



acoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani



EDITORIALE

Safe Surgery Saves Lives

VITA DELL'ASSOCIAZIONE

29° Congresso Nazionale ACOI

CHIRURGIA TRA MITO E SCIENZA

20° Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia

LE REGOLE 2010

PAGINA SINDACALE

FIRMATO IL CONTRATTO DI LAVORO





- 3 EDITORIALE
Safe Surgery Saves Lives
di **Rodolfo Vincenti**
- 7 La scomparsa di Mauro Rossi
Ciao Mauro
- 8 VITA DELL'ASSOCIAZIONE
29° Congresso Nazionale ACOI - Paestum 26-29 maggio 2010
Chirurgia tra mito e scienza
di **Ottaviano Petrillo**
- 12 20° Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia
Catania-Acireale 16-18 settembre 2010
Le regole 2010 della commissione di Videochirurgia
di **Micaela Piccoli**
- 16 **ACOI giovani - RASSEGNA STAMPA**
di **Francesco Feroci e Nicola Cillara**
- 20 **NUMERI SU CUI MEDITARE**
Olbia 26-27 marzo 2010
- 21 **Il Progetto "Qualità e Sicurezza in Chirurgia"**
di **Sabrina Sotgiu e Luigi Presenti**
- 24 PAGINA SINDACALE
FIRMATO IL CONTRATTO DI LAVORO
di **Carmine Gigli**
- 26 Il nuovo libro di IVAN CAVICCHI
Medicina e Sanità: snodi cruciali
- 28 **Allergia alla penicillina: un falso mito?**
di **Domitilla Foghetti**
- RUBRICHE**
- 29 LETTERA AL PRESIDENTE
di **Andrea Tocco**
- 29 IL LIBRO DA LEGGERE
Eugenio Santoro
WEB 2.0 E MEDICINA
di **Ferdinando Agresta**
- 30 **EOC - Ente Ospedaliero Cantonale - Cantone Ticino**
Rivista per le **MEDICAL HUMANITIES**
dossier **Conflitti di Interesse**
di **Michele Montinari**

Numero 17 / gennaio - marzo 2010
Trimestrale dell'Associazione
Chirurghi Ospedalieri Italiani.
Supplemento a Ospedali d'Italia
Chirurgia n. 1 - 2010
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 Filtauro
Gaetano Logrieco
Diego Piazza
Segretario
Pierluigi Marini
Tesoriere
Stefano Bartoli
Segretari Aggiunti
Vincenzo Bottino
Francesco V. Gammarota
Graziano Pernazza

PROGETTO EDITORIALE e GRAFICO
Roberta Marzullo
adv@robertamarzullo.it

FOTOGRAFIE
Ivano Di Maria

IMPIANTI e STAMPA
Saffe srl - Firenze

La rivista, stampata in 12.000 copie,
è stata chiusa in redazione il 28 aprile 2010

