



ACCOI 21/24 MAGGIO 2017



36° CONGRESSO NAZIONALE ACCOI
CRONACA DI UN CONGRESSO RIUSCITO

VERSO LA PIENA APPLICAZIONE
DELLA LEGGE GELLI

**ACCREDITAMENTO E LINEE GUIDA,
FACCIAMO PRESTO E BENE**



ACOI NEWS - N° 3 Luglio-Settembre 2017, trimestrale

Direttore Responsabile Cristina Cosentino - **Condirettore** Andrea Alicandro

Direttore editoriale Piero Marini

Redazione Piero Marini, Andrea Alicandro, Stefano Bartoli, Mario Campli, Cristina Cosentino, Domitilla Foghetti, Valentina Giaccaglia, Luciano Landa, Gianluigi Luridiana, Roberta Marzullo, Gianluigi Melotti, Francesco Nardacchione, Vito Pende, Diego Piazza, Gabriele Ricci, Rodolfo Vincenti

Collaboratori Gianluigi Bonessa, Giuseppe Miranda, Francesca Vischini

Immagine e coordinamento Roberta Marzullo

Progetto grafico Enzo Pancaldi

Foto Antonio Bellia - Demetra Produzioni Sas, Ivano De Maria, Archivio ACOI, dal web

Stampa PrimeGraf srl via Ugo Niutta, 2a - 00177 Roma - tipi.prime@gmail.com

Registrazione Tribunale di Roma n. 48/2015, data registrazione: 23 marzo 2015

Seguici su Web: www.acoi.it **Twitter:** @chirurgi_ACOI

Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani A.C.O.I. - Via C. Morin, 45 - 00195 Roma - Tel. 06.37518937 Fax 06.37518941 - P. IVA 10612941004 - C.F. 97015540582 - © Copyright, tutti i diritti riservati

Sommario

3

EDITORIALE

di Piero Marini

4

L'INTERVISTA

Accreditamento e linee guida, facciamo presto e bene

di Cristina Cosentino

6

IL FORUM

Unità e coesione per superare debolezza e corruzione

di Francesco Nardacchione

7

IL 36° CONGRESSO

Cronaca di un congresso riuscito

di Mario Campli

14

ACOI INTERNATIONAL

Apertura all'estero

di Mario Campli

15

ACOI GIOVANI

Preservare e sviluppare per affrontare le sfide del futuro

di Giuseppe Miranda

17

DAL PARLAMENTO

Una legge per una medicina differente

di Cristina Cosentino

19

I CITTADINI

Controcorrente

di Rodolfo Vincenti

20

Pedalando insieme

di Rodolfo Vincenti

22

News Fondazione Chirurgo e Cittadino

23

FORMAZIONE

Dal 2018 lo stop al reclutamento diretto da parte delle aziende: una limitazione o una nuova opportunità?

di Francesca Vischini

25

LA PROFESSIONE

Riorganizzazione delle reti oncologiche regionali per il trattamento del carcinoma del colon-retto e della mammella: il contributo di ACOI

di Gianluigi Luridiana

27

CHIRURGIA SOLIDALE

La mia esperienza come chirurgo volontario con l'Associazione Sulla Strada Onlus

di Gianluigi Bonessa

30

BREVI



CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Pierluigi Marini

Presidente Onorario

Rodolfo Vincenti

Past-President

Diego Piazza

Vicepresidenti

Vincenzo Bottino

Ildo Scandroglio

Consiglieri

Massimo Basti

Felice Borghi

Gianluigi Luridiana

Marco Scatizzi

Marco Ulivieri

Segretario Nazionale

Francesco Nardacchione

Segretario Tesoriere

Giovanni Ciaccio

Segretari Vicari

Grazia Maria Attinà

Mario Campli

Luigi Ricciarelli

REVISORI DEI CONTI

Aldo Cagnazzo

Tommaso Pellegrino

Gabriele Ricci

COORDINATORI REGIONALI

Valle d'Aosta Paolo Millo

Piemonte Roberto Polastri

Lombardia Giuliano Sarro

Trentino Alto Adige Alessandro Carrara

Veneto Giuseppe Portale

Friuli Venezia Giulia Mario Sorrentino

Liguria Stefano Berti

Emilia-Romagna Patrizio Capelli

Toscana Sandro Giannesi

Umbria Marsilio Francucci

Marche Augusto Verzelli

Lazio Graziano Perna

Abruzzo/Molise Vincenzo Vittorini

Sardegna Nicola Cillara

Campania Mariano Fortunato Armellino

Puglia Pierluca Nicola, Massimo Sallustio

Basilicata Beatrice Di Venere

Calabria Giuseppe Brisinda

Sicilia Antonio Stracqualursi



EDITORIALE

di Piero Marini *Presidente ACOI*

Finalmente una buona notizia, di cui essere soddisfatti: l'emanazione del decreto interministeriale sulle scuole di specializzazione. Ne condividiamo i contenuti, che prendono in considerazione i volumi anche all'interno del percorso formativo degli specializzandi, finora penalizzati dall'assenza di opportunità di effettuare una vera pratica chirurgica.

Il rispetto degli standard, dei requisiti e degli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole, così come stabiliti dal decreto, diviene lo strumento essenziale per rendere le specializzazioni chirurgiche attrattive per i giovani medici, che oggi non scelgono più di fare il chirurgo, non solo per il rischio di contenzioso medico legale, ma anche perché sinora hanno rischiato di concludere il proprio corso di studi senza aver eseguito un numero di interventi sufficienti a conseguire una adeguata esperienza.

Anche questa estate abbiamo avuto riscontro sugli organi di stampa che il sistema formativo post laurea è in crisi. È arrivato il momento che i chirurghi ospedalieri abbiamo un ruolo istituzionale che rappresenti la dignità del lavoro che svolgiamo, un riconoscimento paritetico rispetto a chi fa formazione universitaria.

Esigiamo un ruolo che non sia più quello di *utile accessorio*, volto solo a tamponare le carenze formative fin qui ravviate.

Aprire la formazione agli ospedali riconosciuti, con strutture e volumi adeguati è la soluzione per il futuro, prospettiva su cui ACOI si sta impegnando da tempo, e che consentirà di avere nuovi chirurghi competenti e cure sicure per i pazienti. È necessario, dunque, un coinvolgimento nell'organizzazione e nella gestione dei percorsi formativi. I chirurghi che operano negli ospede-



dali pubblici possono così, finalmente, essere protagonisti della formazione degli specialisti, perché solo attraverso una pratica laddove c'è l'eccellenza e gli adeguati volumi si potranno forma-

re medici che garantiscono la qualità e la sicurezza delle cure. La revisione del sistema formativo è un atto importante. Speriamo, dunque, che la legge sia applicata con correttezza e trasparenza, senza trovare facili scorciatoie, che metterebbero in discussione l'efficacia del piano formativo post laurea. Ed è anche importante che la formazione ospedaliera non divenga uno strumento per bloccare nuovamente i concorsi, oggi che finalmente sono stati riaperti dopo circa 10 anni, cedendo alla tentazione di usare gli specializzandi, che sono medici in formazione, per supplire alla carenza di organici ospedalieri.

Come maggiore società scientifica chirurgica, anche attraverso il nostro gruppo *ACOI giovani*, vigileremo - con un questionario da sottoporre periodicamente agli specializzandi e ai docenti ospedalieri - affinché il cambiamento annunciato dal decreto legge diventi una vera realtà.

Se dovessimo verificare che le cose non sono cambiate chiederò ai chirurghi anche la possibilità di uscire dalle convenzioni. Questo non vuole essere un ricatto, ma la denuncia di indisponibilità a proseguire su una strada che non ha sbocchi e la volontà di partecipare in maniera completa, mettendo a disposizione la nostra esperienza, per formare correttamente e in modo europeo i chirurghi del futuro.

Anche gli specializzandi non possono più permettersi di avere un ruolo passivo: devono pretendere da noi, dai centri ospedalieri e universitari, ma soprattutto dalla politica, di potere essere messi nelle condizioni di avere un corretto percorso formativo nel nostro Paese, perché è arrivato il momento di fermare l'emorragia di giovani che vanno all'estero.

Noi saremo al loro fianco in questa battaglia che è culturale e strutturale: i bravi chirurghi si formano in Italia.

L'INTERVISTA

ACCREDITAMENTO E LINEE GUIDA, FACCIAMO PRESTO E BENE

VERSO LA PIENA APPLICAZIONE DELLA LEGGE GELLI NE PARLIAMO CON PIERLUIGI MARINI



di **Cristina Cosentino**

Accreditamento, cosa vuol dire? Siamo a un passaggio importante perché le società scientifiche che saranno accreditate presso il Ministero della Salute certificheranno le linee guida che saranno inserite nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) e pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità, così da uniformare le indicazioni fornite dalla comunità scientifica. Ma non si tratta solo di questo.

Di cosa parliamo allora?

Si ragiona sulle linee guida, su percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), sulle reti oncologiche; le grandi società scientifiche devono avere un

ruolo primario nella gestione di questi fenomeni che cambieranno la vita professionale dei nostri chirurghi e la gestione del governo clinico dei nostri ospedali.

È un'occasione fondamentale, perché l'elenco che si creerà potrebbe divenire lo strumento per togliere dai tavoli amministrativi la gestione clinica e l'attività dei professionisti.

I criteri varati sono adeguati a giudicare le società scientifiche?

Non so se siano adeguati, questo lo vedremo solo a cose fatte, so su cosa dovrebbero basarsi. Per accreditare società che avranno un ruolo così delicato

e importante per il futuro delle professioni sanitarie e dei pazienti si dovrebbe puntare sulla rappresentatività, sui volumi di attività scientifica e sui volumi di attività formativa.

C'è stata una corsa ad accreditarsi, anche da parte di chi non sembrava avere i requisiti minimi.

