



acoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani



numero 10 / aprile-giugno 2008



Rodolfo Vincenti



Primo Piano

Speciale Bergamo

Editoriale

VERSO UN'ASSOCIAZIONE D.O.C.

di Rodolfo Vincenti

In questi ultimi tre anni ho contribuito, affiancato da colleghi solerti, volenterosi e capaci, a redigere questa rivista: ho composto palinsesti, ho sollecitato idee ed autori, ho ricercato un "filo logico" come argomento base di ogni numero. Non so se sono riuscito nell'intento. Una cosa, però, è certa: non sono mai entrato nel merito dell'editoriale. Non era mio compito. Ora l'editoriale diventa mio impegnativo dovere. È mia personale convinzione che esso debba essere un momento di riflessione, non solo per esternare idee, osservazioni sugli accadimenti più significativi e a noi vicini o per comunicare timori e perplessità che sempre di più arricchiscono il nostro quotidiano vivere da professionisti della salute, ma anche per sottolineare le realizzazioni, i successi e le progettualità future. Sulla base di questa dichiarazione di

segue a pagina 3

In questo numero

01 Editoriale

Verso un'associazione D.O.C. di *Rodolfo Vincenti*

05 Primo Piano

Speciale Bergamo

27° Congresso Nazionale ACOI

Bergamo 28 · 31 maggio 2008 di *Luigi Presenti*

La chirurgia nella Città dei Mille di *Lorenzo Novellino*

Evoluzione e tecnologia in Chirurgia:
è tempo di credentialing e privileging?
di *Domitilla Foghetti*

"I have a dream"...grazie presidente!
di *Ferdinando Agresta*

Medicina e Legalità al Congresso
di *Jacques Megevand*

13 Vita dell'Associazione

Vincenzo Stancanelli Presidente Onorario
dell'ACOI di *Luigi Presenti*

Contro l'illegalità, per la qualità in Chirurgia
di *Rodolfo Vincenti*

18° Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia
Fiuggi 27 · 28 · 29 novembre 2008

Congressi regionali 2008

18 Nasce "ACOI TV"

20 Pagina sindacale

Consultazione della FESMED all'ARAN
di *Massimo Percoco*

21 L'Angolo del fiscalista

IRAP e professionisti: i chiarimenti arrivano
sul filo di lana di *Franco Viccaro*

La manovra d'estate approvata il 18 giugno

22 Assicurazioni

Nuove soluzioni per nuovi problemi
di *Giuseppe Doria*

24 Il Cancro: l'etica delle responsabilità

di *Enrico Pernazza*

27 Contro il "senso comune"

Il nuovo libro di Ivan Cavicchi di *Luigi Presenti*

28 Rubriche

Il testo da consultare

La laparoscopia nel trattamento
delle patologie del colon-retto
di *Domitilla Foghetti*

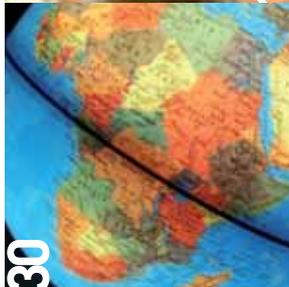
Emergency surgery manual
di *Ferdinando Agresta*

29 Le parole della medicina

29 La posta

30 Cercasi chirurgo per Mozambico

Entro 16 anni 70 mila medici in meno



acoi **NEWS**
www.acoi.it

Numero 10 / aprile-giugno 2008
Trimestrale dell'Associazione
Chirurghi Ospedalieri Italiani.
Supplemento a Ospedali d'Italia
Chirurgia n.2
aprile-giugno

Direttore Responsabile
Claudio Modiano
Direttore Editoriale
Luigi Presenti
Vicedirettore
Domitilla Foghetti

COMITATO DI REDAZIONE

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

CONSIGLIO DIRETTIVO

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

PROGETTO EDITORIALE

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 14/07/2008

SEGRETERIA ACOI

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

segue dalla prima



Rodolfo Vincenti a Bergamo

intenti mi accorrono alla mente tematiche quanto mai dissimili, ancorché tutte singolarmente molto importanti e che, nella loro complessità rappresentano parte dell'azione della Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani: la formazione del chirurgo, la sua tutela responsabile, la revisione del processo per colpa medica sia dal punto di vista del Codice Civile che del Penale, la sintonia tra le Società Scientifiche Chirurgiche per l'individuazione di obiettivi comuni sui quali impegnare le proprie migliori energie per un futuro della Chirurgia che riacquisti interesse della classe medica riportando al logico il numero delle "vocazioni" alla Chirurgia stessa. Tutti questi punti fanno parte del nostro impegno quotidiano e rappresenteranno le strade, talvolta tortuose ed accidentate, che certamente l'ACOI percorrerà con determinazione.

Vorrei però partire con il piede giusto! Vorrei porre le basi affinché tutti i processi su menzionati possano avere un'attuazione quanto più qualificata possibile. La variegata vita dell'ACOI si svolge quotidianamente portando avanti, attraverso le numerose deleghe di incarichi, i progetti, le attività, le collaborazioni e quant'altro presente e deliberato nel programma politico del CD. Tutta questa significativa quantità di lavoro ha vari momenti di verifica che, in modo fino ad ora del tutto automatico, ma non organizzato, rendono conto dei risultati raggiunti. Peraltro, se per quanto riguarda i progetti formativi la ambito certificazione di qualità ISO 9001 prevede periodiche ispezioni e controlli da parte dell'Ente preposto eseguite con misurino e lente di ingrandimento, tutte le altre pur numerose e qualificanti intraprese sono lasciate all'impegno ed alla buona volontà dei singoli. Abbiamo ritenuto indispensabile applicare all'interno della nostra amata Associazione un sistema di

non sarà una "commissione", ma un "ufficio", delega diretta del Consiglio Direttivo, che semestralmente analizzerà i dati a disposizione e provvederà alla puntuale comunicazione degli stessi attraverso uno spazio apposito che comparirà nel website dell'ACOI.

A proposito di qualità non posso non commentare lo svolgimento del recente 27° Congresso Nazionale che abbiamo avuto l'opportunità ed il privilegio di vivere in quel di Bergamo. Mi diceva un Collega, negli affollati corridoi degli spazi espositivi (degni per quantità e qualità di un evento scientifico di rilevanza mondiale), "l'ACOI oggi ha ritrovato lo sfarzo culturale, scientifico ed amicale che negli anni l'ha fatta grande". Condivido questa analisi di immagine e di sostanza: il Congresso nazionale è, e deve continuare ad essere, tra le diverse e molteplici manifesta-

zioni operose dell'Associazione, il momento più importante, maggiormente partecipato, l'appuntamento "da non mancare" dove poter non solo arricchire il personale bagaglio di conoscenze chirurgiche, non solo discutere in modo produttivo sulle tematiche politiche correlate alla professione del chirurgo, non solo dibattere sui percorsi formativi ottimali per i chirurghi in apprendimento, ma anche, e direi ancor di più, avere l'opportunità ed il piacere di incontrare fisicamente tutti quei colleghi, viandanti sullo stesso percorso, con i quali, attraverso scambio di esperienze, esternazione delle proprie certezze o perplessità poter condividere con animo fraterno le affinità elettive e le comuni appartenenze che fanno dell'amicizia un bene primario. E ciò è avvenuto a Bergamo. Abbiamo respirato l'aria giusta. Abbiamo capito che solo la sintonia e l'unità potranno rendere l'ACOI più di quello che già è: il simbolo riconosciuto della Chirurgia italiana. Grazie Lorenzo Novellino. E grazie anche per quell'enorme lavoro che sappiamo essere ancora in fase di elaborazione e del quale noi tutti attendiamo di conoscere i risultati: tutto il Congresso è stato monitorato (negli aspetti partecipativi delle singole aule, nei tempi, nei flussi, negli indici di gradimento e forse altro). Spesso l'uomo, spinto da identiche elaborazioni mentali, percorre sentieri analoghi su percorsi paralleli: la nostra esigenza di introdurre nella gestione ACOI elementi di verifica della qualità è stata autonomamente elaborata da Lorenzo Novellino per la sua splendida creatura.

B.Braun per la Chirurgia

Tradizione e innovazione

Suture

Strumentario

Laparoscopia

Oncologia

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

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

La qualità (ed oggi parliamo di qualità!) di un evento scientifico è data non solo dai numeri interi crudi ed asettici, ma anche dalla valutazione analitica degli stessi con le conseguenti scorporazioni. Tre giorni di Congresso pieni, sette sale "full time", oltre 600 tra presidenti, moderatori di sessione e relatori, oltre 40 Ditte coinvolte e sostenitrici, non sappiamo quanti "tecnici e personale amministrativo" presenti, parlano di per sé di cifre impressionanti per uno storico evento. Scienza chirurgica a tutto campo: dal Day Surgery ai trapianti, dalle patologie di parete ai tumori maligni del pancreas, ma anche sessioni di specialistica: Senologia, Bariatrica, Vascolare, Toracica, Pediatrica, Plastica, Endoscopia chirurgica. Sono stati proposti moduli di sessione che superassero gli stereotipi delle relazioni congressuali per arrivare a forme espositive più dinamiche e partecipate.

Nelle sessioni "Il Maestro e l'Allievo: si cresce guardando un film", un gruppo di giovani chirurghi, insieme a due colleghi esperti, ha preso visione e discusso esempi di tecnica e strategia chirurgica presentati da autorevoli chirurghi e hanno riportato la propria esperienza e la pratica del proprio Centro di appartenenza. La quarta edizione di "Chirurghi e Processo" imperniata precipuamente sulla documentazione clinica, con la collaudata formula della simulazione di un caso giudiziario, ha rappresentato quel successo di pubblico ed interesse al quale il Gruppo "Medicina e Legalità" ormai ci ha abituato. Noi sappiamo, però, che oggi il chirurgo si trova al centro di un conflitto che lo vede attore primario e determinante, in un Sistema Sanitario in fase di faticosa evoluzione, talvolta anche con significato peggiorativo, senza, peraltro, che gli vengano forniti i necessari strumenti di gestione senza i quali risulta praticamente impossibile coniugare la propria ineludibile autonomia professionale con la responsabilità di risultato.

Ecco che si è dibattuto sui percorsi indispensabili al raggiungimento di un "nuovo" concetto di Ospedale dove veramente possa essere attuata una visione olistica del malato in un Sistema etico con i necessari vincoli di economicità e non un Sistema nel quale il "pareggio di gestione" sia l'imperativo categorico. Con il Congresso di Bergamo abbiamo ritrovato la nostra eccezionale tradizione scientifica, interrotta per le note vicende del blocco del sostegno economico agli eventi formativi attuato nei primi sei mesi dell'anno 2007, non certo avvenuto per volontà dell'ACOI che ne ha subito gli effetti negativi, ma ha anche, con la forza

che rappresenta, agito attivamente e con successo affinché la situazione tornasse, su regole etiche condivise, allo stato "quo ante". Tradizione scientifica nel tempo. Il tempo, però, è divenire. Con il tempo si palesano nuove esigenze e differenti domande, necessità e traguardi. Ciò che un tempo sembrava innovativo, oggi può non esserlo più, ciò che un tempo sembrava sogno irraggiungibile, oggi può essere realtà, ciò che un tempo non era ipotizzabile oggi può essere motivo di rinnovato impegno. La tradizione coniugata con l'innovazione ci ha regalato Bergamo e ne siamo orgogliosi. La Scienza chirurgica oggi, e nel futuro ancora di più, impone rigide procedure di valutazione dei risultati di vecchie e nuove tecniche, l'applicazione

intelligente della più moderna tecnologia e la corretta metodologia per l'apprendimento al suo utilizzo, la filosofia dell'evidenza. Ritengo che dovremo ancor di più dare spazio alla ricerca, dovremo aprire più ampiamente le porte a tutti coloro che si applicano con determinazione alla esplorazione di nuove opportunità terapeutiche e ne verifichino scientificamente gli esiti.

Credo convintamente che Luigi Presenti, presidente del Congresso Nazionale 2009, sarà all'altezza di tale organizzazione che avrà l'obiettivo ambizioso di superare il florido passato, senza confidare eccessivamente sul sole della magica Sardegna, ma puntando su ciò che ha dimostrato saper far meglio: impegno e dedizione.

ACOI

XXVIII
Congresso
Nazionale
ACOI

Presidente
Dott. Luigi Presenti

Alla ricerca
della qualità
in chirurgia

Hotel Melià, Olbia - 27/30 maggio 2009

Segreteria Organizzativa
Kassiopea
group

Via G. Mameli, 65 - 09124 Cagliari
Tel +39 070 651242 - Fax +39 070 656263
e-mail: domizianamessina@kassiopeagroup.com

Primo Piano · Speciale Bergamo

27° CONGRESSO NAZIONALE ACOI BERGAMO 28 - 31 MAGGIO 2008

di Luigi Presenti



Chi, avendo a cuore le sorti della nostra associazione, ha partecipato al congresso di Bergamo ha tirato - più o meno consapevolmente - un sospiro di sollievo.

Dopo l'"annus horribilis", il 2007, in cui l'ACOI è stata costretta a numerose prove di forza, a superare difficoltà straordinarie, con un congresso, quello di Bologna, che pur nella sua originalità, nella qualità di alcune proposte lì emerse, nell'apertura di canali di interlocuzione che ancora oggi restano gravidi di positive conseguenze, ha pur sempre rappresentato uno hiatus tra un "prima" e un "dopo", con spiacevoli strascichi che ancor oggi rischiano di spargere veleni sul corso sereno della crescita della nostra associazione, ebbene, l'attesa per Bergamo era grande. Del grande successo del congresso da' conto, nell'Editoriale, il nostro Presidente.

Ho partecipato intensamente all'organizzazione degli ultimi sei congressi nazionali - e mi è tanto piaciuto che ho chiesto ed ottenuto l'organizzazione del prossimo - e posso testimoniare come ognuno dei Presidenti abbia dato la sua cifra alla struttura della manifestazione. Quella di Lorenzo Novellino, tutta lombarda nella cura quasi maniacale dei dettagli, ma tutta meridionale nel fuoco della passione che ha messo nella sua onnipresenza e anche nell'autoflagellazione di fronte ai pochi, e francamente marginali, disguidi e disservizi.

Diamo in queste pagine non un resoconto organico della manifestazione, che sarebbe impossibile, ma una serie di spunti su aspetti particolari del congresso.



