile segnale di inserimento nel panorama sanitario nazionale da parte della nostra Associazione ormai riconosciuta come "opinion leader" per le tematiche sanitarie. Per essere aggiornati individualmente posso suggerire di attivare facilmente un "Google Web Alert" per ricevere sulla propria casella di posta elettronica tutto quanto riportato dalla rete.

PROGETTI: rappresentano la punta di diamante delle nostre attività. Credo che ormai tutti i soci abbiano avuto il tempo di conoscerli e, spero, di apprezzare il grande sforzo ideativo e organizzativo che è necessario alla loro realizzazione, pertanto non mi dilungherò evitando così di ripetere concetti più volte espressi.

"Qualità e Sicurezza in Chirurgia" è partito negli anni addietro come condivisione con Cittadinanza Attiva della "Carta della qualità in Chirurgia" oggi è diventato un progetto che, con il progressivo coinvolgimento formativo delle singole U.O. di Chirurgia porterà, attraverso un sistema di affiancamento, alla individuazione e successivamente alla applicazione delle migliori best practices, noi speriamo, su tutto il territorio nazionale. Il progetto, straordinario, ancorché ambizioso, ha come corpo docente il MIP (Politecnico di Milano) ed è fortemente supportato e condiviso (diremo "accreditato") dalle Istituzioni sanitarie nazionali e, segnatamente, dalla Agenzia Generale della Sanità (Agenas), il che rafforza in noi l'idea di essere sulla strada giusta. Alla fine del 2010 ed in ogni caso entro il primo semestre dell'anno successivo, è prevista una manifestazione pubblica che riferirà sui dati della sperimentazione e sui risultati raggiunti per poi proseguire nella estensione del progetto in tutto il mondo ospedaliero.

"Innovazione e Management": messe in bando pubblico le 50 borse di addestramento da parte di ACOI, in 48 ore abbiamo ricevuto oltre 120 richieste di partecipazione, tutte regolarmente documentate; ciò a significare il grande interesse per l'iniziativa. La grande equivalenza dei "titoli" nei differenti ruoli

ricoperti ci ha costretti ad accettare le domande secondo il criterio del "first come, first served". A tutti gli esclusi ed a tutti coloro che siano interessati a partecipare al percorso formativo, suggeriamo di sfruttare l'importanza assoluta che oggi viene attribuita ai progetti di gestione del rischio e di chiedere, secondo le diverse procedure locali, alle proprie AO/ASL il permesso e il supporto alla partecipazione, dovendo le stesse riservare l'1% del proprio budget alla formazione del personale. Non siamo i soli ad essere convinti che le conoscenze dei sistemi di gestione rappresentino un formidabile supporto alla nostra attività di chirurghi e siamo ancora di più convinti che i cambiamenti in atto, che quotidianamente viviamo nelle nostre realtà, debbano non essere passivamente subiti, ma con competenze specifiche gestiti personalmente in modo che risulti evidente la leadership del Chirurgo italiano. Nel nostro mondo globalizzato sappiamo che ciò che avviene in altri progrediti Paesi nei tempi della storia si espanderà come processo inarrestabile. In Francia l'iniziativa del Ministero della Salute è andata da pochi giorni a regime: "dal 1° gennaio i francesi possono scegliere l'ospedale dove farsi curare... la Guida Michelin della Sanità si troverà su internet, sul sito dell'Alta Autorità Sanitaria... gli ospedali esibiranno i punti guadagnati..." in base agli indicatori di qualità rispettati e consolidati.

I nostri progetti pongono con anticipo le basi formative per essere pronti quando sarà il momento ed i chirurghi ospedalieri, ne sono certo, saranno pronti!

Dicevo all'inizio di queste riflessioni: siamo soddisfatti di ciò che abbiamo intrapreso, ma non vorremmo scivolare nell'autoreferenzialità e pertanto ci stiamo attivando per conoscere l'opinione di tutti i soci affinché ciò che a noi appare buono abbia o meno la conferma di coloro ai quali, in ultima analisi, tale progettualità viene rivolta.

Siamo persuasi che le azioni intraprese rappresentino un percorso al contempo auspicabile e pragmaticamente perseguibile e pertanto dotato di valore intrinseco, anche se facciamo nostra la preghiera di Tommaso Moro: "Che io possa avere la forza di cambiare le cose che posso cambiare, che io possa avere la pazienza di accettare le cose che non posso cambiare, che io possa avere soprattutto l'intelligenza di saperle distinguere".



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

Umana multimedialità

di **Ferdinando Agresta**

È strano! Quando si pensa al cinema, oggi dappertutto Multisala, viene in mente un momento di relax, di estraniamento dal tram tram della vista quotidiana, guardando qualcosa che, spesso nella spettacolarità degli effetti, è inverosimile, fantasioso, impossibile, irripetibile. Pensare poi ad una Multisala come luogo d'incontro per un congresso di Videochirurgia ACOI è – anzi è stato – un colpo di genialità unico... strano ma efficace!

Ed allora ti siedi, anzi sprofondi, in una poltrona con il naso all'insù, ma non per guardare uno spezzone di film tipo *Mission Impossible*, ma una realtà quotidiana di gesti umani efficaci e, soprattutto, ripetibili. Anche se qualche volta, proprio nel guardare quei gesti compiuti con una naturalezza quasi sovraumana, ti domandi se, nonostante la tua esperienza ed i tuoi capelli ormai bianchi, potrai mai eseguirli e ripeterli, personalizzandoli ovvio, con la stessa naturalezza ed efficacia. Il gesto, il movimento: quello su cui spesso noi focalizziamo la nostra attenzione. Perché siamo chirurghi, perché crediamo che solo le nostre mani fanno, o dovrebbero fare, la differenza. Ha ragione allora quel famoso chirurgo, un faro di riferimento nel nostro mondo scientifico, che nel commentare proprio alcuni suoi gesti (quasi da *Mission Impossible* con tinte da *Apocalypse now*), dopo aver avuto gli elogi del solito tizio e caio sempre pronti a scambiare la sincera ammirazione con una falsa sudditanza, dice: non dobbiamo domandarci del come del gesto, per quanto bello esso sia, ma della sua finalità, del suo reale utilizzo... ed allora la ripetibilità ha senso... parole sacrosante! Ma strane dette da un Lui che più volte ha gridato, proprio in pubblico **“après moi le déluge”**.

Il premio Chirone d'oro proprio qui, al Congresso ACOI di Videochirurgia: *“...a differenza degli altri centauri, che come satiri erano ignoranti e dediti alla violenza, Chirone si distingueva per la grande bontà d'animo, per la saggezza, per la conoscenza della scienza, in particolare quella medica. Fu pertanto considerato il capostipite di quell'Arte in quanto Maestro di colui che la mitologia greca considerava il dio della medicina: Asclepio”*. Si legge sull'immane ed insostituibile Wikipedia.

Grande bontà d'animo, saggezza, conoscenza della scienza: ed allora ti ricordi che la mano ha bisogno del cuore e del cervello, che quei gesti che ti sembrano così irrealizzabili, forse un giorno, grazie al cuore ed al cervello che ti rendono unico, potranno essere anche da te eseguiti. Seguendo l'unico vero fine: il bene del paziente.

Cinema, multisala, videochirurgia, gesti, cuore, mano, Chirone: sembra esserci tutto l'occorrente per poter organizzare un evento ACOI. Ma questo è un Congresso di una Società che vuole essere Scuola.







Congresso: "assemblea, convegno ufficiale di persone autorizzate a discutere problemi e questioni d'interesse comune". **Scuola:** "... istituzione sociale responsabile dell'istruzione e della formazione ed educazione attraverso un programma di studi metodicamente ordinato" si legge questa volta sullo Zanichelli.

Ed allora è giusto non parlare, o forse meglio vedere, solo di filmati di tecnica, di gesti, ma discutere dei problemi d'interesse comune, cominciando – o ritornando – su quello che è forse il principale: l'insegnamento di una "professione". E nell'era di internet, della multimedialità, dell'immediatezza e della possibilità di *collaborare, informarsi, aggiornarsi, scambiare esperienze e creare conoscenze che poi vengono messe a disposizione di tutti - a costo zero - con un linguaggio conciso, efficace e comune*, non si può non parlare e discutere anche di questo.

Ed allora è giusto proporre nuove forme di Scuola, d'insegnamento, con la possibilità di apprendere, perfezionare, tutorare attraverso **la rete**... anche se dice giustamente quell'altro chirurgo, anche Lui per la maggiore: *...la nostra è un'arte che ha bisogno sì di vedere il Maestro all'opera ma anche di toccare con mano, di provare, di sperimentare, di fare... perché poi noi saremo chiamati e giudicati proprio su quello che facciamo e non su quello che abbiamo visto fare...*

Mi viene in mente una storia che girava (ma forse gira ancora!) ai tempi della specialità riguardante quel tale chirurgo che, nonostante l'assoluta mancanza di esperienza diretta, venendo da quella che un tempo era denominata "Grande Scuola", era diventato Primario "... non ha operato quasi nulla,

ma in compenso però ha visto tanto!!" ...

Ed allora è bello sentire e vedere quel giovane chirurgo che vanta una casistica da far arrossire persino quel Lui del diluvio di cui sopra, che muove quelle mani con un'esperienza vissuta da far invidia, che ti fa sentire forse sbagliato... eppure tu ti consideri fortunato, perché hai avuto la possibilità di conoscere da subito una di quelle Scuole di cui l'ACOInews si fa vanto, un piccolo Ospedale di periferia dove hai potuto vedere di tutto e di più, ma dove hai avuto la fortuna di poter fare – e continuare a fare - di tutto e di più, fino a quando non hai sentito quel giovane chirurgo. Dopo di Lui si forse ci vorrebbe un bel diluvio che azzeri il tutto (forse andrebbe meglio il termine reset... ma il suono della pronuncia non rende l'importanza del gesto), che ci faccia partire tutti insieme d'accapo. Perché una rondine, da sola, non fa primavera!

Ed allora è bello sentire il giornalista che fa quasi un *mea culpa* per quella categoria che spesso, forse troppo spesso, per far audience getta in pasto ai leoni il primo che capita, con la prima notizia a disposizione, senza curarsi di attendere per magari rivedere e correggere il tiro prima di sparare. Spesso comunicare non vuol dire informare: e poco importa se il giudice ci dice che in fondo verso di noi, la nostra categoria, c'è un occhio di riguardo, che si possono contare sulle mani i casi di condanna. Mi vengono in mente il Golgota e la Via Crucis: non voglio essere irriverente nell'usare questi termini, fortunatamente pochi sono nella nostra professione i Golgota, ma troppe forse le vie Crucis, senza possibilità poi di appello e di difesa.

La multimedialità del processo di "inFORMAZIONE" IN CHIRURGIA:

recita il leitmotiv del Congresso di Conegliano. Ed ecco allora l'informazione all'utenza e per l'utenza, fatta anche dalla stessa utenza. *The wisdom of crowds*, inglesizzazione di *vox populi vox dei*, perché infatti mostrarsi vuol dire poi accettare di essere anche giudicato e confrontato. E' stato divertente vedere allora da una parte il pubblico (rappresentato – guarda caso – da una giornalista) e dall'altra i chirurghi, incontrarsi proprio sul web, come quelle dita dell'uomo e della Divinità che si sfiorano nell'affresco della Cappella Sistina (senza alcun riferimento di ruolo al Sacro ed al profano o al piccolo ed al Grande) per un viaggio apparentemente facile e possibile, ma pieno d'insidie, dove spesso si fa leva sulla paura, sull'emotività del momento, sulla solitudine per tirare, in maniera oserei dire indegna, l'acqua al proprio mulino. E' stato bello, peccato il poco afflusso di chi, come noi chirurghi, dovrebbe essere attento anche a questo per le possibili ricadute sulla nostra, spesso così vulnerabile, professione.

Grazie, dott. Munegato, perché nel Congresso di Conegliano abbiamo parlato di multimedialità, rendendola però umana, alla portata di tutti.

Perché quell'eccellenza di cui tanto si parla, di cui qualcuno tanto si vanta, a cui tutti tanto tendiamo, non è come uno dei case report di cui abbiamo visto le immagini proiettate, forse patognomonico ma più unico che raro.

L'eccellenza è nella quotidianità del lavoro che noi svolgiamo, in ogni sua sfaccettatura... quell'eccellenza che anche nel relazionarsi con l'innovazione (come la Multimedialità discussa al Congresso) fa la differenza dei Leader e dei follower di cui parla Steve Jobs: *Innovation distinguishes between Leaders and followers*.



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

Il Congresso delle “Prime Volte”

di **Gabriele Munegato e Micaela Piccoli**

Per chi ha organizzato un congresso, farne un bilancio espone sempre al rischio di un giudizio troppo soggettivo e poco ponderato. Le cifre del XIX Congresso di Videochirurgia si possono leggere in questa stessa pagina e da sole possono offrire un quadro del lavoro svolto e dei risultati ottenuti.

