



acoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani



numero 7 / luglio-settembre 2007



L'editoriale

Volare più alto

di Gianluigi Melotti

L'ATTUALITÀ

Un recente concorso in Puglia per la direzione di una importante struttura ospedaliera; il collega con molti anni di esperienza primaria ed una impeccabile casistica operatoria si vede preferito un
segue a pagina 3



Primo Piano
ACOI insieme a Cittadinanza Attiva e a FIASO presenta a Roma la Carta della Qualità
di Rodolfo Vincenti



Vita dell'Associazione
...Ma noi siamo andati ben oltre!
di Enrico Pernazza

In questo numero

03 Editoriale

Volare più alto di *Gianluigi Melotti*

04 Primo Piano

ACOI insieme a Cittadinanza Attiva e FIASO presenta a Roma la Carta della Qualità in Chirurgia di *Rodolfo Vincenti*

06 Il caso clinico del trimestre

a cura di *Marco Barreca*

L'adenocarcinoma della giunzione gastro-esofagea di *Heinrich Pernthaler*

08 Vita dell'Associazione

Il nostro presidente nominato "esperto"

...Ma noi siamo andati ben oltre!

di *Enrico Pernazza*

Rapporto tra imprese delle tecnologie mediche e società scientifiche

Scuola Speciale ACOI di Chirurgia dell'Obesità

Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia - Genova 2007

Congresso Nazionale ACOI - Bergamo 2008

Congressi regionali 2007

La pagina sindacale di *Massimo Percoco*

L'angolo del fiscalista di *Franco Viccaro*

Corso FAD sul rischio clinico: SiCURE

Un chirurgo ospedaliero...

Un chirurgo donna...

Essera ACOI: perchè? di *Giusto Pignata*

Commissione Donne

L'allarme dei medici: troppe donne!

di *Micaela Piccoli*

"Chirurgia" è un sostantivo femminile

di *Simonetta Santamaria*

Commissione Risk Management

Perchè la gestione del rischio?

di *Carlo Corsi*

22 ACOI Giovani

L'invito dei Giovani Chirurghi

Marchigiani al Convegno

Trattamento chirurgico delle patologie pancreatiche di *Walter Siquini*

23 Argomenti di Chirurgia Plastica:

studio del viso di *Giovanni Umberto Agostinelli*

28 Rubriche

Il testo da consultare:

EVENTI SENTINELLA di *Rodolfo Vincenti*

IL NOSTRO ICEBERG SI STA SCIOGLIENDO

di *Michele Montinari*

Il libro da leggere:

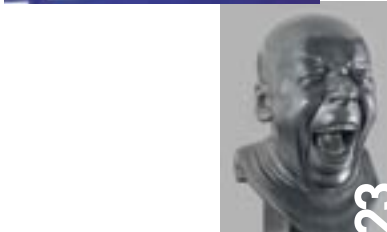
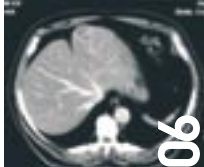
VITE SOSPESE: EUTANASIA, UN DIRITTO?

di *Michele Montinari*

La mostra da non perdere:

BOCCIONI PREFUTURISTA:

GLI ANNI DI PADOVA di *Rodolfo Vincenti*



acoi **NEWS**
www.acoi.it

Numero 7 / luglio-settembre 2007
Trimestrale dell'Associazione Chirurghi
Ospedalieri Italiani. Supplemento a
Ospedali d'Italia Chirurgia n. 2 / 2007

Direttore Responsabile

Claudio Modiano

Direttore Editoriale

Rodolfo Vincenti

Vicedirettore

Heinrich Pernthaler

Segretaria di redazione

Domitilla Foghetti

COMITATO DI REDAZIONE

Ferdinando Agresta, Marco Barreca, Stefano Bartoli, Bruno Bascone, Luca Bottero, Marco Catarci, Marco De Fazio, Bruno Di Filippo, Alessandro Ferrero, Aldo Infantino, Sergio Licheri, Gaetano Logrieco, Pierenrico Marchesa, Michele Montinari, Graziano Pernazza, Micaela Piccoli, Roberto Rezzo, Baldassarre Sansoni, Massimo Sartelli, Luisella Spinelli.

COMITATO EDITORIALE

**Piero Banna
Carlo Corsi
Feliciano Crovella
Giuseppe Di Falco
Dalila Patrizia Greco
Giannantonio Farello
Rocco Maruotti
Massimo Percoco**

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente
Gianluigi Melotti
Past President
Vincenzo Stancanelli
Vice Presidenti
**Luigi Presenti
Giovanna Riccipetroni**
Consiglieri
**Domenico Carnì
Renato Mura
Lorenzo Novellino
Ottaviano Petrillo
Giuseppe Spinoglio**
Segretario
Enrico Pernazza
Tesoriere
Luciano Landa
Segretari Aggiunti
**Stefano Bartoli
Domitilla Foghetti**

PROGETTO EDITORIALE

Roberta Marzullo

PROGETTO GRAFICO

Avenida srl

FOTOGRAFIE

Ivano Di Maria

IMPIANTI e STAMPA

Saffe srl - Firenze

La rivista, diffusa in 7.000 copie, è stata chiusa in redazione il 29/10/2007

SEGRETERIA ACOI

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

segue dalla prima

giovine di poca esperienza ed altrettanto povera casistica operatoria, ma con eccellenti relazioni politiche.

La lettera di dignitosa protesta, pubblicata su di un quotidiano nazionale, rimane senza risposta.

Un prestigioso chirurgo, di notorietà nazionale, dopo anni di direzione impeccabile del Reparto a lui affidato, è al centro di una trama politica per toglierli la Direzione della struttura (pag. 16) senza alcuna valida ragione...

I Collegi di un reparto di Chirurgia Generale, in Lombardia, ove da anni tutte le tecniche chirurgiche vengono routinariamente eseguite, scoprono all'improvviso che la Direzione Generale "sente la pressante necessità di creare una nuova struttura di Chirurgia Generale, con orientamento laparoscopico, attività totalmente mancante presso l'Ospedale in oggetto".

Esempi come questi giungono ogni giorno alla nostra attenzione, ad ulteriore testimonianza, ve ne fosse necessità, della invadenza politica nella gestione della Sanità Pubblica. La degenerazione dei meccanismi di selezione e promozione dei dirigenti, legata al prevalere di schemi relazionali e a fenomeni di adesione di tipo familistico-politico ha contribuito ad abbassare, in molte circostanze, drammaticamente il valore delle competenze e del merito.

È arrivato il momento di contribuire in modo incisivo e cogente ad introdurre un'etica della competenza e dei valori. Solo in questo modo potremo produrre speranze per il futuro.

L'ACOI non intende stare a guardare, stiamo facendo molto e vogliamo fare di più.

Il recupero della professionalità quale unico criterio per la selezione dei dirigenti è uno dei nostri obiettivi principali.

LE REGOLE

Da tempo ci siamo resi conto che non basta testimoniare ogni giorno, con la propria individuale attività, la qualità diffusa del mondo chirurgico italiano.

Una Società Scientifica come l'ACOI ha il dovere di muoversi perché questa qualità venga maggiormente percepita e difesa da tutte le componenti dell'articolato mondo sanitario, i Cittadini-utenti in prima istanza.

È per questo che, non delegando per

una volta ad altri soggetti (Sindacato, Istituzioni), abbiamo voluto scendere in campo, dialogando a lungo con le Associazioni per la difesa dei diritti dei Cittadini, senza pregiudizi, confrontando con reciproco rispetto le rispettive idee ed elaborando insieme la "Carta della qualità in Chirurgia", strumento di trasparenza adottabile auspicabilmente in tutti i reparti del Paese (pag. 4).

È stato facile, con queste premesse, coinvolgere paritariamente anche la FIASO, certi che le Aziende Sanitarie "virtuose", che sono tante, non potranno che trarre vantaggio da questa azione comune.

Altrettanto lavoro è stato fatto congiuntamente ad Assobiomedica nella rielaborazione dello scarno documento che altri hanno frettolosamente sottoscritto; incontrarsi più volte nella nostra Sede con i responsabili di alcune delle più importanti aziende del settore, insieme con la Dirigenza di Assobiomedica, ha portato alla stesura di un testo fortemente etico, che sicuramente sarà riferimento per le future relazioni fra Chirurghi e Aziende produttrici di tecnologie biomedicali.

Cercheremo di utilizzare lo stesso metodo nelle relazioni col mondo delle Aziende Farmaceutiche.

Queste esperienze, come quella di "Medicina e legalità", in cui per la prima volta i Chirurghi si sono seduti ad un tavolo di consultazione permanente con esponenti del mondo giudiziario, ci hanno convinti che solo dal dialogo costruttivo con interlocutori, che troppi esponenti della nostra categoria continuano a considerare "avversari", possono svilupparsi nuove prospettive per la nostra professione.

LA FORMAZIONE DEI CHIRURGI

Continua la diffusa attività delle nostre Scuole con le decine di Centri di Riferimento ad esse collegati; da strutture qualificate giungono proposte di istituzione di nuove Scuole da realizzare prossimamente.

Sempre più numerosi sono gli Specializzandi in Chirurgia istituzionalmente assegnati a reparti ospedalieri; il dialogo costante con le istituzioni Universitarie ci porta ottimisticamente a pensare che tutta la vasta rete di Strutture chirurgiche di qualità possa

essere patrimonio formativo diffuso per la preparazione dei nuovi Chirurghi in un futuro ormai prossimo.

IL NOSTRO RUOLO

Le recenti elezioni SIC di Verona dove, credo giustamente, abbiamo difeso le regole, conquistate con anni di battaglie comuni insieme con la parte più responsabile del mondo universitario, ci hanno visto apparentemente minoritari. La democrazia risponde alla cruda legge dei numeri. Altre volte ci è occorso nella storia della nostra Associazione. Opportunismi, ambizioni, uso disinvolto e cinico delle regole create ad hoc, possono a volte interrompere un processo di aggregazione che è ineluttabile se si hanno veramente a cuore le sorti della chirurgia italiana. Siamo pronti ad ogni dialogo che non tenda a disconoscere, come è avvenuto, la legittima rappresentatività della chirurgia ospedaliera nell'ambito delle principali società scientifiche nazionali, ma pronti altresì ad ogni battaglia se le intenzioni di alcuni, come appare, tendono in direzione contraria.

IL FUTURO

Cresce la consapevolezza, la voglia di recuperare identità ed autonomia professionale in tutto l'ambito chirurgico nazionale. Il mondo ospedaliero è unito in questa visione, come testimoniano le continue adesioni all'ACOI di colleghe e colleghi, di giovani che vogliono sentirsi rappresentati in una grande famiglia ed in essa si identificano.

È vivace al nostro interno il dibattito partecipato su come utilizzare al meglio questo patrimonio, su come accreditare sempre più la nostra Associazione nel ruolo di interlocutore forte e credibile delle Istituzioni, nell'intento di riprogettare un Sistema Sanitario ove il governo clinico rappresenti una concreta realtà e non una mera enunciazione. Stiamo acquisendo e dimostrando la capacità di progettare e realizzare progetti.

Chi ha paura di questo, chi teme l'innovazione e l'assunzione di nuove responsabilità, chi, ancorato al passato, ci vuole divisi e trascinati in diatribe di basso profilo, sbaglia fortemente, rinunciando così all'impegno per un futuro migliore per noi e per quelli che dopo di noi verranno.

Primo piano

ACOI insieme a Cittadinanza Attiva e FIASO presenta a Roma la Carta della Qualità in Chirurgia

di Rodolfo Vincenti



Chirurghi e pazienti in corsia

Da tempo ACOI ha iniziato un percorso di partnership con Cittadinanza Attiva – Tribunale per i diritti del malato (ricordo il documento congiunto inviato alla Presidenza del Consiglio ed al Ministro della Salute in merito alle conseguenze del blocco delle sponsorizzazioni ad eventi scientifici minacciato e poi confermato da Assobio-medica e Farindustria) il cui obiettivo è quello di intensificare il rapporto con il cittadino e creare un percorso virtuoso che porti l'utente del SSN a riconoscere nel chirurgo un necessario ed affidabile sostegno piuttosto che un avversario. Nell'ambito di questo progetto è nata "la Carta della qualità" con l'obietti-

vo di assicurare massima attenzione alla qualità e alla sicurezza nei reparti ospedalieri. Essa contiene un elenco di impegni che i reparti si assumono nei confronti del paziente per assicurare un servizio migliore nel rispetto del diritto del cittadino malato all'informazione, alla sicurezza, all'appropriatezza delle cure e all'innovazione. Gli impegni contenuti nella Carta della qualità in chirurgia sono riassumibili in sette principi: **accoglienza, informazione, organizzazione, consenso informato, sicurezza e igiene, innovazione e dimissioni** che rappresentano gli aspetti fondamentali e che fanno di un reparto un'organizzazione capace di prendersi cura e non solo di curare consentendo

ai cittadini di essere soggetti attivi, più consapevoli e capaci di interagire con il personale e la struttura.

La "Carta della qualità in chirurgia" è stata realizzata con il patrocinio di A.C.O.I. e F.I.A.S.O. (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere), in partnership con Johnson & Johnson Medical. Il 19 ottobre a Roma presso la Sala del Commendatore, Asl Roma/E, Borgo S. Spirito, si è tenuta la conferenza stampa di presentazione. Dopo la presentazione di **Teresa Petrangolini** (Presidente di Tribunale del malato-Cittadinanzattiva), sono intervenuti **Gianluigi Melotti** (Presidente di A.C.O.I.), **Francesca Moccia e Giuseppe Scaramuzza** (Coordinatrice nazionale e

Segretario regione Lazio del Tribunale per i diritti del malato_Cittadinanzattiva), **Anna Citarella** (Governmental Affairs & Communication Director J&J Medical spa), **Alessandro Ghirardini** (Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema), **Lorenzo Terranova** (Direttore scientifico di FIASO), **Pietro Grasso e Mauro Goletti** (Direttore Generale e Direttore Sanitario Asl Roma/E), **Giorgio Pasquini** (Coordinatore ACOI regione Lazio).

Il progetto che è ispirato ai 14 diritti della "Carta Europea dei diritti del malato" riconosciuta dal Comitato Economico e Sociale con parere sui diritti dei pazienti (SOC/221, Bruxelles 29/06/07), non è una enunciazione di intenti, ma il riconoscimento che per ottenere la fiducia dei malati che vengono ricoverati nei nostri reparti debba esistere l'impegno, da parte della struttura, al rispetto di regole, apparentemente semplici e che possono essere condensate in sette principi: accoglienza, informazione, organizzazione, consenso informato, sicurezza ed igiene, innovazione, dimissione. La Carta, composta da 54 "impegni", prevede tra l'altro che il malato abbia un medico di riferimento ed un tutor al quale rivolgersi per qualsiasi delucidazione, l'impegno alla applicazione dell'evidenza scientifica dei protocolli diagnostico-terapeutici e la disponibilità ai contatti post-dimissione.

Una lettura non meditata dei 54 enunciati probabilmente produrrà quanto meno una sottile sensazione di impotenza o di irritazione ai più, ma se si esplora più in profondità è facile rendersi conto che il progetto, perfettamente lecito e rispettoso dei diritti dell'individuo, sarà l'unica via, ancorché disagiata e ricca di ostacoli, che potrà portare ad una drastica riduzione del contenzioso medico-paziente che, allo stato attuale, ha raggiunto livelli di insostenibilità massimi.

Se i dati che Cittadinanza attiva ha recentemente divulgato sono corrispondenti alla realtà gli errori segnalati in Chirurgia si sono ridotti dal 2005 al 2006 del 4%, sembra che sia iniziato un percorso virtuoso con risultati non secondari. Resta però il dato che oltre i due terzi delle segnalazioni di presunti errori medici, stando ai dati delle Associazioni, si rivelano infondati e, quindi, probabilmente generati da un cattivo rapporto

malato-medico-struttura. Noi crediamo che l'accettazione e l'impegno al rispetto della Carta da parte di ogni singola unità operativa di chirurgia potrà radicalmente abbattere tali numeri. Al momento sono

34, tra reparti ed ospedali, i centri che hanno dato disponibilità fattiva. Coloro che hanno interesse a saperne di più possono consultare il sito www.acoi.it e www.cittadinanzattiva.it



ACCOGLIENZA



INFORMAZIONE



ORGANIZZAZIONE

CONSENSO INFORMATO



SICUREZZA E IGIENE



INNOVAZIONE

DIMISSIONI

L'opuscolo completo è disponibile sul sito www.acoi.it

Il caso clinico del trimestre

A cura di Marco Barreca

Nodulo necrotico solitario del III segmento epatico

M. Filauro, C. Bagarolo, S. Cappato, D. Dedola, F. Belli

S.C. Chirurgia Generale ed Epatobiliopancreatica, E.O. Ospedali Galliera, Genova

Il paziente, un uomo di 71 anni precedentemente sottoposto a nefrectomia radicale destra per carcinoma renale a cellule chiare, varietà a cellule granulari/eosinofile (pT1 G3 N0), eseguiva, durante il successivo follow-up, un'ecografia addominale di stadiazione. La stessa rivelava la presenza di una lesione nodulare ipoecogena di 3 x 2 cm a carico del lobo sinistro del fegato, in assenza di altre neoformazioni identificabili con la metodica. Gli esami ematochimici dimostravano un modesto incremento delle transaminasi (GOT 36; GPT 249), un quadro di leucocitosi (WBC 13.600/mm³) e marcatori tumorali negativi ad eccezione di un modesto rialzo del CEA (12,6 U/ml).

Veniva pertanto eseguita una TC con m.d.c. che confermava la presenza di una neoformazione solida a contorni lobulati del III segmento epatico, del diametro massimo di 5 cm, con disomogeneo contrast enhancement, riferibile in prima ipotesi a lesione di tipo secondario (Fig. 1). La PET escludeva



Figura 1
TC con m.d.c. L'esame evidenzia una neoformazione solida a contorni lobulati, del diametro di 5 cm, con contrast enhancement disomogeneo.

la presenza di altre lesioni.

Il paziente veniva pertanto sottoposto ad intervento di segmentectomia del III segmento epatico per via laparoscopica (Fig. 2), previa

valutazione con ecoparoscopia intraoperatoria dei rapporti della lesione con i maggiori assi vascolari e biliare.