Claudio Eccher, Vittorio Feltri, Piero Banna, Enrico Croce, Lorenzo Novellino



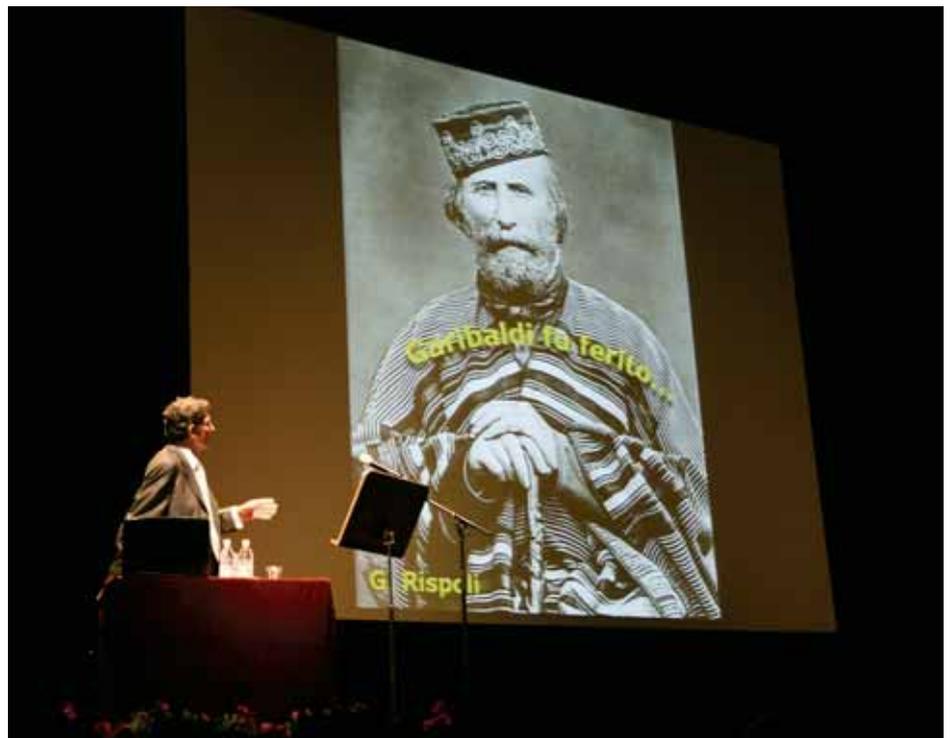
Rodolfo Vincenti, Marco De Fazio, Luigi Presenti, Giuseppe Spinoglio, Gianluigi Melotti

Primo Piano · Speciale Bergamo

La chirurgia nella Città dei Mille

di Lorenzo Novellino

È stato per me un momento di forte emozione esprimere a tutti Voi, soci ACOI, e ai numerosissimi cittadini di Bergamo il mio "benvenuti" ad un evento importante, come lo sono del resto tutti i Congressi ACOI, ma che ho desiderato fosse importante anche per il territorio in cui lavoro. Questo perché credo fortemente, come ho già espresso quasi un anno fa, nella cartolina di presentazione del Congresso e che ho ripreso nel mio saluto inaugurale, che la nostra forza e, diciamolo pure, il nostro potere stanno unicamente nelle nostre mani e nei pazienti che si affidano alle nostre capacità, riponendo in noi fiducia e speranza. È essenziale pertanto che si stabilisca fra noi chirurghi e i nostri malati un rapporto corretto e profondo, che vada al di là della trasparenza del consenso informato ed anche al di là della necessaria ed obbligatoria scientificità dei protocolli e delle procedure. Non ho la pretesa di asserire nulla di nuovo con queste parole: la linea ideologica dell'ACOI degli ultimi anni e le impostazioni dei suoi recenti Congressi mi sembra che esprimano fortemente la tendenza alla risoluzione dei vari tipi di conflittualità che si sono evidenziate nella nostra professione, nella ricerca di una forma fiduciaria non solo formale, ma anche e soprattutto sostanziale. Inserendomi quindi in questa linea di continuità, la Cerimonia Inaugurale del 27° Congresso dell'Associazione volutamente è stata aperta a numerosi cittadini del territorio bergamasco ed il tema stesso dell'Inaugurazione "Garibaldi fu ferito: la Chirurgia nel Risorgimento", oltre che un omaggio alla città di Bergamo, definita la Città dei Mille, ha voluto essere una rivisitazione congiunta fra addetti ai lavori e non, di una preziosa lezione di chirurgia che, grazie anche alle capacità istrioniche del nostro collega Gennaro Rispoli e alle dotte riflessioni dello storico Paolo Merla, ha calato un atto chirurgico come tanti in una contestualità storica e umana unica.



Gennaro Rispoli e... Giuseppe Garibaldi

Mi auguro poi che la cornice musicale, con canti popolari e musiche sinfoniche dell'800, abbia reso piacevole questo primo momento del Congresso. Un'ultima parola, in relazione alla Cerimonia Inaugurale, devo assolutamente esprimere: è una parola di profondo apprezzamento per le riflessioni intense, sintetiche ma incisive, perfettamente coese e coerenti del nostro Presidente uscente Gianluigi Melotti. Credo che noi tutti ci siamo sentiti orgogliosi di essere rappresentati da un tale Presidente.

La parte congressuale vera e propria si è svolta presso la Nuova Fiera di Bergamo nelle giornate di giovedì 29, venerdì 30 e sabato mattina 31 maggio.

Anche se siamo ancora in fase consuntiva, posso riassumervi il congresso con qualche numero:

- oltre 2000 partecipanti
- 690 presenze all'inaugurazione
- 3300 pasti offerti (comprensivi della cena di gala)

- 890 partecipanti alla cena sociale
- 7 aule funzionanti
- 88 sessioni
- 445 relatori
- 68 i chirurghi lombardi coinvolti nell'organizzazione scientifica dell'evento.

Gli argomenti in calendario trattati vi sono ben noti e comunque sono ancora reperibili sul sito www.pensierochirurgico.it Sono convinto che una manifestazione importante come il nostro congresso annuale debba essere attentamente valutata in fase di consuntivo al fine di migliorarci nel corso degli anni senza rischiare l'ingessatura di cui oggi si soffre, ingessatura ancor più pericolosa tanto meno risorse si riescono a reperire. È per questo motivo che ho fortemente voluto monitorare l'intera manifestazione utilizzando due sistemi: con il primo si è proceduto alla conta di tutte le persone presenti nelle varie aule all'inizio, nel mezzo e alla fine di ogni sessione; con il secondo si è proceduto a consegnare

in ogni sessione un questionario con la richiesta di valutare con un voto tra 1 e 10 la puntualità, la qualità delle relazioni e delle moderazioni, i contenuti, l'interesse dell'argomento e la gestione d'aula.

Il questionario è stato consegnato a random in numero proporzionale alla dimensione delle aule e dei partecipanti presenti nell'aula stessa nella specifica sessione. Il risultato dell'analisi di tali questionari, attualmente in corso, sarà consegnato al Direttivo ACOI nel prossimo autunno. Posso comunque anticipare che l'interesse maggiore si è rivolto ad argomenti scientifici quali il cancro del retto, la malattia diverticolare, il politrauma ed il cancro gastrico. I partecipanti hanno espresso un alto gradimento e apprezzamento, seppur con indici numerici di presenze minori, alle problematiche di tipo legale e di politica sanitaria.

Buona affluenza è stata riscontrata nelle sessioni di comunicazioni; devo dire che tante sono state le comunicazioni ricevute, ma, purtroppo, per mancanza di aule e di tempo, ben 48 sono state escluse. I contributi di alto interesse scientifico sono stati quindi veramente molti e sono stati

particolarmente apprezzati dai partecipanti. Un grazie sincero, quindi, a tutti Voi che, con la Vostra presenza e le Vostre conoscenze, avete dato un forte spessore scientifico al Congresso.

È doveroso un ringraziamento anche a tutti gli sponsor medicali, grazie ai quali è ancora possibile realizzare eventi di questo tipo, essenziali per il nostro aggiornamento professionale, e agli sponsor del territorio bergamasco che hanno voluto esprimere con generosità il piacere di ospitarVi. Tengo a sottolineare che, nel rispetto delle regole volute dall'ACOI e dall'Assobiomedica, gli eventi ludici (concerto inaugurale, cocktail di benvenuto, cena sociale, programma accompagnatori) sono stati realizzati grazie a sovvenzioni giunte dal territorio.

Un grazie particolare al Presidente e a tutto il Consiglio Direttivo uscente che ho sentito particolarmente vicini in questo ultimo lungo anno. Un grazie, infine, alla Dott.ssa Luisella Spinelli, attenta coordinatrice scientifica, a tutto il Comitato Scientifico lombardo per la scelta dei temi e della loro modalità di realizzazione, alla mia équipe che, oltre ad aver partecipato all'organizzazione del Congresso,



Lorenzo Novellino

ha consentito lo svolgimento routinario dell'attività di reparto.

Scusandomi per le eventuali carenze di organizzazione che potete aver sofferto, Vi saluto tutti con grande cordialità.



Teatro Donizetti di Bergamo

Primo Piano · Speciale Bergamo · Acoi Giovani

Evoluzione e tecnologia in Chirurgia

È tempo di credentialing e privileging?

di Domitilla Foghetti

Quanto è importante la tecnologia in chirurgia? È la domanda che si è posto e che ha posto a chirurghi giovani e meno giovani Graziano Pernazza (Roma), nell'ideazione della sessione tenutasi durante la mattinata dell'ultima giornata congressuale a Bergamo. Dai risultati di un mini-sondaggio svolto tra i giovani chirurghi proprio durante il congresso, è emerso che il 100% ritiene che la tecnologia migliori

la sicurezza e la qualità in chirurgia e che il 30% circa degli interventi non risulterebbe fattibile senza ausili tecnologici. Alla presenza di due illustri autorità, quali il Presidente eletto SIC Enrico De Antoni ed il neo-eletto Presidente ACOI Rodolfo Vincenti, si è proprio discusso di **"Evoluzione e tecnologia in chirurgia per garantire qualità e sicurezza: è tempo di credentialing e privileging?"**

Secondo Rodolfo Vincenti c'è spesso un

atteggiamento che può definirsi "amatoriale" nei confronti della tecnologia, per cui in realtà è solo il suo utilizzo "corretto" a migliorare la sicurezza, considerando che gli strumenti più sofisticati sono spesso anche i più pericolosi. Il chirurgo deve essere un "professionista", cioè arrivare ad ottenere un risultato che sia sempre buono, quindi ripetibile e riproducibile e non un "artigiano" le cui realizzazioni hanno proprio il pregio di essere sempre



credentialing

Il **credentialing** è un sistema utilizzato nell'ambito delle organizzazioni sanitarie, per valutare il percorso formativo professionale, l'esperienza clinica e la preparazione per la pratica specialistica. Ciascuna figura professionale deve ottenere vari gradi di credentialing prima di essere inserito in una struttura sanitaria e di ottenere l'assegnazione di compiti assistenziali specifici. Il credentialing è stato introdotto formalmente nelle procedure di accreditamento nel 1989, quando la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) stabilì gli standard richiesti alle strutture sanitarie per svolgere funzioni di credentialing.

privileging

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

differenti l'una dall'altra. Forse il chirurgo sbaglia a ritenersi "artista" e dovrebbe limitare questa sua propensione a quelle situazioni che, risultando fuori dagli schemi, richiedono proprio la ricerca di una soluzione particolare.

"Se non domini la tecnologia, la tecnologia ti domina": arma a doppio taglio quindi, **opportunità e occasione per i giovani** che, secondo Enrico Pernazza (Roma), proprio grazie alle moderne strumentazioni, sono riusciti in molti casi a ridurre il gap che li separa dai colleghi più esperti, ma anche rischio da non sottovalutare, per cui **il chirurgo dovrebbe essere "accreditato" all'uso della tecnologia solo dopo un determinato percorso di formazione.**

"Il giovane chirurgo non ha scelta - sottolinea Roberta Longhin (Alessandria) - deve necessariamente approcciarsi alla tecnologia; il problema è la mancanza di un metodo codificato per avvicinarsi all'uso di tali strumenti".

Come Longhin anche il **50% degli intervistati non ritiene soddisfacente il percorso di apprendimento ricevuto in tal senso, considerando che la formazione è spesso demandata alla buona volontà dei colleghi più anziani o più volenterosi.**

"In realtà le figure professionali atte a sviluppare tali percorsi per i professionisti della sanità ci sono - afferma Guido Baroni, Ingegnere dei Sistemi, insegnante di tecnologie biomediche per la chirurgia assistita al Politecnico di Milano - quella

che manca è la collaborazione".

Chi deve valutare se un chirurgo ha le competenze necessarie per utilizzare un determinato ausilio tecnologico? Chi dovrebbe definire un percorso formativo a tutela del professionista, del paziente e della stessa tecnologia? A tale scopo negli Stati Uniti esiste un sistema di Credentialing, elaborato dalla Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), che serve proprio a valutare il percorso formativo professionale, l'esperienza clinica e la preparazione per la pratica specialistica, associato alla concessione di Privileging, con cui si assegna l'autorizzazione all'esecuzione di specifici atti assistenziali.

Tale sistema assicura che il professionista che chiede un "clinical-privileging" sia effettivamente in grado di offrire ai pazienti quei servizi assistenziali in conformità agli standard di cura stabiliti dall'istituto erogante il "privilege".

L'ingegnere Cristina De Capitani (Politecnico di Milano) ribadisce il fatto che la tecnologia comporta senza dubbio molte opportunità ma anche molti rischi.

Per cui si domanda se il chirurgo debba rivestire il ruolo di "nuovo consulente" o "fruitore esperto", sottolineando la necessità di conoscere il linguaggio della tecnologia, mezzo imprescindibile per raggiungere, proprio tramite la collaborazione con le diverse figure professionali, l'autonomia nello svolgimento del proprio lavoro.



Domitilla Foghetti

Senza dubbio l'argomento individuato dalla commissione ACOI Giovani è risultato quanto mai attuale ed interessante, nonostante la collocazione nella mattinata del sabato, ultimo giorno del congresso ne abbia penalizzato la partecipazione. Proprio per tale motivo e per la necessità di riproporre in modo più esaustivo la discussione, Gianfranco Francioni, animatore della sessione, ha proposto di riprendere i lavori in una giornata monotematica che sarebbe disposto ad organizzare ed ospitare a Rimini.

Primo Piano · Speciale Bergamo

“I have a dream” ...grazie presidente!

di Ferdinando Agresta

Una delle prime sessioni del Congresso ACOI di Bergamo: è il Presidente ad introdurre l'argomento sulle prospettive future. Un chirurgo maturo, noto, attivo nella Società.

Il suo invito è a chiudere gli occhi, a sentire quello che viene proposto dai relatori e ad immaginare.

che insegna ai propri allievi come perfezionare quel talento che rende grande l'artista, senza aver paura che qualcuno possa rubare qualcosa di quella Scienza maturata con sacrifici di anni. Pensi quindi all'entusiasmo ed alla passione dei giovani, che devono essere costantemente presenti nella realtà di una Società che vuole respirare aria nuova, che vuole

sistema sanitario. E proprio a riguardo della politica “**I have a dream**” Presidente Melotti.

Sogno che il medico ed il chirurgo siano gli attori principale nel grande palcoscenico del “governo clinico”, e non semplici comparse il cui ruolo è solo quello di difendersi. Mi vedo e vedo la mia professione e la mia Società con la camicia rossa di quei Gari-



Ho seguito il suo di consiglio. Ho chiuso gli occhi. Ed ho sognato. “**I HAVE A DREAM**” il discorso di Martin Luther King Jr il 28 Agosto del 1963 a Washington. Non ero ancora nato e non voglio certamente disturbare il grande Uomo, l'Apostolo dei neri. Ma anch'io ho un sogno oggi, Presidente Melotti!

Ho letto con interesse l'introduzione del Congresso scritta dal Prof. Novellino: “Scienza, Arte, tecnologia, risorse”.

Ed è bello assaporare il concetto della nostra professione come Arte. Ed allora pensi alla Scuola di Chirurgia, al Maestro

vivere e fare proprie quelle tecnologie che solo una mente fresca può più facilmente comprendere e realizzare. Pensi allora alle donne, alla bellezza della loro diversità in una professione dove forse ancora oggi “*il maschilismo*” è simbolo di prestigio professionale.

“**I have a dream today**” Presidente Melotti. Perché ancora oggi abbiamo dei Baronetti nella nostra professione - lontani miglia da assomigliare almeno tecnicamente ai Baroni di un tempo passato - che continuano ad essere servi di una Politica che indisturbatamente fagocita l'intero

baldini di cui si è tanto parlato in questo Congresso di Bergamo: più propensi ad “avanzare” che al doversi difendere in ogni dire e fare.

Mi vedo e vedo la mia Società come quei Garibaldini, pochi forse ma in numero crescente, ma soprattutto uniti.

Grazie Presidente Melotti, perché in questo suo periodo di presidenza l'unità è stata forse la caratteristica che più si è percepita, unità nel ricercare e riavere quella dignità “*che noi chirurghi crediamo di meritare*”.