Al di là delle cifre ci preme comunque sottolineare come questo evento sia stato caratterizzato da alcune valenze del tutto innovative dal punto di vista strutturale. Volendo riassumere quello che più ha caratterizzato il convegno, si può dire che è stato soprattutto il congresso delle “**PRIME VOLTE**”: su di esse ci soffermeremo in questo breve excursus.

TUTTI SOCI ACOI ...

Per la prima volta è stata ottemperata compiutamente la direttiva che impone che in ogni congresso “ACOI” tutti i Presidenti, Moderatori e Relatori siano soci e in regola con il pagamento della quota. È stato un compito difficile che ci ha costretti ad un atteggiamento risoluto sin dal primo contatto con i colleghi prescelti per le varie faculty; nella maggioranza dei casi il messaggio è stato compreso ed apprezzato ma talora, purtroppo, non abbiamo potuto sottrarci a scelte difficili con sostituzioni “in corsa” di chi non intendeva accettare questa norma.

Questa rigorosa impostazione, per altro già propugnata in occasione del Congresso Nazionale di Olbia, ha consentito un significativo recupero economico all’Associazione ma soprattutto, come sottolineato dal Presidente Rodolfo Vincenti, ha moralmente certificato che l’appartenenza all’ACOI fosse paritaria ed equanime per tutti.

LIBERATORIA

Per la prima volta l’organizzatore di un congresso ACOI ha firmato al Direttivo una liberatoria in cui in pratica si assume in pieno la responsabilità gestionale ed economica dell’evento, liberando l’Associazione da qualsiasi vincolo contrattuale o rivalsa economica.

È un atto che sottende un completo e pieno rapporto fiduciario tra parte committente e comitato organizzatore, delineando con chiarezza ruoli ed impegni. Devo dire che come Presidente del Congresso ho un po’ tremato all’atto della firma: era anche vero, d’altra parte, che i tempi della “pacca sulla spalla e vai...” si erano dimostrati forieri di “disgrazie” per tutti e che si imponeva la chiarezza di un documento controfirmato. Mi dispiace per gli organizzatori dei prossimi congressi ma pare che ormai il Direttivo si sia abituato bene e che non ci sarà scampo per alcuno!



SALUTO DELLE AUTORITA’

Non è stato previsto e non si è svolto. Non so cosa abbiamo perso e in che termini. So però che abbiamo guadagnato in linearità nello svolgimento dei lavori evitando la ripetizione di sempre graditi ma spesso monotoni ringraziamenti e complimenti, evitando inutili rincorse che spesso sfociano in deleghe all’ultimo minuto, delineando una giusta distanza tra mondo politico e sanitario.

D’altra parte non c’è stato alcun incongruo arroccamento in quanto tutte le componenti sociali e politiche vicine alla nostra realtà hanno avuto comunque un ruolo fattivo e concreto nel sostegno e nella realizzazione del congresso e a loro va nuovamente il nostro grazie.

PROGRAMMA SOCIALE

Il territorio e soprattutto le sue valenze eno-culinarie ci sono state particolarmente vicine permettendoci di sostituire, nella serata inaugurale, l'ormai tradizionale cocktail di benvenuto (sempre molto dispendioso e non sempre appagante) con una sontuosa cena presso uno dei locali storici della zona, "da Lino" a Solighetto.

La sera successiva il Prosecco l'ha fatta da padrone con i congressisti distribuiti a brindare e cenare presso le più belle cantine della zona.

Anche in questa occasione, per la prima volta, una realtà socio-economica, in particolare quella delle cantine della nostra zona, entra a pieno titolo nell'organizzazione del congresso per farsi conoscere ed apprezzare attraverso la più bella delle virtù, l'ospitalità.

LE REGOLE

Un encomio particolare va alla dr.ssa Piccoli, Presidente della Commissione di Videochirurgia, per aver dapprima voluto e successivamente preparato il corposo dossier delle "regole", in cui venivano chiaramente espone le modalità di partecipazione e le caratteristiche tecniche dei video.

Per la prima volta si è ottenuta una sistematizzazione ed omogeneizzazione di tutto il materiale filmico proposto con indubbi vantaggi al momento sia della selezione che della presentazione.

In questo ambito va anche ricordato come per la prima volta sia stata rigorosamente rispettata la *dead line* definita, appunto, al momento di stilare le regole del Congresso di Videochirurgia.

FLASH-VIDEO

Anche questa è stata una novità introdotta per chi aveva comunque qualcosa di interessante da dire ma che non poteva essere sistematizzato in un video compiuto. La formula dei video di 3-4 minuti accorpati in piccoli gruppi tematici è stata accolta con molto interesse, come testimoniano il numero dei video inviati e la partecipazione alle sessioni.

VIDEOFESTIVAL

Anche il video festival è apparso interamente rinnovato: per la prima volta si è scelto di seguire il percorso di un vero festival, dando alla Commissione di Videochirurgia il compito di selezionare i 10 migliori video fra quelli pervenuti ed ammessi e il miglior video della sessione giovani. Questi video sono stati messi in concorso in una unica sessione e il vincitore è scaturito da una televotazione in aula utilizzando gli sms e l'elaborazione telematica degli stessi.

La proclamazione è avvenuta dopo pochi minuti con un effetto scenico ed emotivo da vero festival. Alla sala e ai chirurghi presenti era stata finalmente restituita la possibilità di proclamare direttamente il vincitore!

IL CHIRONE D'ORO

A Venezia c'è il Leone d'oro, a Cannes la Palma d'oro, a Berlino l'Orso d'oro: e al nostro festival? Abbiamo così ideato il nostro premio: il Chirone d'oro! E' una figura mitologica legata specificamente al mondo della medicina e della chirurgia. Un centauro che ha avuto fra i suoi allievi Esculapio,



che ha operato Achille trapiantandogli il "piè veloce", che ha scambiato la sua immortalità con Prometeo non potendo ulteriormente sopportare i dolori provocatigli da una profonda ferita e avendo come premio dagli dei di poter diventare una costellazione.

Ne è collegato il mito del "guaritore-ferito e dell'immortale-mortale".

Una bella figura dunque per tutti i chirurghi e un bel premio che speriamo possa diventare il simbolo della nostra Videochirurgia.

TECNICHE A CONFRONTO

Un'unica tipologia di intervento e tre tecniche a confronto proiettate in contemporanea sotto forma di video integrali su tre schermi differenti. In pratica una diretta "differita" vissuta in aula come una vera e propria "live surgery". Due gli interventi scelti, neoplasia del retto "basso" e neoplasia del pancreas distale, condotti con tecnica laparotomica, laparoscopica e robotica.

Una nuova formula sperimentata per la prima volta ad un congresso di videochirurgia: l'interesse e la partecipazione ne hanno decretato il successo aprendo nuove possibilità applicative nel corso dei prossimi congressi.

SURGERYONLINE

Il pomeriggio dell'apertura del convegno è stato dedicato in gran parte alla dimostrazione delle potenzialità didattiche di questo interessante e del tutto innovativo sistema di formazione che viaggia attraverso la rete. Per la prima volta "internet" è sbarcato prepotentemente sugli schermi di un convegno di videochirurgia. La scuola ACOI di Senologia ha presentato l'utilizzo che ne era stato fatto nel corso dell'anno e un giovane chirurgo neospecializzato ha documentato il suo percorso formativo.

Filmati-inchiesta, video chirurgici, slides, link bibliografici si sono alternati in un fantastico caleidoscopio di contenuti e modalità formative confermando la bontà del sistema e la ricchezza della "rete". Una postazione computeristica dedicata ha permesso ai congressisti, nei giorni successivi, di rivisitare l'intera piattaforma sia nella parte live che on demand.

TUTORAGGIO A DISTANZA VIA INTERNET NELLA CHIRURGIA COLICA LAPAROSCOPICA

E' stata una prima "assoluta". La presentazione di questa sperimentazione ha colto molti di sorpresa e, nonostante le modeste presenze in aula, l'eco di tale evento si è sparsa velocemente in tutto l'ambito congressuale.

Riassumendo, un intervento di resezione retto-sigmoidea per via laparoscopica condotta ad Arzignano (Vicenza) dalla dr.ssa Rampado, con iniziale esperienza in tale ambito, è stato seguito a distanza, in diretta, con connessione internet dal dott. Sartori nel suo studio presso l'ospedale di Castelfranco, che ha potuto così interagire direttamente con l'operatore consigliandolo ed indirizzandolo nei vari passaggi tecnici. Si è in pratica realizzato un vero e proprio tutoraggio a distanza con esiti e risultati entusiasmanti.

Molto probabilmente si è tracciata una nuova strada per garantire un valido e sicuro supporto a chi si appresta ad iniziare nella propria sede la chirurgia laparoscopica del colon.

SALA E TECNOLOGIA

All'inizio sembrava un azzardo scegliere una multisala come sede del congresso ma alla fine si è rivelata una scelta vincente. Come non ricordare lo splendore dei maxi-schermi, la nitidezza del sonoro, la comodità delle poltrone e degli accessi. A questo va aggiunto il supplemento della ricchissima dotazione tecnologica che è stata garantita con un impegno economico senza precedenti: potenti proiettori ad altissima definizione, cablaggio della sala, interconnessione, elaborazioni e controlli video digitali... Basti pensare che la quantità e la qualità dei materiali messi in campo ci ha indotto, ad un certo punto, a provvedere a una sorveglianza notturna di tutta l'area!

Dalle promesse di novità più volte annunciate in fase di promozione del congresso si è dunque passati ai fatti! Concretamente pensiamo di avere onorato in pieno quanto avevamo prospettato. E' stato un percorso lungo e faticoso che ha coinvolto in un prezioso interscambio di suggerimenti e di concreto lavoro tutta la Commissione di Videochirurgia, la Segreteria Organizzativa e il Comitato organizzatore. Ci siamo anche divertiti a inventare, confrontandoci, costruire, talora dovendo ricominciare da zero, entusiasmarci, pronti alla disillusione. Possiamo dire in coscienza di aver dato il meglio di quanto era nelle nostre potenzialità, senza alcun risparmio. Ne sono scaturite tante "PRIMEVOLTE"! In futuro potranno essere messe in cantina o sviluppate e migliorate ma come tutte le prime volte rimarranno sempre "bellissime" nella nostra memoria e ... speriamo nella vostra.

NUMERI DEL CONGRESSO

231

video presentati e discussi

109

fra presidenti e moderatori

85

discussant

4

sale in continua attività nei tre giorni del congresso con 12 tecnici dedicati

PARTECIPANTI

646

chirurghi

186

infermieri

287

ospiti **Cena sociale** (23 novembre 2009)

315

ospiti **In giro per cantine** (24 novembre 2009)

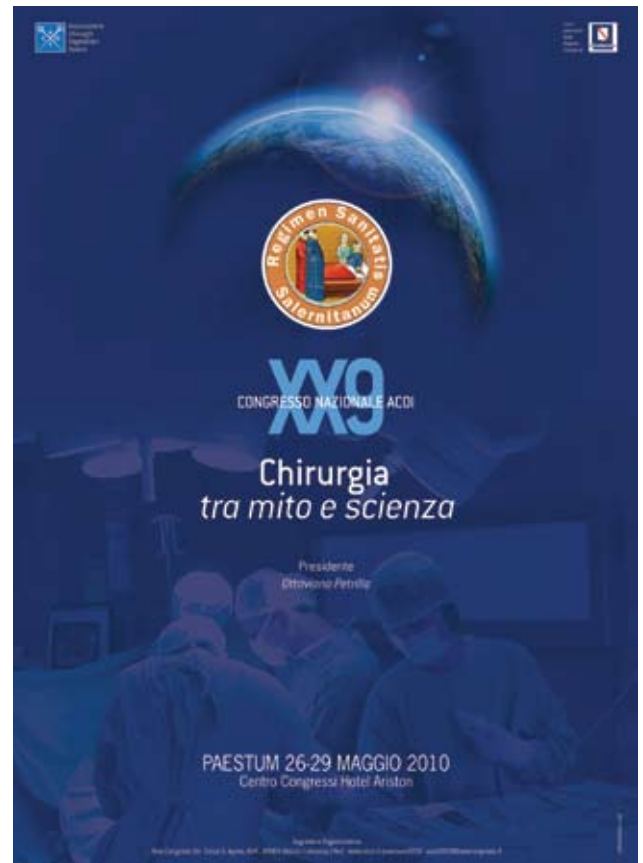


29° CONGRESSO NAZIONALE ACO · Paestum 26-29 maggio 2010

Chirurgia tra mito e scienza

di Ottaviano Petrillo

Carissimi Colleghi, nel porgervi l'invito a partecipare al 29° Congresso Nazionale dell'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani che si terrà a Paestum dal 26 al 29 Maggio 2010, voglio preliminarmente ringraziare il Presidente ed il Consiglio Direttivo ACOI che me ne hanno affidato l'organizzazione. E' la prima volta che un Congresso Nazionale della nostra Associazione si svolge nella Provincia di Salerno ed in particolare in quella parte di essa che per arte, siti archeologici, bellezze paesaggistiche è conosciuta come "terra del mito". Non è un caso infatti che il tema scelto per il Congresso sia "CHIRURGIA FRA MITO E SCIENZA". Nel corso della storia, questo territorio, unico per fascino e suggestione, è stato il punto d'incontro e di interscambio di civiltà diverse dalla cui fusione si sono creati i presupposti per consentire la nascita della celebre Scuola Medica Salernitana, un'istituzione che, tra alterne vicende, ha funzionato per oltre un millennio, dall'alto Medioevo al 1812, diffondendo il nome ed il prestigio della città in Europa e fuori dall'Europa. Il Congresso vuole rappresentare l'anello di congiunzione fra un passato glorioso ed un futuro, che pur nelle grandi difficoltà nelle quali oggi si dibatte la Chirurgia, è sempre più orientato verso le innovazioni e le nuove tecnologie. L'ambizione degli organizzatori è quella di riuscire, con l'aiuto di tutti i colleghi che vorranno apportare il loro prezioso contributo, a coniugare memoria storica e futuro. Vi aspetto a Paestum