Il decorso post-operatorio è stato regolare ed il paziente è stato dimesso in terza giornata. L'esame anatomicopatologico

documentava una neoformazione nodulare di colore grigiastro e consistenza compatta (Fig. 3), che all'esame istologico appariva come una lesione necrotica, a focale carattere suppurativo, con predominante componente di granulociti neutrofili, delimitata da una palizzata marginale istiocitaria e da una pseudocapsula fibrosa. I rilievi istomorfologici concorrevano a porre diagnosi di "nodulo necrotico solitario".

Commento

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un numero crescente di interventi chirurgici sul fegato, grazie al miglioramento della tecnologia disponibile, alla nascita di centri dedicati ed alla standardizzazione delle tecniche di resezione. Per tali ragioni la condotta chirurgica di molti autori è diventata sempre più aggressiva nell'approccio alle lesioni epatiche. Ciò ha comportato il riconoscimento e la conseguente descrizione in letteratura di nuove entità cliniche.

Il "nodulo epatico solitario" è una rara lesione di cui sono stati riportati in letteratura circa una cinquantina di casi. Descritta per



Figura 2 Ecografia intra-operatoria

la prima volta nel 1983 da Shepherd e Lee, tale tipo di lesione può essere facilmente scambiata, all'intervento chirurgico, per una lesione secondaria. Nonostante sia stata riportata anche in pazienti giovani, ha un'incidenza maggiore tra la settima e l'ottava decade, con una preponderanza nel sesso maschile (circa 5 casi ad uno). La patogenesi di tali noduli rimane poco chiara. La maggior parte delle lesioni descritte in letteratura si trova sulla superficie dell'organo ed è a carico del lobo destro del fegato; per tale motivo i primi autori hanno ipotizzato che un trauma chiuso possa essere implicato nella loro eziogenesi. Altrettanto frequentemente tali lesioni sono state descritte in prossimità di vasi portali.

Berry, che ha descritto due casi in una serie di 1.000 autopsie, ha suggerito che tali noduli possano originare da lesioni vascolari e che rappresentino quindi emangiomi trombosati o sclerosati. Successivamente Sundaresan ha riaffermato tale possibile eziopatogenesi segnalando come ad un'attenta analisi microscopica siano presenti in tali lesioni residui di strutture simil-

emangiomatose.

Viceversa le colorazioni di Gram, Ziehl-Neelsen e PAS non hanno dimostrato la presenza di batteri o funghi all'interno delle lesioni necrotiche. Tsui e Clouston hanno invece documentato la presenza di protozoi e larve di elminti all'interno di alcuni di questi noduli, suggerendo come i noduli necrotici solitari possano originare dalla reazione fibrosa generata attorno all'incapsulamento di tali parassiti nel corso del loro ciclo vitale, normale od ectopico.

È probabile che i noduli necrotici solitari non abbiano un'eziopatogenesi univoca, ma rappresentino una varietà di lesioni benigne derivate da trombi intraepatici organizzati, emangiomi sclerosanti ovvero da migrazione di larve o parassiti viscerali, oppure che rappresentino delle metastasi necrotiche.



Figura 3 Aspetto macroscopico della lesione

Tutti i pazienti riportati in letteratura erano asintomatici ed i noduli sono stati scoperti come reperto incidentale nel corso di esami autoptici o di interventi chirurgici, ovvero di esami radiologici eseguiti per altre ragioni (follow-up oncologico, traumi, etc.). Ciò potrebbe spiegare perché in più del 50% dei

pazienti vi sia una pregressa storia di tumore maligno potenzialmente metastatico.

Le indagini radiologiche, per quanto accurate, sono generalmente aspecifiche e possono essere fuorvianti.

L'aspetto TC di queste lesioni è difatti spesso indistinguibile da un adenocarcinoma metastatico o un colangiocarcinoma periferico. Anche l'eventuale biopsia percutanea della lesione mostrando materiale cellulare necrotico, pone il sospetto di trovarsi di fronte ad un carcinoma. Tali lesioni devono pertanto essere ritenute maligne sino a prova contraria ed il miglior trattamento di questi noduli di non univoca interpretazione a carico del fegato rimane, al momento, la resezione epatica segmentaria, che consente di ottenere una univoca diagnosi istologica.

L'ADENOCARCINOMA DELLA GIUNZIONE GASTROESOFAGEA

L'impatto del margine di resezione prossimale e dell'approccio chirurgico sull'esito terapeutico

Andrew P. Barbou MD et al.

Department of Surgery, Epidemiology-Biostatistics and Pathology, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY - *Annals of Surgery*, 2007, Volume 246: 1-8, (Editorial 9-10)

ABSTRACT

Obiettivo: determinare se la lunghezza della resezione esofagea o l'approccio chirurgico hanno un impatto sull'esito terapeutico dei pazienti con adenocarcinoma della giunzione gastroesofagea (GGE). La resezione R0 in questi pazienti è indubbiamente fondamentale per una terapia curativa, la lunghezza ottimale della resezione esofagea è tuttora in discussione.

Metodo: sono stati individuati da un database ottenuto in maniera prospettica i pazienti con GGE tipo Siewert I, II o III sottoposti ad intervento chirurgico macroscopicamente radicale senza terapia neoadiuvante. Il margine prossimale è stato documentato ex vivo come distanza tra il margine del tumore e la linea di transezione. L'approccio chirurgico è stato differenziato in gastrectomia con resezione esofagea limitata o esofagectomia totale.

Risultato: dal 1985 fino al 2003, 505 pazienti sono stati sottoposti ad una gastrectomia R0/R1 (n=153) o ad esofagectomia (n=352) senza terapia neoadiuvante. Nessuna diffe-

renza risulta tra gastrectomia ed esofagectomia nella frequenza di resezioni R0/R1, numero dei linfonodi asportati o mortalità operatoria. L'analisi univariata ha dimostrato che il margine prossimale ex vivo > di 3,8 cm (che corrisponde a ben 5 cm in situ) rappresenta il fattore prognostico più predittivo per una migliore sopravvivenza. L'analisi multivariata ha dimostrato che, nei pazienti sottoposti a resezione R0 con un numero di linfonodi esaminati maggiore di 15 (n=275), il numero dei linfonodi positivi, lo stadio T, il grado di differenziazione e il margine prossimale ex vivo > di 3,8 cm rappresentano tutti fattori prognostici indipendenti. Un'analisi di sottogruppi ha dimostrato che il beneficio di un margine prossimale ex vivo > di 3,8 cm è limitato ai pazienti con tumori T2 o > e con un numero di linfonodi positivi pari a 6 o inferiore.

Conclusioni: i pazienti affetti da GGE non sottoposti a terapia neoadiuvante dovrebbero essere operati in modo da ottenere una re-

sezione R0 che includa almeno 15 linfonodi ed un margine di esofago prossimale microscopicamente indenne di 5 cm con migliori benefici per i pazienti con meno di 6 linfonodi positivi ed uno stadio T2 o superiore. L'approccio chirurgico deve essere individualizzato al fine di ottenere tali risultati.

Breve commento: la presente pubblicazione non si limita a dimostrare che la resezione R0 è fondamentale nel trattamento chirurgico dell'adenocarcinoma della GGE, ma fa un passo avanti nel dimostrare l'importanza del margine di resezione prossimale ex vivo > di 3,8 cm (esteso e fissato su sugaro); ciò significa che almeno 5 cm in situ devono essere resecati intraoperativamente. L'approccio chirurgico deve essere quindi pianificato in modo da garantire almeno la lunghezza qui definita di esofago prossimale da resecare. Il vantaggio per la sopravvivenza si limita ai pazienti con uno stadio T2 e con meno di 6 linfonodi positivi nei casi in cui né siano stati asportati almeno 15, escludendo così stadi iniziali o avanzati. I pazienti affetti da adenocarcinoma tipo Siewert III rischiano maggiormente di non essere adeguatamente resecati rispetto a quelli con ADC tipo Siewert I e II per i quali si esegue un approccio ad domino-toracico o transiatale. Per garantire un'adeguata radicalità oncologica, risulta dunque cruciale un approccio chirurgico che consenta di ottenere un adeguato margine esofageo prossimale, microscopicamente indenne, evitando quindi una resezione esofagea troppo limitata, come quella che potrebbe derivare da una gastrectomia con approccio esclusivamente addominale.

Vita dell'Associazione

Il nostro presidente nominato "esperto"



Livia Turco

Il Ministro della Salute, con decreto del 26.04.07, ha nominato, quale "esperto" del Consiglio Superiore di Sanità per il triennio 2006-2009, il nostro Presidente Gianluigi Melotti.

Il Ministro ha ritenuto necessario costituire un contingente nell'ambito del quale individuare gli esperti da invitare alle adunanze dell'Assemblea Generale e delle Sezioni del CSS e con la possibilità di convocazione ai lavori della Commissione unica dei dispositivi medici (CUD).

Questo prestigioso riconoscimento te-

stimonia quanto le iniziative intraprese dall'ACOI e portate avanti con fermezza, costanza e determinazione e che hanno avuto con il successo del Congresso di Bologna il momento di maggiore visibilità e di intenso coinvolgimento delle Istituzioni, stiano portando progressivamente i Chirurghi Ospedalieri Italiani verso l'obiettivo di poter essere considerati soggetto attivo nella pianificazione e nella definizione dei piani strategici del SSN. Ciò per noi tutti deve essere motivo di orgoglio e stimolarci al prosieguo del cammino intrapreso.

...Ma noi siamo andati ben oltre!

di Enrico Pernazza

Come è noto, alla fine del 2006, in reazione alla legge Finanziaria, come un fulmine a ciel sereno, il "cartello" di Assobiomedica che interrompeva ogni forma di collaborazione con le Società scientifiche, ha creato la improvvisa cessazione di ogni attività formativa e congressuale. Nei mesi successivi, nella sede istituzionale di ACOI in Roma, si è attivato un dibattito molto vivace sul ruolo delle società scientifiche, dell'industria e sui rapporti tra questi due soggetti concretizzato in ripetuti incontri tra le parti. Le oggettive difficoltà economico-finanziarie del nostro Paese, emerse in modo netto – e a tratti drastico – dalla Finanziaria per il 2007, la domanda di salute sempre crescente, l'innovazione tecnologica costante, hanno evidenziato i molti problemi strutturali della nostra sanità.

Queste evidenze hanno posto tutti gli operatori di fronte ad una sfida: coniugare professionalità, aggiornamento, qualità delle prestazioni con gli oggettivi limiti di bilancio.

ACOI ed Assobiomedica hanno accettato questa sfida. Hanno avviato un dialogo serrato e franco su tutti i problemi del settore ed in particolare sui rapporti tra società scientifiche e industria. Hanno discusso di aspetti tecnici, consci che questi erano lo strumento utile ed indispensabile per fare quel salto di qualità nel rapporto chirurghi/industria che era ormai improcrastinabile.

Mal'accordo che ACOI ed Assobiomedica han-

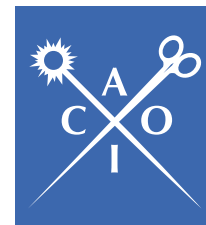
no sottoscritto va ben al di là delle regole di comportamento a cui le due associazioni hanno deciso volontariamente di assoggettarsi; è la base per far emergere in tutta trasparenza ed evidenza ed affermare con forza – e anche un po' di orgoglio – che è dal rapporto sano tra chirurghi e industria che nascono la qualità e l'affidabilità della prestazione sanitaria in chirurgia. Senza questo rapporto continuo e trasparente non ci sarebbero chirurghi capaci

ed esperti, non ci sarebbero dispositivi medici sempre più efficaci ed affidabili.

ACOI ed Assobiomedica sono ben consci delle difficoltà economiche esistenti; ma anche su questo aspetto ribadiscono con forza che è solo da una corretta valutazione dell'appropriatezza, unita alla conoscenza del settore e al riconoscimento di autonomia e responsabilità dei professionisti che si possono fare le scelte giuste a costo sostenibile.



ASSOBIOMEDICA
Associazione nazionale per le
tecnologie biomediche e diagnostiche



Rapporto tra imprese delle tecnologie mediche e società scientifiche

Nella moderna sanità è del tutto evidente l'importanza dello stretto rapporto tra medicina e tecnologie; le prestazioni mediche, sempre di più oggi, si avvalgono e riflettono la tecnologia usata.

Quello tra dispositivo medico e prestazione sanitaria è infatti un rapporto simbiotico alla cui evoluzione ha contribuito non poco l'innovazione tecnologica; innovazione tecnologica che è a sua volta frutto della stretta collaborazione tra mondo industriale e professione medica.

È su questo circolo virtuoso che si fonda il progresso della medicina che ha consentito e consente un progressivo miglioramento della qualità e durata della vita, grazie alla

disponibilità per il paziente di cure sempre più appropriate ed efficaci.

Il "dialogo" tra i produttori di dispositivi medici e diagnostici e sanitari non si limita al semplice confronto tecnologico. È soprattutto scientifico, fondato sull'approfondimento e la ricerca nei vari campi del sapere medico ed è alimentato dalla naturale tensione verso la conoscenza ovvero dall'ansia di scoperta e di progresso che anima tutti i cultori della propria materia.

Questo rapporto, considerandone il significato ed il valore, è essenziale che si possa e si debba sviluppare ed arricchire all'interno di un dialogo continuo e paritetico. Dialogo che nel rispetto dei più alti valori etici e di un quadro di regole chiaro e condiviso consenta di continuare a rafforzare questa indispensabile e costruttiva collaborazione nella massima correttezza e trasparenza con il solo obiettivo di offrire al chirurgo quanto vi sia di meglio e più appropriato per il paziente.

Dialogo e collaborazione che, in accordo con finalità condivise a proposito di formazione, informazione e ricerca e allo scopo di assicurare il proprio e reciproco contributo, si realizzano e si strutturano nel rapporto di mediazione tra Industria e Società Scientifiche.

Con il presente documento desideriamo dunque proporre una auto-regolamentazione che veda i diversi attori operanti nell'ambito della sanità impegnati in uno sforzo che induca tutti alla massima correttezza, trasparenza, sobrietà ed etica dei comportamenti al fine di migliorare l'immagine e la credibilità complessiva del settore ed incrementarne così autorevolezza e riconoscimento in tutti i livelli amministrativi ed istituzionali e nell'opinione pubblica.

Due sono sostanzialmente gli ambiti sui quali proporre nuovi modelli di comportamento che vedano le Aziende e le Società scientifiche affiancate nella formulazione di codici di comportamento in grado di rispondere con chiarezza e trasparenza ad un realistico programma di sostenibilità, compostibilità e compatibilità del sistema:

1. Tecnologia
2. Formazione

1) Tecnologia

La crisi economica e produttiva in atto in Italia, impone di ripensare i modelli di sviluppo da adottare e di riconsiderare la allocazione interna delle risorse disponibili. Occorre individuare un sistema di tutela della salute sostenibile da parte della economia nazionale e verificare se e in qual modo esso possa contribuire al suo rilancio. Il nodo di fondo è come rendere compatibili i bisogni dei cittadini con le risorse disponibili ma non certo a danno delle prestazioni.

La strategia politica deve tener conto di chi ne ha responsabilità permanente secondo un modello che coniughi la responsabilità politica con quella clinico organizzativa dei dirigenti.

È assolutamente necessario passare da un modello competitivo ad un modello cooperativo che, attraverso una forte valorizzazione delle buone pratiche cliniche, recluti tutti i professionisti, medici e non, rappresentati dalle Società Scientifiche di appartenenza, nell'obiettivo di invertire le curve di caduta della qualità e di crescita dei costi.

Un equilibrio nuovo, o meglio l'integrazione delle competenze e dei poteri, quello politico-manageriale e quello tecnico-professionale, richiede infatti una decisa correzione di rotta delle politiche di programmazione e gestione dei servizi sanitari che valorizzi la centralità dei luoghi, delle procedure e dei soggetti a cui fanno capo i processi clinico assistenziali.

Condizione pregiudiziale a quanto espresso è il pieno riconoscimento ed il rispetto di una sfera decisionale fondata su una sostanziale autonomia tecnico-professionale. Questa autonomia decisionale

deve produrre responsabilità professionali e strumenti di governo delle attività sanitarie, quali ad esempio:

- sistemi di monitoraggio attraverso standard ed indicatori quali-quantitativi delle prestazioni e degli esiti,
- la costruzione e la diffusione sistematica ed autorevole di raccomandazioni fondate sull'evidenza delle prove di efficacia relative a percorsi diagnostico terapeutici o a programmi di prevenzione primaria e secondaria,
- la prevenzione e la gestione del rischio connesso alle attività sanitarie per pazienti ed operatori,
- efficaci politiche di rilievo e soddisfazione dei bisogni formativi di tutti gli operatori.

In questa continua e indissolubile trasversalità tra responsabilità ed autonomie tecnico professionali e quelle derivanti da una coerente organizzazione e gestione delle risorse affidate, si sostanzia una dirigenza speciale per Aziende speciali per promuovere e tutelare una sorta di Livelli Essenziali di Qualità, di Efficacia e di Sicurezza delle prestazioni rese ai cittadini.

In un paese che si rispetti gli operatori sanitari, nessuno escluso, devono avere voce in capitolo, con rappresentanti preparati e onesti. È necessario rivedere le regole di base. Aziende Sanitarie e professionisti, come ancor prima Istituzioni, Aziende produttrici e Associazioni Scientifiche, debbono essere concordi nella responsabilità delle scelte operative per evitare, lavorando con correttezza e onestà quella dicotomia organizzativa contro la quale ci scontriamo ogni giorno.

Il mondo scientifico negli ultimi venti anni ha rivoluzionato sistemi diagnostici e protocolli terapeutici. Ha cambiato procedure di risposta e sistemi di protezione.

Non è accaduto altrettanto nell'altra parte di organizzazione sanitaria.

Non è accaduto per mancanza di disponibilità economica e, a volte, troppe volte, per altre più detestabili ragioni.

La questione centrale, come detto, riguarda l'autonomia professionale del giudizio e delle scelte cliniche. In nome della compatibilità viene sempre più condizionata per garantire le più sicure condizioni di economicità al sistema con l'effetto tutt'altro che secondario di bloccare qualsiasi evoluzione professionale. Il risultato finale è che il ridimensionamento del ruolo del chirurgo rischia di configurarsi come una perdita di garanzia nei confronti di chi ne chiede l'intervento.

Fino ad oggi nulla si è fatto per evitare l'accentuarsi di questi conflitti sociali, rischiando di scivolare sempre di più verso una medicina difensiva, verso una logica assicurativa, verso una crescente delegittimazione sociale e verso una espropriazione dell'autonomia.