Grazie Presidente Melotti, perché nella nostra Società non si parla “di quote rosa”,

quasi a voler indicare un numero esiguo ed un colore bello ma forse un po' troppo "sbiadito", perché nella nostra Società abbiamo delle colleghe, donne che non rinunciando alla loro femminilità sanno farsi rispettare ed apprezzare in un mondo così maschilista... loro si *"che hanno tenuto duro!!!"*.

Grazie Presidente Melotti, per aver dato voce e giusta speranza ai giovani in una professione dove ora vi si entra sempre più tardi con il rischio di vedere scemare e perdere di significatività soprattutto creativa quell'entusiasmo e passione di cui scrive il Professor Novellino sempre nella sua introduzione al Congresso.

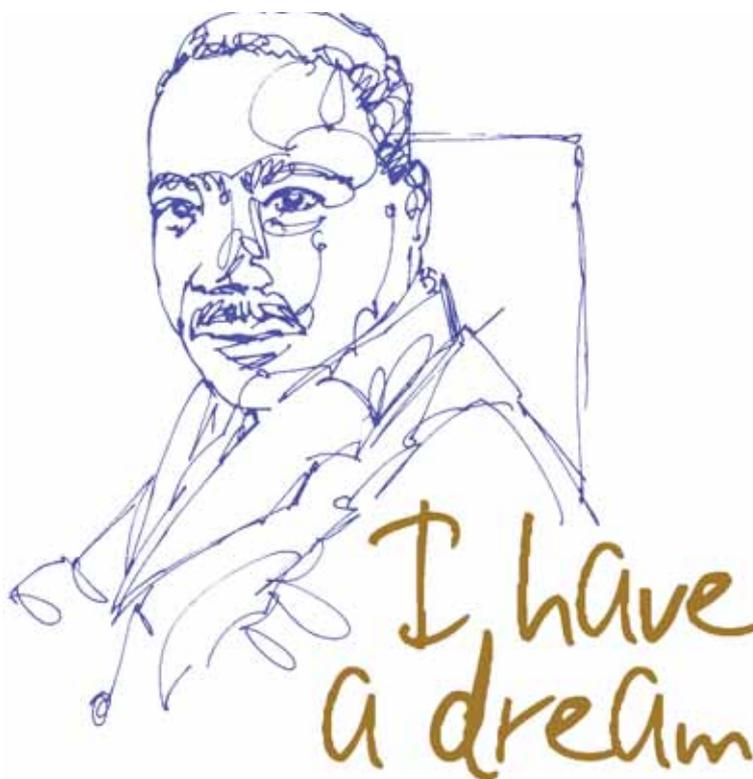
"Have a dream that one day every valley shall be exalted, and every hill and mountain shall be made low, the rough place will be made plain, and the crooked places will be made straight" continua Martin Luther King nel suo memorabile discorso.

Ed anch'io ho un sogno: Congressi dove tutti i chirurghi parlino la stessa lingua, con la stessa dignità dalla più piccola e remota periferia (a cui mi onoro di appartenere) ai grandi centri di riferimento.

Sogno Congressi dove non si parli di quell'astratto che dovrebbe far grandi i pochi, ma di quella realtà che ogni chirurgo deve affrontare quotidianamente. "Scienza ed Arte" ha scritto Lei, Prof. Novellino nell'introdurre il Congresso da Lei Presieduto.

La Scienza ci chiede - a ragione - i numeri... ma l'Arte ci invita, ancora di più a ragione, a personalizzare, umanizzare e contestualizzare questi numeri.

Grazie Presidente Novellino, perché nel Congresso di Bergamo pochi *"hanno dato (solo) i numeri"*, ma è prevalso il giusto desiderio di capirli, interpretarli ed *"intelligentemente applicarli"* alla luce della



Martin Luther King

dignità delle singole realtà...

"And as we walk, we must make the pledge that we shall always march ahead. We cannot turn back" continua ancora Martin Luther King.

Prof. Vincenti, ho l'onore di conoscere personalmente la sua grande Professionalità ma soprattutto Umanità.

Ho avuto l'onore di conoscerLa con quella dignità che rende pari nella diversità dell'esperienza un collega allievo ed un collega Maestro... e continuo a sognare perché ancora tanto è da fare sulla strada intrapresa fin ora, perché l'urgenza del momento richiede Uomini che abbiano il coraggio di continuare nella non facile sentiero della trasparenza, della qualità, della

formazione, del rapporto con i cittadini, del cercare di ri-nobilitare una professione così Scientifica e allo stesso tempo Artistica come quella del Chirurgo.

Grazie Presidente Vincenti per aver accettato questa sfida, grazie perché so che Lei e l'intero Consiglio sarete come quei "garibaldini" di cui abbiamo già parlato, sempre di più presenti in prima linea... speriamo mai soli come quelli dell'Aspromonte!

"I have a dream today".

Grazie (past) Presidente Melotti, Grazie Presidente Novellino, Grazie Presidente Vincenti: e noi siamo pronti al Sogno di un Ospedale Nuovo.

Medicina e Legalità al Congresso

di Jacques Megevand

Nell'ambito dell'ultimo Congresso Nazionale Acoi tenuto a Bergamo nel maggio di quest'anno si è svolta, per il quarto anno consecutivo, una intera sessione di lavoro organizzata dal Gruppo di studio multidisciplinare

Medicina e Legalità dal titolo "Chirurghi e Processo".

A differenza degli anni passati però, nei quali la sessione si era svolta nelle forme di un seminario destinato ad un numero limitato di chirurghi e professionisti del diritto, a Bergamo si è tenuta una sessio-

ne aperta cui hanno partecipato alcune centinaia di colleghi oltre ad avvocati, magistrati e medici legali.

La mattinata del 29 maggio, dedicata alle problematiche medico legali ha avuto come tema principale quello della documentazione clinica; essa si è aperta con due

relazioni introduttive: una intitolata "Le immagini in chirurgia: alcune questioni giuridiche" dedicata alle problematiche medico legali attinenti alla videochirurgia con particolare riguardo sia al consenso del paziente all'uso delle immagini registrate sia alle corrette modalità di registrazione ed archiviazione delle stesse e alla conseguente valenza ed efficacia probatoria di tali immagini nel processo. Vi è stata poi una breve lezione tenuta da Gianluigi Melotti e destinata alla formazione in campo medico dei giuristi presenti in sala volta a spiegare, in modo accessibile a professionisti che operano in campo diverso da quello medico ed anche attraverso la proiezione di interventi realizzati con tale tecnica, "che cos'è la videochirurgia". L'avvocato Fabio Ambrosetti, membro di Gruppo medicina e legalità, ha infine

in termini di responsabilità civile e penale che possono derivare dal non aver documentato correttamente la propria attività. La seconda parte della sessione di lavoro è stata invece dedicata alla simulazione di un caso giudiziario con la finalità di porre a confronto gli effetti che, all'interno di un processo penale per colpa professionale, può avere il tipo di documentazione clinica acquisita nel processo. Si è cercato di mettere in evidenza come l'esito di un processo possa modificarsi a seconda del tipo e della qualità della documentazione clinica utilizzata dai periti e dai consulenti tecnici per fondare le proprie argomentazioni. Per raggiungere questo scopo "didattico", sono state messe a confronto - utilizzando la formula del "processo simulato" - una consulenza svolta su documentazione cli-

clinica a disposizione, e poi al Pubblico Ministero e difensori dei medici che hanno rassegnato le loro conclusioni al giudice. A questo punto tre giuristi che rappresentavano l'organo giudicante si sono riuniti in una sala attigua a quella dove si svolgeva la sessione per svolgere una "camera di consiglio virtuale" che, grazie ad un collegamento audio e video in diretta con la sala principale, ha consentito a tutti i presenti di seguire dal vivo come nasce e si sviluppa il ragionamento giuridico che porta alla decisione del giudice. È seguito un dibattito molto acceso ed appassionato che ci ha dato ancora una volta riscontro sul successo del metodo della simulazione di casi giudiziari che consente, più di ogni altro, al chirurgo di calarsi nella complessità delle dinamiche processuali, rendendolo partecipe



Jacques Megevand, Gianluigi Melotti, Vincenzo Stancanelli, Arnaldo Migliorini, Giuseppe Battarino

presentato il quarto manuale realizzato dal gruppo di studio, quest'anno dedicato a "La documentazione clinica: istruzioni per l'uso".

Il manuale, nel solco di quelli editi negli anni passati ("Il medico e il processo", "Il consenso informato", "La responsabilità professionale nel lavoro di equipe"), si caratterizza per il tentativo di fornire a tutti i professionisti che operano in campo medico, alcune riflessioni sugli aspetti problematici e critici della cattiva redazione della cartella clinica e sui possibili riflessi

tradizionale che portava all'incriminazione di due chirurghi per il decesso del medesimo paziente ed una perizia disposta dal giudice che utilizzava anche la documentazione video registrata durante l'intervento di videolaparoscopia.

Alcuni membri di medicina e legalità presenti in sala si sono poi alternati a rappresentare le varie parti del processo: si è data prima la parola al consulente del PM e al perito del giudice, che hanno spiegato e motivato le loro considerazioni tecniche in base alla documentazione

e consapevole degli effetti che i comportamenti e le scelte dei medici coinvolti a vario titolo - quali imputati, periti consulenti tecnici - nel processo, possono avere sull'esito delle vicende processuali. Le manifestazioni di consenso generalizzato che hanno caratterizzato il "post sessione" ci inducono a proseguire su questa strada di studio e approfondimento culturale in campo medico-giurisprudenziale, ricercando un sempre più largo consenso nella nostra categoria ed in quella dei Giuristi e dei Medici Legali.

Vita dell'Associazione

Vincenzo Stancanelli Presidente Onorario dell'ACOI

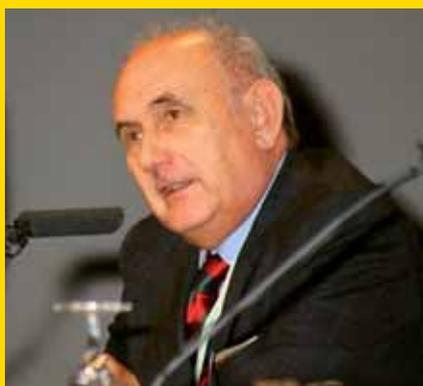
di Luigi Presenti

Caro Vincenzo,
la tua nomina a Presidente Onorario dell'ACOI l'abbiamo decisa nell'ultimo consiglio della presidenza Melotti, caccian-doti dalla stanza per lasciarti la sorpresa al congresso di Bergamo. La tua nomina giunge alla fine di un lungo periodo di presenza ininterrotta nel Consiglio Direttivo dell'ACOI, consigliere per due mandati, poi Presidente, poi Past-president, dodici anni che sono quasi la metà della vita della nostra associazione.

Tanti ti hanno incontrato, conosciuto, apprezzato. Io ti ho conosciuto all'inizio degli anni 2000, dopo quel congresso di Bari che aveva rappresentato per l'ACOI un momento di rottura con la tradizione di monolitismo e di forte contrapposizione di gruppi che si contendevano la guida dell'associazione. Tu a Bari fosti il più votato, dando chiaramente la misura dell'affetto e della stima che ti circondavano. Quella battaglia, la forza delle idee che erano portate dal gruppo che tu guidavi assieme a Gianluigi, mi convinsero ad impegnarmi nell'associazione, pur senza alcun ruolo ufficiale, dopo un periodo, gli anni 90, in cui era ben difficile riconoscersi in una ACOI sempre più verticistica e distante. La tua candidatura alla presidenza nel 2002 fu la necessaria conseguenza di quella storia e il successo di quel gruppo da' ancora oggi i suoi frutti. Ricordo ancora la nostra prima telefonata, la tua immediata confidenza, l'immediata aderenza ai problemi ed ai programmi.

Per sei anni abbiamo condiviso la gestione del consiglio direttivo, sei anni di grande crescita dell'associazione, ma anche di tanti momenti di difficoltà, che abbiamo sempre governato con l'ausilio della tua saggezza e moderazione. Forse sbaglio, perché fra noi due il moderato sono io, tu hai condiviso con Gianluigi la spinta in avanti, la decisione nell'affrontare le battaglie, anche le più dure, anche quelle disperate in cui l'esito era altamente incerto e nell'affrontare con fermezza le - rare - sconfitte. Il ruolo che oggi ti viene affidato - forse mai assegnato

con tanta appropriatezza - non è un ruolo formale, ma è la più forte garanzia che l'ACOI si muova ancora, e sempre, in un solco che è stato tracciato in questi anni a prezzo di tanti sacrifici, una strategia che i nostri soci - e l'abbiamo verificato - hanno dimostrato di apprezzare grandemente. Noi tutti sappiamo che la tua sintonia con il nostro nuovo Presidente, Rodolfo Vincenti, è straordinariamente forte e che, insieme al nuovo consiglio direttivo, saprete condurre l'ACOI ad una rappresentatività sempre maggiore del mondo chirurgico ospedaliero.



Nato a Palermo nel 1933, si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1957. Specialista in Medicina Generale e in Chirurgia Vascolare, Libero Docente in Patologia Speciale Chirurgica ed in Chirurgia Cardiovascolare è stato assistente presso la Clinica Chirurgica dell'Università di Torino e presso le Patologie Chirurgiche di Sassari e di Ferrara.

Dal 1969 al 2003 è stato Primario Ospedaliero di Chirurgia Generale, Vascolare ed Endovascolare dell'Ospedale S. Maria delle Croci di Ravenna. Si è interessato di Chirurgia Generale e Vascolare, ma anche di Chirurgia Endocrina, Toracica, Bariatrica e di Chirurgia Laparoscopica in maniera estensiva.

Autore di più di 150 pubblicazioni edite a stampa, di tre monografie, di cui una in lingua inglese, e di numerosissimi film scientifici, è stato estensore della Relazione Biennale alla SIC nel 1998 sul trattamento endovascolare degli aneurismi dell'aorta.

Nel 1996 gli è stato assegnato il premio Stefanini.

Ha tenuto relazioni in moltissimi Congressi Nazionali e Internazionali; è membro di numerose Società scientifiche italiane e straniere, ha fatto parte dei Direttivi delle principali Società Italiane di Chirurgia Generale e Specialistica. È stato Presidente dell'ACOI dal 2002 al 2005.

FloSeal
MATRIX

Quando ridurre
i tempi è essenziale

Floseal® riduce i tempi
ed i costi chirurgici

CE 0123

Via A. Cocchi, 79 - Loc. Ospedaletto - 56121 Pisa
Tel. +39 050 97 61 11
www.baxteritalia.it

Informazione riservata alla classe medico-ospedaliera.

Baxter

BAXE1049 PR0206



Vita dell'Associazione

Contro l'illegalità, per la qualità in Chirurgia

Comunicato stampa dell'ACOI sulla vicenda Santa Rita

di Rodolfo Vincenti

Anche se la drammatica e sconcertante vicenda della clinica Santa Rita di Milano ha, dal punto di vista giudiziario, risvolti da chiarire e responsabilità ancora da accertare, l'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI) non può sottostimare le ripercussioni correlate che feriscono non solo i malati e le loro famiglie, non solo le Aziende Ospedaliere laddove si offre Sanità metodologicamente e qualitativamente corretta, ma anche quel prevalente mondo di medici e chirurghi onesti che esplicano quotidianamente la propria professione con competenza e impegno. Non a caso, crediamo, l'OMS colloca ai primi posti il nostro SSN. Dal punto di vista sociale e dell'organizzazione sanitaria, però, il significato della vicenda è evidente. In un sistema complesso come quello della Sanità possono, ma non devono, evidenziarsi distorsioni.