TOPIC 29° CONGRESSO NAZIONALE ACOI 2010

Allocazione delle risorse in chirurgia
 Appendicectomia laparoscopica
 Aspetti organizzativi del trauma center
 Cancro del retto
 Cancro del cardias
 Cancro gastrico (Consensus)
 Chirurgia conservativa vs mastectomia nepple sparing
 Chirurgia delle catastrofi
 Chirurgia pancreatica oggi
 Colpa Professionale/Le Assicurazioni - FESMED
 Complicanze della chirurgia dell'obesità
 Day Surgery: nuovi modelli organizzativi
 Disastri di parete
 Diverticoliti
 Endometrosi pelvica (Faccia a faccia)
 Fegato HCC multimodale
 Fistole digestive
 Formazione
 Urgenze chirurgiche vascolari addominali: territorio di confine e banco di prova
 Insufficienza venosa cronica: contributo delle innovazioni tecnologiche al trattamento
 Laparocele
 Medicina e legalità
 MRGE: trattamento endoscopico vs laparoscopico
 Nuovi approcci alla colecistectomia
 Patologia erniaria
 Patologia perineale
 Patologia surrenalica
 Politrauma pediatrico
 Qualità dell'Assistenza. Standard e confronto tra pubblico e privato
 Sicurezza in Chirurgia
 Stomie intestinali: attualità e prospettive
 Tiroide: nuovi devices
 Trattamento lesioni traumatiche e iatrogene delle vie biliari e fegato
 Traumi toracici
 Volontariato

LETTURE

Chirurgia del diabete
 Chirurgia di guerra
 Il Cancro del retto: evoluzione del pensiero chirurgico
 Indicazioni e attualità nella peritonectomia
 Le atresie esofagee del neonato
 Lo Stato dell'arte nella Chirurgia Laparoscopica
 Storia della Medicina

PODIUM PRESENTATION

Presentazione di comunicazioni selezionate (con premiazione)

20° CONGRESSO NAZIONALE ACOI DI VIDEOCHIRURGIA - Catania-Acireale 16-18 settembre 2010

Dalla Cinematografia alla Videochirurgia

di Diego Piazza e Alfio Saggio

La sicilia è il cinema! ”



Con questa affermazione Leonardo Sciascia conclude il romanzo *Il Giorno della Civetta* sottolineando il fatto che l'isola, dalla tradizione millenaria e spesso protagonista di duri fatti di cronaca, ha da sempre fornito spunti per storie nuove da portare sul grande schermo. In seguito Gesualdo Bufalino ha parlato di "nozze d'amore" tra la Sicilia e il cinema in quanto - sosteneva - *vi sono luoghi naturalmente cinematografici i quali invitano la macchina da presa a cercarli, inseguirli, possederli. Luoghi che restituiscono già di per sé scenografie e sceneggiature bell'e fatte.*

E la Sicilia è uno di questi luoghi. Molti registi si sono interessati ad essa. Da Visconti a Rossellini, da Antonioni a De Sica, Rosi, Germi, dai fratelli Taviani alla Wertmuller, fino ai più giovani Moretti, Faenza e Tornatore. Ma la Sicilia è anche terra di grandi attori del calibro di Angelo Musco, Giovanni Grasso e Turi Ferro e soprattutto di scrittori come Verga, De Roberto, Pirandello, Sciascia e Brancati che hanno prestato le loro trame al cinema.

Parlare dunque di cinematografia in Sicilia vuol dire ricordare una serie di film, spesso ineguagliabili, che hanno fatto la storia del genere. Senza pretendere di nominarli tutti non si può non ricordarne alcuni. Partendo da *La terra trema* di Luchino Visconti del 1948, capolavoro del neorealismo, ispirato ai *Malavaglia* di

Verga ed interamente girato ad Acitrezza, utilizzando come attori i suoi abitanti. E sempre di Visconti il celeberrimo *Il Gattopardo*. E ancora di Francesco Rosi *Salvatore Giuliano* del 1962, girato a Montelepre, Montedoro e Castelvetro, luoghi legati al famoso bandito. E *In nome della legge e Sedotta e abbandonata* di Pietro Germi. E *Johnny Stecchino* realizzato da Roberto Benigni nel 1991. E *I Vicerè* diretto da Roberto Faenza nel 2007, girato interamente a Catania. Per non parlare dei film di Giuseppe Tornatore *Nuovo cinema Paradiso*, *Malena* e il recentissimo *Baaria*. E per concludere la trasposizione filmica dei romanzi di Andrea Camilleri, ruotanti intorno alla ormai leggendaria figura del commissario Montalbano. Da tutti emerge un'immagine composta della Sicilia, arcaica e moderna, afflitta da atavici problemi come mafia e gallismo, dolorosa, ma anche, come dimostra il film di Benigni, ironica e divertente.

Dunque "la Sicilia è il cinema!". Parafrasando le parole di Sciascia potremmo dire scherzosamente, ma anche con una punta d'orgoglio nel rilevare la centralità dei contributi dei chirurghi siciliani al progredire della nostra disciplina, che "la Sicilia è anche chirurgia!" e, in questo caso, è anche videochirurgia.

Continuando il gioco, non è difficile provare a rintracciare alcune simmetrie tra le due "arti". Nel 1988 come abbiamo visto Giuseppe Tornatore realizza *Nuovo cinema paradiso*, premiato poi con l'Oscar. Il film, che attraverso il racconto dell'ingresso del cinema in una cittadina della provincia siciliana vuole, in una dimensione metaforica, rappresentare il miracolo dell'introduzione del cinema nella società contemporanea,

sottolineando la sua capacità non solo di riprodurre la realtà, ma anche di regalare immagini e costruire visioni.

Non si riesce a non rintracciare delle somiglianze tra questa invenzione, che ha rivoluzionato l'arte e la società del Novecento e l'ingresso della videochirurgia nella pratica della chirurgia contemporanea. Come il cinema è un viaggio alla scoperta del mondo, allo stesso modo la videochirurgia è un viaggio alla scoperta del corpo. La videocamera è un occhio scrutatore, simile alla macchina da presa, che penetra all'interno del corpo e svela

i segreti. E unisce alla precisione dell'indagine, il fascino del mistero che l'uomo racchiude. E del cinema ha lo stesso potere incantatore.

C'è dunque un filo rosso che lega cinematografia e videochi-

Come il cinema è un viaggio alla scoperta del mondo, allo stesso modo la videochirurgia è un viaggio alla scoperta del corpo.

rurgia e il primato che la Sicilia sembra detenere in quest'arte ci ha portati a sceglierla come sede ideale per il prossimo XX Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia, che s'intitola appunto **Dalla Cinematografia alla Videochirurgia** e che si svolgerà al Santa Tecla Palace di Acireale dal 16 al 18 settembre del 2010.

Non mancano altri elementi che favoriscono la scelta della Sicilia e di Catania ed Acireale in particolare, quale scenario ideale per un congresso oltre che per le riprese di un film. E sono l'arte e la natura.

Le preziose testimonianze di un passato colto e raffinato caratterizzano Catania ed Acireale ammantate nel loro sfarzoso barocco che lascia attoniti per grandiosità ed armonia. Di grande fascino il Duomo, la via dei Crociferi e la piazza dell'Università a Catania, il Duomo e la Chiesa di San Sebastiano ad Acireale, il Castello Normanno ad Acicastello.

Catania e la riviera dei Ciclopi possiedono un'infinita varietà di paesaggi che vanno dalle pendici rocciose ed innevate dell'Etna alle sommità infuocate del più maestoso vulcano d'Europa. Il litorale che da Catania si estende sino ad oltre Acireale è una

delle zone più belle dell'isola: rocche splendide, terrazzamenti lavici, spiagge nere ed un mare cristallino incorniciano le due città.

A queste suggestioni vorremmo aggiungere quelle evocate dai simboli della tradizione culinaria isolana.

Come si può non ritenere che cannoli, arancini, cassate, granite e frutta maritorana non siano nel loro genere opere d'arte? Come dimenticare il timballo di maccheroni che troneggia nella famosa scena del pranzo ne *Il Gattopardo di Visconti*?

E allora arrivederci in Sicilia! Il prosecco di Conegliano passa il testimone all'Etna Rosso per il brindisi di benvenuto. Arrivederci in Sicilia!



B.Braun per la Chirurgia

Tradizione e innovazione



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

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

Milano 22-24 aprile 2010

15° Congresso Nazionale SICADS

Presidente **Renzo Dionigi**Presidente Onorario **Umberto Veronesi**Coordinatori Scientifici **Giampiero Campanelli, Leonardo La Pietra**

La Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery (SICADS), in collaborazione con l'Istituto Europeo di Oncologia (IEO), terrà dal 22 al 24 aprile 2010 presso il Quark Hotel in via Lampedusa 11/A a Milano, il suo XV Congresso Nazionale. Il coinvolgimento dello IEO dà a questo importante e tradizionale evento una connotazione straordinaria, grazie anche alla contemporanea inaugurazione dello IEO 2, una struttura autonoma completamente dedicata alla Day Surgery in oncologia. L'Università dell'Insubria, con parte del suo corpo docente, parteciperà all'organizzazione scientifica. Il programma scientifico è stato elab-

borato da queste tre componenti in un'ottica tesa a verificare le grandi realtà sia nazionali che internazionali ed ad accogliere gli elementi già standardizzati e in via di standardizzazione, che potranno essere l'asse portante delle future linee guida.

La formazione, l'innovazione tecnologica e l'oncologia fanno parte della principale impalcatura scientifica del congresso, a lato delle differenti esperienze specialistiche in ciascun settore.

L'evento, che vedrà la partecipazione di relatori di chiara fama sia nazionali che internazionali, è patrocinato dalle più importanti istituzioni e società scientifiche del nostro paese.



Giampiero Campanelli

PROGRAMMA

	Main conference room	Room A	Room B
GIOVEDÌ 22 APRILE			
	Cerimonia inaugurale		
VENERDÌ 23 APRILE			
09.00	Le grandi realtà della Day Surgery: architettura e organizzazione	Chirurgia plastica	Chirurgia proctologica
13.00	Lunch		
14.30	Assemblea dei soci		
14.30	Day Surgery in oncologia: esperienze nazionali ed internazionali	Chirurgia otorinolaringoiatrica	Oculistica
SABATO 24 APRILE			
09.00	Linee guida in Day Surgery e in Chirurgia Ambulatoriale	Urologia	Chirurgia vascolare e flebologia
13.00	Lunch		
14.30	La documentazione clinica e i sistemi informativi per la Day Surgery	Parete addominale	Ortopedia
17.30	Session Poster		

INFORMAZIONI GENERALI

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Marta Cavalli
U.O. Chirurgia Generale II
Ospedale Multimedica
Viale Piemonte, 70
Castellanza, Varese
segreteria.campanelli@multimedica.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

CQ Travel Srl
Via Pagliano, 3
20149 Milano
Tel. +39 02 4804951
Fax +39 02 43911650
congress@cq-travel.com

ACO I WEB 2.0



di **Graziano Pernazza**

Partiamo dai numeri: circa 2.100 nuovi contenuti inseriti nel corso dell'ultimo anno, 70 eventi, 120 news, 50 newsletter e poi comunicati, aggiornamenti sull'attività delle Commissioni, delle Scuole, delle Regioni, dei Servizi ai Soci.

Da 14.000 a 19.000 visite al mese, con punte di 700-900 visite al giorno. Circa 50.000 visualizzazioni di pagina, 3,55 pagine per visita ed un tempo medio di permanenza di circa 3 minuti, con punte di 12-15 minuti ed una profondità di visita di almeno 5 livelli. Il 10% circa dei visitatori arriva direttamente al portale digitando www.acoi.it nel proprio browser, un buon 70%, invece, dai motori di ricerca, google in primis, utilizzando la parola chiave "acoi". Altre ricerche che portano al portale sono quelle relative ai Congressi, nazionali e regionali, alle iniziative formative, al nome di alcune procedure chirurgiche, alla denominazione delle commissioni.