L'alta professionalità non tollera le rigidità, al massimo sollecita un ruolo aperto. L'autonomia del chirurgo, del medico in genere, non è una concessione o un privilegio che si deve alla professione. È una necessità e una condizione della stessa professione. Senza autonomia non si fa buona medicina. Il ruolo ha i suoi comportamenti e le sue variabili, suscettibili di assumere modalità diverse e di combinarsi tra loro in vari modi, ma la sua vera peculiarità è l'autonomia, cioè lo spazio decisionale lasciato aperto, quindi interpretabile a seconda dei casi.

2) Formazione

L'Adozione di Codici Etici (così come già fatto da Assobiomedica) ed un rigoroso impegno a migliorare la qualità e ridurre il numero di eventi e congressi scientifici anche da parte delle varie Società Scientifiche sarebbero certamente degli importanti segnali in questo senso. Le Società Scientifiche dovrebbero assumersi la responsabilità di valutare la qualità degli eventi, evidenziandone il contenuto formativo e scientifico, vigilando che questi siano anche

coerenti rispetto ad etica e sobrietà dell'organizzazione e delle sedi congressuali, per dare il loro patrocinio ad un numero selezionato di essi. Soltanto un'autoregolamentazione seria e qualificata, a prescindere dai rigidi schematismi che spesso leggi e regolamenti impongono, potrebbe aumentare la credibilità e l'immagine di coerenza ed impegno consapevole all'intero settore.

Inoltre, l'attuale situazione economica generale e della sanità in particolare, deve indurre a ripensare i classici e tradizionali meccanismi congressuali per identificare formule più consone all'attuale contesto.

Qui di seguito offriamo una base di lavoro per la definizione, nell'ambito della collaborazione tra imprese e società scientifiche, di regole etiche e comportamentali per quanto concerne la partecipazione, il sostegno economico-organizzativo e il supporto tecnico-scientifico ad attività congressuali e promozionali.

L'obiettivo che ci si pone è il concordare una serie di norme cui le Società Scientifiche (in nome e per conto dei propri iscritti) e Assobiomedica (in nome e per conto delle imprese associate) nel pieno rispetto delle regole della concorrenza, dettate dagli articoli 81 e 82 del "Trattato CE", nonché degli articoli 2 e 3 della Legge N. 287/1990 (Norme per la tutela della concorrenza e del mercato), faranno riferimento volontariamente al fine di:

- realizzare una collaborazione efficace e paritetica che meglio risponda alle reciproche finalità
- rendere più trasparenti le attività di formazione e informazione nel settore dei dispositivi medici e diagnostici *in vitro*
- valorizzare il ruolo delle Società scientifiche nell'accreditamento delle attività di formazione
- rivalutare le attività di formazione sulla base della qualità e dei contenuti scientifici
- utilizzare al meglio le risorse economiche disponibili e necessarie alla realizzazione dei singoli eventi

Le Imprese esercitano un ruolo attivo e diretto sia per quanto concerne i processi legati all'informazione e alla conoscenza dei propri prodotti/servizi sia per quanto concerne le attività finalizzate alla formazione e allo sviluppo professionale degli Operatori Sanitari.

Le specificità del settore medico-scientifico cui ci si riferisce e le peculiarità delle relative professionalità mediche coinvolte devono essere al tempo stesso vincolo e guida per la definizione del corpo normativo prendendo le mosse dai Codici Etici attualmente in essere.

I criteri essenziali cui fare riferimento si possono identificare in:

criteri etici, criteri qualitativi e criteri economici.

• Criteri Etici

I Codici e gli Organi di Controllo Deontologico costituiscono in questo ambito il riferimento obbligato sia per la Professione che per le Imprese.

È opportuno rilevare che la partecipazione ad eventi congressuali da parte di personale sanitario dipendente della Pubblica Amministrazione avrà luogo in conformità con la normativa vigente e in ottemperanza a procedure standard i cui tratti fondamentali sono di seguito indicati:

- L'Impresa predisporre ed invia una comunicazione informativa alla Pubblica Amministrazione (ASL, AO, ecc.), manifestando la propria disponibilità a sostenere le spese relative all'iscrizione e/o partecipazione ad un determinato evento congressuale di un operatore sanitario;
- Individuati gli operatori sanitari sulla base delle necessità formative dei singoli, tenuto conto anche dell'interesse dell'Ente di appartenenza, ottenuta l'approvazione da parte della Direzione responsabile, l'Impresa opererà in modo tale da verificare ed assicurare che la partecipazione avvenga secondo modalità corrette e verificabili.

Le Imprese si impegnano a non partecipare in alcun modo all'organizzazione di eventi che non abbiano ricevuto preventivamente il patrocinio e/o la validazione qualitativa della/e Società Scientifica/che di riferimento. Si impegnano inoltre, rispondendo al riguardo anche per quanto eventualmente fatto dalle loro case madri e dai loro agenti/distributori, a non organizzare direttamente o indirettamente, ovvero a non partecipare sotto qualunque forma a congressi, convegni, workshop nei quali gli aspetti turistico-ricreativi prevalgano su quelli tecnico-scientifici e ad evitare tassativamente che le spese di ospitalità e viaggio siano estese agli eventuali accompagnatori degli invitati.

Le Società Scientifiche si impegnano, rispondendo al riguardo anche del comportamento dei propri iscritti, a contenere entro limiti di oggettiva necessità scientifica e formativa il numero di convegni e congressi concedendo il proprio patrocinio solo a quegli eventi che, selettivamente ed al meglio, rispondono ai Criteri Qualitativi più oltre indicati.

Le Società Organizzative di eventi si impegnano a rendere pubblico e trasparente il bilancio degli stessi.

• Criteri Qualitativi

Il valore delle iniziative congressuali e promozionali si riscontra in eventi che rispondono alla esigenza di:

- Assicurare un contributo alla formazione di Professionisti

BARD. THE HERNIA REPAIR COMPANY

La Sinergia diventa Semplicità

Composix E/X **Precision Pass** **Salute**

BARD

preparati ed aggiornati e quindi in grado di utilizzare al meglio e con appropriatezza le tecnologie ed i prodotti disponibili

- Garantire che il personale addetto alla formazione/docenza sia in possesso della qualifica e dell'esperienza adeguate allo scopo
- Presentare prodotti, tecnologie, servizi e novità in contesti qualificati e stimolanti
- Fornire alla Professione l'occasione e l'opportunità per il confronto e la discussione delle proprie idee ed esperienze
- Illustrare e dibattere i risultati di Studi e Ricerche
- Essere la sede naturale per lo sviluppo e l'attuazione della Formazione e della ECM assicurandone la qualità e l'affidabilità. È pertanto opportuno a questo proposito porre attenzione alla necessità di includere sistematicamente all'interno dei programmi ufficiali sessioni dedicate/riguardanti:
 - la professionalità del medico (aggiornamento, autonomia, responsabilità, ecc..)
 - gli aspetti economici e di gestione sanitaria che impattano
 - l'attività del medico e la qualità della prestazione
 - la possibilità di accesso alle terapie più avanzate ed efficaci
 - l'appropriatezza, la responsabilità delle scelte e la Governance Clinica.

In definitiva offrire un contributo reale sul piano dialettico al tema della politica per la salute attraverso la partecipazione dei vari attori sia della politica, che dell'amministrazione che dell'industria in un aperto confronto/dibattito con gli operatori sanitari.

• Criteri Economici

La logica impone che a questo riguardo gli interventi normativi siano nella direzione di una rigorosa sobrietà che aiuti ad evidenziare la qualità dei contenuti scientifici rispetto all'amenità delle localizzazioni o degli aspetti logistico-funzionali.

Sono numerose le aree di interesse sulle quali, oltre all'adesione e al rispetto di ogni normativa legale-fiscale applicabile, sono necessari rigore e trasparenza ed in particolare:

- Gli aspetti logistico-organizzativi delle attività congressuali devono in generale essere adeguati all'obiettivo di cultura, formazione e informazione di cui si è detto e l'ospitalità deve essere improntata ad un comfort certamente decoroso, ma anche sobrio dei partecipanti.

- I criteri di selezione delle località e sedi congressuali dovranno privilegiare particolarmente gli aspetti funzionali e di comoda e facile raggiungibilità e non quelli turistici.
- L'ospitalità, per le iniziative che prevedono una permanenza prolungata, deve essere limitata ad un lasso di tempo precedente l'inizio e/o successivo la fine della manifestazione non eccedente le 24 ore.
- I servizi alberghieri di vitto e alloggio, ancorchè decorosi, devono essere di costo contenuto, analogamente gli eventi sociali devono essere improntati ai criteri di cui sopra.
- Ogni spesa relativa agli accompagnatori sarà sostenuta in proprio dal partecipante all'evento; i programmi sociali satelliti debbono essere esclusivamente riservati agli accompagnatori e pagati autonomamente.
- L'eventuale rimborso delle spese di viaggio ai partecipanti all'evento deve essere concordato e riconosciuto nella misura dei costi documentati effettivamente sostenuti.
- L'impegno di Speakers e/o Docenti se richiesto deve essere oggetto di un regolare e commisurato onorario professionale.
- L'eventuale partecipazione alle spese logistico-organizzative degli eventi da parte delle Imprese deve essere chiaramente dichiarata prima e visibile nel corso dell'evento.

- Se del caso, eventuali up-grade rispetto alla normale e prevista offerta logistica potranno avvenire solo attraverso una documentata integrazione a proprie spese da parte dei partecipanti.

- Gli aspetti di tipo logistico-organizzativo sono senza dubbio temi

di più stretta competenza dei providers/organizzatori per i quali è comunque opportuno fornire una griglia di valutazione formulata secondo criteri di accreditamento, qualità, risultati e dettami legislativi (Lg 231/2001).

A tale proposito, per quanto concerne gli aspetti negoziali e di interfaccia con le Imprese, Assobiomedica segnala che per chi lo richieda, mette a disposizione e delega ad Assobiomedica Servizi srl la tematica e la relativa operatività.

- Sotto il profilo tecnico dovranno essere dunque discussi e condivisi temi quali:
 - Aspetti logistici (località e raggiungibilità)
 - Costi alberghieri e commissioni di agenzia per la prenotazione di camere
 - Pacchetti *minimum stay* e possibilità di pernottamenti singoli
 - "liste aperte" di ospiti e possibilità di cambi/sostituzioni
 - Regolamentazione delle eventuali modifiche/cancellazioni
 - Elenco di massima delle voci di spesa riconoscibili e riconducibili agli sponsor.

Ad ulteriore garanzia di qualità riteniamo opportuno indicare per il protocollo proposto la **validità di mesi 12 a partire dall'1 ottobre 2007** e di proporre **un processo osservazionale e di monitoraggio degli eventi** sulla base dei seguenti parametri:

1. Specificità delle professioni
2. Sostenibilità del sistema attraverso l'appropriatezza dell'uso delle risorse e la corretta gestione delle stesse
3. La sicurezza del sistema per operatori e utenti

ASSOBIOMEDICA



A.C.O.I.



ALLEGATO

Per quanto riguarda gli eventi ACOI, è condiviso con Assobiomedica il seguente accordo:

- **Regionali:** 10 per ogni anno solare, a partire da gennaio 2008
- **Nazionali:** 2 per ogni anno solare
- **Scuole speciali ACOI:** il sistema è considerato valido, si mantiene pertanto il sistema organizzativo attualmente in vigore

Regole di programmazione

1) Per pianificare al meglio la partecipazione delle imprese, gli eventi saranno programmati con la seguente tempistica:

- **Eventi nazionali:** 12 mesi prima della data
- **Eventi regionali:** 6 mesi prima della data

2) Per gli inviti, ciascuna impresa potrà offrire l'ospitalità allo stesso medico solo 2 volte all'anno, ad esclusione dei relatori.

L'edizione 2007/2008 della **SCUOLA SPECIALE ACOI DI CHIRURGIA DELL'OBESITÀ**, diretta dal Prof. Umberto Parini, inizierà il 20 e 21 novembre c.a.. Il programma è scaricabile dal sito www.acoi.it. Per informazioni contattare la segreteria della Scuola al numero 0165/543285 oppure tramite email: crispo.Antonella@uslaosta.com.

Riceviamo e pubblichiamo

Vita dell'Associazione

17° CONGRESSO NAZIONALE ACOI DI VIDEOCHIRURGIA

29/30 NOVEMBRE · 1 DICEMBRE 2007 · GENOVA · MAGAZZINI DEL COTONE



XVII CONGRESSO NAZIONALE A.C.O.I. DI VIDEO CHIRURGIA

IN VIDEO VERITAS...

La chirurgia dal libro al dvd

Presidente **G. Sergio Bondanza**

Vice-Presidenti **Aldo Cagnazzo - Marco Filaurò**



un risultato che possa migliorare la qualità di vita e la sua durata. Il programma scientifico prevede momenti di incontro con la partecipazione di chirurghi e prestigiosi protagonisti del motociclismo internazionale.

Saranno benvenuti anche gli accompagnatori dei Congressisti, perché la Liguria è bella anche d'inverno e Genova in particolare, capitale europea della cultura nel 2004, è in grado di offrire attrazioni turistiche ed artistiche di tutto rispetto.

Per questo ci impegneremo per presentare un programma sociale adeguato al livello scientifico che i chirurghi ospedalieri italiani certamente sapranno proporre.

Ormai è tutto pronto per il XVII Congresso Nazionale A.C.O.I. di Video Chirurgia.

La sede Congressuale sarà i Magazzini del Cotone di Genova, e le date saranno il 29-30 Novembre e 1 Dicembre 2007.

Il titolo "In video veritas... la chirurgia dal libro al dvd" significa essenzialmente due cose: la prima è che anche le esperienze chirurgiche più brillanti perdono smalto se non sono supportate da un'adeguata rappresentazione delle tecniche con cui sono state realizzate, cosa diventata ormai routinaria specie dopo l'avvento della chirurgia laparoscopica.

La seconda, e forse la più importante, è che la chirurgia si apprende e si insegna sempre più con l'ausilio dei filmati che con quello pur sempre valido, dei libri.

Per questo ci siamo adoperati con il massimo impegno per trattare temi all'avanguardia, tali da assicurare la presenza di prestigiosi relatori. Sono pervenuti moltissimi filmati di alta qualità che saranno i protagonisti di un interessante e vivace programma scientifico.

Quest'anno l'A.C.O.I. ha voluto confrontarsi sul tema della sicurezza e dell'evoluzione della tecnologia con l'Associazione Nazionale del Ciclo e Motociclo, trovando un partner sensibile a tali tematiche.

Riteniamo infatti, che l'accostamento di questi due mondi, apparentemente distanti, sia affascinante non solo per la grande quantità di chirurghi appassionati di moto, ma anche per l'analogia dell'evoluzione tecnica e tecnologica dei prodotti, la continua ricerca, e la verifica costante di tali soluzioni specie in funzione della sicurezza, sia in strada, che nel circuito, che in sala operatoria, in funzione di

SEGRETERIA SCIENTIFICA OSPEDALE GALLINO - A.S.L. 3

Via Ospedale Gallino - Pontedecimo (GE)
Riferimento: Dott. M. Castagnola
segreteriascientific@invideoveritas.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA totem eventi

Viale Tappani, 19/7 - 16043 Chiavari (GE)
tel. 0185 37 02 04 - fax 0185 36 86 84
info@invideoveritas.it

programma

Giovedì 29 novembre 2007

- La Chirurgia del Retto
- Medicina e Legalità
- Sessione Under 40
- La Chirurgia dell'Obesità
- Il Chirurgo e il Pilota "Il pericolo... è il mio mestiere"
- Chirurgia Toracica

Venerdì 30 novembre 2007

- Video-Shock
- La Chirurgia della Parete Addominale
- La Chirurgia Endocrina degli Organi Parenchimatosi
- Tecnologia e Sicurezza: obiettivo rischio zero in collaborazione con ANCMA
- Novità Tecniche e Tecnologiche
- Risk Management
- La Chirurgia dell'Esofago e dello Stomaco
- Video Extra
- La Chirurgia del Tenue e del Colon
- Chirurgia Vascolare
- Chirurgia Plastica

Sabato 1 dicembre 2007

- La Chirurgia Robotica
- Video Festival di Chirurgia Epato-Biliare
- Chirurgia Pediatrica

Sicurezza del Paziente in Chirurgia e procedure Infermieristiche: esperienze a confronto

Vita dell'Associazione

27° Congresso Nazionale ACOI



Bergamo

28/31 maggio 2008
Fiera di Bergamo
Via Lunga



Lorenzo Novellino

Carissimi Colleghi,

è questo un invito a partecipare al 27° Congresso Nazionale dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani che si terrà a Bergamo dal 28 al 31 Maggio 2008.

Dopo un anno particolarmente difficile, che ha visto il blocco delle sponsorizzazioni degli eventi congressuali per le ragioni a Voi ben note, il 27° Congresso ACOI si pone come occasione importante per riprendere quel confronto fra idee, esperienze e risultati essenziale per la nostra crescita professionale.

L'invito Vi giunge attraverso la rappresentazione del manifesto congressuale che, coniugando il titolo "**Arte, tecnologie e risorse verso un ospedale nuovo**" con l'immagine, vuole esprimere con forza la criticità che il chirurgo sta oggi vivendo, ma anche la passione e l'entusiasmo che, nonostante tutto, ancora animano la nostra Arte.

Nel manifesto, in alto, luminosa e bellissima appare la città murata di Bergamo così come si presenta ai pazienti ricoverati nel nostro ospedale. L'immagine non è casuale, né risponde a meri intenti estetici, ma vuole essere un richiamo esplicito alla necessità imprescindibile di contestualizzare ogni linea politico-sanitaria in una realtà territoriale specifica.

Alla leggerezza aerea della Città Alta si con-

trappone una vasta zona d'ombra nella quale si intravede un chirurgo al lavoro, stretto tra il dovere di dare risposte al bisogno di salute e l'amarezza, spesso, di non poterlo ottemperare in modo adeguato.

Come in un quadro di Caravaggio, il fulcro del manifesto è costituito dalla luce che si irradia dalle mani del chirurgo, espressione di una professione che è intrinsecamente "sapere" e "saper fare", alta tecnologia e fine abilità di cesellatore, capacità creativa e innovativa senza però concessioni all'improvvisazione, Scienza e Arte. L'immagine delle mani del chirurgo, inoltre, appare, non a caso, in un contesto assolutamente non asettico, inducendo un impatto aspro, crudo. Ciò vuole essere un richiamo forte all'aspetto della sofferenza e della fragilità del paziente, che non potranno mai essere ignorate, che tecnologia e nuove risorse potranno aiutare ad alleviare, ma che non potranno mai essere assolutamente annullate.