La domanda è: **la Sanità rappresenta un costo o una risorsa per la Società?** Troppo semplice: d'acchito non si può non rispondere che sia risorsa e costo insieme. La Sanità, intesa come organizzazione complessiva di un servizio preposto ad erogare cure e prestazioni per garantire il diritto alla salute del cittadino, diritto garantito dalla Carta Costituzionale (art. 32), è una risorsa importante per il cittadino stesso e per la collettività.

Al diritto ad essere sani, si assommano i vantaggi indiretti per tutta la collettività, derivanti dallo stato di benessere dell'individuo, quali il lavoro, la produttività, la partecipazione attiva alla vita sociale. Quindi la risorsa sanità è anche un'importante opportunità per la società. Questa risorsa, però, per essere garantita ha un costo. Il problema del costo implica anche il fatto di affrontare quello dell'eticità: equa ripartizione, contenuto dello stato sociale, principi di solidarietà e di sussidiarietà, appropriatezza delle prestazioni mediche. Conciliare diritto alla salute e costi deve far riflettere su quale debba essere la linea di equilibrio tra garanzia del diritto

alla salute (e quindi quantità e qualità delle cure e delle prestazioni) e i relativi costi (o quantità di risorse destinate e utilizzate). Non c'è dubbio che tale equilibrio debba ancorarsi alla sostenibilità economica del sistema, ma crediamo, non ne possa essere stravolto. L'Azienda sanitaria è soggetto

economico con vincoli etici ovvero, come noi vorremo, deve essere soggetto etico con vincoli di economicità? Negli ultimi quindici anni l'applicazione di criteri economici alla Sanità è ormai diventato un principio acquisito ed uno degli strumenti usati è il "sistema dei DRG.s": in buona sostanza si è passati ad un



rimborso per giornate di degenza a quello per prestazione eseguita (maggiore complessità = maggior rimborso). Sulla carta sembra essere un ottimo strumento, ma nella pratica (come i fatti recenti, ma non unici, testimoniano) presenta alcuni aspetti che, senza entrare nel penale, possono essere stimolo all'errore.

Un ospedale può, in teoria, decidere di trattare le patologie (ahimè in gergo: i DRG!) più remunerative, un medico può "scivolare" nella definizione amministrativa della patologia trattata, e ciò pur mantenendo un alto indice di efficacia e quindi di prestazione ottimale secondo le regole mediche. L'ACOI crede nella rilevanza sociale della professione chirurgica e nella necessità di recuperarne per intero la dignità, anche nell'ambito di un rinnovato rapporto di fiducia con i cittadini, considerando quest'ultimo patrimonio irrinunciabile del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

La nostra Associazione è da anni intenta a portare avanti progetti in tal senso:

- la creazione della "Carta della Qualità in Chirurgia", redatta in collaborazione con Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato e FIASO, nella quale dall'accoglienza nei reparti al consenso informato prima di un intervento, dalla sicurezza in sala operatoria fino alle dimissioni dall'ospedale, vengono riportate tutte le fasi del percorso di un cittadino malato cui si deve assicurare massima attenzione in termini di qualità di prestazione

- Il progetto "Medicina e Legalità", affrontato in collaborazione con magistrati, avvocati, medici legali per studiare, migliorare e far conoscere gli aspetti più delicati e critici della professione medica e dei suoi rapporti con il cittadino. Ma ancora, da quanto emerso in questi giorni circa l'incongruenza di cure chirurgiche proposte ed effettuate, la nostra Società Scientifica che conta più di 5000 chirurghi ospedalieri associati, si impegna nella definizione di "Linee guida di trattamento" che pur non potendo, e non dovendo, essere considerate rigide indicazioni, offrano orientamenti nei quali il medico possa agire secondo etica e scienza sulla specificità di ogni singolo malato. Solo così si potrà parlare di "appropriatezza della prestazione", intesa come la sintesi di validità tecnico-scientifica, accettabilità e pertinenza delle prestazioni sanitarie. Infine è nostro convincimento che sia giusto portare all'attenzione della pubblica opinione la necessità di rivedere sistematicamente il sistema dei DRG.s, non solo per un suo allineamento economico ai più recenti progressi della medicina e alle nuove acquisizioni tecnologiche della chirurgia ma, soprattutto, per disinnescare questa tragica connessione tra prestazione

"complicata" e maggior compenso. È giunto il momento di elaborare un diverso sistema che, pur continuando a controllare i costi eliminando gli sprechi, possa basarsi sui risultati ottenuti e non solo sulle risorse economiche utilizzate. Insomma premiare la guarigione e

non la complicità e in ogni caso svincolare qualsiasi retribuzione diretta ai medici che sia collegata al "peso" del DRG. L'ACOI è pronta, per la tutela della salute dei cittadini, per la difesa della figura del chirurgo, per far sì che la qualità percepita sia proporzionale a quella effettivamente erogata e per prevenire qualsiasi distorsione del Sistema, a interagire con le Istituzioni al fine di interrompere questa perversa connessione tra economicità ed efficacia.



Vita dell'Associazione

18° CONGRESSO NAZIONALE ACOI DI VIDEOCHIRURGIA FIUGGI 27 - 28 - 29 NOVEMBRE 2008





**Associazione
Chirurghi
Ospedalieri
Italiani**

**XVIII CONGRESSO NAZIONALE A.C.O.I.
DI VIDEOCHIRURGIA**

Fiuggi 27-28-29 Novembre 2008

Grand Hotel Palazzo della Fonte
Via dei Villini, 7 - Fiuggi (FR)

PRESIDENTI

Antonino Gatto Baldassarre Sansoni

Videochirurgia: tra Scienza ed Arte

Segreteria Scientifica:

Nicola Apice	Claudio La Rovere
Marcello Beverati	Piero Macaudo
Antonio Cicalese	Riccardo Nobili Benedetti
Stefano Brighi	Giuliano Roncolini
Antonio Bruscoli	Sandro Ruggeri

Segreteria Organizzativa:

Aliwest Travel srl
Via N. Paganini 30/36 - 50127 Firenze
Tel. 055 4221201 - Fax 055 417165
congressi@aliwest.com
www.aliwest.com

Il 18° Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia, che si terrà a Fiuggi il 27 - 28 - 29 Novembre 2008, sarà, come sempre accade per manifestazioni di questo tipo, un'importante occasione per confrontare esperienze chirurgiche diverse con l'ausilio dei mezzi audiovisivi. I lavori scientifici del Congresso si svilupperanno, come di consueto, in varie sedute di proiezioni di video chirurgici a tema. Si svolgeranno sessioni di **Chirurgia Colo - Rettale, Chirurgia Epatica, Chirurgia Biliare e Pancreatica, Chirurgia Urologica, Chirurgia del Tratto Digestivo Superiore,**

Chirurgia dell'Intestino Tenue, Chirurgia della Mammella, Chirurgia Transorgano, Chirurgia della Parete Addominale, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia del Retroperitoneo e della Milza, Chirurgia Barietrica, Chirurgia Endocrina, Chirurgia Robotica. Si terranno inoltre **Tavole Rotonde su "Chirurgia oncologica: tecnica, indicazioni e limiti", "Prospettive per il futuro: quale chirurgia, quale tecnologia, quali chirurghi", "Gli errori in chirurgia".**

Saranno organizzate Sessioni dedicate alle branche specialistiche: **Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Chirur-**

gia Plastica, Chirurgia Pediatrica. Sarà previsto, tra l'altro, un **Corso Teorico-Pratico di Elaborazione dell'immagine digitale dal titolo "L'Immagine in chirurgia: dalla creazione alla presentazione".** L'evoluzione tecnologica, infatti, non ha solo profondamente modificato le metodiche chirurgiche, ma anche la percezione dell'importanza delle immagini, sia fotografiche che video, quali vettori di conoscenza e quindi strumenti di interscambio scientifico e di esperienze. Il corso sarà mirato alla trasmissione di quanto è necessario sapere circa la gestione delle immagini digitali finalizzate alla

comunicazione medica. L'apprendimento delle tecniche di acquisizione e manipolazione delle immagini è ormai parte indispensabile del bagaglio culturale del chirurgo che voglia trasmettere le proprie esperienze, sia cimentandosi personalmente con le applicazioni di computer grafiche o di editing video, sia che debba ricorrere a professionisti, la cui opera può certamente risultare semplificata allorché il committente sappia fornire le giuste richieste.

L'obbiettivo che ci si propone è quello di sensibilizzare ed addestrare il chirurgo alla produzione di contenuti multimediali, utilizzando quegli strumenti che la computer grafica mette a disposizione, in un continuo e precipitoso evolversi).

Inoltre sarà riservato uno spazio per le comunicazioni **video dei Chirurghi "under 40" e degli Specializzandi**. Per questo saranno istituiti dei premi, destinati agli Autori dei migliori video, consistenti in agevolazioni per lo studio, ed in particolare per l'aggiornamento e per le partecipazioni alle Scuole Speciali ACOI. Per la Sessione "Under 40" è indispensabile che il primo autore debba avere i requisiti di età inferiore ai 40 anni e certificare di essere l'Autore del video presentato.

Gli argomenti dei video da trattare sono "liberi" anche se le esperienze passate dimostrano il maggior interesse dell'audience per nuovi dettagli per nuovi dettagli di tecnica, case report, complicate.

La tecnologia di scelta per la realizzazione dei filmati è il DVD la cui durata va contenuta rigorosamente entro gli 8'.

Il Video deve essere commentato in modo da facilitare il lavoro di selezione da parte della Commissione di Video-Chirurgia. L'abstract va inviato contestualmente al video e può eventualmente riportare anche dati numerici ove le immagini siano parte di una specifica casistica. Non ha alcuna utilità ai fini del Congresso, né



potrà essere accettato, l'invio dell'abstract "riservandosi" l'invio del video in un secondo tempo.

I video dovranno essere inviati alla Segreteria Organizzativa - Aliwest Travel srl
Via N. Paganini 30/36, 50127 - Firenze
Telefono 055 4221201 - Fax 055 417165,
email: gmillan@aliwest.com
congressi@aliwest.com.

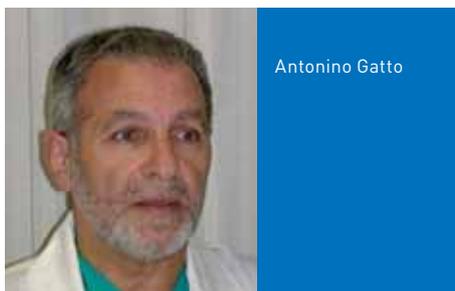
Il testo dovrà essere di massimo 3000 caratteri (spazi inclusi) e contenere il titolo della presentazione, il nome degli autori, la

sessione preferita, la sede di provenienza, i recapiti telefonici e email.

La deadline per l'invio dei contributi è prevista per il **15 settembre 2008**. Il rispetto della data è di fondamentale importanza per agevolare il lavoro di selezione della Commissione di Video - Chirurgia.

La Commissione di Video - Chirurgia è a disposizione dei colleghi per ogni informazione a riguardo.

Tutte le informazioni sono disponibili sul sito **www.acoi.it** e possono essere richieste direttamente anche alla Segreteria Scientifica ed alla Segreteria Organizzativa.



Antonino Gatto



Baldassarre Sansoni

Le date da ricordare

Congressi Regionali 2008

DATA

3-4 Ottobre
10-11 Ottobre
24-25 Ottobre
31 Ottobre
5-6 Dicembre

REGIONE (SEDE)

PUGLIA (TARANTO)
SARDEGNA (ORISTANO)
CAMPANIA (CASERTA)
PIEMONTE (TORINO)
TOSCANA-UMBRIA (PISTOIA)

PRESIDENTE

Mario Saccò
Michele Sau
Ettore Borsi
Paolo De Paolis
Sandro Giannessi

Vita dell'Associazione

Nasce "ACOI TV"

Un servizio di formazione e comunicazione per l'associazione e la chirurgia

La necessità di comunicazione e formazione dei professionisti sanitari è dettata non solo dai continui sviluppi della ricerca, ma anche dalla necessità di condividere esperienze e soluzioni anche tra operatori di aree geografiche distanti tra loro. L'apporto del satellite in questo contesto è di particolare rilevanza, sia per la possibilità offerta da questo tipo di tecnologia di potere coprire, con il proprio raggio, zone ampie e a grande distanza, ma anche per la capacità di mettere in contatto le aziende ospedaliere ed i diversi gruppi di ricerca, le scuole ed i team operativi. In questo contesto si inserisce il **progetto "ACOI TV"**, evoluzione di un servizio partito dallo sviluppo tecnologico di una nuova piattaforma di Formazione a Distanza, basata su video ed altri contenuti multimediali. "ACOI TV" nasce dalla collaborazione tra ACOI e un gruppo di aziende che, supportate da ESA (European Space Agency), ha sviluppa-

to una piattaforma di TV "on demand" e di formazione a distanza via satellite. Tali aziende (OPENSKY come operatore satellitare, MBI e KELL come partner tecnologici, SFERA come promotore e sviluppatore di contenuti ECM), hanno creato una piattaforma di distribuzione satellitare specificatamente progettata per un uso in ambito ospedaliero, ECM FAD e TV a "gruppo chiuso". Il progetto si è sviluppato in due fasi: la prima, riguardante lo sviluppo della piattaforma tecnologica (progetto nato con il nome V4DL Videosat for Distance Learning), ha portato ad una soluzione con le seguenti caratteristiche: set top box da installare presso l'utente, ricezione satellitare assicurata in qualsiasi luogo d'Italia, canale di ritorno ed interattività integrato, menu di controllo tramite tastiera infrarossi. **La piattaforma così pensata e sviluppata può essere installata in qualsiasi struttura ospedaliera e non necessita di configurazioni specifiche in quanto il servizio è**



autonomo e riceve tutti i contenuti via satellite senza occupare risorse di rete dell'ospedale.

Tale piattaforma consente la creazione di un catalogo di video da fruire "on demand", utile per archiviare e gestire i video disponibili, ed un supporto di formazione basato su video e compatibile con le "normative" ECM (il sistema recepisce le ultime norme ECM disponibili, a valle della sperimentazione del 2004). Un corso ECM è per esempio costituito da: test di ingresso, test intermedi a scelta multipla o a testo libero, test finale e test di gradimento, il tutto intervallato da video ed animazioni a supporto della formazione. La seconda fase presenta un maggiore e significativo coinvolgimento di ACOI: con gli strumenti messi a disposizione è possibile creare una soluzione di distribuzione di video con elevata qualità e bassi costi operativi ed avere un archivio centrale in modo da poter richiedere in ogni momento i contenuti, avendo una **vera e propria video-biblioteca a disposizione**. Lo stesso archivio può contenere corsi ECM FAD, ovvero corsi strutturati con video e domande e relativa raccol-



ta dei feedback e risposte. Il progetto ACOI TV si pone quindi come obiettivo la sperimentazione di diverse tipologie di contenuti e di informazioni.

Il palinsesto, fruibile come un catalogo on demand e quindi senza prefissati orari di trasmissione, riguarderà le seguenti aree:

Area comunicazione

- Comunicazione interna associazione
- Comunicazione generale

Area convegni

Area Video Chirurgia e formazione generale

Area Formazione ECM.

Nei prossimi giorni verranno raccolti i feedback relativi alla prima fase di sperimentazione che ha coinvolto alcuni utenti ACOI, sottoponendo loro un catalogo completo di diversi tipi di contenuti.