Le pagine di destinazione principali sono quelle che offrono le informazioni relative ai Congressi Nazionali, soprattutto in prossimità degli eventi, ma anche le Scuole, le recenti iniziative ACOI-MIP e le pagine delle Regioni, specialmente quelle in cui è più vivace l'attività associativa, muovono stabilmente grandi volumi di traffico.

Il 2,9% delle visite è di provenienza internazionale, dalla Germania, dal Belgio, dal Regno Unito e dagli Stati Uniti, ma anche da Svizzera, Francia e dall'Est Europeo.

Questo è www.acoi.it, da questi dati e dall'analisi del contesto dei portali web delle maggiori società scientifiche internazionali è partita l'idea di vestire di nuovo il portale della nostra Associazione, di riorganizzarne i contenuti e di allinearli con le tecnologie web 2.0, quelle che fanno oggi di internet il luogo principe della comunicazione, dell'informazione e dell'incontro.

ACO I WEB 2.0, quindi, sta per vedere la luce. In continuità



con il passato (tutti i contenuti fin qui inseriti rimarranno consultabili), ma fortemente proiettato al futuro.

La nuova home page, rifinita nell'aspetto grafico, è stata strutturata in due sezioni. La parte superiore mostrerà al visitatore l'intero albero di navigazione del sito e, in evidenza, rapidamente accessibili, appuntamenti e temi rilevanti, mentre la parte inferiore esprimerà il mosaico di informazioni e notizie sulla attività associativa. Tutto il portale sarà supportato da una struttura redazionale che, in gran parte già definita, è solo in attesa di mettersi a lavorare sul nuovo sistema che consentirà alle varie realtà istituzionali dell'Associazione (Commissioni, Scuole, Sedi Regionali, ecc) di gestire autonomamente il proprio spazio informativo, inserendo tempestivamente i contenuti di interesse e mantenendo aggiornati i dati.

Altre novità importanti, che verranno gradualmente introdotte, riguarderanno proprio i soci che, mediante una username e password, potranno avere accesso al proprio "profilo", consultare i dati relativi alla propria posizione, modificare ed integrare le informazioni rela-

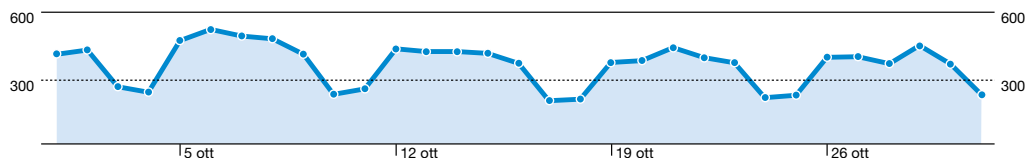
tive ai propri contatti, fruire di contenuti non visibili al pubblico ed interagire con il sito stesso e con gli altri soci. Ma non vogliamo anticipare troppo. I lavori sono ancora in corso e le idee in cantiere sono numerose.

L'attività di riorganizzazione del portale inoltre, ha impegnato e impegnerà molto anche per le numerose modifiche, meno visibili, al "motore". Con "Abstract Open Solutions" (www.abstract.it), la società che da Giugno 2008 gestisce l'infrastruttura ed il sistema di gestione informatica del portale ACOI, senza creare interruzioni del servizio, abbiamo già sostituito i server che ospitavano il sito, rinnovato gli indirizzi di posta elettronica, istruito i motori di ricerca, impiantato nuovi sistemi di monitoraggio del traffico, sviluppato la nuova interfaccia grafica, aggiornato il sistema di Gestione dei Contenuti.

Maggiore velocità, quindi, ma anche la possibilità di sviluppare servizi e contenuti più evoluti, aprendo le porte alla multimedialità, a sistemi "intelligenti" per la gestione delle notizie e delle newsletter, a integrazione con altre fonti di informazione in rete e, perché no, di un piccolo "social network". Insomma una discreta evoluzione nel segno della continuità ma al passo con i tempi. Del resto la complessa e variegata realtà di una società scientifica grande e vivace come l'ACOI non può prescindere da una adeguata comunicazione della sua azione.

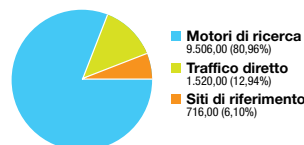
PANORAMICA SULLE SORGENTI DI TRAFFICO

01/ott/2009 - 31/ott/2009



Tutte le sorgenti di traffico hanno generato complessivamente 14.712 visite

-  12,94% **Traffico diretto**
-  6,10% **Siti di riferimento**
-  80,96% **Motori di ricerca**



LA REDAZIONE ACOI WEB

COORDINAMENTO

Graziano Pernazza

COMITATO REDAZIONALE

Mario Anecchiarico,
Stefano Bartoli, Domitilla Foghetti,
Michele Montinari

REGIONI

VAL D'AOSTA	Mario Junior Nardi
PIEMONTE	Claudio Filippa, Alberto Bona
LOMBARDIA	Camillo Leonardo Bertoglio
ALTO ADIGE	Alessio Corradi
VENETO	Giorgio Mazzarolo
FRIULI	Francesco Digo
TOSCANA	Massimo Ranalli
MOLISE	Roberto Cristino
CALABRIA	Pasquale Castaldo
SICILIA OCC	Paolo F. Buffa

COMMISSIONI

VIDEOCHIRURGIA	Domenico Marchi
GIOVANI	Paolo Contini, Enrico Guarino

SCUOLE

CH. LAPAROSCOPICA	Domenico Marchi
CH. ROBOTICA	Giuseppe Caravaglios
CH. PEDIATRICA	Claudio Vella
CH. ENDOCRINA	Carlo Bergamini
CH. EPATICA	Alessandro Ferrero
CH. SENOLOGICA	Paolo Burelli
CH. E MICROCH. SPERIMENTALE	Antonio Giuliani

I componenti della Redazione web sono stati indicati dai rispettivi Coordinatori Regionali, Presidenti di Commissione e Direttori di Scuola. Chi volesse ancora inserirsi può farlo inviando una mail a webmaster@acoi.it con oggetto "redazione web acoi" indicando **nome, cognome, qualifica, struttura/reparto di appartenenza, data di nascita, indirizzo email, telefono cellulare** del collaboratore identificato. E' richiesta una buona conoscenza dell'utilizzo dei mezzi informatici nonché una consuetudine e dimestichezza con la navigazione internet. La conoscenza del linguaggio HTML non è un requisito fondamentale, seppure utile.

ACOIn giovani RASSEGNA STAMPA

di **Francesco Feroci e Gianluigi Luridiana**
Commissione ACOIn Giovani

SUTURA CONTINUA O A PUNTI STACCATI PER LA SINTESI DELLA FASCIA IN LAPAROTOMIE MEDIANE DOPO CHIRURGIA IN ELEZIONE. UN TRIAL MULTICENTRICO RANDOMIZZATO

Seiler CM, Bruckner T, Diener MK, et al. Interrupted or continuous slowly absorbable sutures for closure of primary elective midline abdominal incisions. A multicenter randomized trial. Ann Surg 2009; 249:576 - 582.

Numerosi studi randomizzati e meta-analisi hanno in passato tentato di determinare il metodo ideale di chiusura fasciale delle laparotomie mediane, ma i risultati sono stati spesso inficiati da una insufficiente qualità metodologica.

Lo scopo di questo studio multicentrico randomizzato tedesco (INSECT) è stato quello di comparare: (1) la tecnica a punti staccati con filo a riassorbimento rapido e (2) le tecniche di sutura fasciale utilizzando diversi fili a lento riassorbimento. Sono stati inclusi, dal 2003 al 2007, 625 pazienti che avevano avuto una laparotomia mediana di almeno 15 cm. I pazienti operati in urgenza, sottoposti a terapia immunosoppressiva, a chemioterapia, a recente trattamento

radioterapico, portatori di coagulopatia o operati per peritonite, sono stati esclusi dallo studio.

I malati sono stati randomizzati in tre gruppi: punti separati in Vicryl® a rapido riassorbimento, 70 giorni (n.210, gruppo 1), sutura continua con Monoplus® a lento riassorbimento, 180-210 giorni (n.210, gruppo 2), sutura continua con PDS II®, 180-210 giorni a lento riassorbimento (n.203, gruppo3).

I punti staccati sono stati posti a 1,5 cm di distanza l'uno dall'altro e le suture continue, con una ratio di 4:1 (numero di loops: lunghezza della ferita), non sono state annodate fra loro ma posizionate con un overloop fra di loro di circa 2 cm di lunghezza. Il piano sottocutaneo non

è stato riavvicinato e la sutura cutanea è stata ottenuta con agrafes.

La valutazione è stata fatta dopo un anno di follow up e l'eventuale presenza di un laparocele è stata confermata con un esame ecografico. Il tasso globale di laparoceli è stato del 12.3%: 15.9% (28/210) nel gruppo 1, 12.5% (22/210) nel gruppo 2, 8.4% (15/203) nel gruppo 3 (p=0.09).

Non è stata registrata quindi alcuna differenza significativa tra i tre gruppi per quel che riguarda l'incidenza di laparoceli, di infezioni di parete (compresa tra il 12.7 ed il 19.4% malgrado l'antibiotico-profilassi), di infezioni polmonari e di mortalità (soprattutto nei pazienti operati di tumore).

All'analisi multivariata, solamente il body mass index elevato ha favorito l'insorgenza di laparocele. La conclusione degli Autori è stata che il tasso di laparoceli e di infezione di parete è stato più elevato del previsto e che un nuovo concetto di chiusura della fascia dovrà essere sviluppato e studiato.



TRIAL CLINICO RANDOMIZZATO SULLE TECNICHE PER LA CHIUSURA DEL MONCONE PANCREATICO DOPO PANCREASECTOMIA DISTALE

Oláh A, Issekutz A, Belágyi T, Hajdú N, Romics L Jr. Randomized clinical trial of techniques for closure of the pancreatic remnant following distal pancreatectomy. Br J Surg 2009;96:602-7.

La fistola pancreatica e le raccolte liquide intraddominali sono le principali complicazioni dopo pancreatectomia distale. Numerose sono state le tecniche descritte per tentare di ottenere una sutura più sicura possibile del moncone pancreatico. Questo studio randomizzato ha incluso 70 pazienti sottoposti, tra gennaio 2002 e dicembre 2006, a pancreatectomia distale, suddivisi in due gruppi di 35 pazienti ciascuno. Nel primo gruppo il moncone è stato sezionato dopo sutura meccanica con TA 55 con ricarica verde; nel secondo (patch sieromuscolare), dopo una uguale sezione pancreatica, la prima ansa digiunale

è stata suturata in duplice strato a punti staccati con Monocryl 4/0 sul moncone, senza aprire il lume intestinale.

Il drenaggio è stato posizionato vicino al moncone e per cinque giorni è stata somministrata Sandostatina 100 mg x 3/die. Una TC postoperatoria è stata eseguita in caso di necessità clinica (febbre, distensione addominale o ileo paralitico). L'endpoint primario è stato il tasso di fistole pancreatiche (secondo la definizione della ISGPF) o di raccolte fluide endoaddominali.

Obiettivi secondari sono stati il tasso di sindromi da ritardato svuotamento gastrico (>7 giorni di sondino nasogastri-

co), di reinterventi e la durata mediana del ricovero ospedaliero.

Il tasso di complicanze correlate alla resezione pancreatica è stato significativamente più elevato nel gruppo 1 (11 versus 4, $p=0.041$), mentre l'incidenza di complicanze che hanno poi richiesto un trattamento (fistole di grado B o C o raccolte intraddominali infette) è stata comparabile (5 versus 2, $p=0.428$).

Non sono state registrate differenze significative né per quel che riguarda il tasso di reinterventi (4 versus 1, $p=0.356$) né sulla durata mediana della degenza ospedaliera (9 versus 10, $p=0.102$).

Gli autori concludono che coprire la linea di sutura meccanica con un patch sieromuscolare di digiuno è un metodo semplice che permette di diminuire l'incidenza di fistole pancreatiche e raccolte endoaddominali, senza tuttavia ridurre il tasso di re interventi.

IMATINIB MESILATO COME TERAPIA ADIUVANTE DOPO RESEZIONE DI TUMORE PRIMITIVO STROMALE GASTROINTESTINALE (GIST) LOCALIZZATO: UN TRIAL RANDOMIZZATO IN DOPPIO CIECO

Dematteo RP, Ballman KV, Antonescu CR, et al. Adjuvant imatinib mesylate after resection of localised, primary gastrointestinal stromal tumour: a randomised, double-blind, placebo controlled trial. Lancet 2009; 373:1097-104.