La Chirurgia come ARTE in grado di esprimersi in modo innovativo, come applicazione intelligente di TECNOLOGIE in continua evoluzione e come utilizzo oculato di RISORSE, che sono tanto più ridotte quanto più lievitava la richiesta di salute, saranno quindi i temi del 27° Congresso ACOI.



Temi che ci condurranno inevitabilmente a riflettere sul significato e sul ruolo che la nostra professionalità ha assunto e potrà assumere nella gestione e nell'organizzazione di un OSPEDALE NUOVO, che esprime e vive tutta la complessità del momento socio-sanitario-economico attuale. Tutta la Città di Bergamo ed il suo Territorio, particolarmente sensibili al tema di Ospedale Nuovo in considerazione anche del fatto che entro la fine del 2009 verrà ultimato il nuovo ospedale intitolato "Beato Giovanni XXIII", saranno lieti di ospitarVi con l'affabilità e la gentilezza che li caratterizza. A voi tutti, un caloroso invito a partecipare numerosi e, in anticipo, grazie per il contributo prezioso che certamente vorrete dare.

Lorenzo Novellino

Le date da ricordare Congressi Regionali 2007

MESE	GIORNO	REGIONE	CITTÀ	ORGANIZZATORE
NOVEMBRE	17	LOMBARDIA	VARESE	ENRICO GUFFANTI
NOVEMBRE	9	PIEMONTE	BORGOMANERO	CLAUDIO SGUAZZINI
DICEMBRE	6-7	LAZIO	CIVITAVECCHIA	ALBERTO QUINTILIANI
DICEMBRE	14-15	TOSCANA	FIRENZE	MARCO CECCHI
DICEMBRE	15	CAMPANIA	NAPOLI	SALVATORE FRANZESE

Vita dell'Associazione

Pagina sindacale

di Massimo Percoco

Presidente Vicario FESMED

La ripresa dell'attività sindacale, dopo la inevitabile pausa estiva, è stata caratterizzata da alcuni incontri di consultazione dell'intersindacale per cercare di mettere a punto le strategie più unitarie possibili in vista della stagione del rinnovo contrattuale ed del probabile avvio delle procedure legislative che porteranno all'ammodernamento del sistema sanitario nazionale.

Nel corso di tali incontri non si può negare che, se sono emerse importanti valutazioni comuni, non sono mancati distinguo e posizioni diversificate. Questo significa che, dopo un periodo di forte unitarietà caratterizzato dall'impegno da tutti profuso nel lungo confronto che ha poi portato alla sottoscrizione dell'ultimo contratto collettivo nazionale di lavoro, si affacciano le avvisaglie di un momento di criticità nei rapporti tra i sindacati più rappresentativi dei medici ospedalieri. È presto per potere valutare se esistano oggi le condizioni che in passato crearono schieramenti contrapposti, ma si profilano elementi di distinzione che, se non ricondotti nell'alveo della normale e consueta dialettica tra sindacati diversi, rischiano di divenire causa od occasione di divisione profonda.

Eppure i temi che urgono all'attenzione sono importanti perché strategici per la categoria. Non è in ballo solo il **nuovo contratto di lavoro**, ma soprattutto quali contenuti saranno presenti nelle innovazioni legislative e quanto questi sapranno rispondere alle attese che, con tanta forza, sono emerse nel nostro congresso di Bologna. In questo clima di attesa parzialmente armata si è tenuto **l'incontro del 25 settembre con la Ministra Turco ed il Sottosegretario Zucchelli**.

Nonostante la richiesta fosse stata avanzata dai sindacati dei dirigenti medici erano presenti anche rappresentanti sindacali del comparto. I rappresentanti del Governo hanno illustrato in un lungo intervento, tutte le tematiche che erano state poste nella richiesta di incontro dalle organizzazioni sindacali.

Il contratto di lavoro ha visto nascere giovedì 27 settembre l'Atto di Indirizzo da parte del Comitato di Settore. La successiva approvazione del Consiglio dei Ministri e la trasmissione

all'ARAN daranno il via alla convocazione dei sindacati rappresentativi per l'apertura della trattativa. Si prospettano quindi tempi medio lunghi per il nuovo contratto sulla buona conclusione del quale pesano inoltre le incertezze di finanziamento legate al mancato inserimento di fondi in bilancio per il 2006 nella ultima finanziaria della precedente legislatura ed all'incognita delle risorse disponibili per il biennio 2008/2009.

In ordine alle tematiche contrattuali è stata rappresentata al Governo la necessità di norme che garantiscano la cogente applicazione del Contratto Nazionale di Lavoro da parte delle Regioni e delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere. I numerosi episodi di comportamenti non consoni ai dettami del contratto nazionale, verificatisi da parte di numerose Aziende ed Assessorati nelle più svariate Regioni d'Italia, stanno minando la credibilità di norme liberamente sottoscritte dalle parti producendo contenziosi che attentano non solo al diritto della certezza delle reciproche garanzie, ma anche a quel grado di serenità che è necessario ad ogni medico per poter svolgere il proprio delicato lavoro.

La FESMED, a tal proposito, si farà promotrice della realizzazione del Testo Unico di Contratto di Lavoro fin dalla imminente tornata contrattuale. Per quanto riguarda **l'indennità di esclusività di lavoro**, economicamente datata di circa sette anni, il Ministero della Salute propone un finanziamento di 50 milioni di euro da inserire nella Finanziaria 2008. Tale cifra significherebbe un recupero economico inferiore al cinque per cento a fronte di una svalutazione reale che dal 2000 ad oggi si è effettivamente attestata a circa il diciotto per cento. Se la proposta di rivalutazione non appare del tutto congrua in ogni caso dato atto alla Ministra di avere avuto la sensibilità di avere affrontato il problema richiedendo risorse economiche aggiuntive rispetto a quelle contrattuali, per potere dare una risposta concreta.

Pesa, su tale ipotesi di lavoro, la contrarietà dei sindacati confederali all'inserimento di tale rivalutazione nella massa salariale della dirigenza medica, ipotesi proposta dal Ministero, che garantirebbe per il futuro la rivalutazione

periodica della indennità di esclusività rispetto alla inflazione attraverso i finanziamenti dei rinnovi contrattuali.

Il tema della sicurezza, in precedenza stralciato da altri provvedimenti legislativi, verrà inserito nel collegato alla Legge Finanziaria così da avere priorità nell'iter parlamentare del prossimo anno. Così pure avverrà per i provvedimenti di ammodernamento del Sistema Sanitario Nazionale per i quali il Ministero ci ha comunicato di avere preso in considerazione le osservazioni circostanziate frutto del lavoro comune di Federazione degli Ordini dei Medici, Associazioni Scientifiche e Sindacati della Dirigenza Medica.

In particolare abbiamo appreso con soddisfazione che il **Collegio di Direzione sarà considerato Organo della Azienda Sanitaria** con parere quindi autorevole e vincolante nelle decisioni aziendali. Novità importanti dovrebbero essere messe in campo per l'emergenza territoriale attraverso l'incardinamento di tutte le risorse disponibili nei sistemi di Pronto Soccorso. Pur riservandoci di valutare nel concreto le norme che verranno proposte riteniamo in ogni caso valida ogni innovazione che tenda a realizzare una integrazione propositiva tra Ospedale e Territorio al fine di migliorare l'ottimizzazione delle risorse e la appropriatezza delle prestazioni. Il delicato **problema del precariato della Dirigenza Medica** sarà affrontato, a quanto ci è stato riferito, con norme inserite nella Legge Finanziaria che dovrebbero garantire, entro la fine del 2010, che le Regioni provvedano alla stabilizzazione attraverso concorsi pubblici nei quali saranno valutati come titoli i percorsi professionali, anche con contratti libero professionali o atipici, svolti nelle strutture del Sistema Sanitario. A tal proposito i Sindacati Medici hanno sottolineato la necessità di trovare la maniera di far sì che in futuro non debbano più crearsi le condizioni che hanno portato la platea dei medici precari all'interno del sistema sanitario nazionale ad un numero stimato di circa 12000. Nell'incontro, che ha avuto il pregio di essere stato lungo e di avere toccato quasi tutti i problemi della categoria, si è discusso anche della **crisi in atto nell'ONAOSI**.

Non è oggi l'occasione per affrontare nel dettaglio questa vicenda, ma è bene sapere che il Ministero ha preso l'impegno di provvedere a colmare le lacune legislative che rendono difficile oggi la amministrazione dell'ente e di individuare d'intesa con la categoria il percorso più utile per non disperdere un patrimonio costruito dalla contribuzione dei medici in cento anni di attività.

Vita dell'Associazione

L'Angolo del fiscalista

di Franco Viccaro

L'ACCONTO DELLE IMPOSTE

Il consueto appuntamento autunnale con il pagamento delle imposte sui redditi e dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP), decorre dal 1° al 30 novembre, ultimo giorno utile per il versamento della seconda o unica rata di acconto per l'anno 2007.

Sono obbligati al versamento dell'acconto tutti i contribuenti che hanno presentato o comunque avrebbero dovuto presentare la dichiarazione per i redditi percepiti nell'anno 2006 e che al rigo RN 23 (differenza), hanno indicato un debito d'imposta superiore a € 52,00. Nel caso in cui l'importo al sopraccitato rigo sia superiore a € 52,00, ma non a € 260,00, il versamento è dovuto in unica soluzione entro il mese di novembre 2007; nel caso in cui l'importo indicato sia superiore a € 260,00, il pagamento deve essere effettuato in due rate: la prima, pari al 39,6% dell'importo stesso, alla data del pagamento dell'imposta a saldo per l'anno precedente, mentre la seconda, pari al 59,4%, entro il 30.11.2007. In ogni caso, il contribuente può effettuare un versamento d'imposta in misura inferiore a quanto così calcolato o non effettuare alcun versamento, se presume di conseguire nel 2007 un reddito minore rispetto all'anno precedente, ovvero ritiene di sostenere maggiori oneri deducibili o detraibili. Tale operazione deve essere fatta con molta cura, infatti, qualora l'acconto versato su base previsionale risulti inferiore a quanto effettivamente dovuto, si rende applicabile la sanzione per insufficiente versamento dell'acconto pari al 30% di quanto non versato, più gli interessi.

Il pagamento deve essere effettuato utilizzando il modello cartaceo F24, mentre i titolari di Partita IVA sono obbligati al pagamento telematico F24 per tramite di un intermediario abilitato, ovvero attraverso l'utilizzo del sistema di pagamento "home banking". I codici tributo da indicare sono il 4034 per la seconda o unica rata di acconto IRPEF e il 3813 per la seconda o unica rata di acconto IRAP. Coloro i quali hanno presen-

tato il modello 730 e non hanno comunicato entro il 1 ottobre 2007 al sostituto d'imposta di non voler versare il secondo acconto IRPEF o di volerlo versare in misura ridotta, troveranno nella retribuzione del mese di novembre la trattenuta pari all'importo dell'acconto dovuto.

Una novità dalla prossima dichiarazione

A partire dalla prossima dichiarazione dei redditi, si avrà diritto alla detrazione fiscale del 19% delle spese sostenute per l'attività sportiva dilettantistica svolta da ragazzi tra i 5 e i 18 anni, per un importo massimo di € 210,00 con uno sconto effettivo di importo massimo pari a € 40,00.

La spesa sostenuta deve essere documentata dal mezzo o quietanza di pagamento che deve riportare l'indicazione della denominazione sociale della struttura sportiva ovvero i dati fiscali del percipiente e del soggetto nei confronti dei quali è stata emessa.

In Gazzetta un parere del garante sul trattamento dei dati sensibili per l'accesso di medici alle zone a traffico limitato

Il Garante per la protezione dei dati personali si è pronunciato in merito alla prassi utilizzata da alcune amministrazioni comunali di chiedere ai medici privi di un permesso per l'accesso ad una zona a traffico limitato (ZTL), di comunicare i dati personali relativi ai pazienti visitati al proprio domicilio all'interno di queste zone, al fine di evitare l'applicazione di sanzioni amministrative. Tali richieste si riferiscono alla comunicazione di dati personali idonei a rilevare lo stato di salute delle persone visitate a domicilio, che sono ricompresi tra i dati "sensibili" e quindi oggetto di una speciale protezione da parte dell'Autorità, che con Provvedimento del 14/06/2007 ha prescritto ai comuni di non richiedere ai medici informazioni che identificano le persone visitate all'interno di zone ZTL e ai

medici di non supportare i propri ricorsi con documenti contenenti generalità e informazioni sui propri pazienti. La pronuncia andrà però valutata nei suoi prossimi effetti pratici, verificando se sarà consentito alla categoria l'esercizio della propria attività in situazioni di urgenza, senza essere sanzionati per le eventuali violazioni alle norme sulla circolazione e in modo da poter garantire anche ai pazienti residenti in aree ZTL, il diritto di essere assistiti (G.U. 13/7/2007 n.161).

CORSO FAD sul RISCHIO CLINICO: SICURE

Nasce per essere il corso in Formazione a distanza più complesso e vasto tra quelli realizzati sino ad ora in Italia: è **SICURE**, un progetto di FAD sulle tematiche del "Rischio clinico" nato dalla collaborazione tra Ministero della Salute, Federazione nazionale dei medici chirurghi e odontoiatri e la Federazione nazionale dei collegi degli Infermieri.

Il Corso sarà accessibile dal 12 novembre sul sito www.fnomceo.it e sarà articolato con una originale struttura "blended", in quanto potrà essere seguito sia su web, accedendo ad un'apposita area riservata all'interno dei portali dei rispettivi Enti, sia rispondendo a un questionario cartaceo che sarà distribuito con l'edizione del libro-corso e successivamente consegnato al proprio Ordine di iscrizione.

La popolazione di operatori sanitari che verrà raggiunta è vastissima, includendo tutti i medici e tutti gli infermieri: oltre 700.000 persone. La risposta esatta a 60 degli 80 quiz previsti porterà all'acquisizione di 20 crediti formativi.

Il corso è gratuito e resterà accessibile dal novembre 2007 al dicembre 2008 e sarà attivo per un anno. Si potranno affrontare le 8 sezioni anche in tempi diversi e si prevede un impegno orario di circa 15 -20 ore in rapporto al numero di crediti che consente di conseguire. D'accordo con il Dott. Bartoli si procederà a creare un link con il sito ACOn. Potranno accedere al corso tutti i medici chirurghi italiani iscritti ai rispettivi ordini. Presentando il Corso il Ministro della Salute Livia Turco ha sottolineato che l'obiettivo dell'iniziativa "è quello di offrire a tutti gli operatori sanitari, un'opportunità di formazione nello specifico ambito della sicurezza dei pazienti nella logica del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure".

Vita dell'Associazione

Un Chirurgo ospedaliero...

Heinrich Pernthaler

Presidente della Società Triveneta di Chirurgia

La Società Triveneta di Chirurgia è stata fondata nel lontano 1947 da nomi prestigiosi nel panorama della Chirurgia Italiana (tra i quali: G. Ceccarelli – primo Presidente – D. Giordano, G. Ravasini, V. Travaglini, D.G. Cevese...) ed ha una grande tradizione, non solo sul territorio regionale. Heinz Pernthaler, vicedirettore editoriale di ACOI News, è stato eletto Pre-

sidente per il biennio 2007-2009 e succede a prestigiosi chirurghi. Alla nostra domanda su quale possa essere il suo commento a tale nomina, ci ha detto: "Per me è un grande onore quello di trovarmi elencato assieme ai nomi illustri dei past-President, in particolar modo essendo il primo della Provincia ad avere l'onore di ricoprire questa carica.

La Società Triveneta di Chirurgia organizza annualmente 2 riunioni su temi liberi a Padova e

5-8 incontri monotematici di mezza giornata o giornata intera sul territorio con temi chirurgici e/o organizzativi.

Lo spirito di questi frequenti incontri offre una platea molto attiva dal punto di vista formativo e culturale e consente di conoscere le varie realtà delle tre Regioni".

All'amico Heinz gli auguri più fervidi di lavoro proficuo.

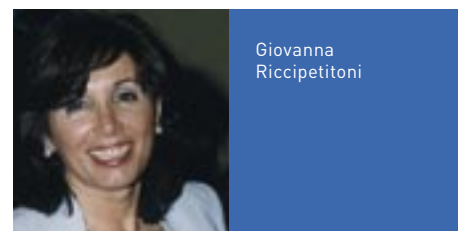
Un Chirurgo donna ...

Giovanna Riccipetoni, vicepresidente ACOI, nata a Bagnara di Romagna, è stata chiamata a svolgere la sua qualificata professione come primario della Chirurgia Pediatrica dell'ospedale Buzzi di Milano (173 posti letto, 12.000 ricoveri/anno), dopo aver diretto il Dipartimento Materno-Infantile e la Chirurgia Pediatrica dell'Ospedale di Cosenza. Il Corriere della Sera, nel suo ampio articolo dedicato all'evento (direi eccezionale nel nostro contesto sanitario),

ricorda che Sir Arnold G. Goran, luminaire della Chirurgia Pediatrica degli Stati Uniti, durante la cerimonia di pensionamento alla Michigan University, ha proiettato una diapositiva con l'immagine della medicina del futuro: da un lato un chirurgo donna che allattava il suo bebè, dall'altro la stessa chirurga in sala operatoria. Giovanna Riccipetoni, intervistata, dichiara: "il 60% degli iscritti alle Scuole di Specializzazione chirurgiche è di sesso femminile, ma per tutte è ancora difficile arrivare ad occupare ruoli direttivi". Un esempio da tenere in

giusta considerazione nella speranza che le cosiddette "pari opportunità" siano veramente tali.

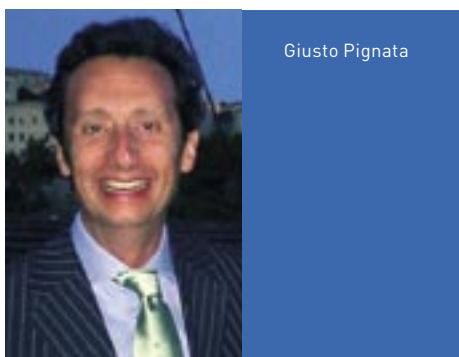
Un sincero augurio e le più vive congratulazioni al nostro Vicepresidente.