Bisogna essere seri! È evidente che nella stesura delle linee guida i capitoli di specialità debbano essere discussi anche con le società di specialità, seppur non accreditate. Per questo non dovrebbe esserci la corsa all'accredimento. Non si possono trovare escamotage per ovviare ai principi che sottendono alla legge o fare operazioni di maquillage per entrare nell'elenco, così si rischia di vanificare gli sforzi e di non arrivare mai a varare la linee guida, pena la non applicazione della legge Gelli.

Lo scorso anno i chirurghi italiani si sono riuniti in un unico congresso della chirurgia. Si deve andare in questa direzione?

Questa parte della legge credo sia nata anche per spingere verso un meccanismo di federazione delle società scientifiche, ognuno mantenendo le proprie specificità. ACOI, che rappresenta la maggior parte dei chirurghi italiani, ha sempre lavorato per aggregare e non per coltivare un piccolo orticello, solo così si può raggiungere l'interesse della collettività

Qual è la situazione ora?

È stata varata una legge seria sulla responsabilità professionale, ma finché non sarà pienamente operativo l'articolo 5 che disciplina la responsabilità penale degli esercenti la professione sanitaria, si rischia di rendere vano lo sforzo parlamentare e tutto l'impegno che anche noi abbiamo profuso affinché venisse varata una legge in tal senso. Oggi, in assenza di linee guida, il contenzioso medico legale non solo è rimasto invariato, ma è addirittura aumentato; inoltre le tariffe assicurative non sono state ancora riviste. È arrivato il momento di andare avanti con serietà, per fare presto e bene.

La scheda

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE Non solo linee guida

La legge 24/2017 sulla responsabilità professionale è sempre più vicina ad avere una piena attuazione.

La ministra della Salute ha firmato lo scorso 2 agosto il decreto che istituisce l'elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie e che stabilisce i requisiti che le stesse devono possedere ai fini dell'accredimento.

La legge infatti all'articolo 5 prevede l'emanazione di linee guida che, insieme alle buone pratiche cliniche e assistenziali, sono i principali esimenti per il processo di depenalizzazione della responsabilità della colpa sanitaria.

Alla definizione delle linee guida parteciperanno gli istituti di ricerca privati e pubblici, gli ordini professionali, le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie accreditate attraverso l'iscrizione ad un apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del ministero della salute.

Ecco i requisiti richiesti ai fini dell'iscrizione nell'elenco pienamente soddisfatti dall'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani:

- Una rilevanza di carattere nazionale, con sezione ovvero rappresentanza in almeno dodici regioni e province autonome, anche mediante associazione con altre società o associazioni della stessa professione, specialità o disciplina.
- Rappresentatività di almeno il 30% dei professionisti non in quiescenza nella specializzazione o disciplina, previste dalla normativa vigente, o nella specifica area o settore di esercizio professionale.
- Un atto costitutivo redatto per atto pubblico e statuto, dai quali si evincano elementi specificati (e che potete trovare qui):



http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2017-08-10&atto.codiceRedazionale=17A05598&elenco30giorni=false

IL FORUM

UNITÀ E COESIONE PER SUPERARE DEBOLEZZA E CORRUZIONE

di Francesco Nardacchione

Come previsto già nel corso del precedente incontro che si è svolto a maggio presso la nostra sede, il dott. Cantone auspicando una maggiore collaborazione con ACOI, ha sottolineato l'importanza del know how della nostra Società Scientifica per razionalizzare le risorse, permettere la scelta di dispositivi idonei nelle gare uniche nazionali a difesa della sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.

Il prof. Marini, nel ringraziare per il riconoscimento ricevuto, ha ribadito il ruolo fondamentale delle società scientifiche che, esprimendosi in base ad esperienza ed evidenza scientifica, dovrebbero poter avere un ruolo di certificazione dei materiali presenti nelle gare nazionali, verificandone la qualità nel rispetto dell'innovazione tecnologica. Quella innovazione tecnologica che ACOI si impegna costantemente da numerosi anni a diffondere, formando chirurghi nelle sue Scuole Speciali su tutto il territorio nazionale.

Ma se da un lato l'ACOI è sicura dell'impegno di tutti i chirurghi italiani per il raggiungimento dell'obiettivo, non può fare a meno di sottolineare come sia necessario che i chirurghi recuperino quella serenità professionale che al momento è solo promessa dalla legge Gelli.

ACOI sta lavorando alacremente per accreditarsi presso il Ministero della Salute ed essere tra le società riconosciute per stilare le linee guida. Tuttavia, il preoccupante ritardo dei decreti attuativi e la oramai prossima campagna elettorale, non lasciano presagire tempi brevi in un momento in cui sarebbe stato necessario serrare le fila e rendere applicabile questa legge tanto voluta sia dall'on. Gelli che da ACOI.

Pur concordando con i timori espressi da Marini, Cantone ha fatto notare

Si è svolto a Roma, il 25 settembre, presso la sede dell'ANAC. l'incontro tra il Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione dott. Raffaele Cantone ed il Presidente dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani prof. Pierluigi Marini, accompagnato dal Segretario Nazionale dott. Francesco Nardacchione



che la categoria dei sanitari in genere, e quella dei chirurghi in particolare, si è dispersa in troppe sigle associative che impediscono alla fine una visione univoca, rendendo scontento e vulnerabile tutto il sistema sanitario. È necessario, quindi, sviluppare uno spirito aggregativo che vada oltre gli interessi di poltrona, e miri a perseguire risultati duraturi. Dove non c'è coesione c'è debolezza, malcontento e sfiducia che rendono poi facile la gestione di pochi a scapito di molti, lasciando infine spazio alla corruzione.

L'ANAC guarda con molto interesse a questa opportunità offerta ai chirurghi,

opportunità forse unica ed irripetibile, e ci incoraggia a proseguire su questa strada che potrebbe costituire un esempio da seguire anche per alcune leggi per la Pubblica Amministrazione.

Nel ringraziare per l'incoraggiamento, e pur riconoscendo che il percorso non sarà facile, Pierluigi Marini si è dichiarato pronto a contattare tutti i presidenti delle società scientifiche più rappresentative della chirurgia italiana al fine di trasmettere il prezioso messaggio ricevuto e adottare tutti i provvedimenti ritenuti più idonei per raggiungere un risultato così prestigioso.

IL 36° CONGRESSO



di Mario Campli

I 36° Congresso Nazionale ACOI di Pescara-Montesilvano è stato un congresso che ricorderemo. Innanzitutto è stato il primo nazionale organizzato con le nostre stesse forze: un compito non facile, per l'importanza del congresso e per i suoi numeri, un compito impressionante, per la mole di lavoro che abbiamo dovuto affrontare, un compito defaticante, per l'impegno e le attività svolte nell'arco di pochi mesi.

Tutto questo ha prodotto però un grande risultato, uno dei congressi più partecipati di sempre, nel quale era tangibile il senso di appartenenza alla nostra associazione. Primo motore di questa grande macchina è stato certamente l'entusiasmo dei due Presidenti, Massimo Basti e Vincenzo Vittorini, che hanno fatto della accoglienza dell'Abruzzo nei confronti dei soci ACOI un elemento determinante per la riuscita del Congresso.

La scelta strategica della sede congressuale ha consentito di concentrare tutte le attività, dalle sessioni scientifiche al programma sociale, in un fazzoletto di terra da percorrere agevolmente a piedi, lasciando i congressisti svincolati dalla necessità di ricorrere a taxi o navette, in

CRONACA DI UN CONGRESSO RIUSCITO



grado di muoversi a loro discrezione con la massima libertà. L'affaccio sul mare degli alberghi circostanti la sede congressuale avrà tentato più d'uno, nelle soleggiate mattine che hanno caratterizzato l'evento, ma le sessioni congressuali sono state frequentatissime, a dimostrazione del loro interesse e del loro successo.

Questa formula organizzativa ha riscosso un considerevole apprezzamento anche presso le aziende che con il loro

contributo hanno consentito la realizzazione del Congresso, perché è stata ottimizzata al massimo grado possibile la resa dell'investimento per la maggior soddisfazione di tutti i congressisti. Non spese pazze, quindi, ma una attenzione quasi da buon padre di famiglia ed una accurata pianificazione per evitare quelle sorprese dell'ultima ora che chi ha mai organizzato un congresso sa bene possono sconvolgere anche il bilancio meglio programmato. Il successo di questa



IL 36° CONGRESSO

formula organizzativa è stato tale da fare avanzare agli sponsor la proposta di renderla uno standard per gli eventi ACOI.

La partecipazione ai lavori è stata massiva, e indice di un grande interesse per i tanti temi trattati, che hanno coinvolto non solo i *soliti* argomenti di chirurgia (e qui il *corsivo* è d'obbligo, considerati gli spazi dedicati alla chirurgia robotica e alla chirurgia video-assistita 3D) ma anche materie in passato inusuali: come quella sindacale, che esula dagli interessi di una associazione scientifica, ma coinvolge sicuramente i chirurghi *lavoratori*, o quella dell'attualità politica, che ha visto una interessante sessione sulla responsabilità nell'uso dei nuovi devices e una partecipatissima tavola rotonda con l'Onorevole Federico Gelli.

Il Congresso ha riservato anche uno spazio all'Arte, dedicando l'ariosa balconata dell'ingresso del Pala Dean Martin di Montesilvano ad una mostra fotografica del collega Giorgio Cutini, valente laparoscopista che oggi si dedica a tempo pieno alla sua antica passione. Con grande successo, se dobbiamo giudicare dal numero delle visite e dalle attenzioni riservate dai congressisti alle opere in esposizione.