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

Safe Surgery Saves Lives

di **Rodolfo Vincenti**

Se soltanto ci soffermiamo a riflettere sulla complessità intrinseca dei sistemi di gestione che quotidianamente il chirurgo deve affrontare, ci rendiamo conto di quanto sia complesso un sistema che coinvolge un così elevato numero di persone e professionalità: le condizioni acute dei pazienti, le quantità di informazioni richieste, l'urgenza con cui i processi devono essere eseguiti, l'elevato livello tecnologico e la sua differenziazione, la molteplicità di punti critici di processo potenzialmente dannosi (dalla identificazione del paziente alla correttezza del sito chirurgico, alla appropriata sterilizzazione dello strumentario, all'induzione dell'anestesia, ecc.). Tale fatto deve essere letto rapportandosi ai volumi di attività chirurgica eseguita: nel 2007 (dati del Ministero della Salute), sono stati dimessi circa 4 milioni e 600 mila pazienti a seguito di interventi o procedure chirurgiche. A livello nazionale numerosi sono gli studi epidemiologici, ma ad oggi non esistono dati ufficiali sulla frequenza di eventi avversi associati all'assistenza chirurgica, anche se dalle esperienze di altri Paesi è stata riportata un'incidenza compresa tra il 3% ed il 16% nelle procedure eseguite in ricovero ordinario, con un tasso di mortalità relativo compreso tra lo 0,4 % e lo 0,8 %; in tali studi, circa la metà degli eventi avversi è stata considerata prevenibile (Harvard Medical Study). Siamo peraltro certi che sia invero di dubbio significato il trasferimento acritico di tali dati alla nostra realtà, ma essi comunque giustificano la crescente attenzione al problema che viene considerato una delle priorità della sanità pubblica mondiale. Nel maggio del 2004 l'OMS ha avviato la *World Alliance for Patient Safety* in cui si chiedeva agli Stati Membri di porre la massima attenzione al problema della sicurezza dei pazienti; Sir Liam Donaldson, Primo Ufficiale Medico dell'United Kingdom Government e presidente della iniziativa, ha affermato: *"La sicurezza del paziente è un problema globale. L'attuale interesse e la responsabilità dimostrati dai diversi Paesi, uniti nel trovare soluzioni per il mondo intero, è illuminante. Durante gli anni a venire, in tutto il mondo, saranno salvate delle vite umane, i pericoli per i pazienti saranno ridotti e molti insegnamenti seguiranno all'azione che viene oggi avviata"*. Ogni anno l'OMS avvia programmi e progetti volti alla sicurezza dei pazienti individuata quale importante sfida e priorità globale (*second global safety challenge*). Il programma *"Safe Surgery Saves Lives"* mette in evidenza la stretta relazione intercorrente tra sicurezza dell'assistenza chirurgica e vite umane potenzialmente salvate. L'impatto, in termini di sanità pubblica globale, è enorme se si considerano l'immenso volume di procedure chirurgiche erogate nel mondo, il tasso di mortalità, l'incidenza di eventi avversi e la evitabilità, in alcuni casi, degli stessi. Nel 2008 sono state pubblicate e diffuse le linee guida OMS

"La sicurezza del paziente è un problema globale. L'attuale interesse e la responsabilità dimostrati dai diversi Paesi, uniti nel trovare soluzioni per il mondo intero, è illuminante. Durante gli anni a venire, in tutto il mondo, saranno salvate delle vite umane, i pericoli per i pazienti saranno ridotti e molti insegnamenti seguiranno all'azione che viene oggi avviata".



“Guidelines for Safe Surgery” (A.A. Gawande) per la sicurezza in sala operatoria, attraverso la definizione e la promozione di raccomandazioni e standard che possano essere adattati nei diversi Paesi e setting operativi, rafforzandone i processi pre-operatori, intra-operatori e post-operatori.

IL CONTESTO INTERNAZIONALE

L'attenzione per il problema del rischio clinico è da anni oggetto di molteplici analisi a livello internazionale. Soprattutto nei contesti sanitari più avanzati (*National Patient Safety Agency - Gran Bretagna, Center for quality improvement and Patient Safety - USA, Australian Council for safety & quality - Australia*) diversi sono i sistemi in atto volti a contenere il rischio clinico attraverso organismi di Audit (istituti, centri o organi, governativi e non, che valutano gli ospedali ed i loro programmi clinici rispetto a standard definiti da Ministero e Società Scientifiche) o di “incident reporting” (schede per la segnalazione degli eventi non desiderati).

IL CONTESTO NAZIONALE

- *Piano sanitario 2003-2005*: identifica il rischio clinico come ambito prioritario per lo sviluppo della qualità nel SSN
- *Piano sanitario 2006-2008*: individua strategie di gestione del rischio clinico basate su un approccio pro-attivo e multidisciplinare
- *Decreto del Ministero della Salute - 20 febbraio 2006* - Istitu-

zione del Gruppo di lavoro per la Sicurezza dei Pazienti

- *Decreto del Ministero della Salute - 10 gennaio 2007* - Attivazione del Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti
- *Disegno di Legge - 11 maggio 2007* - Disposizioni in materia di sicurezza delle strutture sanitarie e gestione del rischio clinico.