Giovanna Riccipetoni

Essere ACOI: perché

Riceviamo e volentieri pubblichiamo



Giusto Pignata

Sono il Dr. Giusto Pignata, Coordinatore Regionale A.C.O.I. per il Friuli Venezia Giulia dal 2005 e scrivo per testimoniare la mia storia.

Danovembre 1999, a novembre del 2006 sono stato Direttore della Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Monfalcone (GO), a seguito di regolare concorso e della conseguente stipula di un contratto di durata settennale.

Come da mandato ricevuto dall'allora Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria 2 "Isontina", il mio incarico era quello di sviluppare la chirurgia mini-invasiva formando tecnicamente e motivando psicologicamente un valido gruppo di collaboratori, peraltro fortemente demotivati dalla precedente gestione della struttura.

Nel corso di questi anni, accanto ad un incremento crescente dell'attività clinica e ad una progressiva crescita formativa del

Vita dell'Associazione

personale medico ed infermieristico, si è sviluppata una importante attività scientifica. Sono stati organizzati eventi congressuali; siamo stati invitati ad eseguire interventi chirurgici in diretta presso le più prestigiose Sale Operatorie nazionali ed estere; il Centro da me diretto ha avuto riconoscimenti internazionali tanto da diventare un punto di riferimento per la formazione della chirurgia mini-invasiva avanzata.

Tale attività ha ricevuto ampio consenso anche da parte dei Dirigenti del presidio ospedaliero ed aziendale tanto da esitare, per risultati conseguiti e per obiettivi raggiunti, in valutazioni annuali con contraddittorio sempre positive. Inoltre, durante il periodo di incarico non ho mai avuto esposti o denunce per malpractice, né provvedimenti disciplinari.

Nonostante questa dignitosa attività, al momento del rinnovo contrattuale, per cause a me ancora sconosciute, la Direzione Generale ha deciso i sottopormi a valutazione di seconda istanza affidata ad una "Commissione di Esperti" esterni all'Azienda, peraltro non prevista da nessuna norma contrattuale, verosimilmente con la malcelata intenzione di attribuirmi un giudizio di attività negativo, confermato da un Collegio Tecnico formato dal Direttore Sanitario aziendale, dal Direttore della Chirurgia del Presidio di Gorizia (altro polo ospedaliero aziendale) e dal Direttore del Servizio di Anestesia e Rianimazione (?) del presidio di Monfalcone.

Le deliberazioni relative sono state contestate con procedura d'urgenza presso il Giudice del Lavoro del Tribunale di riferimento e dopo due mesi, il Giudice ha riconosciuto come ILLEGALE la composizione del Collegio Tecnico, come pure la Commissione di Esperti. Il tutto è stato confermato anche dal Tribunale di Gorizia in secondo grado, rendendo nulle le delibere ed onerando l'Azienda ad eseguire una nuova valutazione con un regolare Collegio Tecnico come previsto dal C.C.N.L. vigente.

Ancor prima del pronunciamento in giudizio, l'Azienda, ritenendo chiuso il rapporto contrattuale con il sottoscritto, aveva bandito il concorso pubblico per Dirigente di Struttura Complessa per il posto da me reso vacante.

Dopo una settimana contemporaneamente alla nomina del nuovo Collegio Tecnico di valutazione (questa volta da un Direttore Sanitario e da due Direttori di S.O.C. di chirurgia Generale, tutti esterni all'Azienda), veniva nominata anche la Commissione d'esame per il succitato concorso, senza più celare l'ormai evidente intento persecutorio.

A questo punto mi sono rivolto, oltre alle

organizzazioni sindacali, anche alla Società scientifica alla quale mi onoro di appartenere, L'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI), alla ricerca di una tutela sindacale e di un sostegno tecnico, scientifico e morale nei miei diritti e nelle mie argomentazioni.

Nel corso dell'estate veniva regolarmente espletato il concorso per Direttore di U.O.C. di Chirurgia Generale con una graduatoria di idonei, e dopo circa due mesi sono stato convocato dalla Direzione Generale per un contraddittorio, secondo l'art. 29 del C.C.N.L., senza peraltro alcuna comunicazione sull'esito della valutazione del Collegio Tecnico.

Alle contestazioni formulate a mio carico, affiancato e sostenuto dal Presidente Prof. Gianluigi Melotti e dal Consiglio Direttivo dell'ACOI, ho fornito dettagliate controdeduzioni, che venivano poi discusse in contraddittorio con il Collegio Tecnico e in presenza del mio avvocato e del past-President ACOI, Prof. Vincenzo Stancanelli.

Le controdeduzioni fornite, puntuali ed esaustive punto per punto, non sono state considerate sufficienti dal Collegio Tecnico che ha richiesto ed avviato un "supplemento di indagini", con una curiosa condotta, non tanto vagamente, "inquisitoria".

Nelle more, a conferma di una incomprensibile congiura politico-amministrativa, l'Assessore Regionale alla Sanità del Friuli Venezia Giulia dichiarava alla stampa risolto il caso "Pignata" e confermava la imminente nomina del nuovo dirigente della U.O.C. di Chirurgia Generale, dimenticando che ancora il giudizio finale non era stato formulato.

Convocato ad un'ulteriore contraddittorio, ho sviluppato la nuova memoria difensiva concordandola con il C.D. dell'ACOI. Assistito dal

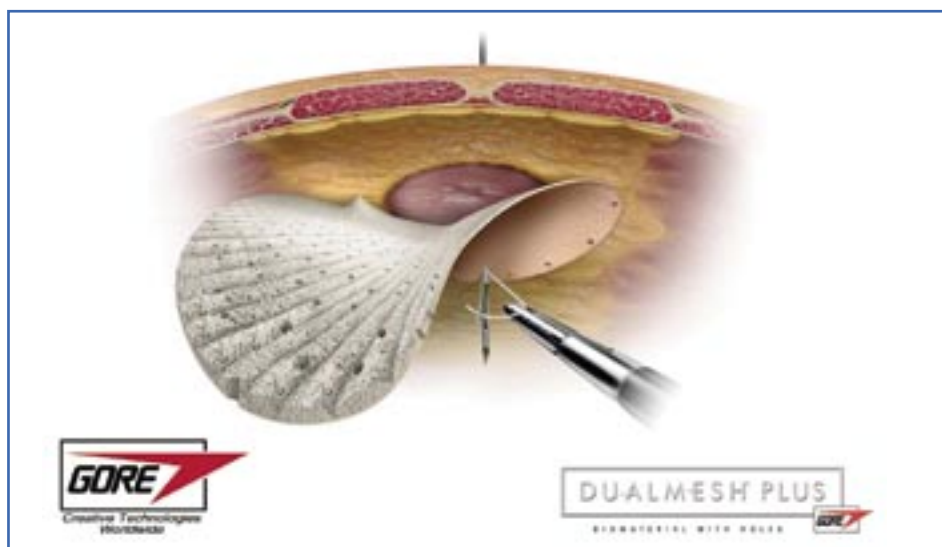
mio legale e dal Segretario dell'Associazione Prof. Enrico Pernazza, sottolineata l'inadeguatezza del Collegio Tecnico a svolgere compiti di un pubblico ministero ("supplemento di indagini"), deputato bensì al compito di giudice terzo, provvedevo a contestare puntualmente e con estrema veemenza i pochissimi appigli presentati in scienza e tecnica.

Dopo quest'ultimo contraddittorio, il Collegio Tecnico, pur di non darmi un giudizio positivo, come sarebbe dovuto essere, ha pensato bene di dimettersi senza esprimere valutazione.

In questi ultimi dieci mesi chi legge può immaginare lo sconforto, l'umiliazione, le preoccupazioni finanziarie che mi hanno assillato. Fortunatamente, in aspettativa dall'Azienda Sanitaria, mi è stata concessa ampia fiducia da una Struttura Privata Accreditata, dove ho potuto recuperare la mia professionalità, messa in forte crisi da questa vicenda ottenendo riconoscimenti costanti per il mio operato senza sentirmi avviluppato a quella "gogna" alla quale la campagna infamante mossami dalla Direzione Generale di Gorizia mi aveva condannato.

Ho voluto raccontare questa mia storia perché professionalità maturate in anni di impegno costante, possono essere annullate in un "amen" da interpretazioni faziose di semplici norme contrattuali, nella fattispecie negando il diritto fondamentale al giusto "giudizio".

Sulla scorta della mia personale esperienza, ringrazio di vero cuore il Presidente e il C.D. dell'ACOI per il sostegno morale, tecnico e scientifico che mi ha fornito mostrando in concreto di essere pronta a scendere finalmente in campo per la tutela di professionisti che quotidianamente dimostrino serietà ed impegno nel proprio lavoro.



Commissione Donne

L'allarme dei medici: troppe donne!

Risposta all'articolo pubblicato sul Corriere della Sera il 26/9/2007

di Micaela Piccoli

Non sono una lettrice giornaliera del Corriere della Sera, ma è uno dei quotidiani che generalmente scelgo, quando il tempo me lo consente. Ed è con vera sorpresa (brutta sorpresa!) che la scorsa settimana (26/09/2007) mi trovo a leggere l'articolo allarmista sulle "troppe" donne medico, per di più scritto da una donna, Margherita De Bac. Toni antichi, frasi scontate! Si riportano le opinioni "un po' banali" di due benemeriti (Maurizio Bennato, vice presidente della FNOMCEO, ovvero Federazione degli ordini di categoria e di Vincenzo Mirone, presidente della Società Italiana di Urologia), senza cercare di analizzare le cause e le prospettive reali e non allarmiste di un vero e proprio fenomeno sociale: non una valanga distruttiva, un terremoto disastroso, un nuovo Tsunami! Mi aspettavo anche, da un momento all'altro, di leggere, tra le righe dell'articolo, che è solo nel VI secolo che la Chiesa ha concesso un'anima, come quella dell'uomo, alle donne o definizioni che delle donne dettero San Tommaso ("un essere occasionale"), Sant'Agostino ("una bestia") e perfino Mussolini ("analitica non sintetica: deve obbedire"). Ma quale allarme?

Dice il Dr. Bennato: "... sono molto favore-

vole alle donne medico ma non nascondo una certa preoccupazione... dobbiamo studiare un sistema tale da garantire qualità e potenzialità senza ridurre l'offerta..." Sinceramente non riesco a capire il significato di questa affermazione! Più donne medico riducono qualità, potenzialità ed offerta? Ricominciamo a parlare del fatto, credevo oramai superato, che le donne hanno meno resistenza fisica degli uomini o meno capacità decisionale? E allora io vi cito Ghandi: la donna è per natura più capace di sacrificio! ... e la realtà è che il mestiere di medico sta diventando sempre più una "rognà": tanto sacrificio, è vero, senza un corrispettivo sul piano economico e sul piano del prestigio sociale! Il mio rammarico è che, forse, le donne prendono solo dei posti lasciati liberi dagli uomini, senza in realtà scaltarli. E poi discutere del sesso degli angeli (della corsia): medici con la gonna ed infermieri con i pantaloni! Rimango sconvolta!

Gli uomini vedono, secondo il Dr. Bennato, il mestiere dell'infermiere come un mestiere manageriale e di coordinamento?

Ma perché non diciamo invece che, in Italia, né donne né uomini vogliono fare più gli infermieri e che sempre più nelle corsie troviamo personale paramedico straniero, che non parla neanche l'italiano!

Caro professor Mirone, spero che se doves-



Micaela Piccoli

se, un giorno, avere problemi di prostata, lei non faccia mai una scelta tra un urologo uomo o donna ma tra uno/a bravo/a o meno bravo/a. Lei pensi ad una donna che per secoli non ha mai potuto scegliere il sesso del proprio ginecologo o senologo! Se questo, però, sarà il suo dilemma le rimarrà l'Iran: nella Repubblica Islamica sì, che si richiede che il medico ed il paziente siano dello stesso sesso. Però, pensi! Persino in Iran viene vista, per lo meno favorevolmente la femminilizzazione della ginecologia! È vero, infine, poche donne ai vertici! Ma è solo questione di tempo e di numeri! E spero non suoni come una minaccia! Caro Direttore del Corriere della Sera, non so se lei pubblicherà mai questa lettera! Me lo auguro, comunque!

"L'ACOI farà però in modo che questa risposta arrivi a tutti i chirurghi italiani attraverso la propria rivista"

Cordiali saluti



Quando ridurre i tempi è essenziale

FloSeal® riduce i tempi ed i costi chirurgici



Baxter

Via A. Cocchi, 7/9 - Loc. Ospedaletto - 56121 Pisa
Tel. +39 050 97 61 11
www.baxteritalia.it

Informazione riservata alla classe medico-ospedaliera.

BAE1049 PR0206

Commissione Donne

“Chirurgia” è un sostantivo femminile

di Simonetta Santamaria

Presentato da Micaela Piccoli

Mi compiaccio di presentare alla vostra attenzione questo racconto inedito, elaborato (sembra quasi apposta per la nostra rivista!), da una giovane scrittrice, definita una delle nuove promesse della letteratura noir, mia carissima amica e moglie di un Collega chirurgo socio ACOI, Diego Attalo Flocco.

Simonetta nasce, vive e scrive a Napoli. Ha pubblicato racconti su diverse antologie tra cui “Ai Confini del Buio” e “Malefica” e ha realizzato un progetto di fiction. Ha vinto l’undicesima edizione 2004 del premio Lovecraft per il fantastico, con il racconto “Quel Giorno sul Vesuvio”.

Sulsito LaTelaNera (www.latelanera.com) è scaricabile il suo e-book Black Millennium che ha già superato i 6000 download.

Nel 2005 pubblica il suo primo Libro “Donne in Noir” (Ed. il Foglio). Si tratta di una raccolta di racconti su donne, viste attraverso la propria metà oscura: undici donne determinate, passionali, diaboliche, perfide, imprevedibili. Più semplicemente: assassine! Si spazia da un’atmosfera irreale alla rassicurante, ma solo in apparenza, ambientazione quotidiana. Coinvolgente e raggelante: ogni storia prende per mano il lettore accompagnandolo in un tunnel di oscura follia a cui nessuno è del tutto estraneo. Se questo racconto vi incuriosisce, vi consiglio di leggere anche il libro (da cui, comunque, il racconto non è tratto).

“CHIRURGIA” È UN SOSTANTIVO FEMMINILE

Una nota positiva: era un ottimo chirurgo. Una nota negativa: era una donna. Una femmina.

Questi erano i soliti ultimi due pensieri che le si affacciavano alla mente, lucida e concentrata sul prossimo intervento. Anche quella mattina, mentre lasciava

che l’acqua le scivolasse piacevolmente sugli avambracci lavando via l’Hibiscrub, non poté fare a meno di pensare che ogni volta era come una sfida che si rinnovava. Per se stessa, per il paziente, per l’altro lato del mondo che la osservava in avida attesa di un suo errore, quel mondo fatto di maschi e di cui lei ora, col piglio di un conquistatore, ne stava scalando la vetta. Usurpando, aveva detto qualcuno di quei maschi, ma lei sapeva bene di essere arrivata lì a pieno titolo, secondo la regola delle “due C” di suo padre: Competenza e Caparbieta. Mentre l’infermiera le infilava il camice sorrise compiaciuta all’idea di non dover dire grazie a nessuno.

Già, proprio a nessuno.

Le si presentò un giorno, vestito di tutto punto nel suo Tasmania grigio antracite. Alto, magro, un bell’aplomb, decisamente. All’anulare della mano sinistra un anello a castone con inciso un simbolo, di certa fattura antica e pregiata.

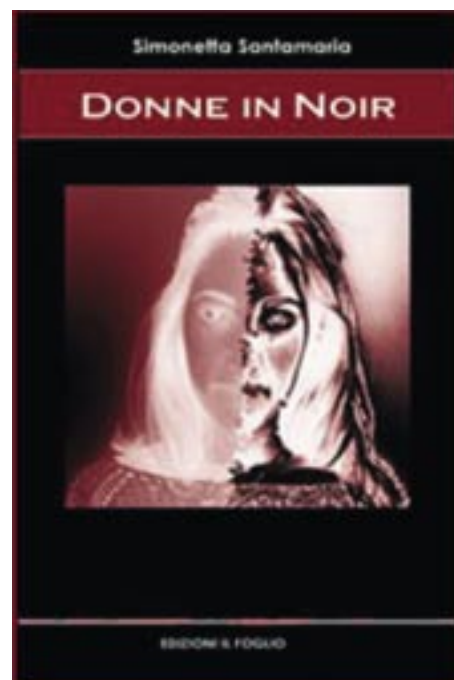
- Valefor. Enchanté – disse con voce profonda e un morbido accento francese mentre avvicinava la sua mano alla bocca in un gesto d’altri tempi.

Un vecchio primario, forse.

Ma lui la anticipò. - No, non sono un medico, dottoressa, anche se potrei dire di “essere dell’ambiente”. Sono qui perché il suo nome sta girando veloce. Lei è ormai una celebrità, madame. Una giovane donna che sta raggiungendo il gotha della chirurgia italiana... Lodevole, davvero.

- Del resto, “chirurgia” è un sostantivo femminile – scherzò lei. - Quindi non vedo perché debba restare appannaggio degli uomini. -

- Ben detto. Peccato che questa cosa urti, per così dire, l’ipersensibilità di molti baroni che fino a oggi non hanno dovuto dividere il loro piatto con nessuno. Vorrebbero farla fuori. Bramano di vederla incappare nell’errore che le costerà la carriera. Io sono qui per impedire che questo accada, madame. -



Lei sorrise. - Senta, se è venuto fin qui per farmi il nome di qualche politico le dico subito che non... -

- Ah, politici! – esclamò l’uomo storcendo la bocca. - Brutta razza, c’è di che tenersi alla larga. No, madame, niente politici. Una cosa tra lei e me. Le lascio questo – e posò sulla scrivania un biglietto con un nome e uno strano cartiglio, lo stesso che aveva notato sull’anello. - S’informi. Io mi rifarò vivo presto. -

Non appena la porta si richiuse alle sue spalle, sollevò lo schermo del suo pc portatile. Sulla pagina colorata di Google digitò “Valefor” e attese. Pochi istanti e arrivò la risposta, gelida come l’alito di un fantasma.

Tutto era chiaro.

Vieni con gli uncini... passami il dissetto a radiofrequenza. La tiroide si presentava difficile come previsto ma non impossibile. Tirò un profondo respiro e isolò il ricorrente. E pensò a come sarebbe stato tutto più facile se...

Ritornò due giorni dopo, sempre con

Commissione Donne

quell'aria elegante e un po' rétro.