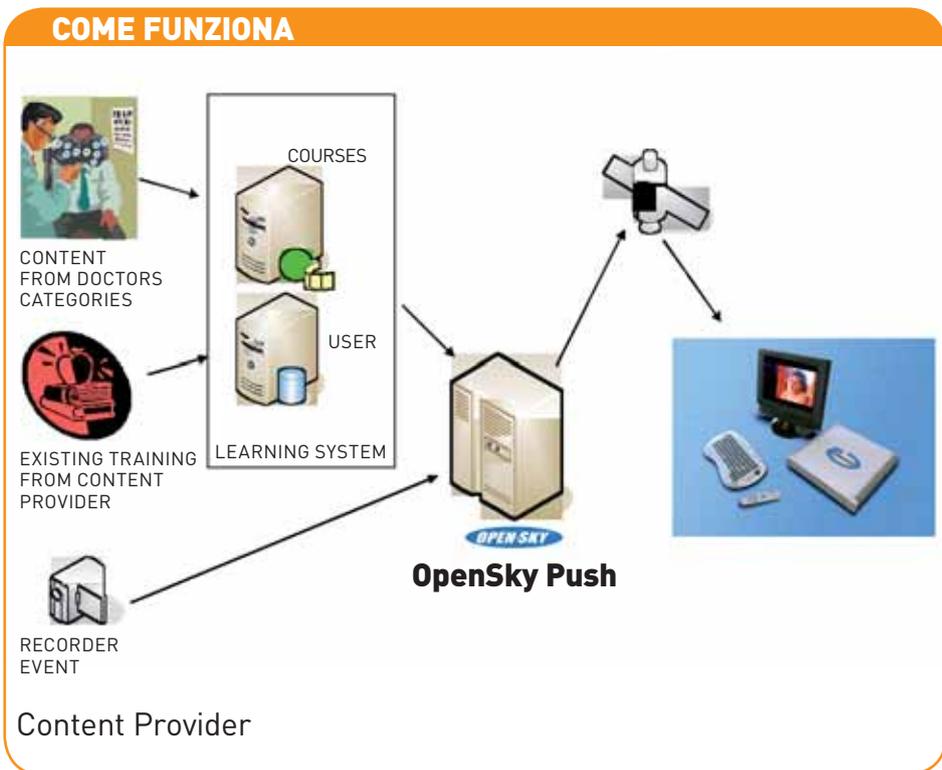
Gli esiti della sperimentazione permetteranno di apportare le eventuali correzioni al modello di servizio e quindi di passare al lancio di un servizio operativo per l'associazione.

ACOI TV prevede la costituzione di una struttura operativa, distribuita su più team divisi per territorio e per tematiche specifiche e coordinati da un board di gestione, che crei e gestisca il palinsesto.

Ogni gruppo di utenza potrà quindi essere allo stesso tempo fruitore e sorgente di contenuti. Un palinsesto tipo potrà, per esempio, raccogliere le seguenti aree:

Il caso del mese

presentazione di casi clinici con richie-



sta di interattività da parte degli utenti.

Acoi campus base

area formazione professionale, comprendente la strutturazione ed erogazione di corsi di formazione sponsorizzati dall'Industria.

Congressi & Convegni

selezione degli interventi dei relatori più significativi, scelti dal novero delle 5/6 manifestazioni congressuali nazionali più importanti del settore, e da 2/3 appuntamenti congressuali internazionali.

TG-ACOI

rotocalco di informazione settimanale.

A colloquio con...

interviste con personalità della Chirurgia Italiana, su argomenti specifici.

Workshop

produzioni dedicate alla possibilità per le aziende di illustrare, in un contesto medico-scientifico "neutro" e non "redazionale" le caratteristiche di funzionamento di principi attivi, materiali, tecniche.

I salotti della chirurgia

talk show bi-settimanale su argomenti di grande interesse per il settore della Chirurgia, condotti con un taglio vivace ma di impostazione scientifica rigorosa.

BARD. THE HERNIA REPAIR COMPANY

La Sinergia diventa Semplicità

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

BARD

BARD Celebrating 100 Years

Consultazione della FESMED all'ARAN

di Massimo Percoco *Presidente Vicario FESMED*

Il 20 giugno la delegazione dell'ARAN ha incontrato la FESMED per confrontarsi sulla possibilità di riaprire in tempi brevi la trattativa per il rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

L'iniziativa dell'ARAN è evidentemente stata sollecitata dal Comitato di Settore e probabilmente dai Ministri e Sottosegretari competenti del nuovo Governo ai quali i Sindacati rappresentativi della Dirigenza medica avevano unitariamente inviato una lettera di felicitazioni per gli incarichi assunti nella quale però non si dimenticava di sottolineare l'urgenza di definire al più presto il rinnovo contrattuale per il biennio economico 2006-2007 ed il quadriennio normativo 2006-2009.

L'ARAN ha quindi intrapreso un giro di consultazioni separate con ognuno dei sindacati rappresentativi onde poter fare una realistica valutazione sulla sussistenza o meno delle condizioni minime per potere ragionevolmente pensare ad una riapertura di un tavolo negoziale capace di concludere in breve tempo quella trattativa bruscamente interrottasi in aprile per l'incosciliabilità delle posizioni sui punti normativi più qualificanti.

Infatti i temi discussi nell'incontro sono stati esattamente quelli che avevano portato alla rottura delle trattative e sui quali era stato dettagliatamente reso conto nel precedente articolo pubblicato sull'ultimo numero della nostra rivista.

Vale però la pena ritornare su di essi perché, pur non essendo mutata in maniera sostanziale la posizione già espressa dalla FESMED, il loro contenuto riguarda temi importanti ed altamente sensibili nell'ambito delle criticità in cui si trova oggi ad operare la nostra professione.

Il primo nodo affrontato è stato quello delle modalità applicative del Dlgs 66 del 2003, modificato peraltro il 25 giugno scorso, che demanda alla contrattazione collettiva la definizione delle deroghe, previste dalla Unione Europea al fine di

garantire la continuità assistenziale, alle norme che regolano il riposo giornaliero. La FESMED ha ritenuto di rappresentare l'esigenza di pattuire che il riposo giornaliero di cui all'art. 7 del citato decreto vada fruito dopo il servizio di guardia notturno e che diverse ed ulteriori deroghe vengano stabilite in sede di contrattazione integrativa, ai sensi dell'art. 4 comma 4 del Ccnl del 3 novembre 2005, onde consentire che situazioni profondamente diverse possano essere risolte in sede locale in funzione delle loro specificità.

Non va infatti sottovalutato il rischio che, norme definite in maniera troppo rigida a livello nazionale, possano essere difficilmente applicate in sede locale vista la eventualità che un perverso intreccio di regole, in una situazione di organici ristretti, da una parte crei grosse difficoltà a garantire la continuità assistenziale e dall'altra leda il diritto al riposo o limiti severamente l'accesso alla libera professione intramoenia.

Successivamente è stato richiesto di rinviare alla successiva trattativa, o ad una sequenza contrattuale, la spinosa questione della introduzione, seppur in via sperimentale, di un sistema di procedure e sanzioni di carattere disciplinare e comportamentale riservato alla dirigenza medica.

L'opinione della FESMED è che una innovazione così radicale necessiti di tali approfondimenti e valutazioni da non consentire, in una trattativa tesa a risolversi in breve tempo, di approdare ad una soluzione che possa essere immune da superficialità o sbavature che, vista la delicatezza della materia, possono inficiarne il fine o essere causa di non dovuta conflittualità tra le parti.

Se è vero infatti che il ritorno ad una graduazione di sanzioni potrebbe essere di interesse per la categoria, distinguendo per gravità eventuali comportamenti censurabili ed applicando conseguenzialmente provvedimenti proporzionati, è altrettanto vero al contrario che una re-

golamentazione frettolosa può esporre al moltiplicarsi dei contenziosi ed ad un uso surrettizio del Codice di Comportamento da parte delle amministrazioni soprattutto in mancanza di un organismo preposto al giudizio sulle vicende e sulle eventuali sanzioni da applicare (ad esempio commissione di disciplina).

C'è quindi da chiedersi ragionevolmente quanto possa giovare alla sanità pubblica uscire dall'attuale sistema del "tutto o niente" (licenziamento o nessuna sanzione) che garantisce le Aziende di fronte a comportamenti non consoni dei propri dirigenti attraverso le norme dei Codici Civile e Penale e delle Leggi che ne regolano gli effetti sul rapporto di lavoro, e garantisce i dirigenti attraverso la possibilità, in caso di ritenuta ingiusta applicazione di recesso, di ricorrere ad un organismo terzo che è la magistratura competente.

Come si può notare queste brevi riflessioni aprono il tema non solo sulla delicatezza della questione, ma anche quello sul ruolo della dirigenza medica che si perde ormai tra incertezza di appartenenza alla dipendenza pubblica e necessità di affermare la specificità della professione.

Nella convinzione che la specificità chirurgica meriti una riflessione profonda nelle istituzioni per ridefinirne ruolo e dignità a garanzia dei bisogni di salute della gente, abbiamo voluto esplicitare alla delegazione ARAN una unica richiesta per quanto atteneva alla parte economica del contratto; che l'incremento della retribuzione di posizione minima unificata per i dirigenti di struttura complessa rispetti, senza alterarne le proporzioni già esistenti, la differenziazione tra area chirurgica, di medicina e del territorio.

È un segnale di entità economica estremamente modesta, ma ha un valore simbolico importantissimo nel contrastare ora ed invertire nel futuro la tendenza all'appiattimento che da troppo tempo pervade la contrattazione del lavoro della nostra professione.

L'Angolo del fiscalista

IRAP e professionisti: i chiarimenti arrivano sul filo di lana

di Franco Viccaro *Dottore Commercialista - Revisore contabile - fviccaro@hotmail.com*

L'Amministrazione finanziaria con la pubblicazione della Circolare n. 45 del 13.6.2008, in vista dell'imminente scadenza per il pagamento delle imposte del 16 giugno fissa i criteri per individuare la platea degli esclusi dall'IRAP, preso atto dell'orientamento ormai consolidato della Corte di Cassazione.

In particolare viene esaminato il principio di "attività autonomamente organizzata" che come ha precisato la Corte Costituzionale nella sentenza 156/2001, costituisce elemento essenziale per assoggettare ad IRAP l'attività dei lavoratori autonomi.

La Corte di cassazione ha sancito che il requisito dell'*autonoma organizzazione* dell'attività, sussiste tutte le volte in cui il contribuente che eserciti l'attività di lavoro autonomo: sia, sotto qualsiasi forma, il responsabile dell'organizzazione e non sia, quindi, inserito in strutture organizzative riferibili ad altrui responsabilità ed interesse; impieghi beni strumentali eccedenti le quantità che secondo *l'id quod plerumque accidit* costituiscono nell'attualità il minimo indispensabile per l'esercizio dell'attività anche in assenza di organizzazione oppure si avvalga in modo non occasionale di lavoro altrui (cfr. Cassazione 3678/2007).

Pertanto alla luce di quanto affermato dalla giurisprudenza ormai consolidata della Cassazione, l'Agenzia delle Entrate, con la circolare in commento, ritiene non ulteriormente sostenibile la tesi interpretativa sostenuta nella risoluzione 32/2002, che, in via generalizzata, aveva affermato l'assoggettamento all'IRAP di tutte le attività di lavoro autonomo.

Conseguentemente vengono impartite istruzioni agli uffici per gestire il contenzioso pendente e futuro in materia.

Gli elementi che anche singolarmente considerati sono sufficienti a far ritenere esistente l'autonoma organizzazione possono essere così riassunti:

- l'impiego, in modo non occasionale, di lavoratori dipendenti o collaboratori,

anche se assunti secondo modalità riconducibili a un progetto, programma di lavoro o fase di esso. Le collaborazioni rilevano altresì in caso di affidamento a terzi, in modo non occasionale, di incombenze tipiche dell'attività artistica o professionale, normalmente svolte all'interno dello studio. Non rileva invece l'eventuale prestazione fornita da terzi per attività estranee a quelle professionali o artistiche (ad esempio, consulenza e assistenza tributaria ai fini dell'assolvimento degli obblighi fiscali di un artista) e la presenza di tirocinanti, in quanto l'attività da questi svolta è in sostanza funzionale alle esigenze formative del tirocinante stesso;

- l'utilizzo di beni strumentali che, per quantità o valore, eccedono oggettivamente le necessità minime per l'esercizio dell'attività, anche non acquisiti direttamente, ma forniti da terzi a qualunque titolo. I beni strumentali utilizzati rilevano altresì qualora il loro costo sia stato già interamente dedotto;
- la disponibilità di uno studio, in particolare, viene richiamato l'orientamento della Cassazione secondo cui sussiste autonoma organizzazione qualora il professionista disponga di locali propri. Secondo i giudici di legittimità "per far sorgere l'obbligo di pagamento del tributo basta, infatti, l'esistenza di un apparato che non sia sostanzialmente ininfluenza, ovvero sia di un *quid pluris* che secondo il comune sentire, del quale il giudice di merito è portatore ed interprete, sia in grado di fornire un apprezzabile apporto al professionista. Si deve cioè trattare di un qualcosa in più la cui disponibilità non sia, in definitiva, irrilevante perchè di regola capace, come

lo studio o i collaboratori, di rendere più efficace o produttiva l'attività".

In assenza di altri più significativi elementi per l'individuazione del requisito dell'*autonoma organizzazione*, la circolare fa inoltre riferimento alla disciplina dei "contribuenti minimi" di cui all'articolo 1, commi da 96 a 117, della legge 244/2007 (Finanziaria 2008). In particolare, si precisa che gli uffici possono considerare non sussistente il presupposto dell'*autonoma organizzazione* e, quindi, non coltivare il contenzioso nei casi in cui l'artista o il professionista possa considerarsi "contribuente minimo", a prescindere dalla circostanza che lo stesso si sia avvalso o meno del relativo regime fiscale.

Con questa circolare l'Agenzia interviene sull'assoggettabilità all'IRAP dell'attività di lavoro autonomo, lasciando purtroppo ampi spazi di discrezionalità agli uffici e ampia autonomia di giudizio alle Commissioni Tributarie.

La verità è che in caso di maggiore chiarezza e di un superiore livello di uniformità alle sentenze della Cassazione il danno erariale sarebbe pari a circa 1,5 miliardi di euro, quindi l'Amministrazione finanziaria è intervenuta laddove il contenzioso l'avrebbe vista sicuramente perdente.

Il contribuente che ritiene di essere sprovvisto di "autonoma organizzazione" può decidere di pagare l'imposta e successivamente chiedere il rimborso, con l'onere di provare la mancanza di detto requisito ovvero, non presentare la dichiarazione IRAP e conseguentemente non effettuare alcun pagamento facendo gravare sull'Amministrazione finanziaria, nell'atto di accertamento, l'esistenza dei presupposti per l'applicazione del tributo regionale.



L'Angolo del fiscalista

LA MANOVRA D'ESTATE APPROVATA IL 18 GIUGNO

Tra gli interventi urgenti per l'economia emanati dal nuovo Governo il decreto legge, in corso di pubblicazione, prevede:

- all'art. 19 l'abolizione del divieto di cumulo tra pensione e redditi di lavoro, dal

primo gennaio prossimo infatti, saranno interamente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo o dipendente le pensioni di anzianità e quelle anticipate rispetto ai limiti previsti dal regime contributivo, attraverso una liberalizzazione oggi già valida per le pensioni di vecchiaia.

In questo modo scompare il taglio alla pensione per coloro che intraprendono un'attività autonoma, pari al minor importo tra il 30% della quota che eccede il trattamento minimo (5.760,56 euro annui nel 2008) e il 30% del reddito conseguito;

- all'art. 32 viene riportato a 12.500 euro il limite per effettuare i pagamenti in contanti, l'emissione di assegni bancari e postali trasferibili ed il saldo dei libretti

al portatore. Sono alcune delle novità in tema di strumenti di pagamento che a meno di due mesi dall'entrata in vigore del dlgs 231/07 ristabiliscono le vecchie norme sull'uso del contante e chèque.