Negli articoli di presentazione al Congresso, sui precedenti numeri di ACOI News, avevamo anticipato la volontà del Consiglio Direttivo di portare la solidarietà di ACOI all'Italia ferita dai terremoti, scegliendo il capoluogo della regione Abruzzo quale simbolo delle tante città che negli ultimi due anni sono state colpite dal sisma. E così è stato: nel pomeriggio del sabato precedente la cerimonia dell'inaugurazione del Congresso il Consiglio Direttivo si è recato all'Aquila, città che porta ancora i segni profondi della rovina che l'ha segnata. Ancora più toccante di quanto si possa immaginare

è stata questa visita, perché accompagnati da una guida d'eccezione, lo stesso Presidente del Congresso Vincenzo Vittorini che a l'Aquila ha vissuto in prima persona, e tragicamente, la sciagura del terremoto. Vederlo percorrere serenamente le strade ancora circondate da impalcature e cantieri, rievocando in una *passeggiata della memoria* la notte sventurata che lo ha così crudelmente funestato, ha smosso più di una lacrima, e tanto sincera e affettuosa solidarietà per il collega. **Negli uffici comunali, poi, la consegna di due mega assegni (di nome e di fatto, perché il rilevante im-**

porto di €10.000 era scritto su due assegni che non potevano passare inosservati...) ha suggellato concretamente il sentimento di partecipazione di ACOI alla rinascita dell'Aquila.

La cifra sarà destinata all'allestimento di un'aula multimediale tecnologicamente avanzata di una scuola elementare. Noi di ACOI non ci potevamo smentire! I giovani e la loro formazione sono il nostro chiodo fisso: a confermare la nostra vocazione, ricordiamo il Premio dedicato a Marco Borreca, che ha visto la consegna in sessione plenaria di due borse di studio a due giovani chirurghi, Tiziana Fiorentini e Eugenia Carmadone, per seguire il Master Europeo di Chirurgia Laparoscopica organizzato da ACOI e dall'Università di Malta.

Cambiamo registro, e veniamo a raccontare dei momenti più leggeri del Congresso, quelli conviviali. Pur ammettendo che in un congresso scientifico si dovrebbe parlare solo di scienza, che in questi tempi di crisi non è bello dare l'idea che i chirurghi siano dei gaudenti,



è inevitabile che le cronache di questo congresso diano uno sguardo anche a momenti diversi dalle discussioni *alte* sulla chirurgia o sulla politica sanitaria. Se si vogliono dei medici capaci di trattare con *umanità* i loro pazienti non si può dimenticare che i chirurghi stessi sono *uomini* come tutti gli altri, non fredde macchine incapaci di sentimenti ma persone anche capaci di apprezzare del

buon cibo e una allegra compagnia. E il Congresso ha dedicato diversi momenti, al cocktail di inaugurazione, alla arrosticinata sulla spiaggia e alla cena sociale, che hanno visto la festosa partecipazione non solo dei nostri congressisti, ma anche dei colleghi stranieri del *MMESA* (*Mediterranean and Middle-eastern Endoscopic Surgery Association*) e della *FELAC* (*Federacion Latino Ameri-*



IL 36° CONGRESSO

cana de Chirurgia) che hanno partecipato allo *Spring Meeting del MMESA* svoltosi parallelamente al Nazionale ACOI. Ovviamente non si è trattato di semplici momenti conviviali, ma anche di occasioni per allacciare o stringere rapporti, per conoscerci meglio, per condividere tante cose, notizie, informazioni, know-how *spicciolo* che magari fanno parte della nostra quotidianità ma non arrivano mai ad essere raccontate nelle sedi *alte* e importanti, ma che pur tuttavia possono influenzare la nostra vita professionale. Un altro momento sociale molto lontano dalle sale operatorie e dai palazzi delle istituzioni è stato la *bicicletta*, un evento insolito di aggregazione per i più sportivi tra i congressisti

che hanno dimostrato la loro valentia sui pedali, compresi degli insospettabili e venerandi chirurghi che hanno dimostrato di essere in gran forma nonostante l'età, più atletici di tanti colleghi anche più giovani. Tra tutti i chirurghi *sportivi* è stato sorteggiato un vincitore che si è aggiudicato una bicicletta a pedalata assistita messa in palio dalla Fondazione Chirurgo e Cittadino. Il premio è stato consegnato nel corso della sessione plenaria che ha preceduto l'Assemblea dei Soci, anch'essa partecipatissima, nel corso della quale il pubblico ha potuto indirizzare il suo plauso al nuovo Consiglio Direttivo che guiderà ACOI nel prossimo triennio. Non possiamo però dimenticare, in questa stessa Assemblea, la relazione del Segretario uscente, il Dott. Stefano Bartoli, che lungi dall'essere

un elaborato tecnico è stata un emozionante ed emozionato commiato, per lui l'occasione per salutare e ringraziare i suoi *compagni di viaggio* che lo hanno affiancato per un lunghissimo periodo di tempo, tre anni come Segretario Vicario, tre anni come Tesoriere e sei anni come Segretario, durante i quali ha prestato la sua opera con grande dedizione, una dedizione che si è sentita tutta nella passione che ha messo in questo suo saluto.

ACOI comunque va avanti, oltre le persone, anche se è fatta di persone...

E quindi, appuntamento al prossimo Congresso, che sarà di nuovo un Congiunto, ormai destinato a rinnovarsi con cadenza biennale, che già promette sorprendenti novità.



IL 36° CONGRESSO



N

ACOI INTERNATIONAL

APERTURA ALL'ESTERO

Una rete di relazioni per crescere insieme



Issam e Sara Karake

di **Mario Campi**

zione sovranazionale che dal Messico a nord fino alle estreme propaggini della Patagonia, tra Cile e Argentina, rappresenta oltre 20.000 chirurghi del nuovo mondo.

E, naturalmente, i nostri colleghi italiani, che oltre a fare accoglienza in casa nostra hanno già collezionato numerose partecipazioni ai congressi di chirurgia di tutti questi paesi, e hanno già programmato interventi nei prossimi eventi internazionali, per promuovere l'interscambio di idee tra mondi diversi, per cogliere il meglio da ciascuno e imparare a migliorare la nostra delicata missione.

Sentiremo parlare di ACOI International sempre più spesso.

È dall'epoca del Congresso Nazionale ACOI di Modena, nel 2001, che la nostra associazione ha intrapreso un cammino di relazioni internazionali, nella ferma convinzione che il confronto culturale, lo scambio di conoscenze e la collaborazione reciproca non possono che determinare una crescita.

La rete di relazioni si è progressivamente ingrandita, arrivando a contare moltissimi Paesi, abbracciando quasi l'intero globo, dalla Cina, a est, all'intera America Latina, a ovest, passando per la Georgia, il Medio Oriente e il bacino del Mediterraneo. Questa rete è destinata a consolidarsi e svilupparsi; prova ne è la ricca partecipazione internazionale allo *Spring Meeting* del MMESA, che si

è svolto a Montesilvano parallelamente al Congresso Nazionale ACOI, e che per mere difficoltà logistico-organizzative non si è potuto integrare, quest'anno, all'interno del nostro evento, ma in pratica ha avuto luogo negli stessi giorni e nella stessa sede.

L'incontro di primavera della *Mediterranean and Middle Eastern Endoscopic Surgery Association* ha raccolto insieme chirurghi dell'Iran, del Libano, dell'Egitto, degli Emirati, della Giordania, dell'Algeria, della Grecia, del Portogallo, del Marocco.

Ma è stata una occasione per radunare colleghi anche di altra provenienza, come dalla Georgia, e una ricca delegazione della FELAC, la *Federación Latinoamericana de Cirugía*, una organizza-



N

ACOI GIOVANI



PRESERVARE E SVILUPPARE PER AFFRONTARE LE SFIDE DEL FUTURO

di **Giuseppe Miranda**

Coordinatore Nazionale ACOI Giovani

Eccomi a scrivere il primo articolo da Coordinatore Nazionale ACOI Giovani per il triennio 2017-2020. Una nomina che non solo mi inorgoglisce, ma mi stimola a dare un contributo concreto alla crescita dell'associazione.

La nomina rappresenta per me un impegno da *preservare* e da *sviluppare*. *Preservare* quanto già egregiamente svolto nel corso di questi ultimi anni e che ha reso la nostra associazione una concreta realtà nel mondo delle società scientifiche nazionali; *sviluppare* nuove iniziative avviando un percorso comune di crescita e formazione sfruttando l'intraprendenza e la passione che caratterizzano i giovani come noi. Impegno, quindi a trovare, nel valido lavoro svolto da chi mi ha preceduto, lo spunto per la realizzazione e la concretizzazione di tante iniziative, che spero tutti contribuite a propormi, che con responsabilità apporteranno i cambia-

menti e le innovazioni che permetteranno alla nostra associazione di adattarsi alla mutevolezza dei nostri tempi. La nostra associazione nasce circa nove anni fa per volere dell'allora Presidente Rodolfo Vincenti che diede vita alla Commissione Giovani di ACOI successivamente trasformata dal Presidente Luigi Presenti in **ACOI Giovani**.

Il grande successo dell'Associazione e lo spazio che essa è riuscita ad ottenere nell'ambito delle Società Scientifiche Nazionali sono stati possibili, da una parte, grazie alla volontà di Gianluigi Melotti e alla fiducia confermata verso il nostro gruppo dal Past President Diego Piazza, dal Presidente Pierluigi Marini e dal Vicepresidente Vincenzo Bottino, che hanno permesso di accrescere continuamente il nostro ruolo e la nostra identità all'interno dell'ACOI; dall'altra parte, questi importanti obiettivi raggiunti sono scaturiti dalla grande passione e dal sapiente lavoro svolto da Luigi Ricciardelli che ha formato e

guidato il gruppo per i primi sei anni e da Gianluigi Luridiana che ha continuato ad ampliare l'attività del nostro gruppo nel triennio appena concluso.

Il prossimo triennio 2017-2020, che mi vede protagonista, avrà come elementi caratterizzanti i principi di continuità con il programma fin qui svolto dai miei predecessori e di apertura verso i giovani Chirurghi.

La *continuità* sarà assicurata dal coinvolgimento di tanti colleghi del precedente gruppo che continueranno la loro attività anche nel prossimo triennio come Pierluigi Tilocca, Michele Motter, Antonio Azzinnaro, Daniele Indiani e Alfonso Canfora, dalla conferma delle linee di indirizzo indicate da Ricciardelli e Luridiana e dalla prosecuzione di tutte le attività intraprese negli anni precedenti.