- Sapevo che non ci avrebbe messo molto a scoprire chi sono. Lei è in gamba, madame, le voci non mentono – disse. – Avrà dunque capito perché sono venuto da lei, e spero ci abbia riflettuto. Sotto la mia protezione nessuno potrà impedirle di arrivare in alto. Le lingue biforcute taceranno, i suoi colleghi uomini avranno per lei rispetto e la tratteranno da pari. Non sbaglierà mai un intervento perché io le mostrerò la via. Mio è il potere di rivelare tutto ciò che è ignoto a chi mi evoca, mio il potere di curare qualsiasi malattia. Se vorrà, potrà disporre di questo potere, madame. –

Lo lasciò parlare, lasciandosi scorrere dentro quel sangue freddo che tanto la caratterizzava, poi semplicemente chiese:

- E tutto questo in cambio di...? –

- Anime, madame. Quelle dei pazienti che salverà. Basterà che firmino un mio documento speciale, una sorta di "Consenso Informato", se vogliamo. E poi la sua, naturellement, ma molto, molto più in là, stia tranquilla. – Annusò l'aria come un cane in primavera. – Mmm... la posso vedere, la sento, costì forte... Un'anima come la sua vale molto, lo sa? –

- La ringrazio del complimento. In effetti, sì, ci ho riflettuto. E no è la mia risposta.

- Valefor saltò sulla sedia. – NO? Parbleu, non posso crederci! Come può rifiutare un'offerta così... allettante? –

- Per due motivi, monsieur – disse scher-

zando sul suo francese. – Uno: ho scelto di fare il chirurgo per salvare vite, non per disporne. Non baratterei le anime dei miei pazienti in cambio di favori personali neppure se fosse l'ultima spiaggia. Due: come le ho già detto, "chirurgia" è un sostantivo femminile; se ci sono riusciti i miei colleghi uomini, non vedo perché non ci possa riuscire io. E senza il suo aiuto. –

Il diavolo strinse i denti e allargò le narici, mentre la maschera dell'ira gli si dipinse sul volto. Dall'affettato fare da viveur passò a un tono più aggressivo.

- Ti stai condannando a morte, madame. Sappi che io renderò la tua vita impossibile, ti manderò i pazienti peggiori... Ogni giorno, ogni istante, sarò alle tue spalle e farò di tutto perché tu cada anche su una semplice appendicectomia. Allora sarai TU a cercarmi, e quella volta m'implorerai di aiutarti! –

Nulla di ciò che Valefor aveva predetto si era avverato.

O quasi tutto, per meglio dire. I pazienti peggiori, quelli erano arrivati davvero; casi disperati, definiti impossibili da ogni altro chirurgo, che però lei aveva operato sempre con successo. Nessuno riusciva più a tenerle testa. Ormai i suoi colleghi uomini erano prossimi all'isteria.

E il diavolo pure.

- Si tratta di un pancreas davvero difficile. Nessun chirurgo donna l'ha mai operato. Sei al capolinea, madame. Non riuscirai a

venirne fuori, stavolta – le aveva sogghignato all'orecchio la sera prima, come ogni sera, nel buio della sua camera da letto. E lei nel buio gli aveva sorriso in silenzio, come sempre.

Il paziente era passato in sala risveglio. Anche il pancreas era stata battezzato, tutto era andato per il meglio. Persino i colleghi chirurghi non avevano potuto esimersi dal farle i complimenti. Un'opera d'arte resta pur sempre un'opera d'arte.

C'era anche lui, appena fuori dalla sala operatoria. Il volto tirato, le mani chiuse a pugno e, non l'avrebbe proprio giurato ma le parve di scorgere un velo di fumo sotto le sue costose scarpe di vernice.

- Non è possibile... – le disse tra i denti.

-Tu non mi hai neppure evocato, non ti servi dei miei poteri... Sei più demone di me, madame. Quel pancreas era davvero impossibile, nessuno ci sarebbe riuscito e invece tu... Dimmi come hai fatto, maledetta donna, COME? – Con calma, la dottoressa si sfilò un guanto, poi l'altro, e li gettò nel cestino dei rifiuti speciali.

- Le ho mai parlato della regola delle "due C", monsieur Valefor?

Il segreto è tutto lì. –

- Bah, mi arrendo – sbuffò lui. – Giuro che rifiuterò ogni incarico che tratti di donne.

- Fece per andarsene ma sulla porta del complesso operatorio si bloccò e si voltò ancora una volta verso di lei. –

La verità, madame, è che nessuna donna dovrebbe mai saper operare un pancreas. Se fosse stato così, io oggi avrei vinto. –

Lei lo guardò con aria interrogativa, la testa inclinata di lato – No, anche lei col classico atteggiamento maschilista quello-che-non-si-può-avere-si-disprezza? La vuol conoscere la mia risposta alla sua verità, monsieur Valefor?

La mia risposta è che allora... nessun uomo dovrebbe operare. Punto. – E su quel punto lo sopravanzò, lasciando che la porta si richiudesse sulla sua figura che a testa alta si avviava verso l'ascensore.

B.Braun per la Chirurgia

Tradizione e innovazione



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Milano S.p.A. - Divisione Anestesia - Via Vincenzo da Serego, 14 - 20161 Milano - Tel. (02) 66218.1 Fax servizio clienti (02) 66243.300
e.mail: info.italia@bbraun.com - servizio.clienti@bbraun.com - web: www.bbraun.com



I demoni principali che, secondo la tradizione magica, vennero generati nel ventre di Lilith dal seme di Adamo sono settantadue e sono divisi in re, duchi, marchesi, conti, presidenti.

Valefor è un duca. Rivela tutto ciò che è ignoto a chi lo evoca, suo potere è quello di curare qualsiasi malattia.

Commissione Risk Management

PERCHÈ LA GESTIONE DEL RISCHIO?

di Carlo Corsi

Una delle maggiori criticità dell'Assistenza Sanitaria in Italia oggi è la sproporzione esistente tra la crescita dei bisogni e le risorse disponibili. **I controlli più serrati della spesa resisi necessari, hanno determinato una profonda revisione delle modalità operative nell'erogazione delle prestazioni: si sono verificate in sostanza un'accelerazione ed un aumento di volume delle attività connesse, cui non ha fatto riscontro un proporzionale aumento degli operatori dedicati.** Questo ha determinato in molti ambienti la comparsa di un malessere individuale e/o di gruppo addebitato alla struttura, considerata ormai come nemica e non più come casa comune. I sanitari delle strutture pubbliche hanno dovuto modificare, talvolta molto pesantemente, il loro modus operandi, in conseguenza di un impegno divenuto più gravoso anche per gli obblighi amministrativo-economici che si sono aggiunti nel tempo. D'altra parte a fronte di un miglioramento generale della sanità si è verificata paradossalmente una riduzione della qualità percepita con una crescita progressiva del contenzioso medico-legale. Tutto ciò è diventato humus formidabile per la crescita del senso di frustrazione che pervade ormai molti chirurghi dei nostri ospedali. Ed allora quando si parla di *Gestione del Rischio* si corre il pericolo di trovare gli interlocutori in atteggiamento di rifiuto, essendo questa disciplina considerata come una nuova fastidiosa incombenza che si aggiunge alle altre già in grado di distogliere a sufficienza il medico dalla sua "vera attività" cioè "curare il malato".

È del tutto evidente la paradossalità di questa interpretazione: **la disciplina del Risk Management o Gestione del Rischio è nata infatti per portare aiuto al Chirurgo e non per vessarlo ulteriormente distogliendolo dai suoi veri obiettivi.**

Il Risk Management con i suoi strumenti è stato sviluppato con l'intento di prestare aiuto al medico ed al paziente, migliorando la sicurezza di entrambi attraverso lo studio dell'organizzazione e delle attività sanitarie e la individuazione di percorsi

razionali, standardizzati e più efficaci.

Se si affida al caso la gestione di queste attività si corre il grave pericolo di vedere moltiplicati gli insuccessi e quindi di abbassare sempre di più la qualità delle prestazioni, con l'innesco inevitabile di un circolo vizioso che avrà come conseguenza finale un danno psico-fisico per il paziente ed il medico ed un sempre più gravoso impegno economico per l'operatore e la struttura. Se si vuole spezzare il circolo vizioso bisogna considerare la *Gestione del Rischio* come ancora di salvezza offerta a noi chirurghi, con lo scopo di migliorare, come in effetti succede, la qualità delle prestazioni e di conseguenza dei nostri risultati. Ne deriverà anche un benefico effetto economico, contrastando la lievitazione dei premi assicurativi per effetto della verità "Minori rischi - Minore spesa". Gli strumenti offerti da questa nuova disciplina sono numerosi; quelli che oggi ci interessa implementare sono due: la **RILEVAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI** e l'**AUDIT**. **La maggior parte degli eventi avversi in Chirurgia dipende da una cattiva organizzazione, anche se una parte non marginale deriva da errori individuali.** Naturalmente però non tutti dipendono da azioni scorrette: esistono infatti anche eventi avversi che derivano dal caso, che si verificano cioè indipendentemente dall'influenza dell'ambiente che circonda il malato. E a tal proposito non possiamo non stigmatizzare gli atteggiamenti trionfalistici che spesso assumono pubblicamente alcuni di noi, quando, per dar forza alla propria immagine, negano nelle loro casistiche la presenza di complicazioni. Si sappia che le complicazioni esistono e non tutte purtroppo possono essere evitate essendo la medicina una scienza inesatta che si esercita su un materiale biologico sottoposto a continue variazioni e diverso da soggetto a soggetto. **Uno degli obiettivi della Gestione del Rischio è quello di ridurre la frequenza di tali complicazioni, riportandola a quella fisiologica determinata dal caso e come tale purtroppo ineliminabile.** Un'altra verità che potrebbe sembrare lapalissiana è: "Se non si vuole ripetere gli errori è necessario riflettere, più efficacemente in modo



Carlo Corsi

collegiale, su di essi". Da ciò la necessità di registrare questi eventi in maniera sistematica, non certo per stigmatizzare l'operato individuale ma per correggere, attraverso il loro esame, ciò che è possibile correggere ed in sostanza per migliorare la qualità dei risultati. La registrazione deve essere fatta su una scheda semplice ma completa, in forma assolutamente anonima, che non contenga cioè elementi che consentano di risalire a precise responsabilità individuali (vedi sito ACOI - Sezione Risk Management). Questo anche allo scopo di superare l'opposizione di molti di noi che ritengono controproducente tale registrazione per la convinzione che ciò costituisca una implicita denuncia; in realtà la registrazione è fondamentale se si vogliono correggere i difetti dell'organizzazione. Proprio per questi motivi noi suggeriamo che, nella fase di avvio, le schede segnaletiche vengano affidate al Direttore della Unità Operativa che provvederà ad organizzare la discussione nell'ambito dell'audit divisionale. Solo successivamente, con l'accettazione e la diffusione della cultura specifica, si dovrà allargare la discussione nell'ambito della Commissione Aziendale dedicata. **L'Audit Divisionale è quindi la sede naturale nella quale deve essere fatta una prima serena valutazione degli eventi avversi;** esso deve essere allargato anche agli altri operatori sanitari dell'Unità Operativa al fine di dividerne collegialmente le conclusioni ed i correttivi proposti. Ma l'Audit rappresenta anche un'occasione formidabile per confrontare, modificare, trasmettere, nell'ambito di un gruppo di lavoro, le proprie idee e conoscenze.

Quindi **AUDIT come mezzo indispensabile per migliorare la qualità delle prestazioni dell'équipe, ma anche strumento di grande valenza didattica essendo in grado di promuovere la crescita professionale dei colleghi più giovani;** esso deve costituire pertanto un progetto istituzionale e non un evento occasionale.

ACOI giovani

L'invito dei Giovani Chirurghi Marchigiani al Convegno

**TRATTAMENTO CHIRURGICO
DELLE PATOLOGIE PANCREATICHE**

di Walter Siquini

Segretario dell'Associazione Giovani Chirurghi Marchigiani "E. Landi" · w.siquini@univpm.it

Quando il mio Maestro, il Professor Eduardo Landi, insigne chirurgo e grande Maestro di Chirurgia della Facoltà di Medicina di Ancona dal 1975 al 2005, nel novembre 2004, lasciò l'attività accademica ed assistenziale, tutti gli allievi della sua Scuola si sono stretti intorno a Lui in un saluto conviviale. Proprio in quella occasione, i giovani allievi a Lui più legati hanno lanciato l'idea, per lasciare un segno concreto di dedizione e riconoscenza al Maestro, di istituire l'Associazione dei Giovani Chirurghi Marchigiani e di intitolarla al Suo nome. Questo spontaneo e sentito dovere morale ha subito trovato tra noi larghi consensi. In seguito alla sua morte abbiamo tenuto fede alla promessa e fondato l'Associazione Giovani Chirurghi Marchigiani "Eduardo Landi", nata con l'obiettivo di tenere uniti chirurghi, ormai dispersi nelle diverse realtà regionali, ma accomunati dalla stessa matrice di origine. Il proposito è anche quello di confrontare le esperienze delle diverse scuole e realtà marchigiane, magari per uniformarle e, grazie alla collaborazione dei responsabili delle unità operative chirurgiche, di realizzare qualche studio multicentrico regionale. Fin dalla sua fondazione l'associazione organizza un Congresso annuale monotematico (nel 2005 sulle neoplasie gastriche, nel 2006 sui carcinomi coloretali) e dallo scorso anno ha affrontato la sfida di una iniziativa editoriale che vedesse coinvolte tutte le Scuole Chirurgiche Italiane più attive ed all'avanguardia nell'ambito chirurgico preso in esame. L'anno passato ne è scaturita una bella ed apprezzata monografia sul "Trattamento Chirurgico del Carcinoma del Colon-Retto".

Quest'anno abbiamo deciso di focalizzare l'attenzione sulle patologie pancreatiche, argomento di vivo interesse sia per la rilevanza epidemiologica, sia per la complessità ed il

fascino che questo organo, ultimo entrato nel dominio della chirurgia addominale, riveste in ambito chirurgico. Ho ricevuto compito di curare la pubblicazione della Monografia dal titolo **"Il Trattamento Chirurgico delle Patologie Pancreatiche"** e di organizzare l'omonimo **congresso che si terrà ad Ancona venerdì 14 Dicembre e Sabato 15 Dicembre nell'Aula Magna della Facoltà di Medicina dell'Università di Ancona.**

Il Congresso ha l'obiettivo di delineare lo stato dell'arte nel trattamento medico, ma soprattutto chirurgico delle patologie pancreatiche sia infiammatorie che neoplastiche. Il trattamento delle pancreatiti e dei tumori pancreatici, in lento ma inesorabile aumento di incidenza, rappresenta infatti una continua sfida per il chirurgo. Più in dettaglio verranno affrontati in maniera esaustiva, aggiornata ed aderente all'Evidence-based medicine i continui progressi ottenuti nella conoscenza della fisiopatologia e della storia naturale della pancreatite acuta, con le sue ricadute pratiche sul trattamento sia medico che chirurgico. Sarà dato ampio spazio all'evoluzione del trattamento e delle tecniche chirurgiche della pancreatite acuta, della pancreatite cronica e delle pseudocisti pancreatiche. Verrà affrontato in ogni suo aspetto l'ampio campo delle neoplasie pancreatiche sia cistiche che solide, focalizzando poi l'attenzione e mettendo a confronto i risultati ottenuti con le diverse tecniche chirurgiche di demolizione pancreatica, affrontando anche la chirurgia estrema ed il trapianto di pancreas. Verrà definito il gold standard dell'imaging radiologico (ecografia, TC e RM) elemento indispensabile per definire la severità della pancreatite acuta (stadiazione sec. Balthazar), per caratterizzare le neoplasie cistiche pancreatiche e per stabilire l'operabilità dei tumori pancreatici. Per completezza abbiamo inserito anche l'ecoendoscopia operativa, metodica emergente ormai di indispensabile ausilio

nella fase diagnostica. Sarà dato ampio campo anche alle procedure di radiologia interventistica e di endoscopia operativa che grande spazio hanno guadagnato nella gestione delle pancreatiti e nella palliazione delle neoplasie pancreatiche. Infine, ma non ultimi per importanza, l'oncologo ed il radioterapista faranno il punto sui trattamenti adiuvanti e neoadiuvanti ad intento sia curativo che palliativo, entrando nel merito delle più efficaci linee di chemioterapia ma focalizzando anche l'attenzione sui nuovi farmaci biologici. Soltanto il coinvolgimento armonico di tutte queste figure professionali (radiologo, chirurgo, endoscopista, radiologo interventista, oncologo, radioterapista) può assicurare quella visione globale, integrata e multidisciplinare, che rappresenta oggi il gold standard e garantire il risultato ottimale nel trattamento chirurgico delle patologie pancreatiche. **Per raggiungere un alto livello culturale sono stati coinvolti in questo convegno i giovani chirurghi delle più autorevoli Scuole ed Istituzioni chirurgiche italiane in tema di chirurgia pancreatica.** Saranno inoltre presenti illustri cattedratici come i Professori Davide D'Amico, Gianmassimo Gazzaniga, Carlo Staudacher, con letture magistrali di più ampio respiro. Per motivare e legare con un doppio filo le prestigiose Istituzioni chirurgiche anzidette, tutti i relatori sono stati coinvolti nella stesura e nella realizzazione della Monografia intitolata appunto "Il Trattamento Chirurgico delle Patologie Pancreatiche" della collana "Argomenti di Chirurgia" della casa Editrice Alpes Italia, articolata in 38 capitoli e di circa 250 pagine, che sarà presentata al nostro III congresso annuale. **La speranza è quella di realizzare un incontro ed un confronto dialettico tra i più autorevoli pancreatologi chirurghi italiani e tutte le unità operative chirurgiche marchigiane, senza distinzioni, da Pesaro a San Benedetto.** L'ingresso e l'iscrizione sono gratuiti per cui vi aspettiamo numerosi.

Argomenti di Chirurgia Plastica

Studio del viso

di Giovanni Umberto Agostinelli Chirurgo Plastico presso l'UOC di Chirurgia Generale, Ospedale di Fano · guagosti@iper.net

«Quant'è bella giovinezza, che si fugge tuttavia!
Chi vuol essere lieto, sia: di doman non c'è certezza.»