Il ruolo del trattamento adiuvante con Imatinib Mesilato (Glivec) dopo chirurgia radicale per tumore stromale gastrointestinale (GIST) non è ancora ben definito. Gli Autori hanno effettuato uno studio placebo-controllo multicentrico in doppio cieco in cui hanno comparato un trattamento adiuvante con Glivec alla somministrazione di placebo in 712 malati sottoposti a resezione macroscopicamente completa (R0 o R1) di un GIST (c-KIT+) di più di 3 cm. I pazienti sono stati stratificati in base alla dimensione

del tumore (da 3 a 6 cm, da 6 a 10 cm, > 10 cm). Dopo randomizzazione 359 malati sono stati trattati con Glivec (gruppo G) e 354 con placebo (gruppo P). Il Glivec è stato somministrato con una posologia di 400 mg/die per un anno. In entrambi i gruppi, in caso di recidiva, al paziente è stato rimosso l'anonimato ed è stato somministrato il Glivec.

Nel gruppo G, l'insorgenza di effetti tossici di grado 1/2 e di grado 3/4 è stata osservata rispettivamente nel 68 e nel 31% dei casi.

Dopo un follow up mediano di 20 mesi, la sopravvivenza libera da malattia a un anno è stata del 98% nel gruppo G e dell'83% nel gruppo P ($p<0,0001$).

Questa differenza persiste quando la sopravvivenza libera da malattia viene analizzata in funzione della dimensione del tumore primitivo ed è ancora più accentuata nei tumori maggiori di 10 cm. Alla fine dello studio, il tasso di recidive è stato dell'8% nel gruppo G e del 20% nel gruppo P. A due anni, non è stata registrata alcuna differenza tra i gruppi per quanto concerne la sopravvivenza globale.

Gli Autori concludono che un trattamento adiuvante con Glivec permette di diminuire il rischio di recidiva dopo chirurgia macroscopicamente radicale per i GIST e dovrebbe costituire il trattamento di scelta.

L'INFLUENZA DELLE MICROMETASTASI NEI LINFONODI SENTINELLA SULLA PROGNOSI DEL TUMORE DELLA MAMMELLA pT1N0M0

Leidenius MH, Vironen JH, Heikkilä PS, Joensuu H. Influence of Isolated Tumor Cells in Sentinel Nodes on Outcome in Small, Node-Negative (pT1N0M0) Breast Cancer. Ann Surg Oncol. 2009 Oct 9. [Epub ahead of print]

Questo studio è stato condotto con l'intento di valutare il significato prognostico da attribuire alla presenza di cellule tumorali isolate rilevate all'esame istologico dopo biopsia del linfonodo

sentinella. Infatti, mentre è assodato come il numero dei linfonodi metastatici sia un importante fattore prognostico e mentre si dibatte da decenni sul significato prognostico delle micro metasta-

si, poco si sa sull'impatto determinato sull'evoluzione della malattia da parte delle cellule tumorali isolate individuate nel linfonodo sentinella, grazie ai progressi avvenuti nel campo dell'anatomia patologica.

Si è trattato di un lavoro prospettico che ha preso in esame 1865 casi di pazienti affetti da carcinoma della mammella di dimensioni non superiori a 20 mm (pT1), diagnosticati tra febbraio 2001 e agosto 2005.

Da questo totale sono stati esclusi i casi in cui era stata effettuata una chemioterapia neoadiuvante, il carcinoma era bilaterale, vi era una storia di patologia neoplastica invasiva in altra sede nei 5 anni precedenti, vi era evidenza di metastasi a distanza alla diagnosi e i casi in cui era stata effettuata la dissezione ascellare di principio o per fallimento nell'esecuzione della tecnica del linfonodo sentinella.

Sono rimasti 1390 casi di pazienti in cui è stata effettuata con successo la biopsia del linfonodo sentinella. Tra

questi 431 (31%) mostravano metastasi (diametro >2 mm) o micrometastasi nel linfonodo sentinella (diametro > 0.2 mm e < 2 mm), 75 (5.4%) avevano cellule tumorali isolate e 884 (63,6%) avevano il linfonodo sentinella libero da malattia. Il follow up medio dello studio è stato di 55 mesi.

I risultati non hanno mostrato differenze significative sia in termini di sopravvivenza a 5 anni in assenza di malattia, sia in termini di sopravvivenza globale tra il gruppo di pazienti con cellule tumorali isolate nel linfonodo sentinella e quello

in cui il linfonodo era negativo, ma il primo gruppo ha mostrato un'incidenza maggiore di metastasi a distanza da carcinoma mammario nei 5 anni di follow up (8.1% contro 1.9%, rispettivamente).

Gli Autori concludono asserendo che la presenza di cellule tumorali isolate nei linfonodi sentinella ha un ruolo prognostico nel carcinoma mammario, ma il suo valore prognostico sfavorevole sarebbe alquanto limitato se paragonato agli altri fattori di rischio noti, quali tipo istologico, grado, espressione dei recettori ormonali e indice di proliferazione.

CHIRURGIA TIROIDEA ROBOTICA CON SISTEMA "DA VINCI" MEDIANTE UN APPROCCIO TRANSASCELLARE E SENZA GAS: RISULTATI IN 338 PAZIENTI CONSECUTIVI

Kang SW, Lee SC, Lee SH et al. Robotic thyroid surgery using a gasless, transaxillary approach and the da Vinci S system: The operative outcomes of 338 consecutive patients. Surgery. 2009 Oct 29. [Epub ahead of print]

Le applicazioni della tecnica robotica, che sempre più stanno prendendo piede negli ultimi anni, hanno avuto finora un impiego più ridotto nel campo della chirurgia della testa e del collo, per via di oggettive limitazioni spaziali e tecniche.

Gli Autori di questo studio hanno eseguito, tra ottobre 2007 e novembre 2008, 338 interventi per via endoscopica sulla tiroide utilizzando il sistema robotico Da Vinci, di recente introduzione. Tutti gli interventi sono stati realizzati mediante un approccio trans ascellare, senza l'introduzione di gas, con l'utilizzo di un retrattore fisso connesso ad un sistema di aspirazione automatica. Sono stati

esclusi dalla casistica i pazienti con storia di pregressa chirurgia del collo, con lesioni di diametro superiore ai 5 cm, le patologie neoplastiche con evidenza di diffusione extratiroidea e i casi in cui la lesione era situata sul versante posteriore della ghiandola, onde prevenire lesioni a esofago, trachea e nervo ricorrente. È stata eseguita in tutti i casi di malignità (98%) l'asportazione profilattica omolaterale dei linfonodi del compartimento centrale. In nessun caso si è reso necessario convertire l'intervento in tecnica open.

L'età media dei pazienti è stata di 40 anni. In 104 casi è stata effettuata una tiroidectomia totale e in 234 subtotale. Il tempo

operatorio medio è stato di 144 minuti, con un tempo medio di 29.1 minuti impiegato per ottenere preliminarmente un adeguato spazio di manovra. Il decorso postoperatorio medio è stato di 3.3 giorni. Non si è avuta alcuna complicanza postoperatoria rilevante. Si sono verificati 3 casi di lesione del nervo ricorrente e 1 di sindrome di Horner. A detta degli Autori, nonostante vi sia la necessità di studi prospettici randomizzati con follow up a distanza, la tecnica robotica da essi utilizzata nella chirurgia della tiroide si è dimostrata maneggevole, efficace e sicura in pazienti selezionati affetti da patologie sia benigne che maligne.

La posizione ergonomica del chirurgo, una visuale tridimensionale migliore, la capacità di manovra e la precisione garantite dagli strumenti robotici multiarticolati compensano le limitazioni, dovute al poco spazio di manovra, della chirurgia tiroidea per via endoscopica.

Domenico Piccolboni premiato a Sidney

Nel corso del Congresso Mondiale di Ultrasonologia (WFUMB) tenutosi a Sydney (Australia) dal 30 Agosto a 3 Settembre 2009, è stato conferito a Domenico Piccolboni, dirigente di I livello della UOC di Chirurgia Generale presso la A.O. Monaldi di Napoli e titolare dell'incarico di Ecografia interventistica ed intra-operatoria in Chirurgia, un premio di 1.000 USD dalla Australasian Society for Ultrasound in

Medicine, per la migliore presentazione di Poster elettronico nell'ambito della sezione europea.

Si tratta di un importante riconoscimento perché di valenza continentale e per l'argomento specificamente chirurgico dei poster elettronici premiati:

- il primo sul depistaggio pre-operatorio delle aderenze visceroparietali ai fini di valutare un sicuro accesso laparoscopico o



laparotomico,

- il secondo sulla esperienza eco-laparoscopica nelle resezioni epatiche e pancreatiche.

Il premio conseguito evidenzia l'importanza crescente dell'applicazione delle più avanzate tecniche della diagnostica e della interventistica ecografica in ambito chirurgico.

Perché un progetto sul percorso chirurgico

SICUREZZA, QUALITÀ, SELEZIONE, VALUTAZIONE: LA SFIDA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

di Enrico Pernazza

La sicurezza del paziente e delle cure costituisce ormai in Sanità una questione preminente e un problema non più eludibile.

La pressione dei mass media, la *malpractice*, gli errori medici sono temi sempre più caldi per stampa, radio e televisione. Il paradosso è che la diffusione del problema ha avuto notevole incremento nei tempi più recenti nei quali, grazie soprattutto alla sempre più vasta incidenza delle più svariate tecnologie, sono stati raggiunti livelli di qualità e sicurezza forse mai raggiunti in precedenza.

Contemporaneamente cresce in maniera inversamente proporzionale il contenzioso medico-legale. Eppure mai come oggi, soprattutto in chirurgia, sembra essere presente il classico concetto Ippocratico *Primum non nocere*.

E' quindi quanto mai evidente un gap negativo rilevantissimo tra livello di sicurezza presente e livello di sicurezza percepito.

Si aggiunga che oggi la sicurezza non è più una questione per soli professionisti della sanità, ma ha assunto la caratteristica di questione sociale, una specie di "Nemesi Medica (I. Illich)", che ha coinvolto più i cittadini che i sanitari, alla quale si è aggiunta una pesantissima questione economica, per l'aumento esponenziale del contenzioso medico-legale e di conseguenza il parallelo incremento dei costi assicurativi.

Tanto è vero che oggi il risarcimento viene richiesto non solo per reali, o più spesso ipotetici eventi avversi, ma anche per complicanze inevitabili.

Di qui la necessità di intervenire sulla scia di quanto insegnato da Reason e dai recenti report relativi al *To Err is Human* dell'Institute of Medicine-National Academy Press del 1999 (L.T. Kohn e al.).

Ormai c'è accordo nel ritenere che l'approccio all'errore inteso come ricerca della responsabilità, apparentemente foriero di grande senso di sicurezza, in realtà si sia dimostrato profondamente inadeguato in quanto, non solo portava con sé un senso di sicurezza solo apparente, ma non contribuiva per nulla a risolvere il problema di fondo che era quello di eliminare alla radice le cause dei comportamenti determinanti dell'evento avverso.

Di qui l'opportunità di revisione e lo sviluppo conseguente di una metodologia di tipo sistemico per l'analisi degli incidenti. Se l'errore è atteso, il modello di gestione deve essere indirizzato sul sistema, progettando e realizzando sistemi in grado di rendere difficile alle persone di fare cose sbagliate e che rendano, invece, facile fare le cose giuste, spostando il livello di responsabilità anche verso l'ambiente e l'organizzazione.

Tre sono i concetti fondanti di questa impostazione:

- **L'errore umano è inevitabile:** l'organizzazione non deve sottovalutare il fattore umano ma deve porsi come obiettivo principale quello di mettere i professionisti della sanità nella condizione di poter esprimere il meglio della loro professionalità e competenza in assoluta sicurezza per loro e per i loro pazienti.
- **L'organizzazione è importante:** deve esplicitare chiaramente come si lavora, come vengono prese le decisioni, come coordina le risorse professionali e le varie competenze; deve coinvolgere gli operatori nella progettazione dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali; deve sviluppare sistemi che garantiscano alto grado di tolleranza e di compensazione verso i possibili errori.
- **Il report degli incidenti è necessario:** in un ambiente ideale ogni operatore dovrebbe contribuire alla identificazione dei potenziali errori al fine della loro potenziale eliminazione.

La realtà operativa, oltre ad essere estremamente variegata nelle varie regioni, è assai lontana da questo modello perché in molte situazioni è ancora vivissimo il clima ispettivo e sanzionatorio che non solo non facilita l'esplicitazione dell'errore, ma al contrario ne favorisce l'occultamento e di conseguenza



il prodursi del germe drammatico della medicina difensiva. E' assolutamente evidente che incidere realmente e concretamente su questo indubbio problema implica da un lato un rilevante cambiamento culturale che consenta di passare da una *blame culture* ad una *reporting and learning culture*, dall'altro identificare un coordinamento attivo di formazione e valutazione dell'impatto della nuova cultura.

E' qui che deve porsi in gioco la comunità scientifica con il suo specifico ed esclusivo *know how*.

E' un processo di cambiamento lento che ha bisogno di tempo per attuarsi, nel quale la formazione gioca un ruolo di estrema importanza, in particolare quella a carattere multidisciplinare che, ancora, richiama il coinvolgimento di tutta la comunità scientifica, non solo quella dei chirurghi. La cultura della sicurezza è ormai una questione nazionale e non riguarda solo la sanità ma anche tutto l'ambiente e tutti i campi del lavoro. E' di fatto, come già detto, una questione sociale e come tale richiede partecipazione attiva a tutto campo dei cittadini che devono essere educati e affiancati nello sviluppo del loro *"empowerment"*.