L'*apertura* sarà orientata verso tanti nuovi giovanissimi colleghi a cui verrà

W ACOI GIOVANI

data l'opportunità di diventare anch'essi protagonisti dell'associazione e saranno proprio loro a portare il vento di cambiamento che non solo permetterà al nostro gruppo di rinnovarsi ma anche di abbassare l'età media degli iscritti. Come in passato, anche per il prossimo triennio, **tutte le riunioni ACOI Giovani saranno aperte a tutti i giovani chirurghi under 40 che, sebbene non inseriti nell'organigramma, vorranno parteciparvi** con l'auspicio che anche essi riescano con entusiasmo e vivacità a collaborare ai nostri progetti ed alle nostre iniziative integrandosi con passione al gruppo e partecipando a tutte le attività e i progetti.

Gli impegni che porteremo avanti nei prossimi anni saranno incentrati principalmente su:

L'attività scientifica: da sempre rappresenta la principale attività del gruppo ACOI Giovani di questi anni culminata con la pubblicazione di linee Guida su *L'appendicectomia laparoscopica* (2009), *Il trattamento laparoscopico dell'occlusione digiuno-ileale* (2011), la consensus conference sulla colecistectomia laparoscopica (2015), oltre a tante pubblicazioni su prestigiose riviste scientifiche. Tale attività sarà ulteriormente implementata per poter garantire la produzione delle linee guida necessarie per l'attuazione della legge Gelli.

L'attività congressuale: ci vedrà impegnati in un costante lavoro di collaborazione con i coordinatori regionali per la realizzazione di tutti gli eventi territoriali, oltreché partecipi nei congressi nazionali nei quali, grazie all'appoggio dei consigli direttivi, il nostro gruppo ha avuto sempre un ruolo nella faculty. Ora sono certo che questo ruolo continuerà ad essere garantito dal Presidente Pierluigi Marini, che più volte ha dimostrato di avere una particolare attenzione e considerazione verso il nostro gruppo.

La formazione: rappresenta una pro-

blematica peculiare dei giovani chirurghi. Il recente dossier dell'Osservatorio Nazionale documenta che 135 scuole di specializzazione Universitarie su 1433 non sono in grado di formare adeguatamente, dimostrando quanto dobbiamo impegnarci per garantire lo sviluppo di nuove generazioni di chirurghi italiani maggiormente competenti. Il nostro gruppo cercherà di partecipare al tavolo della discussione pretendendo una formazione *certa*; se necessario, si proverà ad ottenere un confronto tra le istituzioni ed il mondo universitario con l'obiettivo di garantire ai giovani chirurghi un percorso formativo che venga svolto nei centri di alta specializzazione universitaria e/o ospedaliera.

Il sistema del precariato: un'altra criticità che affligge i giovani chirurghi. Rappresenta la punta di un iceberg costituito da diversi componenti: il blocco del turn-over con conseguente blocco dei concorsi di assunzione; la lunga attesa prima di riuscire ad ottenere contratti stabili; la scarsa valorizzazione e riconoscenza del merito; la modesta

probabilità di avanzamento di carriera. In tal senso, la sensazione di precarietà potrebbe accompagnare il chirurgo per gran parte della sua vita professionale. Infine, ma non per questo di minor rilievo, ci saranno l'impegno di continuare ad avvicinare sempre più giovani all'ACOI, di diventare mente vivace della nostra rivista *ACOI News* e del nostro sito web (www.acoi.it), di supportare la *Fondazione Chirurgo e Cittadino*, di sostenere i coordinatori regionali nel promuovere le attività dell'ACOI a livello territoriale. Un programma di lavoro, questo, che spero susciti in voi sentimenti di ambizione, di appartenenza ad un gruppo, di orgoglio... il mio desiderio più grande è che da tutti noi nasca un'armonia di intenti che, come i battiti del cuore, diventi il ritmo della nostra associazione.

*È con piacere che ringrazio il presidente Pierluigi Marini e tutto il consiglio Direttivo dell'ACOI, in particolar modo i colleghi Vincenzo Bottino, Luigi Ricciarrelli e Gianluigi Luridiana per aver reso possibile tutto questo.



W DAL PARLAMENTO

Il disegno di legge Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute, è stato approvato in prima lettura dal Senato nel maggio 2016. È approdato il 9 ottobre nell'Aula della Camera - con l'onorevole Mario Marazziti, presidente della Commissione Affari Sociali, come relatore - dopo numerose modifiche nel corso della fase emendativa in Commissione.

UNA LEGGE PER UNA MEDICINA DIFFERENTE

di Cristina Cosentino

Ne parliamo con **Paola Boldrini (Pd)**, componente della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati e prima firmataria di una proposta di legge sulla medicina di genere

Sono molte le novità apportate da questo disegno di legge.

Tocca molte modifiche, sul tema delle sperimentazioni cliniche dei medicinali ad uso umano, dei comitati etici, della riorganizzazione degli ordini professionali e delle federazioni nazionali, dell'istituzione dell'area delle professioni socio-sanitarie e di nuove professioni sanitarie, nonché dell'esercizio abusivo della professione sanitaria e della dirigenza medica. È una riorganizzazione di normative che avevano fatto il loro tempo.



DAL PARLAMENTO

E finalmente c'è il riconoscimento della medicina di genere.

La medicina di genere sembra essere una moda.

No! Rappresenta invece un orientamento volto a riconoscere ed applicare nella pratica clinica le importanti scoperte che la medicina ormai riconosce come sue, per esempio una diversa insorgenza di malattia, di approccio alla cura e alle prescrizioni, da parte dell'uomo e della donna. Da tempo viene denunciato il fatto che la medicina abbia applicato per secoli un costrutto di pensiero strutturalmente androcentrico, sul corpo maschile come unico punto di riferimento, tanto da parlarne come di una scienza **non neutra**.

Non c'era già attenzione alle differenze sessuali?

Con il termine sesso ci si riferisce agli aspetti biologici, morfologici, funzionali, etc. che caratterizzano l'essere uomo e donna. Il termine genere, invece, si riferisce alle categorie psicologiche e sociali di identità, ruolo, che portano a vissuti e comportamenti legati alla femminilità e mascolinità o altra identità.

Nel 2006 la Commissione dei determinanti sociali di salute all'Organizzazione Mondiale della Sanità ha affermato i contenuti specifici del costrutto **genere** e lo ha riconosciuto come fattore che determina salute e malattia.

In cosa consiste?

La Medicina di Genere (anche genere-specifica o gender sensitive) non è una disciplina aggiuntiva, ma implica la conoscenza e l'applicazione di un nuovo approccio allo studio del funzionamento del fisico umano in salute e in malattia, con una nuova attenzione alle diversità tra uomini e donne. L'articolo 1 del ddl, con il suo richiamo ad una ricerca attenta alle differenze sessuali nella sperimentazione clinica dei farmaci, favorisce un cambio di prospettiva. La ricerca orientata al genere mette in evidenza come si possa incorrere in errori di valutazione quando, anche in caso di evidenti differenze, si mantengono comportamenti considerati

LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

L'articolo 11 del d.d.l. modifica la legge n. 24/2017

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

Si interviene sull'azione di responsabilità amministrativa della struttura sanitaria nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, in caso di dolo o colpa grave, successivamente all'avvenuto risarcimento ed entro un anno dall'avvenuto pagamento.

L'importo della condanna per responsabilità amministrativa non potrà superare una somma pari al triplo del valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo.

Si prevede anche che la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, non potranno superare una somma pari al triplo del valore maggiore del reddito professionale, compresa la retribuzione lorda, conseguita nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno, immediatamente precedente o successivo.

Inoltre il Fondo di Garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria dovrà anche svolgere la funzione di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa da parte degli esercenti le professioni sanitarie che svolgono la propria attività in regime libero-professionale.

ugualitari tra uomini e donne. L'articolo 3 prevede che il Ministero della Salute, avvalendosi del Centro Nazionale di Riferimento della Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità predisponga un piano volto alla diffusione della medicina di genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal sesso e dal genere al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale in modo omogeneo sul territorio nazionale.

I medici saranno preparati ad affrontare questo approccio?

Il Ministero della Salute di concerto con

il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca dovranno predisporre un Piano Formativo Nazionale per la medicina di genere, volto a garantire la conoscenza e l'applicazione dell'orientamento alle differenze di sesso e genere con la promozione di specifici studi presso i corsi di laurea in medicina e delle professioni sanitarie.

Attraverso la medicina di genere si può dunque ristabilire l'equità di trattamento?

Solo attraverso lo sviluppo della medicina di genere si può garantire equità di trattamento e appropriatezza delle cure. Perché trattare allo stesso modo, con lo stesso approccio, soggetti diversi rappresenta una delle disuguaglianze più subdole.

I CITTADINI

CONTROCORRENTE



di Rodolfo Vincenti

Tecnologie sempre più sofisticate e avveniristiche, tecniche chirurgiche meno invasive e maggiormente finalizzate al benessere del paziente, impegno totale del chirurgo alla standardizzazione delle procedure per il rapido recupero del malato sottoposto a intervento chirurgico, il focus sulla resilienza con il precoce ritorno alle condizioni psico-fisiche preesistenti hanno caratterizzato gli ultimi due decenni della vita lavorativa di noi chirurghi e delle aspettative dei pazienti.

Abbiamo dimostrato scientificamente, con dati controllati e statisticamente significativi, con l'analisi dei risultati di larghe serie di procedure innovative, che molti interventi chirurgici, che fino a pochi anni fa richiedevano una lunga degenza, possono essere eseguiti, utilizzando tecniche e protocolli appropriati, in regime di *ambulatory day* o *week surgery*.

In tal modo il progresso della Chirurgia e l'impegno del Chirurgo hanno inciso profondamente e definitivamente sulla riduzione del numero dei posti/letto ospedalieri che in Italia è al momento tra i più bassi d'Europa in rapporto al numero di abitanti.