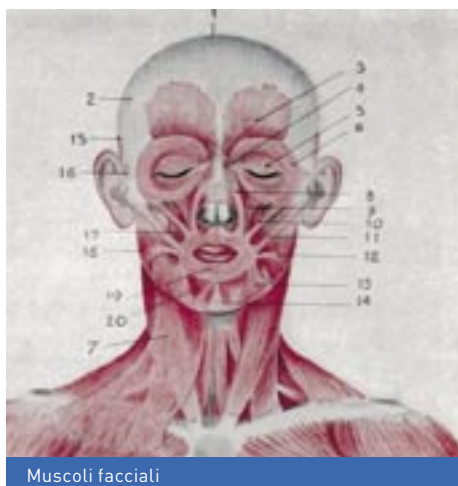
Lorenzo de' Medici

I muscoli della testa sono da dividere in tre gruppi: i muscoli mimici o pellicciati che determinano le espressioni del viso; i muscoli scheletrici o masticatori che muovono la mandibola e i muscoli degli organi di senso che muovono gli occhi, la lingua o che permettono i movimenti delle ossa dell'orecchio interno.

Non tratteremo di questi ultimi perché non hanno alcuna rilevanza per una indagine artistica.

Possiamo così dividerli in:

- A) muscoli della volta cranica e del padiglione auricolare;
- B) muscoli dell'area orbitaria;
- C) muscolatura del naso;
- D) muscolatura buccale.



Muscoli facciali

I muscoli della volta cranica

La muscolatura della volta cranica è rappresentata dal muscolo epicranico, costituito d'ambo i lati da un ventre anteriore detto muscolo frontale e da uno posteriore, il muscolo occipitale, uniti fra loro dalla galea capitis; quest'ultima, sulla linea mediana, si continua ininterrotta dall'estremità an-

teriore a quella posteriore del muscolo. Il muscolo emicranico avvolge come una cuffia la volta cranica in corrispondenza delle regioni sopraccigliari, frontale, parietale e occipitale, oltrepassandole antero-lateralmente.

Di questi muscoli l'occipitale origina dalla linea nucale superiore e si reca in alto restringendosi lievemente per inserirsi al margine posteriore della galea. Il frontale origina dalla metà anteriore della galea e portandosi in avanti, in basso e medialmente, si attacca al derma cutaneo in corrispondenza del sopracciglio; i fascetti più mediali del frontale, contigui a quelli del lato opposto, scendono sino alla radice del naso per inserirsi alle ossa nasali.

Poiché la galea scorre sulla volta cranica, esso sposta avanti e indietro il cuoio capelluto, secondo le contrazioni dei mm. frontale e occipitale. A causa dell'inserzione sulla pelle del sopracciglio il frontale determina il sollevamento di questo e la comparsa di rughe trasverse sulla fronte, esprimendo stupore o sorpresa.

Antagonista del frontale è il procerico ("l'allungato") che stira verso il basso la cute della fronte, dato che le sue fibre nascono dalla cartilagine e dalle ossa nasali. È sinergico del m. corrugatore del sopracciglio e crea le rilevatezze trasverse alla base del naso e contribuisce a far assumere l'atteggiamento dell'attenzione, ma anche della durezza d'animo, della crudeltà, dell'aggressività, del dolore fisico e si manifesta particolarmente nell'atto della minaccia.

I mm. auricolari non hanno alcuna rilevanza artistica.

I muscoli delle palpebre

Il m. corrugatore del sopracciglio, originando dalla gabella e dal margine sopraorbitario, irradia le sue fibre nella cute

del sopracciglio. La sua azione è quella di aggrottare le sopracciglia per esprimere attenzione, rabbia o terrore.

Il m. orbicolare dell'occhio appartiene allo strato superficiale e consta di una parte orbitaria, che si fissa con un legamento palpebrale al processo frontale del mascellare e di una parte palpebrale, concentrica alla prima, che definisce la rima palpebrale. I sopraccigli sono due rilevatezze arcuate e coperte di peli, corrispondenti alle arcate orbitarie dell'osso frontale e sovrastanti alle palpebre superiori; spesso hanno un andamento orizzontale, ma più comunemente descrivono due archi e, in qualche caso, unendosi alla radice del naso, ne formano uno solo. Nelle razze orientali la loro disposizione è per lo più obliqua dall'esterno all'interno e dall'alto in basso. Nelle donne l'estremità mediale del sopracciglio, più globosa, dovrebbe cominciare da una linea innalzata dall'ala del naso, mentre quella laterale dovrebbe terminare su di una linea obliqua condotta dall'ala del naso e passante tangente al canto esterno dell'occhio. Detto arco dovrebbe trovarsi negli uomini a livello del margine sovraorbitale, mentre nella donna è ad un livello più alto e distante dal margine orbitario. Esteticamente è considerato un carattere di bellezza il sopracciglio leggermente arcuato e sottile come nei quadri di Raffaello e del Perugino.



del sopracciglio. La sua azione è quella di aggrottare le sopracciglia per esprimere attenzione, rabbia o terrore.

I muscoli del naso

Lateralmente all'eminenza del naso troviamo il m. elevatore dell'ala del naso e del



Un arco perfettamente simmetrico appunto perché il risultante di due curve uguali, come nel ritratto di "Simonetta Vespucci" di Piero di Cosimo (1520). Chantilly, Musée Condé.

Angelina Jolie

labbro superiore che contraendosi arricciano la cute del dorso del naso e creano una espressione minacciosa di disgusto.

La relazione tra il labbro e il naso è molto importante per il profilo facciale e l'angolo formato dalla columella e il labbro è stato oggetto di molte discussioni nella letteratura della chirurgia plastica nasale. Tale angolo sarebbe di circa 100 gradi.

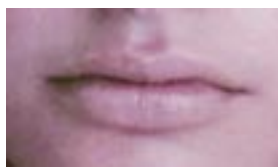
C'è chi ha parlato di "arco sciita" per rendere più semplice la definizione di questa area che coinvolge la punta nasale, le labbra e il mento in una "profiloplastica".

Tuttavia intervengono molti fattori, come la posizione del setto, la spina nasale, la columella e il labbro. Di tutti questi fattori il più importante è la spina nasale: la resezio- ne di questa struttura può causare la retrazione della base della columella con overhanging della punta. In altri la spina nasale è poco sviluppata e la punta nasale spesso appesa verso il basso e l'angolo naso-labiale è acuto.

I muscoli della bocca

Le labbra fanno parte della unità estetica orale-periorale, che a sua volta rappresenta una sottounità dell'unità estetica inferiore del volto.

I principali parametri morfo-estetici da



rispettare sono quindi rappresentati dalla distanza fra naso e labbro superiore (circa 18-20

mm), dalla distanza fra mento e labbro inferiore (circa 36-40 mm), ma soprattutto dal rapporto fra labbro superiore e labbro inferiore. Questo rapporto, di solito circa 0.6/1 è fondamentale perché il labbro inferiore (che ha un'altezza di circa 10 mm), è sempre più pieno del superiore. Labbra corrette senza rispettare

questo rapporto appaiono spesso eccessive e artefatte per una abnorme enfattizzazione del labbro superiore. L'estensione laterale della bocca, non deve superare una linea ipotetica passante per la tangente mediale all'iride. La proiezione laterale delle labbra deve poi rispettare una linea tesa fra le narici ed il mento, che sia tangente al labbro superiore e a quello inferiore (linea di Steiner). L'angolo naso-labiale infine deve avere un valore compreso fra 85° e 105°. Dal punto di vista istologico, al di sotto dell'epitelio di rivestimento, la lamina propria è una struttura lassa con fibre che si incrociano in varie direzioni formando reti a maglie larghe. La sottomucosa è formata da qualche cellula adiposa e sostanza fondamentale in cui si trovano in prevalenza fibre collagene, alle quali sono frammiste anche fibre elastiche e fibre reticolari. Le fibre collagene si ramificano e si riuniscono a formare una rete a maglie molto ampie entro le quali è tesa una sottilissima trama di fibre reticolari e fibre elastiche disposte a formare una rete strettamente intrecciata (a nido d'ape). Al di sotto, infine, troviamo il piano muscolare. La lamina propria e la tela sottomucosa nell'insieme costituiscono dunque una struttura molle, flessibile, scorrevole, estensibile e facilmente spostabile.

L'uomo è l'unica specie dei primati dalle labbra vistosamente everse.

Poiché la mucosa così esposta è più scura della pelle circostante del viso, questa ever- sione rende più vistosa la forma della bocca ed intensifica i segnali espressivi orali. Nelle razze di pelle scura, la mucosa esposta ha un confine definito in modo più netto, che è un modo alternativo per renderne la forma chiaramente visibile.

Durante l'eccitazione erotica, le labbra diventano tumide, più rosse e sporgenti. Ciò le rende non solo più sensibili al contatto, ma anche più vistose: le labbra della bocca femminile imitano le labbra dei genitali

esterni. L'invecchiamento causa una perdita di densità e di idratazione delle mucose e quindi, come vedremo, un assottigliamento e un loro inaridimento.

Il più importante muscolo buccale è l'orbicolare della bocca. Composto da due parti, quella esterna e quella sottocutanea, con le fibre che si incrociano all'altezza della commessura labiale, e una interna, non coperta dalla cute, ma che mostra direttamente la mucosa e le cui fibre corrono parallelamente alla rima buccale. È chiamato anche m. osculatorio, dal latino osculum, cioè bacio, in quanto esso protrude le labbra in avanti come nell'atto di succhiare; è inoltre sinergico con altri muscoli nei processi di fonazione e in altri atteggiamenti mimici.

Il **m. buccinatore** costituisce le pareti laterali della cavità buccale; deve il suo nome alla buccina, la conchiglia tortile utilizzata dai tritoni come strumento a fiato.

Il **m. grande zigomatico** che solleva verso l'alto la rima buccale concorrendo a determinare l'espressione di riso, nasce dall'osso zigomatico e decorrendo verso il basso prende inserzione alla commessura buccale. Azione diversa dal precedente è svolta dal **m. risorio** che decorre orizzontalmente e le cui fibre vanno dalla zona del massetere alla commessura buccale. La contrazione di questo muscolo provoca un riso forzato o sardonico.



Il **m. quadrato del labbro superiore** è costituito da tre fasci muscolari: un capo zigomatico (m. piccolo zigomatico), uno sotto-orbitario o mediano e uno mediale o angolare (m. elevatore del labbro sup.): essi, convergendo verso il basso, prendono inserzione sulla pelle del naso e del labbro superiore. La loro azione determina un'espressione di tristezza e/o di dolore.

Analogo al precedente è il **m. quadrato del labbro inferiore** che assieme al m. triangolare (detto anche depressore dell'angolo della bocca) che lo ricopre e al m. mentoniero, costituiscono il gruppo dei muscoli depressori nella regione mentoniera e determinano l'espressione di apprensione o di sussiego.



E. Bernard - Bernard's Grandmother
(Sophie Bodin-Lallement)
-Amsterdam, Stedelijk Museum

Il **muscolo platisma** (o muscolo pellicciaio del collo) è una vasta e sottile lamina muscolare quadrilatera che si estende dalla spalla e dalla sommità del petto, sulle facce laterale e anteriore del collo, raggiungendo la parte inferiore della faccia. Insieme con i due foglietti del perimio che lo rivestono su entrambe le facce, rappresenta lo strato intermedio del tessuto sottocutaneo. Esso solleva la cute del collo in pieghe trasversali e può anche stirare in alto quella del petto.

Il collo di una donna dalla spiccata femminilità è sottile e slanciato, un "collo di cigno".

Molti artisti hanno sottolineato nelle loro immagini questo tratto femminile da Botticelli al Parmigianino, da Holbein a Modigliani. La pelle di questa zona è particolarmente liscia e presenta generalmente una sola plica cutanea trasversale fra lo joido e la cartilagine tiroidea: tale plica era considerata dai Greci un carattere di distinzione e bellezza, tanto

da venire chiamata "Collare di Venere". Altre pliche di flessione si possono delineare nel collo tanto nelle donne giovani che in quelle mature e mentre nelle prime possono donare grazia, nelle matrone, per il riassorbimento del grasso e la diminuita elasticità della pelle, assumono l'aspetto antiestetico delle rughe senili.

Arrotondato nella sua parte superiore, il collo s'allarga in basso per adeguarsi alla larghezza delle spalle. L'estetica contemporanea e la moda soprattutto, hanno imposto le spalle femminili come una specie di architrave del dorso, indipendente dal collo, allo scopo di alzare i seni, modificando quella linea di contorno che dal collo, con un sinuoso andamento degradante, giunge appunto alle spalle.

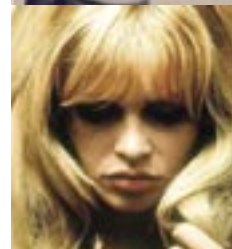
La faccia senile

Possiamo definire l'invecchiamento come un fenomeno irreversibile che si verifica per normale ed inesorabile deterioramento fisico, lentamente progressivo, dei nostri organi, che va accettato com'è, cercando di adattarcisi. E la faccia è la regione che va incontro più precocemente agli effetti dell'invecchiamento e nel valutarne l'aspetto, sono stati facilmente riconosciuti e corretti gli occhi rigonfi, le guance cascanti, le borse palpebrali, le rughe. A mano a mano che l'età progredisce, il terzo superiore della faccia si modifica: i capelli diventano sottili e la loro linea di impianto arretra progressivamente. Il muscolo frontale produce rughe nella

fronte che divengono sempre più profonde ed estese e non vengono mai cancellate. L'anatomia topografica del muscolo e le sue dense e numerose inserzioni sul derma, rendono il suo stiramento del tutto impossibile o quantomeno inefficiente.

Tali rughe saranno eliminate solo con un intervento diretto sul muscolo stesso il quale potrebbe determinare una alterazione dell'espressione del volto.

La dimensione verticale del terzo medio della faccia apparirà più lunga. Da questo punto di vista, le modificazioni della struttura del naso che avvengono con l'età, possono far sembrare la faccia più vecchia; esse cominciano a metà dell'adolescenza, ma non si manife-



Gli effetti del tempo





Modifiche della struttura del naso

stano che verso l'età matura, a circa 25 anni. Nel neonato infatti, il dorso nasale è concavo e la punta è rivolta "all'insù"; nell'età adulta il dorso è diritto, ma nella persona anziana diventa convesso, con rotazione del lobulo e retrazione del sottosetto. Mentre i due quinti superiori del naso sono fissi, costituiti cioè dalle ossa nasali, da quelle frontali e mascellari, dalla lamina dell'etmoide e del vomere, le strutture cartilaginee e il tessuto connettivo che le tiene insieme si modifica e le cartilagini lentamente si separano, si restringono con diminuzione dei condrociti e... poi si frammentano.

La rotazione in basso del lobulo e il riassorbimento del cuscinetto adiposo di fronte alla spina nasale anteriore, causano il divergere del piede del ramo mediale che si sposta posteriormente, causando l'accorciamento e la retrazione del sottosetto e un'ulteriore rotazione in basso del lobulo. Pertanto il naso è più lungo, oltre ed appare ancora più lungo per la riduzione della dimensione verticale del terzo inferiore della faccia e del riassorbimento del tessuto adiposo di esso.

Le rughe periorbitarie laterali sono il risultato della continua contrazione del m. orbicolare sottostante e della perdita di elasticità cutanea. Per far scomparire le rughe trasversali della radice del naso (procerus) e quelle verticali, così come l'ipertrofia muscolare della glabella (corrugatori) è indicato l'innalzamento del sopracciglio. Durante l'invecchiamento il sopracciglio si abbassa gradualmente e si può così determinare un incappucciamento della zona del canto interno dell'occhio. La discesa produce

un aspetto con sopracciglio basso ed occhio chiuso che è repulsivo ed esteticamente inaccettabile.

Con il trascorrere del tempo anche il margine palpebrale si abbassa e questo può interferire con l'asse visivo.

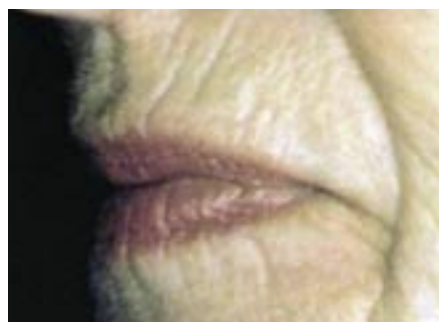
Tutto questo è frequentemente dovuto all'indebolimento o all'allungamento dell'aponevrosi dell'elevatore, mentre spesso il solco palpebrale è retratto.

Il marcato eccesso del m. orbicolare dell'occhio, nella porzione inferiore, determina la presenza delle "borse palpebrali", che sono causate o da eccesso di solo muscolo o di muscolo e grasso orbitario erniato.

La dimensione verticale del terzo inferiore della faccia diminuisce anch'essa con l'età; tono muscolare dell'orbicolare della bocca diminuisce e c'è riassorbimento del tessuto adiposo.

Nell'invecchiamento delle labbra dobbiamo distinguere quello riguardante le componenti intrinseche alla struttura anatomica labiale da quelle pertinenti alla struttura osteo-dentale sottostante. Il primo è caratterizzato dalla perdita di volume e di pienezza della mucosa, assottigliamento e/o perdita di forma e definizione del bordo del vermiglio, nonché scomparsa della sua verticalità; le cuspidi dell'arco di cupido diventano meno evidenti, quasi piatte, i tubercoli labiali si atrofizzano e gli angoli perdono volume. A questo deve aggiungersi talora la perdita del supporto osseo, dentale e adiposo, con aumento di verticalità del labbro bianco che si accompagna ad elastosi e alla comparsa di rughe verticali, principalmente del labbro superiore ("a codice a barre").

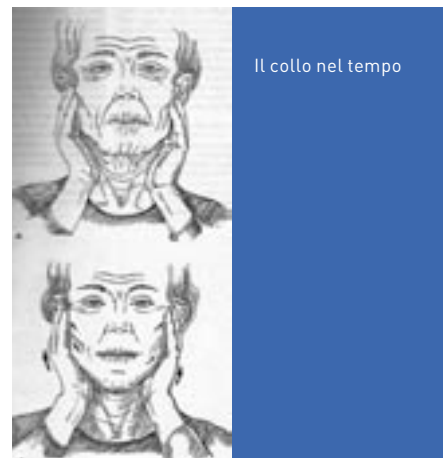
Infine si assiste alla comparsa di pieghe alle commissure, contestuali all'accentuarsi delle pieghe naso-labiali. Le labbra si disidratano, si affinano e si inaridiscono, conferendo al viso un aspetto invecchiato.