Completamente abrogata invece la manovra Visco-Bersani del 2006, che ha introdotto l'obbligo di tracciabilità (assegni non trasferibili - bonifici bancari - carte di credito - ecc.) dei pagamenti a professionisti eliminando l'utilizzo del contante con una gradualità che avrebbe previsto la soglia definitiva di 100 euro a partire dal 1 luglio 2009.

Gli obblighi in commento non esistono più e i professionisti potranno tornare ad essere pagati in contanti.

Assicurazioni

Nuove soluzioni per nuovi problemi

di Giuseppe Doria *Assicuratore*

Orizzonte temporale delle garanzie

Analizzando il contenuto delle polizze di RCT Professionale delle varie Compagnie, si può rilevare la tendenza al cambio delle condizioni contrattuali da "Loss Occurrence" a "Claims made". Le due tipologie di condizioni contrattuali sono caratterizzate dalla differente nozione di sinistro: nella prima (Loss) viene garantito il danno procurato durante il periodo di validità del contratto, mentre nella seconda (Claims) è rilevante il momento della richiesta di risarcimento che deve pervenire all'assicurato ed essere portata a conoscenza dell'assicuratore solo durante il periodo di validità della polizza.

Tutto ciò ha cambiato l'orizzonte temporale delle coperture assicurative. Infatti, a differenza del modello "Loss", nel modello "Claims", cessata la validità del contratto, cessano le garanzie anche relativamente a fatti posti in essere dal Medico durante il periodo in cui lo stesso era coperto dalla polizza. Cessata la polizza, gli eventuali sinistri per cui l'Assicurato fosse chiamato a rispondere non saranno ritenuti in garanzia anche se l'atto medico risalisse ad un momento in cui il Medico era assicurato. Alcune Compagnie, tuttavia, mitigano tale sistema accordando pregresse o postume, anche se limitate nel tempo.

Polizze e massimali

Si definisce polizza di **primo rischio** quel contratto la cui garanzia agisce "in prima battuta" ovvero sia da zero sino al massimale indicato in polizza. Si definisce di **secondo rischio** quella polizza che opererà in eccedenza al massimale di una polizza di primo rischio. Il massimale, punto focale del contratto di assicurazione, rappresenta il limite di estensione della prestazione assicurativa, ovvero l'esposizione massima al rischio da parte dell'Assicuratore ed è in genere è unico per sinistro e per anno assicurativo. Nelle polizze delle Aziende può però essere aggregato ed in questo caso il massimale indicato nella polizza costituirà, nell'anno assicurativo, la massima esposizione per tutti i sinistri denunciati dall'Azienda e dai singoli Medici. Potrebbe quindi accadere che il Medico, pur avendo pagato il premio per integrare la colpa grave sulla polizza dell'Azienda, sia scoperto in caso di sinistro perché il massimale aggregato è esaurito. Oggi sarebbe auspicabile avere un massimale tra i 3 ed i 5 milioni di euro.

La colpa grave

È importante soffermarsi sul concetto di colpa grave per comprendere a fondo la complessa tematica della polizza dell'Azienda.

Il concetto di colpa grave è definito dal codice civile. L'art. 2236 c.c. recita: "Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà il prestatore d'opera non risponde dei danni se non in caso di dolo o colpa grave".

Con particolare riferimento alle attività tipicamente sanitarie, la Corte dei Conti precisa che "la condotta può essere valutata come gravemente colposa allorché il comportamento sia stato del tutto anomalo ed inadeguato".

Perché possa parlarsi di responsabilità per colpa grave si deve accertare che si siano verificati errori non scusabili per la loro grossolanità o l'assenza delle cognizioni fondamentali attinenti alla professione ovvero il difetto di quel minimo di perizia tecnica che non deve non mai mancare in chi esercita la professione sanitaria e, comunque, ogni altra imprudenza che dimostri superficialità e disinteresse per i beni primari affidati alle cure di prestatori d'opera.

La polizza dell'Azienda

La polizza aziendale deve provvedere ad assicurare, in base al CCNL, anche la responsabilità personale dei dipendenti ed a pattuire, con l'Assicuratore, la specifica copertura della rivalsa per colpa grave con premio

a carico del singolo Medico. Proprio in caso di stipula di polizza per la copertura della rivalsa dell'Azienda in caso di condanna per colpa grave del Medico, quest'ultimo si può trovare di fronte al problema del massimale aggregato. Le condizioni di polizza delle strutture sanitarie dovrebbero essere omogenee come anche i massimali previsti per ogni sinistro, mentre il massimale aggregato dovrebbe variare da struttura a struttura in base al numero dei dipendenti facenti capo alla stessa. Tuttavia poiché il mercato assicurativo non ha orizzonti sereni per le polizze RCT professionale Medica, molte Aziende non riescono più a trovare un Assicuratore e quelle che lo trovano sono costrette ad accettare franchigie alte, massimali aggregati molto contenuti e premi molto elevati. Affrontiamo con tre esempi l'interazione tra la polizza del singolo e quella dell'Azienda. Ci troviamo di fronte a 3 ipotesi:

1. Ipotesi in cui l'Azienda abbia in essere, così come il medico, una polizza di primo rischio: le polizze agiscono in coassicurazione indiretta ex art. 1910 c.c. cioè il sinistro viene ripartito tra gli assicuratori.
2. Ipotesi in cui l'Azienda abbia in essere una polizza di primo rischio ed il medico una polizza di secondo rischio, quest'ultima entra in garanzia solo quando il massimale della polizza dell'Azienda non è sufficiente per la liquidazione del sinistro. Nel caso in cui la polizza di primo rischio risulti parzialmente o totalmente inefficace la polizza di secondo rischio agisce comunque ma solo in eccedenza alla franchigia assoluta prevista in polizza rimanendo così il danno parzialmente a carico dell'assicurato.
3. Ipotesi in cui l'Azienda abbia in essere

una polizza di primo rischio ed il Medico abbia sottoscritto una copertura di colpa grave questa agisce solo quando il Magistrato condanna il Medico per colpa grave con sentenza passata in giudicato e l'Azienda o l'Assicuratore della stessa o la Corte dei Conti fa azione sul Medico.

Tutela legale

Negli ultimi anni le Compagnie, in caso di sinistro, sempre più spesso evitano di intervenire in giudizio per non entrare in conflitto di interessi con il Medico che quindi si vede costretto ad intervenire con propri Legali e Consulenti.

Compare quindi la necessità per il Medico di stipulare una polizza di tutela legale che lo sgravi dalle spese che deve sopportare per la libera scelta di un proprio Legale o Consulente Tecnico, che possano intervenire a seguito di un avviso di garanzia o della resistenza in un procedimento civile o in un procedimento per presunta violazione della privacy. La polizza di tutela legale è il primo passo necessario a supportare un lungo e pesante cammino giudiziario che assicuri al Medico le spese cui potrebbe andare incontro in sede penale o in sede civile.

In considerazione di tutte queste problematiche, la nostra Società ha da tempo elaborato polizze calibrate per i Soci ACOI. In particolare, la polizza per colpa grave prevede un massimale di euro 3.000.000,00 senza franchigia, 3 anni di pregressa e la non disdettabilità del singolo, in caso di sinistro, se non con il consenso ACOI.

Oggetto della garanzia e definizione di sinistro sono:

1. La sentenza di condanna per colpa grave, anche con provvisoria, scaturente da una azione diretta da parte del danneggiato;

2. L'azione di rivalsa dell'Azienda Ospedaliera Pubblica o Privata da cui dipende l'Assicurato e o della Pubblica Amministrazione a seguito di sentenza di condanna per colpa grave dell'Assicurato da cui è derivato un danno;
3. La rivalsa della Compagnia di Assicurazione dell'Azienda Ospedaliera Pubblica o Privata da cui dipende l'assicurato a seguito di sentenza di condanna per colpa grave dell'assicurato e da cui è derivato un danno.

La polizza è innovativa perché a differenza degli altri prodotti sul Mercato prevede **l'apertura del sinistro solo dopo la condanna per colpa grave del Medico.**

Per la prima volta nel mercato assicurativo Italiano il Medico dovrà denunciare il sinistro solo ed esclusivamente in caso e dopo la Sua condanna per colpa grave e non quando ne viene a conoscenza o quando riceva richiesta di risarcimento. Tale innovazione potrebbe rivoluzionare il sistema assicurativo evitando l'annoso problema delle Compagnie che alla apertura del sinistro sono costrette, per legge, ad apporre a riserva importi che penalizzano pesantemente il ramo RCT Professionale.



Doria Giuseppe e Bellisario Paola S.n.c.

Numero Iscrizione R.U.I.: A000011770

Sede: Via Nomentana 761, 00137 Roma

Telefoni: 06 86 89 59 44 - 06 86 89 00 46

Fax: 06 - 82 72 038

Website: www.doriaassicurazioni.com

info@doriaassicurazioni.com

numero verde 800-59.59.59

Compagnie Rappresentate:

Aurora Assicurazioni spa (San Donato Milanese)

Cattolica Assicurazioni Soc. Coop. (Verona)

PACCHETTO POLIZZA	COMPAGNIA	PREMIO ANNUO	MAX/CAPITALE	SCADENZA
TUTELA LEGALE	AURORA AURORA	EURO 380,00 EURO 30,00 Totale EURO 410,00	EURO 2.500.000,00 EURO 26.000,00	30 giugno di ogni anno
PRIVACY - FAMIGLIA	AURORA	EURO 55,00	EURO 26.000,00	10 luglio di ogni anno
INFORTUNI HIV - EPATITE B/C	CATTOLICA AURORA	EURO 400,00 EURO 100,00 Totale EURO 500,00	EURO 3.000.000,00 EURO 150.000,00	31 dicembre di ogni anno
MANI MEDICHE	AURORA	EURO 180,00	EURO 250.000,00	A secondo del mese di adesione

Per ricevere le condizioni di polizza e la nota informativa e tutti i moduli precontrattuali contattare il numero verde 800-59-59.59

Il Cancro: l'etica delle responsabilità

Le strutture sanitarie e l'uomo nella sofferenza

Programma: umanizzare la medicina

di Enrico Pernazza



Con la malattia le azioni e le funzioni dell'individuo subiscono variazioni che conducono ad una profonda variazione della qualità di vita condizionata dal dolore e dalla sofferenza. Ed una seria riflessione sulla qualità della vita non può prescindere da una adeguata risposta al problema del dolore. Tuttavia prima di ogni cosa è opportuno fare una breve riflessione differenziando alcuni aspetti del fenomeno "dolore". Il mondo greco aveva posto a fondamento e trama essenziale della tragedia e della vita dell'uomo il doloroso legame: "dalla sofferenza il sapere", ma rimaneva vero anche il suo contrario, "dal sapere promana la sofferenza". Ma può essere anche sollevata la sofferenza tanto quanto più si spiritualizza e si realizza la solidarietà sociale. La sofferenza sembra appartenere alla trascendenza dell'uomo: essa è uno di quei punti nei quali l'uomo viene in un certo senso "destinato a su-

perare se stesso e viene a ciò chiamato in modo misterioso".

"Si sa che la medicina, come scienza e insieme come arte del curare, scopre sul vasto terreno della sofferenza dell'uomo il settore più conosciuto, quello identificato con maggior precisione e, relativamente, più controbilanciato dai metodi del reagire (cioè della terapia)" (Giovanni Paolo II). Tuttavia questo è solo un settore.

Il terreno della sofferenza umana è molto più vasto, molto più vario e pluridimensionale. L'uomo soffre in modi diversi, non sempre contemplati dalla medicina, neanche nelle sue più avanzate specializzazioni. La sofferenza è qualcosa di ancor più ampio della malattia, di più complesso e insieme più radicato nell'umanità stessa.

Per questo si possono, fino ad un certo grado, usare come sinonimi le parole sofferenza e dolore. "La *sofferenza fisica* si verifica quando in qualsiasi modo duole il corpo, mentre la *sofferenza morale* è dolore

dell'anima". Il dolore fisico (*algos*) è la reazione fisiologica a stimoli nocicettivi; un trauma, un intervento chirurgico, una colica... La sofferenza morale (*Pathos*) accompagna di solito il dolore cronico invalidante nel quale si assiste spesso, inevitabilmente, al progressivo esaurirsi di tutti i meccanismi di difesa fisica e psicologica.

La sofferenza, che riguarda ognuno di noi in quanto esseri con una propria dimensione spirituale, dotati di pensieri, emozioni, affetti e legami interpersonali, è molto più ampia, complessa e distruttiva del dolore. Dolore e sofferenza comunque accompagnano come un'ombra la vicenda esistenziale di ogni essere umano.

Il medico può far molto per combattere il dolore e la sofferenza, ma sicuramente si pone delle domande a cui non è facile dare risposte.

Quale aiuto può e deve dare il medico al di là del semplice impegno terapeutico?

Quale significato può avere il dolore nel cammino della nostra vita?

Fino a che punto possiamo spingerci con le nostre cure?

In che modo dobbiamo rendere partecipi i nostri pazienti della conoscenza della loro malattia?

In un'ottica immanentistica il dolore e la sofferenza rappresentano due entità e due condizioni negative da combattere, da evitare e da dimenticare il più presto possibile. In una visione etico-religiosa, invece, il dolore e la sofferenza hanno un significato positivo e portano l'uomo ad intraprendere un percorso difficile e pericoloso che porta a dotare il dolore di significato.

L'incontro con la malattia crea uno stato di bisogno e di dipendenza, è perciò una domanda di aiuto, di comprensione, di solidarietà. L'uomo nella sua sofferenza, sia essa fisica che psichica, rimane spesso un mistero intangibile. Ma il dolore a volte può costituire non un diaframma ma un ponte tra due persone, l'una (il medico) tesa, per sua formazione e finalità, a sconfiggere il dolore, l'altra (il malato) ad attendere, spesso con trepidazione e talora con disperazione, un atto, un atteggiamento, un gesto di comprensione e condivisione. Ecco allora che il dolore può diventare la via alla scoperta della propria e altrui umanità e l'occasione per trovare anche in questo momento esistenziale così negativo un significato, impensato e impensabile, per la propria esistenza.

"Il grande enigma della vita umana non è il dolore, ma la sofferenza" (Simon Weil).

Si soffre perché si desidera possedere in pienezza la vita, mentre si sperimenta inesorabilmente il senso di un limite invalicabile, la *finitudine* di un'esistenza rivolta alla morte che sembra contraddire il desiderio di pienezza che abita nel profondo di ogni essere.

La sofferenza diventa compito e sfida per l'uomo che voglia cercare la verità di sé in una dimensione autenticamente religiosa aperta al mistero di Dio nella storia.