Noi chirurghi abbiamo dimostrato come la prestazione ambulatoriale, il ricovero di giorno o in settimana, a seconda della tipologia delle patologie, siano fattibili mantenendo sicurezza per il paziente e risultati attesi. In termini frequentemente usati nella letteratura chirurgica anglosassone si direbbe **safe and feasible**.

Ma fattibile per quanto riguarda la procedura chirurgica e sicuro per quanto riguarda gli esiti, non significa direttamente applicabile in un sistema nazionale di *welfare* senza le adeguate e necessarie protezioni sociali e tutele per chi sarà dimesso ancora nel percorso di guarigione chirurgica!

All'incirca 10 anni fa fui chiamato per varie audizioni presso l'assessorato regionale della Sanità della Campania per rispondere alle possibilità di trasferimento di alcuni interventi chirurgici da una organizzazione di ricovero ordinario al *Day surgery* e dal *Day surgery* all'ambulatoriale. Portai le mie conoscenze *tecniche* di fattibilità e di sicurezza per il paziente, ma ribadii con forza che il Sistema avrebbe dovuto avvalersi di una *protezione* territoriale per garantire continuità delle cure e supporto coerente alle necessità degli operati.

Non ho il quadro nazionale, ma mi sembra che non si sia realizzato molto a tale riguardo: l'efficienza del Sistema

(riduzione dei posti/letto, dei ricoveri ordinari, dei costi relativi ecc) ha avuto un incremento significativo, ma credo che, per quanto riguarda l'efficacia globale (intendendo non solo la *guarigione chirurgica immediata*, ma soprattutto il benessere e la tutela del convalescente fino a *guarigione chirurgica completa*) ancora molto si debba fare.

Una mia recente esperienza vissuta potrà forse significare meglio ciò che intendo sottolineare.

Nel decorso della mia vita mi sono trovato alcune volte *dalla parte del paziente*, tutte avvenute in un periodo nel quale il ricovero ordinario non era un problema e i tempi della cura erano dilatati e lenti.

Recentemente mi sono sottoposto ad un *banale* intervento in regime di chirurgia ambulatoriale.

Ho voluto volontariamente percorrere la strada del *semplice cittadino* in un quasi anonimato.

La prenotazione: circa 3 settimane in lista di attesa, una telefonata: *domattina alle 7.30 per la pre-ospedalizzazione*" (per fortuna non ho più né turni o orari da rispettare!).

La pre-ospedalizzazione: centro chirurgico di *eccellenza*, sistema organizzativo efficiente. Assenza di uno sportello informativo in una sala di attesa già gremita, con monitor e pulsanti (tipo Ufficio Postale). *Touch* sull'icona desiderata e via a prendere un tagliando con il proprio numero.

E ora? Un anziano coetaneo mi risponde *deve attendere che chiamino il suo numero*. Attendo, ma l'infermiere che

W I CITTADINI

si affaccia periodicamente alla porta chiama altri numeri, anche superiori al mio. Attendo con un briciolo di irritazione. Finalmente il mio turno: registrazione anagrafica e dei dati sensibili. Attesa, altra chiamata.

Spostamento in altro ambiente per il prelievo ematico.

Finalmente alle 10.00 posso ristorarmi con un cappuccino. Attesa e altra chiamata per P.A. ed ECG. Attesa e chiamata per videat anestesiological. Entro in uno studio vuoto e mi dicono di attendere, sulla scrivania c'è la mia cartella clinica (nome e cognome bene in vista sul frontespizio), la apro per la curiosità di leggere i valori dei prelievi e il referto ECG.

Una Erinni vestita da infermiera, vedendomi leggere i dati, mi apostrofa sostenendo non so quale diritto di privacy e mi abbandona portando via il tesoro. Per fortuna dopo qualche minuto arriva l'anestesista che gentilmente si scusa. OK sono le 14.00: è tutto a posto, sarà chiamato per l'intervento.

E ora a casa (quasi 50 km di percorso più o meno trafficato).

L'intervento: dieci giorni dopo arriva la telefonata: *dopodomani alle 7.30, a digiuno dalla sera prima.* Arrivo puntuale partendo all'alba, mi metto in fila, alle 12.00 vengo operato, (credo 15 min. di intervento), alle 13.00, mia moglie mi riporta a casa.

La mattina seguente (stesso viaggio A/R e stesso orario) la visita di controllo: *Tutto OK. Guarirà nei tempi consueti. Controllo tra 20 giorni.*

Ognuno interpreti come preferisce questa mia esperienza. Per quanto mi riguarda, avrei di molto preferito che qualcuno mi avesse proposto di ricoverarmi il pomeriggio precedente l'intervento per i controlli pre-op. e, con molto meno stress, meno alzatacce, chilometri e perdita di tempo, essere operato il mattino seguente. **Con buonapace del più volte ascoltato tormentone: il malato al centro del Sistema.**

PEDALIAMO INSIEME

di Rodolfo Vincenti

Che il 36° Congresso Nazionale di ACOI, tenutosi a Montesilvano (PE) sia stato un enorme successo scientifico e partecipativo è una realtà riconosciuta: Massimo Basti e Vincenzo Vittorini hanno dato il massimo di sé e i risultati positivi sono stati evidenti.

La Fondazione Chirurgo e Cittadino - onlus è stata parte attiva e propositiva: un Corso ECM su *La Comunicazione in ambito sanitario, aspetti organizzativi, gestionali e formativi*, impostato su due giorni, si è fregiato di docenti (chirurghi, infermieri, psicologi, risk manager) di livello internazionale ai quali si è contrapposta una attenta e cospicua partecipazione.

Il pezzo forte, però, è stata la bicicletata del lunedì 24 maggio!

FCC, forte del contributo fondamentale del collega cicloamatore Edoardo Libertore, della FIAB ciclo Pescara e dei vertici di ACOI, ha organizzato un *Pedaliamo insieme* per un momento conviviale e di apertura dei chirurghi al sociale, un invito a curare maggiormente l'esercizio fisico sostenibile per il benessere globale del cittadino.

Presidenti e non, segretari, soci chirurghi, consorti e accompagnatori, inforcate le 50 biciclette disponibili, hanno percorso i circa 8 chilometri della ciclabile Montesilvano-Pescara e ritorno, preceduti da un triciclo-staffetta della FIAB. T-shirts e cappellini con il logo di FCC hanno rappresentato la divisa d'ordinanza.

Il momento ludico è stato poi seguito dalla estrazione, in piena Assemblea Ordinaria di ACOI, tra tutti i partecipanti alla bicicletata, di una magnifica bicicletta a pedalata assistita che ha premiato un noto chirurgo di Roma.

Quale il messaggio? Banale: spirito di appartenenza, invito a stili di vita salubri e sani, esercizio fisico e benessere per professionisti impegnati a tutto campo quotidianamente col fisico e con la psiche in una attività ad alta intensità di rischio.



NEWS NEWS NEWS NEWS NEWS NEWS NEWS



PROGETTO SOLIDALE VICINO A TE

Trovare un alloggio vicino ad una struttura ospedaliera per poter assistere e stare accanto ad un familiare in ricovero prolungato o sottoposto ad un intervento chirurgico, in una grande città, è sicuramente non facile e molto dispendioso.

Numerosi sono i pazienti che sono costretti per motivi di salute a rivolgersi a strutture ospedaliere distanti dalla propria casa.

Sulla scia delle iniziative di alcune associazioni già attive con progetti solidali (cfr. www.acasalontanidacasa.it) finalizzati a rispondere al bisogno di un alloggio adeguato a costi contenuti, alleviando il disagio dovuto anche alla lontananza dal proprio domicilio, la Fondazione Chirurgo e Cittadino - onlus, intende realizzare una rete per l'accoglienza, attraverso un progetto pilota da costruire con le strutture sanitarie che condividano l'iniziativa e che attivamente partecipino al progetto mettendo a disposizione i sistemi informatici necessari e i dati utili per le assegnazioni.

Il progetto prevede di offrire assistenza a parenti accompagnatori e agli stessi pazienti, attraverso l'individuazione di una rete di strutture convenzionate situate in prossimità dell'A.O. con una partecipazione anche di tipo economico, sostenendo una quota della spesa per l'alloggio nei confronti delle famiglie meno abbienti.

Nella prima esperienza sperimentale saranno individuate A.O. di eccellenza tra le più importanti del nostro paese e che richiamano annualmente malati provenienti da altre regioni, in particolare dal mezzogiorno e dalle isole. Degenze prolungate, interventi chirurgici complessi, dimissioni protette, percorsi di ambulatory e day surgery, oltre alle pratiche riabilitative saranno i cardini del progetto **Vicino a Te**.

Questi i passi per una rete FCC di accoglienza

- Individuazione di strutture alberghiere adeguate in prossimità dell'A.O.
- Convenzionamento con le strutture individuate
- Filo diretto con la direzione dell'A.O./

URP, realizzazione di una guida cartacea e via web

- Realizzazione di una App di servizio
- Implementazione del sito FCC- onlus e dell'A.O./ URP, con informazioni sulle strutture convenzionate, recapiti, requisiti, modulistica per accesso al contributo diretto da parte di FCC-onlus
- Monitoraggio in coordinamento con l'A.O. dell'iniziativa e valutazione da parte degli utilizzatori
- Partecipazione alla spesa per l'alloggio per le famiglie meno abbienti individuate
- Relazione e bilancio annuale
- Rete con altre associazioni che operano nel sociale.

L'iniziativa prevede un periodo di sperimentazione di un anno al termine del quale si verificherà la fattibilità del progetto (costi-benefici) ed eventualmente la diffusione della rete di accoglienza nelle città metropolitane italiane. Chiunque voglia maggiori informazioni e sia interessato ad essere parte attiva nella propria realtà lavorativa può scrivere a: rodolfovincenti@gmail.com

FORMAZIONE



DAL 2018 LO STOP AL RECLUTAMENTO DIRETTO DA PARTE DELLE AZIENDE: UNA LIMITAZIONE O UNA NUOVA OPPORTUNITÀ?