Più recentemente la Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema ha presentato il progetto “**La sicurezza dei pazienti: realizzazione di un Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES)**” e nell'ottobre 2009 il Ministero della Salute (Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di Sistema) ha pubblicato il “**Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist**”.

E' evidente l'obiettivo verso il quale Istituzioni politiche e scientifiche volgono lo sguardo: migliorare la qualità e la sicurezza del percorso chirurgico attraverso la diffusione di **raccomandazioni e standard di sicurezza** e con l'implementazione degli stessi tramite l'applicazione della checklist per la sicurezza in sala operatoria.

Il documento è rivolto principalmente alle direzioni aziendali, agli uffici della qualità, ai direttori di dipartimento chirurgico e di anestesia e rianimazione, ai dirigenti infermieristici e a tutti i

Migliorare la qualità e la sicurezza del percorso chirurgico attraverso la diffusione di raccomandazioni e standard di sicurezza





responsabili dell'organizzazione e gestione delle sale operatorie. Le raccomandazioni però, per poter essere valide ed eseguibili, richiedono necessariamente un processo di adattamento e **contestualizzazione**, che le renda compatibili alle caratteristiche ed alle esigenze dell'organizzazione che le adotta. Non credo che possa sfuggire l'individuazione del pericolo nascosto dietro a questo proliferare di suggerimenti e attività "virtuose" che, partendo dalla constatazione della presenza di eventi avversi gravi, ancorché veramente molto rari (ma che su grandi numeri corrispondono a crudi valori reali degni di analisi), porti sia a generalizzare ed a assimilare l'evento esclusivamente a colpa medica, o ancor peggio a ideare tentativi maldestri e pericolosi di "pagelle" tecniche che hanno già riscontri attuali, per esempio, in Francia (dove si potrà scegliere l'ospedale sulla base di una classifica pubblicata sul sito dell'Alta Autorità Sanitaria, con ospedali che esibiranno i punti guadagnati in base al tasso di infezioni nosocomiali, alla trasparenza della cartella clinica e del dossier dell'anestesista, alla tracciabilità della valutazione del dolore e anche in base ai tempi di invio dei documenti ai pazienti alla fine del ricovero). Per quanto riguarda l'Italia, ha avuto inizio la sperimentazione voluta dal ministro della Pubblica Amministrazione Renato Brunetta con protocollo d'intesa firmato dallo stesso ministero, dall'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) e dalla Fiaso (Federa-

zione italiana aziende sanitarie e ospedaliere), sulla base della quale saranno cinque i voti, da «insoddisfacente» a «ottimo», che verranno assegnati a medici, dirigenti, infermieri, tecnici e amministrativi di 17 Asl che hanno acconsentito di far parte della sperimentazione. Ed ancora: il presidente della Commissione d'inchiesta sul SSN ha recentemente dichiarato che *"è urgente l'introduzione di criteri di valutazione e verifica basati su indicatori scientifici per premiare il merito ed evitare inefficienze e inadeguata gestione delle risorse"*.

**È urgente
l'introduzione
di criteri di valutazione
e verifica basati
su indicatori scientifici
per premiare il merito
ed evitare inefficienze
e inadeguata gestione
delle risorse**

L'ACOI è un'associazione scientifica ed in quanto tale è convinta che, di fronte a tale "sommovimento" epocale, di fronte a tale susseguirsi di proposizioni, regole, richieste di valutazione, tentativi di griglie di accreditamento e di certificazione non si debba rimanere passivi con il rischio di subire ciò che si ritiene almeno in parte errato e punitivo, ma che invece si debba affrontare la problematica sia acquisendo le competenze specifiche ed adeguate, sia attraverso il coinvolgimento e la formazione degli operatori in modo da prevedere percorsi scientificamente corretti e rispondenti alle istanze di tutela della figura del chirurgo e

della sua équipe. Il 2010 è l'anno della formazione manageriale del chirurgo ("Innovazione e Management") ormai iniziato e portato avanti con la consueta determinazione (vedi il sito www.acoi.it) non a caso affiancato dal "Progetto Qualità e