Si tratta infatti di definire un insieme di strumenti e meccanismi attraverso i quali le aziende sanitarie si assicurano non solo che i processi medici e assistenziali in genere rispondano ai più elevati standard di qualità, includendo in tale ambito anche l'appropriatezza, ma che vengano permanentemente alimentate le condizioni perché ciò possa continuare ad avvenire. Essenziale è superare il concetto che il funzionamento delle strutture sanitarie sia una sommatoria dell'operare autonomo e disgiunto dei singoli professionisti e delle conoscenze di cui essi sono portatori, introducendo, al contrario, la concezione nella quale tali conoscenze e la loro effettiva applicazione possano essere coordinate e governate dall'azienda, senza con ciò ledere l'autonomia professionale. Questo concetto supera per ampiezza l'area generalmente coperta dai sistemi di controllo e sviluppo della qualità clinica in quanto tende a mettere in atto veri e propri sistemi di responsabilizzazione, gestione e governo sull'insieme dei processi clinici e assistenziali.

Alla luce del dibattito di questi ultimi tempi, tuttavia, emergono alcune necessità sulle quali è opportuno riflettere per meglio orientare non solo il cambiamento ma anche i ruoli dei vari attori impegnati:

- È necessario assicurare la tutela degli operatori rispetto all'Audit civico e alle rassegne di mortalità e morbilità. Essi devono essere messi nella condizione di poter discutere dei propri errori senza la preoccupazione che quella occasione di analisi e confronto possa rivolgersi contro di loro e consentirne l'uso a fini giudiziari contro loro stessi. E' necessario trovare soluzioni giuridiche affinché il diritto alla salute non confligga con il diritto del danneggiato ad avere giustizia.
- E' necessario promuovere il coinvolgimento dei cittadini alle iniziative per la qualità e la sicurezza ed avere anche l'esperienza di chi si trova dall'altra parte.

- E' necessario garantire la trasparenza del sistema, l'informazione e la comunicazione al cittadino per favorire sempre di più scelte consapevoli, basate su dati oggettivi e non sulla propaganda di tecniche diagnostiche e terapeutiche non sempre basate sull'evidenza scientifica.

La percezione della qualità e della sicurezza delle cure in un sistema come quello sanitario è uno degli obiettivi più difficili da raggiungere. E' assolutamente irrinunciabile cominciare a rendere pubblici i dati di performance delle varie Aziende riguardo proprio a qualità e sicurezza, non fosse altro che per uno spirito di emulazione a tutto vantaggio dei percorsi di miglioramento.

Non c'è sicurezza senza qualità, non c'è qualità senza sicurezza. Ma è possibile percepire la qualità senza ascoltare, senza misurare, senza comparare? E' possibile percepire qualità e sicurezza senza avere chiari, definiti e trasparenti criteri di valutazione?

A tale proposito vi è una triade inseparabile che potrebbe consentire di giungere alla soluzione dei problemi legati ad un controllo effettivo della qualità dei servizi resi:

- ASCOLTARE
- VALUTARE
- AGIRE

ASCOLTARE

Quando è stata proposta nel mercato automobilistico la Smart, ebbe sicuramente successo, ma fu oggetto di molte critiche perché a costi elevati, pur con grandissima maneggevolezza e fruibilità nel traffico cittadino, aveva scarsa abitabilità (un solo passeggero) e altrettanto scarsa utilizzabilità del bagagliaio. La Toyota, seguendo lo storico aforisma di Taiichi Ohno, artefice della progressione della industria giapponese da una condizione di arretratezza a leadership mondiale ("Noi otteniamo risultati brillanti da persone di media capacità che operano e migliorano processi brillanti. I nostri concorrenti ottengono

La percezione della qualità e della sicurezza delle cure in un sistema come quello sanitario è uno degli obiettivi più difficili da raggiungere

risultati mediocri da persone brillanti che operano con processi difettosi e quando incontrano difficoltà cercano di assumere persone ancora più brillanti"), ha prodotto la IQ a dimensioni pressoché analoghe ma in grado di portare 3+1 passeggero e in alternativa fornire ai 2 o 3 passeggeri maggiore spazio di carico. Ecco un chiaro esempio di un ottimo risultato innescato soprattutto dal sapere ascoltare.

Ormai l'espressione "il cittadino al centro del sistema" è diventato un *refrain* per tutte le stagioni. Come dicono a Roma "è come la sora Camilla, tutti la vonno, nessuno se la pija". Tutti lo dicono ma ancora non esiste un meccanismo per consentire al

cittadino di far sentire la sua voce. Perché il cittadino medio possa riappropriarsi della gestione della propria salute occorre che sia presente nelle Aziende che si prendono cura di lui.

Il processo di miglioramento passa anche attraverso la qualità dell'ascolto che richiede da un lato la messa a punto di strumenti di **misurazione** e **valutazione** in grado di analizzare la coerenza o meno tra i bisogni del cittadino e la risposta

effettivamente percepita, dall'altro la creazione di strumenti, soprattutto di comunicazione, per gestire correttamente le aspettative.

VALUTARE

Senza sistemi di valutazione precisi, trasparenti ed efficaci il sistema sanitario nel suo complesso non potrà migliorare, poiché non ha a disposizione gli strumenti per operare scelte appropriate e sostenibili. In tal senso diventa indispensabile un quadro epidemiologico credibile e aggiornato che consenta di considerare correttamente le mutevoli necessità dei cittadini (invecchiamento, disabilità, malattie croniche...) ed una attenta indagine sulle enormi variazioni che esistono sul territorio nazionale in termini di efficienza ed efficacia tra le varie Aziende Sanitarie.

Tuttavia questo percorso, in un periodo di esasperata "devoluzione", si presenta piuttosto complicato, mancando una figura associativa di riferimento e coordinazione. Peraltro, se si vuole promuovere realmente lo sviluppo del Sistema Sanitario nazionale, va perseguita concretamente ed efficacemente la possibilità di costruire sull'esistente aprendo le strutture sanitarie italiane ad altre esperienze europee o internazionali di accreditamento volontario. E' qui che la Comunità scientifica deve intervenire ponendosi in prima linea come soggetto valutatore, affiancato dai cittadini e dalle istituzioni, proponendo un modello di valutazione ispirato soprattutto alla Joint Commission International: costruire una specie di Joint Commission Italiana.

AGIRE

Se conoscenza e valutazione sono prerequisiti per ogni intervento, restano vani se non sono seguiti da azione pronta ed efficace. Agire significa poter intervenire tempestivamente in presenza di una situazione non regolare o, peggio, pericolosa. In Italia di solito si agisce "dopo che c'è stato il morto". Dobbiamo ribaltare questo modo di agire. Gli episodi di inefficienza e corruzione debbono essere certamente puniti, ma soprattutto bisogna porre in essere un efficace sistema di prevenzione. E' questa la sfida che l'Italia e soprattutto la Comunità Scientifica, hanno di fronte. Attuare un monitoraggio continuo che permetta di conoscere in tempo reale la situazione su tutto il territorio e far seguire questo monitoraggio da interventi rapidi e puntuali di fronte ad ogni abuso o omissione.

Le Regioni hanno il diritto di vedere le loro prerogative mantenute e salvaguardate, ma i cittadini hanno il diritto primario di vedere repressi ed eliminati abusi, incompetenze, comportamenti di dubbia eticità.

Il **Manifesto Etico di ACOI** esprime chiaramente la determinazione della nostra comunità ad affiancare questa giusta rivendicazione.

Il monitoraggio della qualità dei servizi passa attraverso tre momenti distinti ma integrati:

1. **autorizzazione e accreditamento**
2. **monitoraggio continuo delle strutture**
3. **valutazione dell'appropriatezza delle cure prestate.**

Oggi autorizzazione e accreditamento avvengono su base regionale e gli standard applicati non sono affatto omogenei. Inoltre in molte regioni il processo è fortemente burocratizzato, tende certamente a controllare il rispetto delle norme, ma solo in minima parte la qualità dei servizi erogati. Il ritardo in tema di valutazione è sotto gli occhi di tutti. Vi è infine il problema, di difficile attuazione ma nel lungo termine non eludibile, dell'armonizzazione della qualità dei servizi su base europea. Il traguardo è chiaro ma il cammino è arduo; come dimostra l'accusa all'Italia, non senza fondamento, di avere ben 20 (se non 21) sistemi sanitari diversi.

Ad ogni buon conto, il lavoro di valutazione non si esaurisce certamente attuando in modo efficiente ed uniforme un sistema di autorizzazione e accreditamento. È indispensabile un monitoraggio continuo della efficienza di tutte le strutture. Ciò va realizzato utilizzando processi di valutazione basati su standard di qualità definiti con un metodo che sia il più possibile scientificamente valido. Il processo di adeguamento è dinamico e necessita di un continuo miglioramento sia nelle tecnologie che nei processi e nei risultati.

Autorizzare, accreditare e monitorare strutture e servizi sono passaggi fondamentali per il miglioramento della qualità; valutare è il passaggio condizionante per la percezione del miglioramento della qualità. Non si tratta certamente di un concetto nuovo; si tratta di un vecchio concetto che, però, non può più essere eluso. Protagoniste in assoluto del percorso debbono essere le Società scientifiche che, raccogliendo la sfida di Cochrane, introducano finalmente nel mondo della sanità la cultura dell'evidenza, per favorire comportamenti il più uniformi possibile perché basati sull'evidenza scientifica e sulla prova di efficacia clinica e quella della qualità e sicurezza improntata sulla ricerca e applicazione delle best practice.

D'altro canto il percorso è iniziato; se la comunità scientifica con il suo esclusivo "knowhow" non si pone come protagonista della trasformazione e ne governa il processo affiancata dai cittadini, in collaborazione con le istituzioni, sarà sostituita da altri, con la conseguenza che quanto ne conseguirà sarà decisamente e passivamente imposto a tutto il sistema.

La tangibilità della qualità dell'assistenza e delle cure in un sistema come quello sanitario, nel quale il consumatore del servizio è anche il suo produttore, è uno degli obiettivi più difficili da raggiungere. Sarebbe bello se nei prossimi anni riuscissimo a concretizzare un servizio:

- Leggero per i pazienti e gli operatori
- Rapido nelle risposte ai bisogni
- Esatto a ridurre i rischi presenti
- Visibile per chi ci lavora e per chi ne usufruisce
- Molteplice per poter svolgere nello stesso momento innumerevoli prestazioni diverse.

Questa è la vera sfida che l'attuale Consiglio Direttivo ACOI intende proporre con il progetto "**Qualità e Sicurezza del percorso chirurgico**". Ma per questo non sono sufficienti entusiasmo e buone intenzioni, sono invece assolutamente indispensabili la condivisione, il sostegno e la partecipazione di tutti gli iscritti perché trasformare l'Associazione dei chirurghi ospedalieri italiani da società scientifica di formazione tecnica a Joint Commission Italiana non sia una utopia ma una possibile realtà.

Chirurghi uniti a tutela dei pazienti

di **G. Sergio Bondanza** *Coordinatore Regionale Acoi Liguria*

Muovendosi all'unisono, dapprima i responsabili regionali di ACOI, SIC e SICO e successivamente, con una lettera indirizzata all'Assessore della Sanità i nove Direttori di Dipartimento chirurgico, i chirurghi liguri hanno vinto una piccola battaglia a tutela dei diritti del malato: sono riusciti a far annullare una gara per suturatrici circolari bandita "conformità/prezzo", facendola ribandire "qualità/prezzo" 50% - 50%. Non è molto, perché sarebbe meglio dare maggior peso alla qualità che al prezzo (almeno 60% qualità e 40% prezzo), ma è stato importante far capire ai nostri amministratori pubblici che ciò che ci sta a cuore è la tutela del paziente ed è evidente che quest'ultimo non viene affatto tutelato dall'acquisto di presidi sanitari al minor prezzo.

Noi comprendiamo le esigenze di bilancio ma se è vero, come sostengono i politici di tutti gli schieramenti, che il malato deve stare al centro del sistema sanitario, come possiamo poi acquistare per lui le protesi più scadenti, le suturatrici che non funzionano bene, ecc.? Perché è di tutta evidenza come sia difficile che ciò che costa meno possa essere anche di migliore qualità. Comunque devono essere i chirurghi, utilizzatori dei presidi sanitari, a stabilire se la qualità di un determinato presidio è compatibile, e in che misura, con il prezzo inferiore.

Se poi si considera che la spesa per l'acquisto di presidi sanitari è circa il 5% del totale della spesa sanitaria, è facile comprendere come nel bilancio ci siano molte altre voci comprimibili senza arrecare danno ai cittadini.

L'industria biomedica è in continuo, costante progresso e consente di fare interventi un tempo complessi e traumatizzanti, con sempre minore sofferenza per il paziente.