Il blocco dei finanziamenti per il reclutamento diretto (*codice etico Medtech*), da parte di alcune maggiori società interessate alla formazione in ambito chirurgico, verrà applicato a breve da molte Aziende: cosa cambierà per il professionista sanitario e cosa cambierà per il professionista appartenente ad una associazione?

di **Francesca Vischini**

Con l'istituzione del protocollo E.C.M.(Educazione Continua in Medicina) è stato regolamentato il reclutamento diretto da parte delle aziende.

Con il termine di reclutamento diretto s'intende l'interessamento delle aziende commerciali al sostenimento delle spese, sia dirette che indirette, legate al partecipante ad un determinato evento formativo.

Negli ultimi tre anni, dal 2014 al 2016, l'andamento del reclutamento diretto all'interno di ACOI ha registrato un dato abbastanza stabile, in valore assoluto, ma, con un'analisi più dettagliata, si verifica che il maggior numero di quote di sponsorizzazione si concentrano per gli eventi con un numero di crediti elevato, evidenziando un interesse da parte delle aziende verso una formazione più qualificante.

Se si analizza il valore delle quote dedicate al reclutamento diretto, rispetto al totale dei contributi erogati dall'azienda nei singoli anni, si ha:



	% 2014	% 2015	% 2016
Quote versate per il reclutamento diretto	13,68%	12,13% ↓	8,33% ↓
Quote versate NON dedicate al reclutamento diretto	86,32%	87,87%	91,67%

FORMAZIONE

Mostrando chiaramente una diminuzione dell'interesse nel sostenere il singolo professionista.

Con l'entrata in vigore del codice etico non ci saranno variazioni da parte di A.Ge.N.A.S verso il professionista sanitario, ma ci saranno modifiche di erogazione del contributo da parte delle aziende verso il professionista. Le principali innovazioni portate dal codice etico possono essere così riassunte:

- Blocco del reclutamento diretto da parte dell'azienda verso il singolo professionista, per cui non saranno più sostenute da parte delle aziende le spese di viaggio, soggiorno, ingresso e quant'altro afferente ad un determinato evento formativo
- Erogazione del contributo all'ente formatore omnicomprensivo: indicando il tipo di visibilità e le quote da disporre per il reclutamento dei partecipanti
- Il provider, responsabile della formazione, dovrà individuare i criteri con cui andrà ad erogare il contributo ai vari partecipanti
- Il contributo, omnicomprensivo, potrà ancora essere erogato alle segreterie organizzative le quali dovranno, in ogni caso, ricevere dal provider le indicazioni con cui effettuare il recluta-

mento del partecipante. Continueranno a rimanere valide le vecchie modalità di reclutamento per tutti i workshop non accreditati all'interno di eventi E.C.M. Dal 1 gennaio 2018 si prevede che oltre l'80% delle aziende appartenenti a Medtech andranno ad aderire al codice etico. Fissata al 1 gennaio 2020 l'adesione di Assobiomedica al codice: ci sarà quindi la presenza di un doppio binario per due anni, per quanto riguarda la modalità di reclutamento dei professionisti.

Davanti ad un cambiamento così forte ACOI non poteva non essere presente, esprimendo la propria posizione rispetto a questa innovazione.

ACOI, al fine di valorizzare l'appartenenza all'Associazione, sta già redigendo quelli che saranno i criteri dell'erogazione dei contributi ai partecipanti per quei corsi formativi altamente qualificanti, inserendo fra le discriminanti:

- stato associativo;
 - equa distribuzione geografica;
 - particolare attenzione verso la formazione dei giovani chirurghi.
- I criteri per il reclutamento verranno preparati e condivisi con tutte gli organi di direzione regionali dell'Associazione. Il 2018 sarà quindi un anno sperimentale in cui ACOI andrà a sostenere un importante investimento finanziario verso una nuova tipologia formativa,

che consentirà ai chirurghi ospedalieri di accrescere le proprie competenze, puntando su uno standard innovativo in merito al concetto di *crescita professionale*.

I corsi sperimentali qualificanti andranno a riguardare:

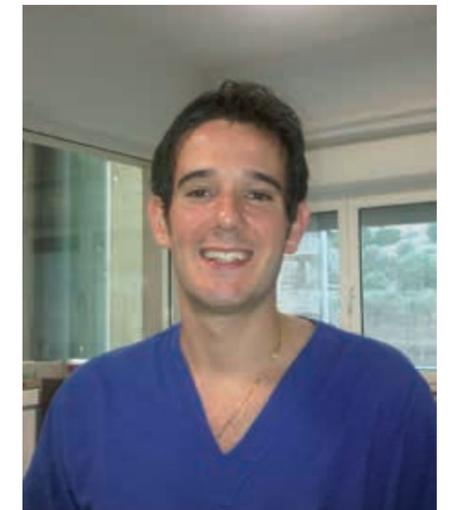
- la chirurgia colon retta;
- la chirurgia laparoscopia in urgenza;
- la chirurgia dell'obesità;
- la chirurgia di parete;
- la sepsi.

Per ciascuno degli ambiti indicati i percorsi saranno divisi in più fasi, in cui verranno svolte giornate di formazione residenziale ed altre giornate di formazione sul campo presso centri di tirocinio accreditati per la specifica tipologia di formazione svolta.

ACOI, attraverso una distribuzione diretta dei finanziamenti, avrà come obiettivo quello di migliorare gli esiti clinici: osservando i dati raccolti all'interno del PNE, individuando le criticità e pianificando strategie formative atte a modificare lo stato delle cose, in un continuo divenire di idee che solo un'Associazione altamente rappresentativa nel settore chirurgico può essere in grado di sostenere, sia per migliorare il profilo professionale del singolo professionista, sia come valore aggiunto da portare in una sanità che si misura e si migliora.

LA PROFESSIONE

RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI ONCOLOGICHE REGIONALI PER IL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA DEL COLON-RETTO E DELLA MAMMELLA: IL CONTRIBUTO DI ACOI



di Gianluigi Luridiana

I DM 70 del 2015, meglio noto come decreto Balduzzi, ha rappresentato sicuramente uno snodo importante nella riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nel nostro paese.

Il provvedimento ha la finalità, come si evince dal titolo stesso, di definire gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Tra i contenuti principali del decreto ricordiamo la riduzione complessiva dei posti letto (3.7/1000 abitanti), la classificazione degli ospedali in presidi di base, di 1° livello e 2° livello, la determinazione del bacino d'utenza per struttura delle varie discipline o attività cliniche e la definizione dei requisiti minimi per ciascuna struttura in termini di volumi ed esiti per una determinata patologia o procedura.

Su questi temi si è sviluppato un acceso dibattito negli ultimi due anni. Bisogna innanzitutto sottolineare come nella letteratura scientifica vi sia un'ampia evidenza riguardo alla stretta corre-

lazione tra volumi ed esiti e la strada dell'accreditamento per struttura, o meglio ancora per professionista, appare senza dubbio quella più giusta da percorrere. Ci si è posti però da più parti il problema che l'applicazione rigida di questi parametri in alcuni contesti territoriali, in assenza di correttivi strutturali e riorganizzativi a monte, possa creare un *vulnus* riguardo all'accesso alle cure per una fetta importante di popolazione, andando così a ledere il principio dell'universalismo dell'assistenza sanitaria, già messo a dura prova dalla riforma del Titolo V della costituzione risalente al 2001.

A tal proposito, nel già citato DM 70, un capitolo specifico è quello dedicato all'articolazione delle reti per patologia, tra cui particolare rilevanza hanno le reti oncologiche. Negli anni passati, a partire dal 1998, le regioni hanno nel tempo emanato diverse delibere per l'attivazione e messa in pratica dei provvedimenti per le ROR (Rete Oncologiche Regionali), ma in pochi casi si è passati alla fase attuativa con la stesura

di specifici PDTA (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) regionali e con l'individuazione dei centri *Hub* e *Spoke* per le diverse patologie tumorali. Per questo motivo l'AGENAS, come previsto dal decreto, si è fatta di recente carico dell'individuazione di linee guida comuni per la costituzione delle reti oncologiche nelle varie realtà regionali, che tengano conto dei due principi fondamentali sanciti dall'Intesa Stato-Regioni dell'ottobre 2014 sulla costituzione delle reti: la multidisciplinarietà dell'approccio terapeutico-assistenziale e la garanzia dell'accessibilità a strumenti di prevenzione e cure di qualità per tutti i pazienti residenti in una determinata area geografica.

Per fare ciò, in seno all'AGENAS sono stati costituiti alcuni gruppi di lavoro per ogni patologia presa in esame, composti da diversi specialisti delle varie discipline coinvolte, indicati dalle società scientifiche più rappresentative, coordinati da funzionari della stessa agenzia e in stretta collaborazione con



N

LA PROFESSIONE

l'Istituto Superiore di Sanità. Le patologie tumorali su cui si è discusso sono state quelle relative a mammella, polmone, prostata, neoplasie ginecologiche, colon-retto, sarcomi e melanoma. Nello specifico, l'ACOI è stata chiamata a partecipare ai gruppi di lavoro sul tumore del colon-retto e della mammella, che si sono riuniti in diverse occasioni tra il mese di aprile e di settembre, sia in sessioni dedicate per ciascuna patologia sia in sessioni plenarie in cui si è discusso degli aspetti organizzativi generali della rete oncologica.

Il materiale preso in esame è stato costituito da provvedimenti normativi in vigore (In particolare riguardo ai requisiti strutturali), letteratura scientifica, PDTA già esistenti su base regionale e modelli organizzativi collaudati in ambito e internazionale.

Senza entrare nello specifico per non violare la clausola di riservatezza sottoscritta da tutti i partecipanti in attesa

della pubblicazione ufficiale del documento finale, possiamo dire che grande attenzione, oltre che ai requisiti minimi strutturali, è stata dedicata all'individuazione e alla selezione di un numero limitato ma vincolante di indicatori di efficacia e appropriatezza, in relazione quindi sia agli esiti che ai volumi. Alcuni di essi sono ormai facilmente ricavabili dal Programma Nazionale Esiti. Per alcuni di essi, invece, in considerazione della non omogeneità delle fonti e dei diversi livelli di rilevazione nelle varie regioni, è emersa la necessità che si creino procedure informatiche standardizzate e condivise che ne consentano la verifica puntuale e uniforme su tutto il territorio nazionale.