Il primo gesto terapeutico diventa così proprio l'accoglienza, che sostituisce a un'antropologia dell'autopossesso l'antropologia della comunione, da cui nasce l'attitudine alla simpatia verso l'altro ("soffrire insieme"). La sofferenza, per quanto indicibile, chiede di poter essere accompagnata e vissuta nel dialogo medico-paziente come reciproca testimonianza del valore che ambedue attribuiscono alla vita. Il medico non è colui che già possiede la chiave interpretativa

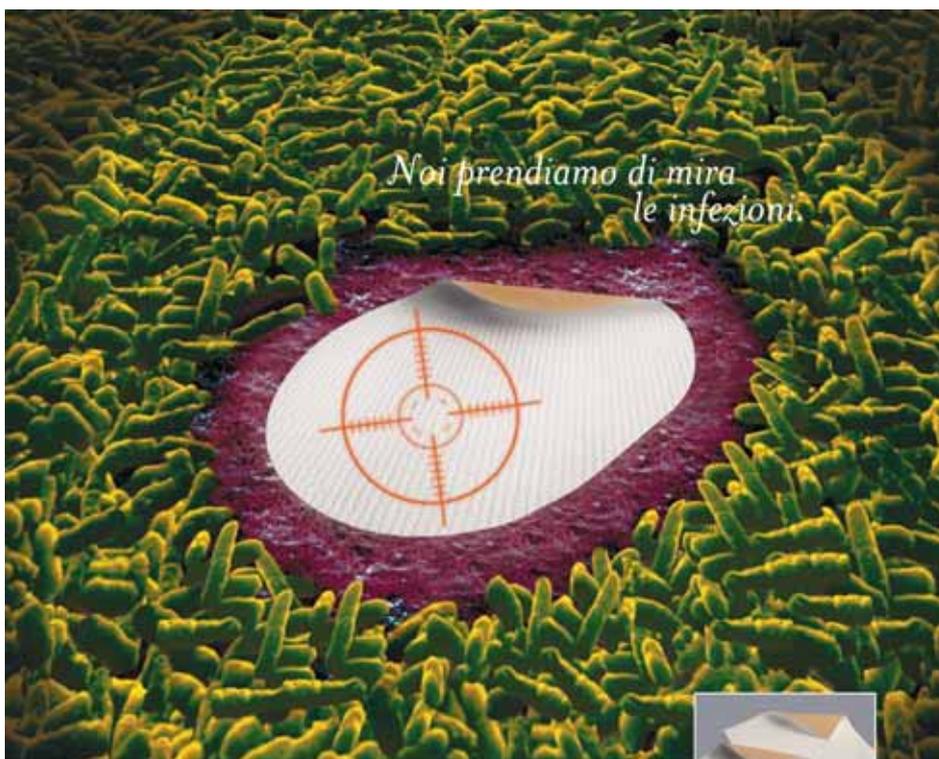
della sofferenza del malato, è, semmai, colui che gli mette a disposizione talune sue capacità e conoscenze perché la vita abbia un senso più vero e quindi anche il dolore fisico non sia disperante.

Dolore e sofferenza, comunque, accompagnano come un'ombra la vicenda esistenziale di ogni essere umano. Il medico può far molto per combattere il dolore e la sofferenza, ma sicuramente si pone delle domande a cui non è facile dare risposte. Nonostante l'uomo sia stato in lotta contro il dolore sin dai tempi più remoti e nonostante gli sforzi compiuti nel corso dei secoli solo in tempi recenti si sono raggiunti adeguati livelli di conoscenza in tema di fisiopatologia della nocicezione e di meccanismo d'azione delle sostanze analgesiche sotto la spinta della affermata

consapevolezza che il controllo del dolore è di importanza fondamentale per la qualità della vita del paziente.

Il 75-80% dei pazienti affetti da tumore soffre di una sintomatologia algica che riduce in modo significativo la qualità della vita. Nei pazienti con AIDS in fase avanzata è quasi sempre presente un'importante sintomatologia dolorosa. Su 100 pazienti esaminati, il dolore era presente in 84 individui con una o più localizzazioni.

In questo contesto relazionale il problema più delicato e coinvolgente è quello della corretta informazione al paziente e della corretta comunicazione della diagnosi soprattutto nei casi di patologie inguaribili. Nel nostro paese la tendenza dominante è di limitarsi ad informare la famiglia che quasi sempre decide, d'accordo con il me-



I risultati dello studio di un laboratorio autonomo dimostrano che **GORE DUALMESH[®] PLUS** Biomaterial inibisce l'infezione da *Staphylococcus aureus* Meticillina-resistente (MRSA)¹



— GORE DUALMESH[®] PLUS Biomaterial è il **solo** prodotto protesico che presenta su entrambi i lati un trattamento con agenti antimicrobici (clorexidina e carbonato d'argento) che agiscono sinergicamente per inibire la colonizzazione batterica del biomateriale sino a 10 giorni dall'impianto.

— Due superfici differenti: una favorisce la rapida incorporazione alla parete addominale, il lato viscerale liscio sfavorisce le adesioni tissutali.



(00800) 6334.4673 (EU)
goremedical.com

1. Sorell AJ, Panchal SK, Gorenstein M, et al. (2007) Inhibition of MRSA colonization on a polypropylene mesh by silver and chlorhexidine. *Journal of Biomedical Materials Research Part B: Applied Biomaterials* 81B: 111-117. DOI: 10.1002/jbmb.1011

GORE, DUALMESH[®], DUALMESH[®] PLUS, and logo are trademarks of W. L. Gore & Associates, Inc. © 2007 W. L. Gore & Associates, Inc. 0000007 (EU) 000000 (EU)

dico, di nascondere la verità, tutta o in parte, al paziente. Si instaura così una "congiura del silenzio" con l'obbligo morale correlato di giocare la parte sino in fondo affinché il paziente "non sappia niente". Che questo comportamento non sia né naturale né obbligato risulta dal confronto con quanto avviene in altri contesti culturali nei quali la comunicazione al paziente della diagnosi e della prognosi è la regola e non l'eccezione e tutto ciò a tutela del diritto ad una corretta informazione per poter gestire autonomamente le proprie scelte. Questo tema è stato oggetto di ampia discussione anche in seno al Comitato Nazionale di Bioetica che ha espresso il proprio articolato parere in una specifica pubblicazione sull'Informazione ed il Consenso all'atto medico. Ovviamente non mi soffermerò sull'argomento ma indubbiamente il problema esiste e va affrontato, secondo il nostro parere in un modo diverso. Non deve esistere il dilemma *dire o non dire* al paziente la verità, *ma si deve sempre dire al paziente la verità*.

È questo un compito non facile che richiede molto tatto e sensibilità ma che sicuramente va affrontato in un contesto di solidarietà, che preveda condivisione e si accompagni al rispetto dell'autonomia della persona, nella tutela del diritto del paziente a gestire la propria vita. È proprio negli stadi avanzati della malattia a prognosi infausta che il paziente ha bisogno delle nostre cure, cure dette "palliative" che non si propongono di prolungare la vita ad ogni costo, ma solo di trattare lo stato di insopportabile sofferenza. Questa problematica merita una riflessione particolare. Questi pazienti, infatti corrono un duplice rischio: l'abbandono terapeutico o l'accanimento terapeutico. Il primo consegue ad una resa del medico di fronte alla condizione di inguaribilità ed all'approssimarsi del momento della morte.

Di fatto l'impossibilità a praticare efficaci terapie etiologiche determina anche l'abbandono delle terapie sintomatiche proporzionate e dovute. Il secondo rischio è la diretta conseguenza di una concezione organicistica della medicina e di un uso non corretto delle tecnologie al sostegno delle funzioni vitali. È evidente che sia l'abbandono terapeutico che l'accanimento terapeutico sono prassi assistenziali contrarie ai principi dell'etica medica. A tal proposito desidero solo ricordare quanto espresso dall'Art. 12 della Guida Europea di Etica Medica: "Il medico può, in caso di malattia inguaribile ed in fase terminale, limitarsi a curare le sofferenze fisiche e morali del paziente, fornendogli i

trattamenti appropriati e conservando, per quanto possibile, la qualità di una vita che si spegne". È dovere imperativo assistere il morente sino alla fine ed agire in modo da consentirgli di conservare la sua dignità. In quel "limitarsi a lenire" appare chiaro il rifiuto di qualsiasi forma di accanimento terapeutico inteso come prosecuzione di terapie sproporzionate e quindi inutili: terapie che non solo non arrecano beneficio alcuno, ma possono aumentare lo stato di sofferenza. Il nostro intervento terapeutico deve essere non solo "mirato", ma anche "proporzionato" all'entità del dolore, alle necessità del paziente ed allo stadio della malattia. Secondo il nostro parere la proporzionalità delle terapie è un aspetto irrinunciabile del nostro intervento medico e tiene in massima considerazione non il "paziente" ma l'uomo che soffre e ci chiede aiuto. A tale riguardo fondamentale è l'intervento del Pontefice Pio XII del 24 febbraio 1957 sul tema del dolore e del suo trattamento in risposta ad altrettanti quesiti specifici.

Pio XII premise alle tre risposte una serie di considerazioni attinenti al significato della sofferenza, all'importanza della sua valorizzazione, allo stesso concetto di educazione alla sofferenza che raccolgono sia le acquisizioni della prassi medica, sia la sapienza che discende dall'insegnamento di Cristo e dal suo stesso esempio. Alla domanda se la soppressione del dolore e della coscienza per mezzo di analgesici, quando sia richiesta da una indicazione medica, sia permessa dalla religione e dalla morale al medico ed al paziente anche nell'avvicinarsi della morte, persino nel caso sia previsto che l'uso degli analgesici abbrevierà la vita, Pio XII risponde: "Se non esistono altri mezzi e se, nelle circostanze citate, ciò non impedisce l'adempimento di altri doveri religiosi e morali, sì". A tale risposta poi aggiunge questa conclusione che, a mio avviso, potrebbe costituire il prologo o il primo articolo del codice deontologico in materia di terapia antalgica e cioè: "L'ideale dell'eroismo cristiano non impone, almeno in modo generale, il rifiuto di una analgesia d'altro canto giustificata, neanche all'avvicinarsi della morte, tutto dipende dalle circostanze concrete. La decisione perfetta e più eroica può trovarsi tanto nell'accettazione quanto nel rifiuto".

In un contesto ed in una società sempre più preoccupata dell'aspetto economico della Sanità, che sembra avere come linea guida il rendimento e la produttività, il malato in generale ed ancora di più il malato cronico

ed il malato con dolore, costituisce un elemento scomodo lasciato spesso a vivere da solo con le proprie povertà ed a risolvere da solo i propri problemi.

Nel trattamento del dolore spesso il medico si trova a rivestire il ruolo molto importante, ma talora "difficile" di tramite tra le esigenze personali e quelle della società che possono essere in contrasto tra loro, soprattutto quando vengono introdotte valutazioni di ordine economico che spingono ad eliminare o rifiutare spese che non offrano un sufficiente rapporto costo-beneficio.

A queste considerazioni la mia risposta di medico è chiara e netta.

Il paziente con dolore cronico, il paziente che soffre, ha diritto ad avere il miglior trattamento medico chirurgico possibile non tralasciando il supporto psicologico, nutrizionale ed antalgico. Ha diritto anche ad un'assistenza ospedaliera adeguata in sintonia con un trattamento domiciliare che in alcuni casi rispecchia la volontà del paziente di affrontare la malattia nel proprio domicilio e tra i propri affetti. Questi diritti non devono assolutamente essere condizionati da considerazioni di ordine economico. Per il dolore fisico (Algos) il medico può fare molto con l'ausilio dei farmaci, delle tecniche loco-regionali di neuromodulazione o di neurolesione.

Per la sofferenza (Pathos) è necessario un impegno diverso che porti il medico ad entrare in rapporto sincero, in sintonia con il paziente che soffre ed, in un certo senso, di partecipare al suo dolore ed alla sua sofferenza. È in questo clima di dialogo e di reciproco scambio che può essere più agevole interpretare le esigenze del paziente, valutarne la sofferenza, farsi interprete e portavoce della sua volontà e delle sue scelte. È in questo saper ascoltare il "grido" del malato che il medico ha la possibilità di esprimere nella maniera più nobile e gratificante quello che è il suo compito e la sua missione. Non solo "sedare dolorem" ma considerare il paziente che soffre come un proprio fratello che chiede il nostro aiuto ed il nostro conforto.

"La sofferenza, afferma Giovanni Paolo II, è un mistero impenetrabile e perciò spesso difficile da comprendere, da accettare da parte dell'uomo. L'uomo affetto da una malattia o da un'altra qualsiasi sofferenza, sovente si domanda: perché io debbo sopportare il dolore? È nella croce di Cristo, continua il Papa," che dobbiamo riproporre l'interrogativo sul senso della sofferenza e leggervi, sino alla fine, la risposta a questa sofferta e affannosa domanda."

Contro il “senso comune”

Il nuovo libro di Ivan Cavicchi

di Luigi Presenti

Dopo la “trilogia”, ecco il nuovo libro di Ivan Cavicchi: **Il pensiero debole della sanità**. Nel 2005 **Sanità. Un libro bianco per discutere**, rappresentò un testo di analisi, nella migliore tradizione del “libro bianco”, condotta col metodo della “metanalisi”, tendente a “studiare le ragioni prevalenti, le convinzioni su cui poggiano le decisioni politiche e, più di ogni altra cosa, le giustificazioni che spiegano le condizioni di plausibilità delle scelte” in materia di sanità. Lo studio dello sviluppo del sistema, che ha portato alla nascita dell’Azienda con paradossi e contraddizioni tra una “modernità delle intuizioni” e una “imbarazzante regressività” ha condotto comunque Cavicchi ad un sostanziale apprezzamento perlomeno dell’impianto generale dell’Azienda.

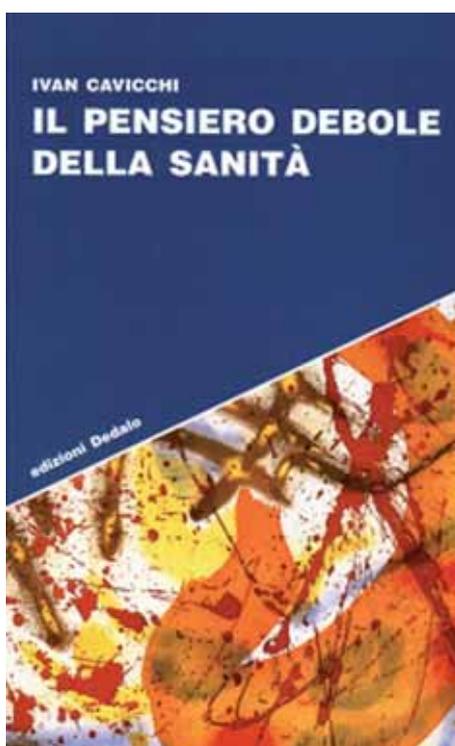
Malati e Governatori, il “libro rosso”, uscito nel febbraio 2006, si pose, fin dall’aggressiva copertina, come un testo di polemica che porta in campo le forti contraddizioni del sistema nei suoi rapporti con la politica: la lottizzazione, i “problemi del regionalismo”, il conservatorismo. Se c’è un accusato d’obbligo nell’immaginario collettivo della classe medica, questo è la gestione iperpoliticizzata della sanità, gestione che peraltro ha spesso trovato, proprio nella classe medica, complicità, convenienze o quanto meno rassegnata acquiescenza.

Il “libro verde”, che i nostri Associati hanno conosciuto al Congresso di Bologna del 2007, è stato invece un testo di proposta il cui titolo, **Autonomia e responsabilità**, è subito divenuto il leit-motiv di tante discussioni sulla sanità. In estrema sintesi la tesi di Cavicchi auspica una ristrutturazione dei rapporti tra azienda e professionisti, una “rinegoziazione” in cui i medici offrirebbero responsabilità in cambio di autonomia.

Con il volume di quest’anno, **Il pensiero debole della sanità**, Cavicchi fa un ulteriore passo in avanti ricollegandosi però in



Ivan Cavicchi al Congresso di Bergamo



qualche modo all’altro suo libro del 2005, “ripensare la medicina”.

L’insistenza sul concetto di “pensiero” dimostra come l’autore si sia portato alle radici dell’idea di sanità nel nostro paese e ne scopra i vizi di fondo culturali ed organizzativi.

Il “pensiero debole” è una riflessione che si ferma alla superficie dei problemi, che non ha il coraggio di mettere in discussione le idee dettate dal “senso comune”, un “pensiero che non sa governare”.

I titoli dei capitoli in cui è suddiviso il libro - cito ad esempio, “Ammodernamento del sistema sanitario nazionale”, “Le qualità della qualità”, “Partecipazione sociale e governabilità”, “Autonomia e responsabilità professionale”, “Livelli assistenziali e governance”, “Integrazioni”, “La grande questione medicina” - lasciano intendere quanto a fondo Cavicchi si spinga nel mettere a fuoco le grandi questioni aperte.