La ricerca scientifica costa ma produce, con le nuove tecnologie, anche nuove tecniche chirurgiche, molto vantaggiose per i pazienti, che i chirurghi hanno il dovere di apprendere e di mettere a disposizione dei cittadini e in questo i chirurghi italiani sono considerati tra i migliori al mondo.

Tutto questo sarebbe vanificato se gli amministratori volessero rinunciare al progresso per contenere la spesa: sarebbero poi disposti, gli amministratori, ad assumersi la responsabilità di eventuali eventi avversi capitati a pazienti operati con strumenti inadatti, mal funzionanti o comunque non conformi alla manualità del chirurgo? Abbiamo fiumi di procedure, convegni, pubblicazioni sul Risk-Management, ma sono troppo pochi quelli che danno un peso adeguato alla appropriatezza e all'efficienza dello strumentario chirurgico, che è sicuramente la misura più efficace per ridurre il rischio di complicazioni.

In conclusione possiamo affermare che nessuno ha più interesse del medico alla salute del paziente, perché ne è responsabile professionalmente, penalmente e civilmente.

In un Sistema Sanitario che mette al centro il paziente non si può più consentire ai pubblici amministratori di non assumere la diretta responsabilità della salute del paziente, che devono tutelare non solo facendo quadrare i bilanci, ma anche e soprattutto fornendo strumenti adeguati e strutture idonee.



Moderne sentenze e antichi aforismi

di Enrico Pernazza

“ L'essenziale
è invisibile
agli occhi ”

(A. De Saint-Exupéry)

Negli ultimi tempi siamo stati investiti da una serie di titoli giornalistici che è difficile considerare con freddezza e lucidità, ma che, con un minimo di *sense of humour* possono essere definiti quantomeno “stravaganti”. Ed è proprio la loro stravaganza che mi ha consentito di affiancarli ad altrettanti aforismi.

“ Lei è un cretino,
si informi ”

famosa espressione di un genio della comicità quale fu l'imitabile Totò.

“Maroni accusa: traffico d'organi anche in Italia”. “Abbiamo delle evidenze di traffici di organi di minori che sono presenti e sono stati rintracciati in Italia”. Oggi si sottovaluta troppo la valenza delle “cavolate” sempre più paradigmi per la pubblicità e per la politica, straordinari strumenti di consenso. E, come sottolinea H.G. Frankfurt, “la loro essenza non è nell'essere false, ma nell'essere finte”. Il povero cittadino che legge questo grido di allarme, cosa fa? Organizza ronde notturne? Va a Lampedusa a buttare a mare i clandestini? Segue di nascosto i figli quando escono? Non manda più i figli piccoli a scuola? Oppure si rivolge alle Istituzioni e alle Autorità per essere rassicurato, confortato, avere conferme o smentite all'allarme? Certamente chiede soluzioni e garanzie al Ministro dell'Interno. Ma che può fare se a lanciare un tale fumoso e minaccioso allarme è lo stesso Ministro? “Chi racconta cavolate contraffà le cose” e soprattutto confonde i ruoli. E ciò che disturba in una contraffazione non è l'aspetto ma il modo con il quale è stata prodotta. Il disastro della politica italiana è sotto gli occhi di tutti, immutabile da decenni, parrucca, in bilancio catastrofico, sempre più priva di etica, sempre più irresponsabile. Irresponsabile soprattutto quando, come in questo caso, scarica su non si sa chi, proprie, precise responsabilità, non certo nel fatto in sé, bensì nell'impedire

un fatto così volgarmente disgustoso e abietto.

La realtà è che espressioni così poco opportune allevano la confusione e l'imbroglione, rischiano di rendere impuniti forti e furbi, calpestando deboli e poveri anche nella loro dignità di comprendere. Questo è lo stato delle cose che neppure un mago della pubblicità riuscirebbe a truccare anche a spiarle grosse. La voce di un Ministro ci dice che esiste un disastro, ma si guarda bene dal fornirci dati evidenti. Ovviamente si guarda anche bene dal dirci quali sarebbero le possibili cause né tantomeno i dovuti provvedimenti di stretta competenza del suo Ministero. Importante è che si conosca la notizia e serpeggino sempre di più paura, disagio, insicurezza, sfiducia, intolleranza, paura. Affermazioni di tale portata, che ritengo evidenzino al massimo livello la scomparsa di qualsiasi etica politica, sembrano avere come unico scopo quello di cancellare dal discorso pubblico ogni punto di riferimento, ogni certezza, qualsiasi concretezza, anche la più pallida coerenza tra malattia, diagnosi e terapia. E' un'ulteriore, inutile distrazione della opinione pubblica, è sollevare polvere, creare confusione. Alla fine, per creare indifferenza su come stanno realmente le cose, disattenzione, nausea. A questo punto è inevitabile gridare un appello: “Signor Ministro può, una volta per tutte, dirci la verità vera e non quella strumentale? E soprattutto ci può dire cosa ha fatto, fa e farà perché questi orrori non si debbano più ascoltare?”

“ La disonestà di un
pensatore si riconosce
dalla somma di idee
precise che propone ”

Questo è un aforisma di E.M. Cioran, filosofo e saggista di origine Romana del '900.

I Medici debbono, anzi possono, perché è facoltativo, denunciare i clandestini quando venissero a curarsi, quando dovessero essere in stato di bisogno. Oggi va molto di moda l'espressione “onestà intellettuale”. Personalmente non ho mai pienamente compreso l'espressione, perché ho sempre ritenuto il concetto di onestà onnicomprensivo del comportamento umano e non scindibile in sottoprodotti di onestà intellettuale, professionale, comportamentale, di comunicazione, di coppia e così via. Tuttavia, siccome è tanto usata, vale la pena di scomodarla per definire come merita il provvedimento che vorrebbe trasformare chi ha il dovere di soccorrere, curare,

confortare, in un abietto delatore. E' sicuramente un'idea estremamente precisa. Certo è veramente singolare assistere alla crociata in nome di un giusto diritto alla privacy da parte della classe politica contro il dilagare delle intercettazioni telefoniche e contemporaneamente dimenticare totalmente che i Medici sono legati non solo a regole giuridiche molto forti nell'esercizio della loro attività professionale ma anche e soprattutto a vincoli morali ferrei imposti dal giuramento di Ippocrate. L'etica politica ha molte forme e soprattutto molti interessi; molti figli e molti figliastri.

Non sarà che l'incapacità dei nostri "tutores" a rispondere ai bisogni dei poveri cittadini finisce con il costruire delle cervellotiche deleghe? Anche questa potrebbe essere un'idea tanto precisa da confondersi con la disonestà.

Diversi mesi fa si è svolto negli Stati Uniti il Superbowl, uno degli avvenimenti più seguiti nel mondo. Ebbene tra gli spazi pubblicitari ce n'era uno che offriva la migliore valutazione ai cittadini costretti a vendere gli anelli o le collane d'oro per campare; un altro prometteva di restituire il prezzo di acquisto dell'auto a chi fosse rimasto disoccupato. Anche queste potrebbero essere considerate idee precise da proporre ai nostri concittadini per risolvere il problema della dilagante crisi economica. Idee precise che caratterizzano assai bene l'onestà di chi le propone.

“Io non domando a che razza appartiene un uomo: basta che sia un essere umano, nessuno può essere qualcosa di peggio”

“Vi è un grado di falsità incallita, che si chiama coscienza pulita”

E' un aforisma di F. Nietzsche, filosofo tutt'altro che tacciabile di beghinismo religioso. Su Eluana Englaro si discuterà a lungo se avevano ragione i guelfi o i ghibellini, quelli che dicevano di non condannarla a morte o quelli che la dicevano morta da 17 anni. Poi l'ultima puntata. Avevano torto entrambi, i partiti che si sono dilaniati sul corpo straziato di una donna paralizzata. L'unica preoccupazione era vincere il derby delle ideologie duellanti. Importante era che morisse solo così la partita sarebbe stata vinta.

“Voi mò volete sapere perché siete assassini... avete sospettato l'uno dell'altro”

In una delle sue più amare commedie, Eduardo De Filippo sferza la sua gente per aver dimenticato le "voci di dentro", cioè

la coscienza. "La stima reciproca che ci mette a posto con la nostra coscienza, che ci appacia con noi stessi, l'abbiamo uccisa ... E vi sembra un assassinio da niente?" No non è stato un assassinio da niente il nostro vizio di guardoni da talk show, il silenzio strillato di una comunità scientifica polemicamente divisa e quindi evidentemente poco credibile.

Ora però che tutto è finito è più che mai importante riflettere su quanto è avvenuto per ribadire da medici, custodi della vita, che la stessa vita è più forte della morte, che l'amore che ha intessuto la sua esistenza così come quella dei tanti in analoghe condizioni di patologia, non finisce e non finirà mai. Chi crede riconoscerà lo sguardo e la tenerezza divina in quello di tutti coloro che hanno amato e assistito Eluana. Tuttavia era altrettanto riconoscibile l'amore del padre e dei suoi parenti, invocato paradossalmente a ragione anche della tragica fine della sua vicenda. Non è il momento di giudizi: il dolore può cambiare la visione delle cose molto più al di là di quanto si possa pensare. Questa morte deve gridare a tutti che la vita di un essere umano è sempre degna di essere vissuta, quali che siano le sue condizioni, anche in casi estremi di incoscienza e di non comunicabilità. Non può e non deve essere ritenuta da nessuno una vittoria. Solo "l'amore non avrà mai fine", solo l'amore "tutto scusa, tutto crede, tutto spera, tutto sopporta" (I lett. Corinzi 13). Piuttosto sarebbe opportuno che la tragica conclusione di questa vicenda facesse riflettere tutti, in particolare la comunità scientifica che non può non esprimere posizioni determinanti sul problema della fine vita, nel rispetto di tutte le correnti di opinione e che il chiacchiericcio che ha trasformato questa tragedia in un palcoscenico di opinioni e di partiti, ceda ora il posto, soprattutto tra i politici, al silenzio e alla decisione. "La vita è una cosa troppo seria perché si possa parlarne sul serio". Evitiamo, una volta per tutte di essere bersaglio del terribile aforisma di Oscar Wilde. Parliamone, una buona volta, ma con chiarezza, consapevolezza e soprattutto condivisione, perché la questione è patrimonio di tutti.



PER SALVARE IL SSN E PER DIRE NO A CHI VUOLE DISTRUGGERE LA SANITÀ PUBBLICA ITALIANA

LA FESMED PROMUOVE INSIEME AI SINDACATI MEDICI LA VERTENZA SALUTE

di Carmine Gigli

**Assemblee in tutta Italia, tre grandi
manifestazioni a Napoli, Milano e Roma**

**SCIOPERO NAZIONALE NELLA PRIMA
DECADE DI MARZO**

Nessuna risposta alle esigenze dei cittadini e degli operatori che vogliono un servizio più efficiente, moderno e di qualità in tutto il Paese. Nuove chiusure di posti letto ospedalieri senza prevedere alcun servizio alternativo. Risposte inadeguate alla impellente domanda di assistenza per gli anziani e i non autosufficienti. Nessuna risposta alla piaga delle liste d'attesa che le Regioni scaricano su medici ed operatori costretti a lavorare in condizioni inaccettabili.

E intanto continua lo scandalo delle nomine politiche di primari e direttori generali, dove si guarda più alla tessera di

partito che alla qualità delle persone. Aumentano le denunce e gli scandali che mostrano una connivenza sempre più diffusa tra sanità e malaffare.

Passa sotto silenzio la denuncia fatta dal Capo della Protezione civile Guido Bertolaso, sul fatto che sono almeno 500 gli ospedali italiani a rischio di crollo per terremoto o altre calamità naturali. Ospedali che necessiterebbero, insieme a scuole e altri edifici di pubblica utilità, di un grande piano nazionale di sicurezza ed ammodernamento strutturale e tecnologico.

Assordante il silenzio calato sulla denuncia dei numerosi casi di intimidazioni subite, in particolare ma non solo, dai veterinari del Servizio sanitario nazionale che continuano a subire ogni giorno attacchi e violenze inaudite che mirano a impedire loro di svolgere con serenità e in sicurezza i compiti di prevenzione sanitaria, eradicazione delle malattie degli animali e sicurezza alimentare.

Un quadro allarmante e drammatico, che ha portato i sindacati dei medici e degli altri dirigenti delle Asl e degli ospedali pubblici italiani ad aprire una vera e propria "vertenza salute" per richiamare l'attenzione di Governo, Parlamento, Regioni ed opinione pubblica sul progressivo e apparentemente inarrestabile degrado della sanità pubblica italiana.

Il rischio più grande – denunciano i 130 mila dirigenti del Ssn – è quello di arrendersi di fronte a una realtà di disfacimento del sistema sanitario pubblico italiano, che ormai non offre più neanche la consolazione di un Centro-Nord che "tutto sommato se la cava".

Dinanzi a scelte di basso profilo per la sanità, è tutto il sistema ad andare in crisi. Anche nelle realtà fino ad oggi considerate di buon livello.