Sicurezza in Sala Operatoria” (di cui è coordinatore Enrico Pernazza). Esso rappresenta una straordinaria iniziativa che ci vede partner unici con Agenas per lo **“Sviluppo e applicazione di un programma di valutazione esterna delle buone pratiche per la sicurezza del blocco operatorio finalizzato alla diffusione e al trasferimento delle pratiche di provata efficacia”** ed è aperto alla collaborazione di altre Associazioni (SIC, SIAARTI, AICO, Cittadinanzattiva).

ACOI ha il ruolo *“di partecipazione al programma sperimentale Agenas di valutazione esterna delle buone pratiche per gli aspetti tecnico professionali e di condivisione degli indicatori e diffusione e implementazione della check list OMS in tutti i centri di chirurgia”*. Sono al momento 50 le U.O.C. di Chirurgia e le Direzioni che hanno partecipato al programma formativo specifico. Il progetto prevede l’attivazione di tre livelli di intervento tra loro complementari e rispondenti ai criteri di priorità nazionale:

1 - Il monitoraggio: consente la raccolta delle informazioni relative per la valutazione dei rischi;

2 - Le raccomandazioni: elaborate sulla base delle informazioni raccolte tramite il monitoraggio, hanno lo scopo di fornire indicazioni agli operatori circa le azioni da intraprendere per migliorare la qualità dell’assistenza;

3 - La formazione del personale: ha lo scopo di incrementare la conoscenza degli operatori rispetto ai metodi e agli strumenti per il miglioramento della sicurezza dei pazienti.

Siamo convinti che il grande sforzo organizzativo, economico e di personale impegno che ACOI sta producendo, potrà introdurre principi di tutela quali solo la presenza di una autorevole Società Scientifica, quale ACOI è, potrà garantire.

Noi crediamo che debbano essere tenuti in debita considerazione i principi della dichiarazione di Londra del 2006 *“Patients for Patient Safety”* nella quale sono stati assunti i seguenti impegni: promuovere programmi per la promozione e l’empowerment dei pazienti, sviluppare un dialogo con tutti i partner per la promozione della sicurezza, introdurre sistemi per la segnalazione degli errori sanitari su una base internazionale, identificare le best practices e diffonderle.

Ma ciò non potrà produrre alcun risultato se non si considererà colui che dovrebbe essere al centro del sistema: il cittadino. Egli dovrà non solo essere partecipato alle iniziative in atto ma e direi soprattutto, essere istruito alle enormi problematiche che tali processi di rinnovamento epocale comportano e su quanto la sua conoscenza e disponibilità alla partecipazione attiva sia fondamentale per la realizzazione degli obiettivi.

Noi vogliamo che **“Il Chirurgo e il Cittadino”** facciano insieme tutto quanto necessario al raggiungimento di una rinnovata *“alleanza terapeutica”*, che da un lato garantisca quanto più possibile la qualità dell’assistenza erogata e dall’altro garantisca la maggiore serenità ed autonomia possibile ai protagonisti di una professione così complessa e coinvolgente quale quella chirurgica è.