L'impegno di ACOI in questo campo non può e non deve comunque fermarsi qua. C'è il rischio nemmeno troppo remoto, considerate le esperienze passate, che la catena di trasmissione tra livello centrale, in questo caso l'AGENAS

per conto del Ministero della Salute, governance regionale e livello aziendale possa incepparsi, lasciando a quest'ultimo ampia discrezionalità come accaduto finora, con scelte spesso dettate da motivazioni di cassa o da spinte e pressioni di vario tipo, non di certo finalizzate ad una corretta assistenza al paziente tumorale.

Assistiamo infatti di questi tempi a riorganizzazioni aziendali che comportano riduzioni o accorpamenti di strutture complesse di chirurgia che non tengono conto neppure dei requisiti minimi strutturali previsti in accordi già sottoscritti da Stato e Regioni da diversi anni, come nel caso ad esempio delle unità operative di senologia chirurgica per cui è prevista l'autonomia di budget.

Di esempi come questo ce ne sono tanti altri. Il compito che ACOI può e deve svolgere, in considerazione del suo ruolo di principale società scientifica italiana di chirurgia e grazie alla sua capillare presenza sul territorio nazionale, è quello di vigilare affinché tutto questo lavoro non venga vanificato.



N

CHIRURGIA SOLIDALE

LA MIA ESPERIENZA COME CHIRURGO VOLONTARIO CON L'ASSOCIAZIONE SULLA STRADA ONLUS

di Gianluigi Bonessa



Ho conosciuto Andrea Sansonetti, chirurgo in Roma e presidente della Associazione "Sulla Strada Onlus", nel 2016.

Ricordo ancora la sera di fine novembre in cui mi propose di partecipare alla missione sanitaria della sua Associazione: in precedenza lo avevo incontrato solo due volte ed in una di queste occasioni gli avevo raccontato di aver partecipato ad una missione in Kenya come volontario e che era stata una esperienza molto bella per me. Quella sera eravamo invitati ad una cena per il compleanno di un comune amico; arrivai molto tardi per colpa di

impegni professionali che non conoscono rispetto per le esigenze di una vita privata... Mentre mangiavo rapidamente quanto rimasto mi si avvicinò Andrea proponendomi di partecipare alla imminente missione in Guatemala. Chiesi le date: da metà gennaio ai primi di febbraio mi rispose. Visualizzai l'agenda sul mio cellulare e, constatato che non avevo impegni per quel periodo, dissi: Sì! Veniamo! Andrea sbarrò gli occhi e mi chiese se stessi scherzando; serio risposi di no e che già me lo stavo annotando sulla agenda. Mia moglie Nadine, lì presente e che non svolge nessuna attività in ambito sanitario, mi guardò un po' interdetta anche perché avendo parlato al plurale era chiaro che stavo coinvolgevo anche lei!

Sono ancora oggi convinto che Andrea abbia pensato che fossi un po' matto e che non abbia davvero creduto che saremmo partiti fin a quando non acqui-

stammo insieme i biglietti aerei. A dicembre partecipammo così all'ultimo incontro del corso di preparazione ed ebbi modo di conoscere le altre persone della organizzazione: persone semplici, pulite, schiette, mosse solo dall'entusiasmo di poter aiutare gli ultimi dei poveri.

Iniziai così a conoscere la realtà di quella regione del Guatemala: la più depressa di uno stato già poverissimo. San Raymundo si trova in un altipiano situato a circa 40 Km dalla capitale Guatemala City. La popolazione locale è diretta discendente dei Maya e conserva il loro originale idioma, il Kaqchikel; non è raro sottoporre a visita persone adulte accompagnate da bambini che, parlando anche lo spagnolo, fungono da interpreti.

È una regione molto povera con una elevatissima percentuale di lavoro minorile in quella che è la principale oc-

CHIRURGIA SOLIDALE

cupazione del posto: la fabbricazione di fuochi di artificio. I bambini (anche di 4-5 anni!!!) sono abili in questo lavoro a causa la loro destrezza e velocità e soprattutto perché con le loro piccole mani riescono a fare velocemente ciò che ad un adulto rimarrebbe difficile a mani nude. Le conseguenze di ciò sono però facili da immaginare...

A San Raymundo esiste l'Ospedale missionario *Llano de la Virgen* che è stato costruito nel 1999 da un comitato locale e da un gruppo di volontari statunitensi uniti dall'appartenenza comune alla chiesa evangelica. Per la maggior parte dell'anno l'Ospedale è chiuso; viene aperto solo in occasione dell'arrivo di equipaggi stranieri. È composto da alcune stanze per le visite ambulatoriali, una Sala Operatoria con tre letti operatori paralleli, una sala risveglio con 4 posti letto e due stanze di degenza con 4 letti ciascuno. La situazione sanitaria in Guatema-

la, ahimè come nella maggioranza del mondo, è estremamente iniqua: si accede alle cure solo pagando e dunque la gente non può operarsi se non ha i soldi per farlo. Ma ancor più impressionante per me è stato quanto accaduto il penultimo giorno della missione: ci hanno portato una persona molto anziana con febbre elevata per una infezione urinaria; abbiamo somministrato le prime cure (idratazione, antibiotico) ma dovendo chiudere la missione il giorno dopo abbiamo proposto ai parenti di ricoverare il loro caro presso un ospedale locale. Ci siamo però sentiti rispondere che non lo avrebbero fatto perché nel caso in cui fosse deceduto non avrebbero avuto i soldi per *ritirare la salma*! Ed infatti se lo sono riportato a casa...

Le persone arrivano in ospedale al mattino presto, a volte dopo lunghe ore di cammino, per essere visitate ed eventualmente operate; spesso sono digiuni perché sanno che *los italianos* se pos-

sibile li operano subito per dimmetterli il più presto possibile. Si mettono in fila e pazientemente aspettano il loro turno; possono aspettare anche ore ma quando finalmente hai modo di visitarli puoi sempre vedere nel fondo dei loro occhi un senso di riconoscenza e gratitudine per ciò che stai comunque facendo per loro. E se tu non puoi fare nulla per loro molto probabilmente non lo farà mai più nessuno.

La missione sanitaria di *Sulla Strada Onlus* è completamente indipendente: ogni anno partono circa 50-60 persone: suddivise fra chirurghi, ginecologi, urologi, chirurghi plastici, anestesisti, internisti, cardiologi, dermatologi, dentisti, farmacisti, infermieri e personale di supporto. Sono questi ultimi che svolgono il lavoro più *pesante* della missione: provvedono alla cucina, alle pulizie, alla lavanderia e dobbiamo considerare che mentre noi operatori sanitari svolgiamo le nostre abituali mansioni, anche se in un contesto diverso, il personale di supporto nella vita quotidiana fa tutt'altro: sono impiegati, architetti,



larga il cuore vedere il loro entusiasmo, la loro simpatia, la loro umanità e dedizione. È la parte più bella dell'Italia. È stato bellissimo poter lavorare con loro. E quale è stata la parte peggiore? Sicuramente il rientro. Per me è stato scioccante, specie il primo anno. Avevo lasciato un clima di totale collaborazione, solidarietà e cooperazione, di lavoro intenso ma sempre col sorriso stampato sul volto, di superamento dei ruoli dove tutti sono là per lo stesso scopo e per aiutare là dove serve; mi ero ritrovato invece in Italia in una sala operatoria con un clima freddo, gente che sbuffava e che non vedeva l'ora che finisse il proprio turno per *staccare*, con un collega in preda ad un attacco di isteria che urlava parolacce e bestemmie addosso ad un infermiere colpevole di chissà cosa. Il mio corpo ha avuto un sussulto e spontaneamente si è girato per tornare sui propri passi. Ho detto all'infermiere che avevo vicino: *Datemi un biglietto per il Guatemala!*

In definitiva, e vi assicuro che non è una frase fatta, si va in missione per *dare* ma è tanto di più quanto si *prende* e si porta a casa nel cuore e nell'animo. Provatelo!



commessi, autisti, ingegneri, pizzettai, ecc. ecc.

Nel 2016 abbiamo portato una colonna laparoscopica, comprata in Italia grazie alla donazione di un gruppo di motociclisti ma non è stato per niente facile! La colonna è partita via mare in un container ma giunta in Guatemala è rimasta ferma alla dogana per alcune settimane. Solo dopo la fine della prima settimana della missione siamo riusciti a sdoganarla e, a sera tarda, montarla su un carrello improvvisato di legno superando un sacco di altri problemi: gli attacchi, le bombole, i costi... ma che soddisfazione alla fine. Ce l'avevamo fatta (proprio come la pubblicità dell'amaro in TV...) e potevamo operare in laparoscopia all'ospedale di Llano de la Virgen.

Quest'anno ovviamente abbiamo ritrovato la nostra colonna già in sede e in due settimane abbiamo eseguito 18 colecistectomie videolaparoscopiche. Nelle tre settimane chirurgiche della missione fra interventi di grande, me-

dia e piccola chirurgia sono stati eseguiti un totale di 159 interventi.

Dopo la mia prima esperienza nel 2016 sono entrato nella organizzazione della missione 2017 occupandomi dell'acquisto e della gestione dei presidi sanitari necessari al suo svolgimento.

È stato molto interessante curare questo aspetto e non vi nascondo di essermi talvolta molto sorpreso nel verificare i prezzi di alcuni comuni presidi: articoli che nella comune accezione sembrano essere molto cari hanno un costo tutto sommato minore di quanto immaginato e viceversa articoli che reputiamo di poco valore, e dunque utilizziamo quotidianamente con leggerezza, hanno un prezzo che alla fine incide significativamente nella spesa totale.