Pieghe naso-labiali

Il collo è il primo a mostrare i segni dell'età

Il platisma è un muscolo lungo, obliquo, a decorso verticale, che si estende dall'aponevrosi della faccia verso il basso



Il collo nel tempo

all'area infraclavicolare. Con il passare degli anni le bande mediane sono spesso pronunciate e formano nel collo una corda mediana verticale dando origine al "collo da tacchino". Nell'area del mento, la cute aderisce fermamente all'aponevrosi, ma dato che questo non si verifica nelle guance, la cute scende, producendo le caratteristiche "guance cadenti" dell'età senile. Come ricordato, i muscoli mimici differiscono funzionalmente da quelli scheletrici e il loro campo di azione riguarda l'intera area esterna della testa. Si tratta di piccoli muscoli appiattiti che prendono inserzione principalmente alla pelle della faccia e danno origine, con le loro contrazioni, a quelle complesse modificazioni del volto umano che ne caratterizzano la mimica e che, con il tempo, contribuiscono all'insorgenza delle rughe.

I cambiamenti del viso che si manifestano con l'età dipendono da vari fattori: le differenze genetiche, la personalità, la razza, l'esposizione al sole, l'ispessimento cutaneo, la dieta, oltre che da motivi biochimici e socio-economici.

Tra questi, due fattori contribuiscono principalmente alla formazione delle rughe: la progressiva diminuzione in volume della struttura ossea e l'atrofia e la distensione del tessuto connettivo trabecolare.

Questi fattori rendono la cute troppo larga per il volume del cranio. Il tessuto è lasso e tende a scendere per "gravità", ma rimane attaccato nelle pieghe alle proprie aponevrosi, restando appeso



Franz Xaver Messerschmidt
Charakterkopf ("Heraklit", Alabasterbüste, Württembergisches Landesmuseum Stuttgart)

alla cute sovrastante da queste linee, produce le caratteristiche rughe.

Dal punto di vista microscopico si assiste a:

- un graduale assorbimento del tessuto adiposo;
- alterazioni nello spessore e dell'elasticità della cute;
- riduzione delle aderenze della cute con gli strati cutanei sottostanti, a causa di una parziale separazione fra loro;
- discesa del tessuto sottocutaneo che conduce alla perdita degli strati superficiali e alla contrazione delle strutture sottocutanee;
- formazione di pieghe di cute sulle linee di aderenza dermica e nelle aree di inserzione muscolare che produce le tipiche rughe della senilità.

Fra i 30-40 anni di età la forza di gravità inizia il suo inesorabile effetto. Le rughe frontali divengono evidenti e le palpebre superiori cominciano a superare la rima palpebrale; compaiono le rughe radiali sul canto esterno dell'occhio e i solchi naso-labiali appaiono più profondi; talora diventa visibile l'irregolarità della linea mandibolare. Fra i 50 e i 60 anni le rughe frontali e quelle glabellari

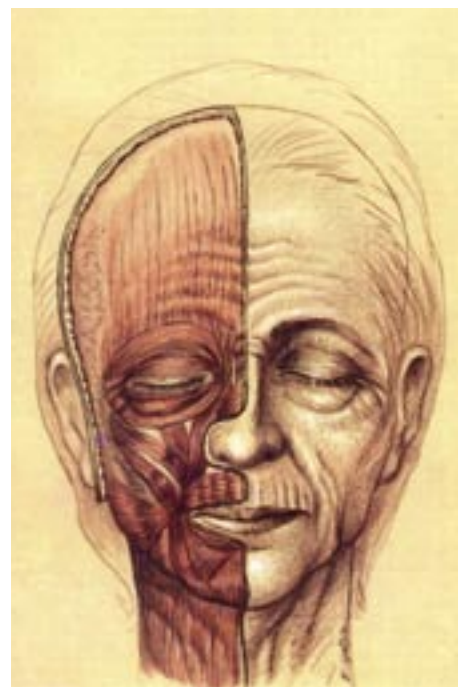
divengono più profonde e permanenti. Il canto esterno dell'occhio sviluppa una inclinazione verso il basso. La pinna nasale scende e il labbro superiore appare solcato da incisioni profonde, perpendicolari, a "codice a barre", che lo increspano; sul collo le bande mediali del muscolo platisma sono spesso pronunciate e formano delle corde verticali. Immediatamente sotto la regione mentale, i bordi anteriori del muscolo si separano e si portano posteriormente. La commessura labiale cade conferendo al viso quell'espressione tipica di apprensione o di sussiego. Tra i 60-70 anni di età tutte le rughe diventano più profonde e più lunghe e tendono

«La faccia senile

Vi mettete nel novero dei giovani voi,
che con tutti i crismi dell'età,
portate scritto "vecchio" sulla faccia?
Non avete voi l'occhio lacrimoso,
la mano secca, la faccia ingiallita,
la barba bianca, le gambe in decrescita?
Non avete la voce arrugginita, il fiato corto,
il mento a pappagorgia, il cervello infiacchito,
ed ogni parte del vostro corpo ridotta ad un rudere?
E seguitate a proclamarvi giovane?
Ah, Sir John, che vergogna, che vergogna!»

Enrico IV, Atto 1, scena 2 - Shakespeare

a formare una rete: quelle radiali dei canti esterni dell'occhio si uniscono con la linea della tasca palpebrale. La parte inferiore del naso e il labbro superiore discendono notevolmente. La diminuzione dello spessore cutaneo e l'assenza del tessuto adiposo nelle regioni temporale e orale divengono evidenti. In questo stadio si possono osservare parecchie alterazioni melaniche. Dai 70-80 anni la discesa della cute del viso appare ancora più evidente. La diminuzione del tessuto adiposo nelle aree temporale, buccale, orbitale rendono la struttura scheletrica dello splanocranio molto evidente; innumerevoli e minute rughe solcano, unendosi, tutto il viso conferendo ad esso, in alcuni casi, l'immagine di una carta "spiegacciata".



RUBRICHE

IL TESTO DA CONSULTARE

di Rodolfo Vincenti



EVENTI SENTINELLA. QUELLO CHE OGNI ORGANIZZAZIONE SANITARIA DOVREBBE SAPERE

Joint Commission Resources

Ed. Italiana

a cura di Massimiliano Panella

Edizioni Medico Scientifiche – 2007

Il tema della sicurezza costituisce certamente la problematica di maggiore urgenza nell'agenda dei lavori dei Sistemi Sanitari attuali, perché "un'assistenza sanitaria che sia la più sicura possibile, nel più breve tempo possibile, è il semplice, ma potente mandato per i pazienti di tutto il mondo" (Sir Liam Donaldson – Presidente *World Alliance for Patient Safety*).

La *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* ha curato questo testo da cui emerge con forza il concetto che la sicurezza non può essere migliorata senza gli strumenti adeguati: reporting, analisi, identificazione delle cause di rischio e di errore; insomma: imparare dai propri errori! Come specificato nella introduzione, questo volume "affronta il tema dell'analisi e della segnalazione degli eventi sentinella in tutti i contesti di assistenza sanitaria" e risulterà di

grande aiuto a chi dirige il personale medico e infermieristico. Sono elencate e valutate le strategie di prevenzione degli eventi, al fine di ridurne la frequenza e con lo scopo di evitare che lo stesso evento si possa ripresentare.

I differenti capitoli sono arricchiti da tabelle esplicative molto chiarificatrici, che possono essere la base per la realizzazione di linee guida per il miglioramento dei processi in tutti i contesti di assistenza sanitaria.

In aggiunta ed a completamento del testo originale, l'edizione italiana ha in appendice ad ogni capitolo un commento redatto da un esperto italiano che risulta molto utile a contestualizzare in funzione della realtà delle nostre organizzazioni.

IL TESTO DA CONSULTARE

di Michele Montinari



IL NOSTRO ICEBERG SI STA SCIOGLIENDO

Vincere le sfide, crescere
ed essere felici in un mondo che cambia.

John P. Kotter, Holger Rathgeber

Prefazione di Spencer Johnson

Sperling & Kupfer Editori Milano 2006

ISBN 8820041715

Pinguini imperatore, quasi impacciati nei loro smoking antartici, goffi, così

simili ai tanti signori Rossi o Bianchi quando si muovono sul ghiaccio del loro iceberg, quanto eleganti, agili, temerari quando si tuffano nel mare e sfidano orche e foche leopardo, piccoli gladiatori, capaci di splendido lavoro di squadra oltre ogni aspettativa se motivati.

Una fiaba moderna fatta per i grandi, scritta con l'innocenza apparente di bambino per quanti in condizioni, situazioni, tempi diversi si trovino a guidare un cambiamento.

Gli autori, con classe da formatori prendono per mano il lettore e con la delicatezza di esperti narratori lo conducono tra allegorici personaggi piumati, tanto simili agli umani, da far riconoscere in ciascuno di essi i soggetti delle nostre organizzazioni. Ricorrendo a nomi di fantasia per nulla togliere alla lettura del libro, incontriamo Nicola, schivo, buon padre di famiglia, curioso e osservatore, ma senza i connotati di leader della colonia, e poi Antonietta, riflessiva e decisionista, Giovanni, il capo, saggio e prudente, Martino, sempre scettico ed ipercritico, Orazio, il professore, Angelo, l'eterno ragazzone, per nulla ambizioso e

che piace a tutti, il Consiglio Direttivo e tanti altri, pulcini compresi, ed un stuolo di giovani e coraggiosi esploratori.

La storia, condotta secondo lo schema semplice e immediato della favola, diventa accattivante nella descrizione delle differenti dinamiche di reazione dei pinguini di fronte al pericolo che il loro iceberg si possa sciogliere e consente di affrontare argomenti seri e controversi. Così quando, chiarito il problema, il pinguino capo verifica che da solo non può farcela si rivolge al "professore" che lo interroga perplesso e dice: "Osserva bene ciascuno di noi... Definisci con precisione la sfida da vincere, fai mentalmente una lista dei nostri rispettivi punti di forza. Potrai così trovare da solo la risposta alla tua domanda". Si avvia allora la storia del Grande Cambiamento, che segnerà per sempre quella colonia di pinguini, riconoscendo alla fine l'utilità di trasmettere certe informazioni alle nuove generazioni: *individuare quali sono gli iceberg che si sciolgono, creare la sensibilità dell'urgenza di affrontare un problema difficile, selezionare il gruppo più adatto a guidare il cambiamento, mettere a fuoco la giusta visione del futuro migliore, saper comunicare quella*

RUBRICHE

visione, rimuovere gli ostacoli all'azione, conseguire rapidamente qualche successo significativo, non fermarsi prima di aver consolidato il nuovo modo di vita.

Il bello delle favole, come quello delle parabole, è quello di fornire spunti di riflessione per gli uomini di tutte le età e di tutte le condizioni, studenti e casalinghe, manager ed ingegneri informatici, medici e pensionati e quanti altri abbiano la capacità di rielaborare personalmente i contenuti o, meglio ancora, di farlo insieme con altri, assistiti in percorsi di formazione.

È infatti questa una delle intenzioni di chi ha scritto il libro, fornire cioè uno strumento che, utilizzando le semplici metafore della vita dei pinguini, renda più semplice a gruppi di lavoro affrontare argomenti complessi o controversi. Ascoltando gli altri, dicono gli

autori, non ci meraviglieremo mai degli innumerevoli iceberg a rischio nel nostro mare, della difficoltà di riconoscere i problemi e di porvi rimedio, ma soprattutto non ci meraviglieremo mai abbastanza degli innumerevoli sistemi creativi ai quali le persone, talvolta meglio dei pinguini, sanno ricorrere per affrontare e risolvere le avversità.

JOHN P. KOTTER

Docente alla Harvard Business School, è considerato una delle massime autorità mondiali in tema di management e leadership. Ha scritto undici libri che hanno conquistato i vertici delle classifiche dei best-seller manageriali: tra questi il più famoso è "Guidare il Cambiamento" del 1996, seguito da "Il Cuore del Cambiamento" pubblicato sei anni dopo.



John Kotter

HOLGER RATHGEBER

Originario di Francoforte, lavora per la Becton Dickinson, leader mondiale delle tecnologie mediche, ha avuto l'intuizione di applicare le teorie di Kotter ad un esercizio didattico relativo ad una colonia di pinguini. È nata così la collaborazione tra i due autori.

IL LIBRO DA LEGGERE

di Michele Montinari



VITE SOSPESE

EUTANASIA, UN DIRITTO?

Vivere o morire dopo il caso Welby.

Un viaggio shock ai confini della vita.

Adriana Pannitteri

Postfazione di Gustavo Zagrebelsky

Aliberti Editore Reggio Emilia 2007

ISBN 8874242368

L'inchiesta straordinaria di Adriana Pannitteri, brillante giornalista della RAI, sul tema scottante e controverso dell'eutanasia, fatta incontrando i protagonisti delle recenti sensazionali vicen-

de oggetto dell'attenzione dei sistemi di informazione, presentate in maniera sapientemente organica, molto tecnica, in un contesto in cui si alternano con interviste ai principali protagonisti della giustizia, della medicina, della politica, della religione.

Una sorta di filo conduttore è costituito dalla storia di Piergiorgio Welby, raccontata un po' per volta, quasi ad episodi, intrecciati ad altre presentazioni, sempre obiettive, nel rispetto della professionalità di chi espone i fatti e si concede a personali digressioni solo quando decide d'istinto di riportare brani della vita di Adriano Augusto, dalle *Memorie di Adriano* di Margherite Yourcenar: così il diario dell'imperatore che scopre l'orrida malattia che lo condurrà alla morte, diventa una sorta di compagno di viaggio per il lettore. Il risultato è un'opera che non stanca chi legge, interessante e stimolante per l'ampiezza dei panorami che illustra e la completezza della informazione, riservandoci la libertà di rielaborare autonomamente i messaggi contenuti e meditare, senza preconcetti. In una società che considera la salute un bene assoluto, necessario come l'acqua o l'elettricità, e rifugge l'idea della sofferenza e della morte, quando il progresso tecnologico in medicina sovverte completamente l'approccio ad alcune malattie, come se le macchine volessero sostituirsi all'uomo, se non a Dio, e la sacralità della tecnologia sostituirsi alla sacralità della vita, allora è lecito porsi interrogativi sulla complessità della fine della vita.

Attenzione però al chiasso ed ai clamori suscitati da onde emotive o da strumentalizzazioni di parte: è giusto che il cittadino cominci a rielaborare queste problematiche, ma è necessario che sia non solo ben informato ma anche soprattutto guidato nell'approccio a quei temi che sono irrinunciabile presupposto alla comprensione dell'eutanasia: il significato della morte che oltrepassa in profondità qualsiasi interpretazione e che pure si differenzia definitivamente in ciascun paziente (B. Häring), il contenuto di concetti rilevanti come dignità umana e le condizioni che degradano l'essere umano da soggetto a oggetto, la futilità, l'inutilità o la sproporzione dei trattamenti, l'insostenibilità della sofferenza (G. Zagrebelsky).

Ignazio Marino, professore di chirurgia al Jefferson Medical College di Philadelphia e Presidente delle Commissioni

RUBRICHE

ne Igiene e Sanità del Senato della Repubblica, assicura nella postfazione che ... vi sono Paesi nel mondo che legittimano l'eutanasia, ... non così in Italia dove l'eutanasia è reato e non verrà introdotta, neanche in forma surrettizia, da una legge sul testamento biologico come quella in discussione al Senato, ... secondo un iter parlamentare che... si sta distinguendo per la ponderatezza della riflessione, nella ricerca di soluzioni ampiamente condivise.

Link: ACOI Puglia
Leggi, normative, dichiarazioni
<http://www.acoi.it/regioni/puglia>



La vignetta pubblicata su "Le Monde" per la morte di Piergiorgio Welby

LA MOSTRA DA NON PERDERE

di Rodolfo Vincenti

BOCCIONI PREFUTURISTA GLI ANNI DI PADOVA

Galleria Civica di Arte Contemporanea
Padova 26 ottobre 2007 - 27 gennaio 2008
Piazza Camillo Benso Conte di Cavour
padovacultura.padovanet.it

La galleria Civica d'Arte Contemporanea, dopo un lavoro impegnativo di ristrutturazione architettonica e funzionale, sarà restituita alla città con l'omaggio a Boccioni futurista, che dal 1900 al 1907 ebbe intense

relazioni di lavoro con Padova. Boccioni (1882-1916) arrivò a Padova con la famiglia all'età di sette anni e ripartì con il padre per Catania (e poi per Roma) a sedici. Ebbe però la costanza di tornare a Padova ogni anno, per trovare la madre e la sorella, che amava profondamente, che erano rimaste nella città veneta. Nell'autunno del 1906 si fermò sei mesi, dipingendo soprattutto ritratti e iniziò il suo fondamentale diario, detto appunto "padovano". L'artista ebbe rapporti profondi con affermati professionisti cittadini che ritrasse in un originale versione di post-impressionismo, energico e fortemente

espressivo. Il contenuto della mostra conduce a ripercorrere tali relazioni con l'esposizione, supportata da puntuali commenti, di inediti documenti e materiali.

I quadri che l'artista dipinse a Padova, provenienti da importanti collezioni pubbliche e private, saranno arricchiti da un'accurata selezione di tempere di gusto liberty che Boccioni dipinse tra il 1903 e il 1906, da numerosi disegni di formazione e da notevole materiale documentario costituito da fotografie, oggetti, lettere.


Anche Ugo Valeri, Felice Casorati e Mario Cavaglieri, tre artisti attivi a Padova in quegli stessi anni, saranno presenti in mostra con sezioni mirate, con opere, disegni e testimonianze inedite relativi a quegli stessi anni, compresi tra il 1902 e il 1907.

Tale evento vuole dare idealmente l'avvio alle grandi manifestazioni futuriste previste nel biennio 2008-2009, diventando un punto di riferimento imprescindibile per la ricostruzione della vita del genio artistico dell'unica e più importante avanguardia storica italiana.



Umberto Boccioni
Paesaggio
padovano Padova
gennaio 1903
olio su tela





tyco

Healthcare

Operare con sicurezza

United States Surgical una Divisione di Tyco Healthcare, è leader nella realizzazione di prodotti innovativi per la chiusura delle ferite e di dispositivi per la chirurgia avanzata. Due le divisioni di business dedicate: Autosuture offre una linea completa di dispositivi chirurgici e strumenti laparoscopici per la chirurgia generale e le specialità chirurgiche; Syneture produce e distribuisce una gamma completa di suture e prodotti chirurgici di altissima qualità.

Anticipando le innovazioni in chirurgia

autosuture^{as}

contour™
Curved Cutter Stapler



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

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION™