“Oggi è ragionevole sostenere che per la sanità il problema più grande non è l’invecchiamento della popolazione, la crescita della spesa, la crescita delle malattie croniche, ma il pensiero debole. È questo pensiero che da anni sta esponendo il sistema ai rischi dell’ingovernabilità, ai rischi dell’insostenibilità, delle ingiustizie e delle disuguaglianze”, questa la conclusione del libro.

Ivan Cavicchi è un grande amico, un “compagno di strada” - come si sarebbe detto qualche decennio fa - della nostra Associazione, coinvolto e coinvolgente, che parla di noi, che parla con noi, che parla come uno di noi.

I suoi scritti sono di grande stimolo per le riflessioni in corso all’interno dell’ACOI: **la via che ci indica oggi è la ricerca di un “pensiero forte”, una via ardua e complessa, ma forse davvero l’unica che oggi valga la pena di percorrere.**

RUBRICHE

IL TESTO DA CONSULTARE

di Domitilla Foghetti



LA LAPAROSCOPIA NEL TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE DEL COLON-RETTO

Giorgio Cutini, Massimo Sartelli

Alpes Editore 2008

"La laparoscopia è un patrimonio fondamentale della chirurgia generale; è una tecnica che dovrebbe essere conosciuta ed applicata

da tutti, utilizzandola con criterio ed adattandola alle necessità di ciascun paziente con scienza e coscienza. Per raggiungere un così nobile obiettivo serve l'impegno di tutti; i "vecchi" chirurghi non devono trattenere i più giovani; i "giovani" non devono rinnegare i loro maestri, ma insieme devono dare il proprio leale contributo prestandosi al confronto e al dialogo con umiltà e schiettezza".

In queste righe si concentrano le motivazioni che hanno portato gli Autori alla redazione del manuale, il cui fine è quello di accompagnare soprattutto i giovani, ma non solo, lungo l'intero percorso dell'intervento laparoscopico. Partendo dai capitoli sull'anatomia chirurgica del colon-retto, sulla storia della laparoscopia e sulle considerazioni anestesologiche, si arriva infatti fino alla descrizione delle terapie integrate pre-operatorie e delle basi del programma di Fast Track in chirurgia laparoscopica colo-rettale.

Il fulcro delle del volume è rappresentato dai capitoli incentrati sulla descrizione della tecnica laparoscopica dei principali

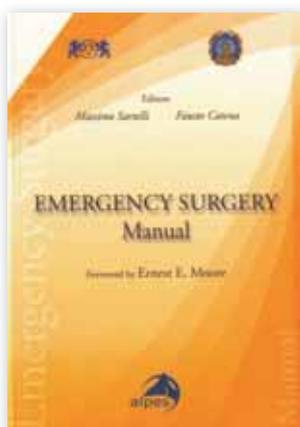
interventi sul colon-retto, sia per patologia neoplastica, che per malattia infiammatoria cronica o diverticolare. Tali descrizioni sono condotte in maniera lineare e chiara, sono precedute dall'inquadramento nosologico della patologia ed associate ad un ampio corredo di disegni esplicativi e ad una ricca iconografia intraoperatoria.

A ciò si associano una completa e aggiornata revisione della letteratura e l'ausilio di un DVD con le immagini intraoperatorie degli interventi di emicolectomia destra e resezione del retto.

Frutto dell'esperienza ormai più che consolidata di Giorgio Cutini e dell'entusiasmo sostenuto da una precisa e continua preparazione tecnica di Massimo Sartelli, il testo mira alla puntualizzazione di quella "mentalità laparoscopica" che l'operatore deve maturare acquisendo una specifica esperienza in questo campo, affinché "la laparoscopia diventi parte integrante del bagaglio tecnico e culturale di ogni chirurgo al passo con i tempi".

IL TESTO DA CONSULTARE

di Ferdinando Agresta



EMERGENCY SURGERY MANUAL

Società Polispecialistica Italiana dei Giovani Chirurghi - S.P.I.G.C. European Society of Young Surgeons E.S.Y.S.

Editors: M. Sartelli e F. Catena

Alpes Italia srl - 2008

www.alpesitalia.it

email: info@alpesitalia.it

...easy, feasible, reproducible... è innegabile che siamo ammalati di esterofilia!

Questo anche nella nostra professione, dove amiamo importare/tradurre/comprare e consultare i testi editi in altre nazioni, particolarmente quelle di lingua anglosassone. La nostra è solo una sudditanza psicologica, perché la Scuola Italiana chirurgica non può temere paragoni con quelle di altre realtà straniere, forse più ricche economicamente e di mezzi ma non sicuramente di quell'ingegno e professionalità che ci distingue. Perché allora non provare ad esportare la nostra di preparazione ed esperienza chirurgica in un campo, magari come quello dell'emergenza, dove la "immensa libreria" è ripiena soltanto di testi non italiani?

Ed ecco allora l'Emergency Surgery Manual, edito da Massimo Sartelli e Fausto Catena per la Società Polispecialistica Italiana dei Giovani Chirurghi e per l'European Society of Young Surgeons, una traduzione rivista e corretta di quel Manuale di Chirurgia d'urgenza già di recente recensito. Non una pedante e nozionistica traduzione, che non potrebbe rendere data anche l'intrinseca

difficile costruzione della nostra Lingua, ma una esatta e adatta rivisitazione del testo già scritto, alla luce di quella sana globalizzazione che vede i giovani chirurghi italiani in prima fila, attivamente partecipi, anche nel contesto Europeo.

"... I think this emergency surgery manual will greatly assist the European young surgeon in his/her daily challenging work..."

scrive il Dottor Moore nella sua presentazione del libro. E non si può che condividere questo suo pensiero ed augurio, proprio perché questo testo è Easy (facile da consultare), Feasible (fattibile ed efficace), Reproducibile (riproducibile: scritto da giovani chirurghi per altri giovani chirurghi e non solo). L'ACOI è Scuola vissuta e trasmessa di Chirurgia, l'ACOI è attenta ai desideri/speranze/problemi di chi giovane si accinge ad iniziare il lungo e difficile cammino della professione chirurgica (proprio con le urgenze), e l'ACOI quindi - e di questo ne sono certo - non può che plaudire e promuovere questa iniziativa di un testo in Inglese - anche se una traduzione - nel nebuloso e difficile campo delle Urgenze Chirurgiche.

RUBRICHE

LE PAROLE DELLA MEDICINA

Brevi definizioni di termini un po' oscuri

«tutoring e mentoring»

Il **tutoring** è l'affiancamento al giovane di un soggetto che lo sostenga nel corso delle sue scelte. Il tutore è colui che "fa le funzioni di" ed implica un rapporto continuativo nel tempo anche se non permanente.

Il tutor accompagna il "cliente" in una certa fase e lo segue con alta frequenza prendendolo in carico e orientandolo.

Il **tutoring** è un processo di insegnamento e di trasmissione di informazioni, un dia-

logo garantito e permanente, una sicurezza tranquillizzante, un coinvolgimento affettivo interpersonale carico di emozionalità e condivisione.

Avolte è giocata anche tra pari come nel caso della "peer-education". Conseguentemente possiamo distinguere tra tutor senior (tra disomogenei) e tutor junior (tra pari).

Il **mentoring** prevede una maggiore intensità nel proporsi, da parte dell'adulto

educatore, come guida e come consulenza strategica proposta da chi ha maggiore esperienza.

Il **mentoring** è un processo educativo che ha l'obiettivo di far crescere le competenze nelle persone più giovani e meno esperte attingendo all'esperienza di chi ha già percorso quelle tappe. Il mentore trasferisce i "segreti" della sua esperienza ma non affianca necessariamente in modo affettivo e con una condivisione duratura. È un processo centrato sulle dinamiche di integrazione nei gruppi, molto simile all'"executive-coaching" che si attua tra interni all'organizzazione (intesa come gruppo di riferimento, non solo come azienda).



Lettere al Direttore

Caro Rodolfo,

scrivo perché sollecitata da più del 10% degli iscritti... cioè dalle donne chirurgo dell'Associazione! Eravamo all'avanguardia ed ora abbiamo fatto un passo indietro, quanto piccolo o grande si vedrà! Gianluigi Melotti, tre anni fa, aveva dato la prima svolta significativa, nell'ambito delle società scientifiche: aveva scelto una donna nel suo Consiglio Direttivo ed aveva istituito due Commissioni, una per i giovani chirurghi ed una per le donne. Oggi, nessun membro del Consiglio Direttivo rappresenta le donne e nessuno rappresenta i dirigenti medici di primo livello. Nulla ci differenzia dalla "vecchia" SIC? Proprio nulla? È possibile, che in tutto il territorio nazionale, non si sia identificata una donna chirurgo rappresentativa della categoria? Con che criterio sono stati scelti gli altri membri del Consiglio Direttivo?

Se le donne dovranno essere relegate, in

futuro, solo in una Commissione... che la Commissione sparisca per sempre!

Se i giovani chirurghi dovranno essere relegati, in futuro, solo in una Commissione... che la Commissione sparisca anch'essa per sempre! Ricordatevi che circa l'80% degli iscritti, in specialità chirurgiche, quest'anno, sono donne! Come farete a convincerle che l'Associazione difende anche i loro diritti? Come farete a convincere che l'Associazione difende i giovani chirurghi?

Sapete quante donne sono state invitate a parlare nel Congresso Nazionale di Bergamo (escludendo le comunicazioni e videocomunicazioni)?

Presidenti: 1 (la sottoscritta)

Moderatori: 0

Relatori: 13 (alcuni doppiati ed ho tolto avvocati, endoscopisti ed infermieri)

Invitati alla discussione: 14 (alcuni doppiati)

Segretari di sessione: 4.

Eppure una donna vince il primo premio come miglior video under 40 dell'ultimo Congresso di videochirurgia di Genova. Riflettete! Non vorremmo, in futuro, essere solo invitate alla discussione! Augusto, con tutto il cuore, al nuovo Consiglio Direttivo che ho votato, comunque, con affetto e stima, un triennio di riflessioni e proposte innovative che confermino la dinamicità di un'Associazione che ha bisogno del supporto di tutti i suoi iscritti, del supporto e dell'entusiasmo che solo i più giovani possono offrire. Pensate alle donne e ai giovani nel nuovo organigramma completo dell'Associazione e non solo in ruoli subalterni!

A noi l'entusiasmo, la delusione, la rabbia e comunque l'orgoglio di fare parte di una famiglia che **non deve** lasciare i più piccoli davanti alla televisione e le donne in cucina!

A voi la saggezza delle scelte!

Micaela Piccoli

Presidente uscente

Commissione Donne Chirurgo

Cercasi chirurgo per Mozambico

Medici con l'Africa Cuamm cerca uno specialista in Chirurgia da inserire come chirurgo in un progetto a Beira, Mozambico.

Requisiti richiesti

- Laurea in Medicina e Specialità in Chirurgia.
- conoscenza della lingua inglese o portoghese
- esperienza previa di almeno 6 mesi nei paesi in via di sviluppo, o esperienza pluriennale in Italia

Durata

contratto per 4 mesi, prorogabili con possibilità di aspettativa.

Partenza prevista

metà agosto 2008

Candidature

inviare il proprio curriculum a: segreteria.risorseumane@cuamm.org riportando nell'oggetto della mail la dicitura "**Chirurgo Mozambico**". I candidati ritenuti idonei verranno invitati a Padova per un colloquio conoscitivo.

Medici con l'Africa Cuamm

Prima ONG in campo sanitario riconosciuta in Italia, Medici con l'Africa Cuamm è la più grande organizzazione sanitaria italiana per la promozione e la tutela del diritto alla salute delle popolazioni africane.

Nata nel 1950, nel suo nome è racchiuso il legame con questo continente, l'Africa, in cui appaiono concentrati e al massimo grado i problemi della sofferenza, della povertà e della disuguaglianza. Medici con l'Africa (e non per l'Africa) esprime la scelta di condividere con l'altro, che vuol dire partecipazione profonda, scambio, sforzo in comune, lavorare e soffrire insieme.

Attualmente Medici con l'Africa Cuamm

opera in **Angola, Etiopia, Kenya, Mozambico, Sudan, Tanzania, Uganda** con interventi di cooperazione sanitaria articolati in attività ospedaliere e territoriali, prevalentemente in aree rurali. Realizza progetti fortemente integrati nel tessuto sanitario e sociale del paese, in uno stile di dialogo con le autorità pubbliche e le istituzioni religiose locali.

In ciascuno di questi paesi, una robusta base di interventi, stabili e duraturi, supporta in modo coordinato progetti su aree specifiche (formazione, tutela materno-infantile, disabilità, ecc.) e interventi verticali, di diretto contrasto a grandi pandemie (Aids, tubercolosi, malaria).

INFO

Via San Francesco 126
35121 Padova Italy
tel. 049 8751279
fax 049 8754738
cuamm@cuamm.org
www.mediciconlafrica.org



ENTRO 16 ANNI 70 MILA MEDICI IN MENO

Fonte Adnkronos Salute

Entro 16 anni ci saranno oltre 70 mila medici in meno nel nostro Paese, se si manterranno le attuali linee di tendenza. Tra il 2011 e il 2024, infatti, andrà in pensione un esercito di medici che non potrà essere rimpiazzato dai neo-laureati, almeno se resteranno invariati gli attuali tassi d'ingresso nelle università.

E così all'appello mancheranno migliaia di camici bianchi. È la stima del presidente della Federazione degli Ordini dei medici (Fnomceo), Amedeo Bianco, che conferma anche l'avanzata dei camici 'rosa': le donne rappresenteranno infatti, in pochi anni, la maggioranza dei medici. "I numeri - spiega Bianco a margine del congresso del Sindacato nazionale autonomo medici italiani (Snami) - ci dicono che avremo meno medici. Ed è un fenomeno che va governato, per evitare che abbia effetti negativi sull'assistenza, con misure di programmazione che vanno prese sin da ora". La riduzione dei camici bianchi "in sé non è né negativa né positiva - spiega Bianco - perché il numero dei professionisti è legato al modello di assistenza che si sceglie. Ma, ovviamente, bisogna pensarci per tempo, altrimenti rischiamo di ripetere l'errore della Gran Bretagna che, per non aver programmato adeguatamente la formazione in medicina, oggi si ritrova a dover cercare medici fuori dai confini nazionali". Serve, dunque, uno sforzo di progettazione "in cui vanno coinvolti - precisa Bianco - tutti gli 'attori' della sanità, per stabilire come dovrà essere organizzata l'assistenza del futuro e quanti operatori servono. Ma è un progetto su cui si deve lavorare ora, perché i tempi della formazione sono lunghi". Uno sforzo va fatto anche per riadeguare il sistema all'avanzare dei camici rosa, sempre di più nella nostra sanità. "È anche compito degli Ordini dei medici - continua Bianco - rimuovere gli ostacoli e i vincoli che limitano le possibilità di lavoro e carriera delle donne medico. Vanno ripensati anche i tempi, tenendo conto degli impegni familiari. Il fatto di avere figli non può essere una penalizzazione per una professionista. Dobbiamo prevedere, in alcuni anni della carriera, rapporti più flessibili con il lavoro. La carriera, per una donna medico, non deve essere, come il più delle volte avviene oggi, alternativa alla famiglia".

Ancora oggi non conosco
nulla di più prezioso al mondo
di una solida e sincera
amicizia fra uomini

Hermann Hesse



AUTOSUTURE™ DST Series™ EEA™ Staplers

Cutting-Edge Technology.

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

Easily. Without compromise.



contour[™]
Curved Cutter Stapler



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

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION[™]