Ma una delle cose più belle e gratificanti che mi sono riportato indietro dall'esperienza di questi due anni di missione è il rapporto stabilito con i giovani. Sono molti i giovani che partecipano alla missione: chirurghi specializzandi, infermieri, personale di supporto. Ti al-



BREVI

BREVI

BREVI

SPECIALIZZAZIONI: MIUR, IN GAZZETTA UFFICIALE NUOVO REGOLAMENTO PER ACCESSO SCUOLE

Graduatoria unica nazionale di merito e aggregazione delle sedi d'esame per aree geografiche per garantire una maggiore qualità e un maggior controllo durante lo svolgimento.

Sono alcune delle novità del nuovo Regolamento per l'accesso alle Scuole di specializzazione di area medica, pubblicato oggi in Gazzetta Ufficiale. Il nuovo regolamento cambia le regole fino ad ora vigenti per garantire maggiore qualità del concorso nazionale, come richiesto negli scorsi mesi anche dalle associazioni delle specializzande e degli specializzandi, dalla Conferenza dei Rettori, dall'Osservatorio per le Scuole di Specializzazione, dal Consiglio Nazionale degli Studenti Universitari.

Il concorso resta nazionale, per titoli ed esami, e, a partire dal prossimo anno, sarà bandito, spiega il Regolamento, entro il 31 maggio di ciascun anno, con decreto del Ministero.

La prova d'esame diventa unica a livello nazionale, uguale cioè per tutte le candidate e per tutti i candidati dal momento che viene introdotta una graduatoria unica nazionale, e si svolgerà non prima di sessanta giorni dalla data di pubblicazione del bando, in una o più sedi, nella stessa data e nello stesso orario. L'organizzazione della prova a livello locale spetterà alle Istituzioni universitarie presenti sul territorio di riferimento.

Le sedi saranno aggregate tra loro per aree geografiche, garantendo una minore frammentazione delle stesse e un maggiore controllo durante lo svolgimento delle prove. I quesiti saranno 140 con un punteggio pari a 1 per ogni risposta esatta, 0 per ogni risposta non data, -0,25 per ogni risposta errata.

Lo comunica, in una nota, il Miur.

Al termine della valutazione delle prove d'esame, entro 20 giorni dallo svolgimento, il Ministero pubblicherà un'unica graduatoria nazionale di merito nella quale verrà indicato il punteggio complessivo conseguito da ciascun candidato per i titoli e nella prova d'esame.

A parità di punteggio complessivo, verrà data priorità al candidato con voto d'esame più alto. In caso di ulteriore parità, prevarrà il candidato più giovane per età anagrafica - prosegue la nota - In seguito alla pubblicazione della graduatoria nazionale, ciascun candidato dovrà scegliere le tipologie di Scuola e le sedi di suo interesse, indicandole in ordine di preferenza. Terminate le operazioni di scelta da parte dei candidati, il Ministero procederà alla pubblicazione delle assegnazioni dei candidati alle specifiche scuole presso cui risulteranno ammessi in ordine di graduatoria.

In aggiunta ai contratti finanziati con risorse statali, le Scuole po-

tranno attivare altri contratti di pari importo e durata sostenuti con risorse derivanti da donazioni o finanziamenti di enti pubblici o privati, nel rispetto del numero complessivo di posti per i quali sono accreditate le scuole e del fabbisogno di specialisti a livello nazionale. La domanda di partecipazione alla prova di selezione dovrà essere presentata per via telematica al Ministero, nei tempi e con le modalità previsti nel bando.

Al concorso potranno partecipare le laureate e i laureati in medicina e chirurgia che abbiano conseguito la laurea in data anteriore al termine di scadenza per la presentazione delle domande di partecipazione.

L'ammissione alle lezioni sarà subordinata al conseguimento dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo entro la data di inizio delle attività didattiche.

In relazione al numero di domande pervenute e comunque almeno venti giorni prima della prova di esame, il Ministero comunicherà le sedi, con relativa assegnazione dei candidati presso le diverse sedi e l'orario di svolgimento della prova di esame.

La pubblicazione in Gazzetta del Regolamento con le nuove modalità di concorso era un atto necessario per poter procedere con il bando di quest'anno. Bando che sarà emanato in tempo utile per garantire, questo è l'obiettivo del Ministero, che il concorso si svolga nel 2017 e che sempre nel 2017 avvenga la presa di servizio. In contemporanea alla pubblicazione del Regolamento si sta ultimando l'iter di accreditamento delle Scuole di specializzazione secondo i nuovi criteri previsti dal decreto congiunto dei Ministeri dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e della Salute entrato in vigore a giugno.

Il nuovo accreditamento consentirà di innalzare in modo significativo la qualità del sistema formativo delle Scuole.

SALUTE: MARINI (ACOI), È ALLARME PER AGGRESSIONI A MEDICI SOPRATTUTTO NEI PS

Siamo ormai ad una situazione d'emergenza. Il caso dell'aggressione al medico del punto vaccinale di Diamante segue di pochi giorni quello a danno del chirurgo Francesco Vitulli degli Ospedali Riuniti di Foggia.

Da anni i medici, soprattutto quelli del pronto soccorso, sono oggetto di aggressione fisica, minacce e insulti. Una situazione insostenibile che nuoce al buon funzionamento dei reparti. Chiediamo alle istituzioni di prendere coscienza del problema e di intervenire per garantire la sicurezza dei medici e dei pazienti, soprattutto nei luoghi più a rischio. È doveroso intervenire culturalmente anche per informare meglio i cittadini sulla medicina e non lasciarli preda di subculture antiscientifiche e pericolose.

BREVI

BREVI

BREVI

UNIVERSITÀ, MIUR: PUBBLICATI I RISULTATI TEST MEDICINA E ODONTOIATRIA

Le candidate e i candidati che lo scorso 5 settembre hanno sostenuto la prova per l'accesso ai corsi di laurea a numero programmato in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentaria sono stati 60.038 (66.907 le domande pervenute).

Gli idonei, quelli che hanno totalizzato i 20 punti minimi necessari per concorrere alla graduatoria nazionale e alla distribuzione dei posti disponibili, sono quest'anno 52.389, l'87,26% del totale.

Così in una nota il Miur.

Le candidate e i candidati hanno dovuto rispondere a 60 quesiti in 100 minuti. Il punteggio medio nazionale registrato fra coloro che sono risultati idonei è di 44,68. Il punteggio medio più alto a livello di ateneo è di 49,81 a Pavia.

La percentuale di idonei più alta (93,61%) si è registrata a Padova. Il punteggio più alto (88,5) è stato conseguito a Milano - si legge nel comunicato - I primi 100 classificati sono concentrati in 26 atenei. Quelli che hanno avuto più candidate e candidati tra i primi 100 sono Bologna (19), Padova (17) e Milano (15).

I risultati anonimi sono stati pubblicati il 19 settembre sul sito www.universitaly.it, quelli nominali il 29 settembre e la graduatoria nazionale di merito nominativa il 3 ottobre.

A LETTO TRA FORMICHE: MARINI (ACOI), PUNIRE RESPONSABILI MA ATTENZIONE A NON CRIMINALIZZARE SSN

È stata ferita la dignità del malato, attendiamo l'esito delle indagini e auspichiamo un rapido accertamento delle responsabilità: chi ha sbagliato deve pagare.

Invitiamo, allo stesso tempo, a non sparare ad alzo zero contro il Servizio Sanitario Nazionale che garantisce un servizio universale, spesso d'eccellenza, grazie al lavoro di tanti grandi professionisti, ma a cercare di risolvere i problemi della rete ospedaliera italiana puntando sempre a garantire il massimo della qualità, della sicurezza, della dignità dei pazienti e degli operatori.

Noi chirurghi ospedalieri per primi da anni segnaliamo le criticità, le carenze e le inefficienze nel nostro sistema, ma oltre alla denuncia occorre la fase propositiva.

Fatti gravi come quello denunciato nell'ospedale San Paolo di Napoli confermano la necessità e l'urgenza della riorganizzazione e della razionalizzazione della rete ospedaliera italiana.

VIOLENZA SULLE DONNE: ARRIVA UN CORSO ECM

Dal 21 ottobre 2017 al 21 gennaio 2018 un corso ECM sulla violenza di genere, una problematica di forte impatto sociale, per rispondere alla quale non sono sufficienti le competenze tradizionali anche specialistiche, sulle quali spesso si concentrano i corsi di aggiornamento. Violenza sulle donne, violenza di genere.

Analisi delle dinamiche sociali, relazionali e interventi psico-socio-sanitari è un corso, promosso da Club Medici, in cinque moduli che va oltre i confini delle discipline strettamente mediche e si opera una contaminazione con altre discipline in grado di supportare il personale sanitario nell'affrontare problematiche che toccano fasce deboli della società, che sono il frutto di culture di sopraffazione difficilmente sradicabili.

SALUTE: ACOI, CON VISITE A TEMPO PAZIENTI DIVENTANO PALLINE DA PING PONG

Siamo molto soddisfatti per l'uscita della Regione Lazio dal piano di rientro, ora, però, non si può sbagliare su elementi strutturali del sistema sanitario.

Non si possono prendere decisioni che, per aumentare il numero di prestazioni mantenendo le stesse risorse, vadano ad incidere negativamente sulla qualità e sulla sicurezza.

Le visite a tempo introducono un principio quantitativo molto pericoloso per la salute dei cittadini. Ogni intervento, ogni prestazione sanitaria, è un caso a sé e, se è certamente possibile stabilire una media del tempo impiegato per ogni singola visita specialistica, non è possibile pensare di introdurre un limite di durata, a meno di non voler considerare i pazienti delle palline da ping pong e mortificare ulteriormente il servizio sanitario pubblico. Invitiamo il presidente della Regione Lazio Zingaretti, della cui buona fede siamo sicuri, a rivedere il decreto che introduce il limite di durata per 63 interventi, approvato peraltro, senza un serio confronto con alcune tre le principali società scientifiche. Siamo, come sempre, pronti ad offrire il nostro contributo, nell'interesse dei cittadini e del servizio sanitario nazionale.

acoi
Associazione Chirurgi Ospedalieri Italiani
**36° CONGRESSO
NAZIONALE**