Il fondo sanitario nazionale italiano continua ad essere tra i più bassi di tutta la comunità europea e dei Paesi dell'OCSE (l'Italia è ormai al 19° posto per la spesa destinata alla sanità) con ripercussioni fortemente negative da una parte sulla qualità e quantità delle prestazioni da garantire ai cittadini e dall'altra sulle condizioni di lavoro degli operatori sanitari.

Del resto anche il nuovo Patto per la Salute non risolve il problema ormai cronico dello spreco di risorse da parte di molte Regioni che, in accordo con il Governo, preferiscono fare ricorso, ancora una volta, a tagli indiscriminati delle voci di spesa, quali la rottamazione dei Medici, invece di predisporre piani di risanamento gestionale e di ristrutturazione dei servizi, con il risultato che molti cittadini vedranno messa in discussione la stessa erogazione delle prestazioni essenziali.

L'ulteriore riduzione del numero di posti letto per acuti (3,3 per mille abitanti) ne produrrà un ulteriore taglio (si calco-

**CATTIVA POLITICA, AMMINISTRATORI INCAPACI E AFFARISTI
STANNO DISTRUGGENDO LA SANITÀ PUBBLICA ITALIANA**

FERMIAMOLI

Giornata di mobilitazione nazionale
19 gennaio 2010
Mobilitazioni e assemblee
in tutti gli ospedali,
gli ambulatori e i servizi veterinari

Difendiamo il diritto alla salute
Manifestazioni regionali
degli operatori del Ssn
Napoli 4 febbraio 2010
Milano 16 febbraio 2010

Manifestazione nazionale
Roma 9 marzo 2010

www.fermiamoli.net

**Il Servizio sanitario nazionale
è una ricchezza per il Paese e
una garanzia per il diritto alla salute**

DA DIFENDERE E MIGLIORARE. INSIEME

ANASS ASSORMED - CIRM ACIOM - AARDI-EMAC - FP EGA MEDICI - FIM - FASSIO - FESMED - SISE SANARI - ANPI - UNIAPO - FERMI SANITÀ - LIGURSE
IN RAPPRESENTANZA DI 130 MILA DIRIGENTI DEL SSN

lano quasi 10 mila letti in meno), che in presenza di un forte ritardo della riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali rischia di provocare un vuoto assistenziale nel quale saranno risucchiate prioritariamente le fasce di popolazione più deboli, gli anziani, i malati cronici, i portatori di polipatologie. Per tutte queste ragioni oggi il vero pericolo non è solo e tanto quello di vederci rassegnati ad una sanità a due velocità (Nord e Sud), ma quello di trascinare tutta la sanità italiana ai livelli insufficienti, se non pessimi, di molte realtà soprattutto meridionali.

LE NOSTRE PROPOSTE

1. Maggiori risorse economiche più adeguate al fabbisogno del Ssn, valutabili in almeno 110 miliardi di euro per il 2010 e 115 miliardi di euro per il 2011 (oggi il Patto ne prevede solo 106,2 per il 2010 e 108,6 per il 2011), accompagnate da un maggiore rigore nel controllo della spesa sanitaria da parte delle Regioni.
2. Un Piano nazionale per la ristrutturazione, l'ammodernamento e la messa in sicurezza del patrimonio sanitario pubblico (ospedali, ambulatori, servizi territoriali, tecnologie) con uno stanziamento di almeno 15 miliardi di euro nei prossimi dieci anni (il Patto ne stanziava poco più di 5).
3. Garanzia che i decreti attuativi del federalismo fiscale non mettano in discussione in alcun modo l'unitarietà del sistema sanitario e il diritto dei cittadini ad avere la stessa quantità e qualità dei servizi erogati.
4. Emanazione dei nuovi più volte annunciati Livelli di assistenza che diano risposta alle nuove esigenze dei

cittadini, a partire dagli anziani, i disabili, le donne e gli affetti da malattie rare che aspettano da anni risposte assistenziali e servizi adeguati.

5. Abrogare la norma che autorizza i direttori generali delle Asl a mandare in pensione anzitempo i medici del Ssn.
6. Garantire comunque il turn over negli ospedali e nelle Asl per non mettere a rischio la qualità del servizio e la stessa sicurezza delle cure.
7. Fuori la cattiva politica dalla sanità, a partire dalle nomine di manager e primari che devono essere affidate a criteri basati esclusivamente sul merito professionale dei candidati.
8. Sanare lo scandalo delle migliaia di medici ed altri dirigenti precari. La sanità non può vivere nella precarietà professionale perché deve contare sempre su professionisti motivati, giustamente valorizzati e non "ricattabili" da parte dell'amministrazione.
9. Provvedimenti concreti sulla sorte della libera professione intramoenia a pochi mesi dalla scadenza dell'ennesima proroga (31 gennaio 2010).
10. Rivalutazione economica e professionale della dirigenza del Ssn già a partire dal biennio 2008-2009 non ancora definito e della indennità di esclusività il cui importo è fermo al 2002 e soprattutto con una complessiva rinegoziazione dei trattamenti economici e normativi della categoria nella prossima tornata contrattuale, per la quale nella finanziaria 2010 non vi sono le necessarie risorse.

Tenetevi aggiornati sulle manifestazioni consultando il sito www.fesmed.it

Congresso Nazionale FESMED - 5-6 marzo 2010

Hotel Holiday Inn - Rimini - viale A.Vespucci, 16

Venerdì, 5 marzo 2010

- | | |
|--|--|
| <p>13.30 Registrazione dei partecipanti</p> <p>14.30 Salute del Presidente</p> <p>Cambiamenti sull'ordinamento del lavoro introdotti dalla Legge 150/2009
Moderatori: A.Chiantera - L.Landa</p> <p>15.00 La misurazione della performance
Giuseppe Canzone</p> <p>15.15 Il merito e i premi
Francesco Gammarota</p> <p>15.30 Le prestazioni, le piante organiche e la mobilità
Antonio Canino</p> <p>15.45 La contrattazione sindacale
Antonio Schiavone</p> <p>16.00 Le sanzioni disciplinari
Nicola Gasparro</p> | <p>16.30 Discussione</p> <p>16.45 Coffee Break</p> <p>Problematiche del S.S.N.
Moderatori: G.Monni - L.Presenti</p> <p>17.00 Il conflitto di competenze fra Stato e Regioni
Nicola Gasparro</p> <p>17.20 Cosa cambia nella contrattazione sindacale
Renzo Alessi</p> <p>17.40 La Colpa grave
Paolo D'Agostino</p> <p>18.00 Aggiornamento sull'attività sindacale
Carmine Gigli</p> <p>18.20 Discussione e Contributi dei delegati</p> <p>20.30 Cena sociale</p> |
|--|--|

Sabato, 6 marzo 2010

- Rischio clinico e contrattazione aziendale**
Moderatori: A.Catino - M.Percoco
- 9.00** Il disegno di legge sul rischio clinico
Maurizio Silvestri
- 9.20** Il CCNL 2006-2009 Il biennio
Carmine Gigli
- 9.50** Attività sindacale aziendale e reclutamento
Antonino Rosa
- 10.10** Discussione
- 11.00** Coffee Break
- 11.30 ASSEMBLEA DEI SOCI FESMED**
- Relazione del Presidente
- Approvazione del bilancio
- Varie ed eventua

Trapianti, un titolo scarno, ma che nasconde un mondo reale, talvolta solo immaginato. Franco Mosca ed Ugo Boggi hanno curato un'opera fotografica a tutto campo composta dietro le quinte del palcoscenico dell'arte del trapianto.

L'artista-fotografo artefice di questa coinvolgente opera fotografica, rigidamente nel crudo e privo di tentennamenti bianco-nero, è Enzo Cei autore di libri-immagine il cui obiettivo è informare documentando ed emozionando.

Essere presente, partecipe, vivere con il chirurgo, notte e giorno, assimilare atmosfere, cacciare e fissare le immagini della straordinaria esperienza del trapianto. Il libro, attraverso un caleidoscopio di attimi, sguardi, silenzi, vuoti, racconta, come la parola non potrebbe meglio, il vissuto (operatori, malati, parenti) degli attori, attivi e passivi.

Fotografia è testimonianza di fatti, ma permette di partecipare, scoprire e rivela ciò che non a tutti è dato di vedere: momenti nascosti ed intimi del processo umano, comunicando emozioni e sentimenti profondi. Sfogliando una ad una le opere riprodotte si percorre un labirinto ordinato che nasconde,



Enzo Cei TRAPIANTI

a cura di Franco Mosca e Ugo Boggi
con testi di Andrea Bocelli e Oliviero Toscani

di Rodolfo Vincenti

nell'apparentemente banale quotidianità, una ferrea organizzazione in uno con le capacità e conoscenze senza le quali il "miracolo" trapianto non potrebbe mai realizzarsi. Ed è proprio la prima di copertina che simboleggia con forza l'energia vitale nascosta nel molle cuore di una donatrice "which beats again".

Dedicata con sensibilità ai donatori d'organo, al Prof. Mario Selli, all'A.I.D.O. e dagli operatori (cardiochirurghi, perfusionista, piloti ed autista) deceduti "sul campo" del proprio dovere.

Per informazioni sul volume,
www.fondazionearpa.it

La Fondazione Arpa è una ONLUS creata per promuovere la ricerca e la formazione è nata da un'iniziativa del Prof. Franco Mosca, Direttore della Divisione di Chirurgia Generale e Trapianti

ti dell'Università di Pisa.

Il Maestro Andrea Bocelli ha voluto assumerne la Presidenza Onoraria poiché ha riconosciuto nella Fondazione uno strumento adatto a sostenere gli operatori della sanità nella lotta contro le sofferenze dovute alla perdita del bene primario, la salute. Le risorse della Fondazione sono finalizzate allo sviluppo della ricerca clinica e di base nel campo dell'oncologia, dei trapianti, dell'elaborazione e dell'applicazione di nuove tecnologie chirurgiche. Nel corso del tempo ha incrementato l'impegno nel campo della formazione delle diverse professionalità della sanità, in Italia e nei paesi in via di sviluppo. In dieci anni ha assicurato la formazione di numerosi medici della Scuola Pisana presso prestigiose Istituzioni Europee e Nord Americane (trapiantologia, nuove tecnologie, scienze di base) ed ha contribuito a creare le condizioni operative per cui al loro rientro potessero esprimersi pienamente mettendo a frutto le conoscenze acquisite all'estero, producendo così sviluppo.

La Fondazione Arpa richiede a questi giovani di mettere il loro sapere e saper fare anche a disposizione di chi, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, non ha ancora avuto le chances che essi hanno già avuto.

Nel suo saggio "Grandezza e decadenza del romanzo giallo" (Comparatistica 2002), Cesare Cases definisce i canoni del romanzo giallo moderno:

1. L'assassino deve essere capace di intendere e di volere; egli può essere coadiuvato da un'intera organizzazione, ma quando agisce, agisce individualmente;
 2. Egli viene individuato da vari indizi coordinati da un detective che non fa necessariamente parte della polizia, spesso ne ironizza i metodi e generalmente non è sposato;
 3. Questo detective si piazza all'interno della logica del delinquente che finisce per intendere pienamente;
 4. La difficoltà nell'appurare la verità è dovuta al fatto che si vive in una società omogenea, in cui chiunque può essere l'assassino.
- Non so se Giuseppe Battarino, autore del



Giuseppe Battarino SENTIERI INVISIBILI

di Luigi Presenti

romanzo "Sentieri invisibili" (ed. Todaro 2009), abbia letto il saggio del grande critico. Certo è che con il suo primo romanzo ha scritto un giallo "canonico", in cui i fili della storia si dipanano rigorosi. Non vi aspettate però che l'intreccio si sviluppi fin dalle prime pagine, anzi, la storia criminale si delinea quasi a metà del libro. I primi capitoli sono dedicati ad una accurata descrizione d'ambiente, la cittadina subalpina, la procura, gli uffici giudiziari, e poi tanti personaggi, che magari non sono funzionali alla trama principale, ma che in definitiva allargano la schiera dei potenziali sospetti.

Ci sono le esperienze, i gusti, gli amori, le debolezze del protagonista, che ci presentano un "detective" con molta più storia personale, molto più "carattere" rispetto a tanti suoi omologhi. Ma davvero il nostro autore aveva intenzione di scrivere una storia poliziesca? O piuttosto raccontare squarci della sua vita, delle sue esperienze professionali, delle sue scelte culturali?

Resta il fatto che tutto questo ha permesso a Giuseppe Battarino di costruire un libro estremamente intrigante, che si legge con piacere fino alla fine.

E come per tutti i bei libri, non si vorrebbero mai lasciare i personaggi che ci hanno appassionato. Se il libro vi piacerà, state tranquilli. Il nostro autore ci ha promesso di non smettere.



AUTOSUTURE™ DST Series™ EEA™ Staplers

Cutting-Edge Technology.

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

Easily. Without compromise.



contour[™]
Curved Cutter Stapler



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

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION[™]