La scomparsa di Mauro Rossi

Ciao Mauro

Mauro non c'è più. Mi ha telefonato Marco Anselmino, un'ora dopo che Mauro aveva lasciato questa vita. Le coordinate del mio mondo, del nostro mondo, si sono irrimediabilmente alterate. Mauro c'era, Mauro non c'è più. L'emozione, le lacrime vere, mi impediscono di ricordare qualcosa di significativo che possa essere trasmesso ai lettori, agli amici, ai soci ACOI. Il mio rapporto con Mauro era più un rapporto privato, "familiare", che un legame di colleganza, di reciproca stima professionale. Ci vedevamo in Sardegna, dove aveva da poco comprato una casa, con Laura, con i figli, e stavamo a cena insieme, bevendo Vermentino e fumando sigarette, lui fumatore misurato, io neo-fumatore intemperante. Ci conoscevamo da quando era venuto in Toscana, con una scelta coraggiosa. Aveva lasciato il suo mondo, Padova e la sua Scuola, per un progetto che il Direttore Generale a Pisa di allora, Bizzarri, aveva fortemente voluto. In pochi anni aveva realizzato a Pisa un centro chirurgico di altissimo livello nel trattamento delle patologie esofagee, ma sviluppando anche la chirurgia bariatrica e la coloproctologia e ponendosi al centro dell'attenzione nazionale. Quando



portai in Consiglio Direttivo ACOI la sua candidatura alla direzione della neonata Scuola ACOI di Chirurgia esofagea, l'approvazione ed il consenso furono immediati e convinti. Affrontò l'impegno con grande energia, grazie anche ad un gruppo di collaboratori straordinario. Mauro ha avuto la capacità di motivare i collaboratori che ha trovato a Pisa e di inserire nuovi elementi giovani, che si sono fatti valere in campo nazionale. La sua personalità coinvolgente agiva con forza sul suo gruppo, così come con i colleghi di tutta Italia. Queste poche righe non bastano certo a ricordare la sua figura. Nel prossimo numero cercheremo di farlo raccogliendo testimonianze di amici, maestri, allievi. Per ora lo saluto, con le parole di Orazio alla morte di Amleto:

*Now cracks a noble heart. Good night, sweet prince,
And flights of angels sing thee to thy rest.*

Luigi Presenti

B.Braun per la Chirurgia

Tradizione e innovazione



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

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

29° Congresso Nazionale ACOI - Paestum 26-29 maggio 2010

Chirurgia tra mito e scienza

di Ottaviano Petrillo

Quando il Consiglio Direttivo mi ha affidato l'organizzazione del 29° Congresso Nazionale ACOI, ho accolto l'invito con l'intento di riuscire a tendere un ponte ideale fra un glorioso passato legato alla memoria storica della Scuola Medica Salernitana ed un futuro sempre più proiettato verso grandi cambiamenti connessi ad un inarrestabile evoluzione tecnologica. E' evidente che oggi la difficoltà di allocazione di risorse modeste a fronte di esigenze "giustamente crescenti" da parte dell'utenza, rende ancora più complessa la gestione della sanità. La presenza di una politica sempre più invasiva e non sempre illuminata ha contribuito ad acuire e per certi versi ad ingigantire le problematiche legate alla gestione della sanità e probabilmente la chirurgia è stata una delle branche che maggiormente ha risentito in senso negativo di questa cattiva gestione. E' evidente che in un simile contesto l'organizzazione di un Congresso Nazionale diventa una sfida importante, ma proprio questa difficoltà ha per certi versi stimolato positivamente il comitato organizzatore che l'ha raccolta nella convinzione che questo possa essere un utile momento di riflessione e confronto sulle problematiche scientifiche ed organizzative, dal quale trarre, in un rapporto aperto e dialettico con i colleghi e con la classe politica, utili indicazioni volte alla risoluzione dei tanti problemi che ci affliggono. Appare evidente che la classe chirurgica dovrà considerare un cambiamento di atteggiamento in linea con i tempi che evolvono, ma analogo cambiamento dovrà essere preso in considerazione dalla classe politica la quale dovrà pensare ad elaborare le linee programmatiche senza entrare nella fase gestionale. Non è un caso che sempre meno nuovi laureati richiedano l'accesso alle Specializzazioni Chirurgiche, non è

infatti infrequente che i posti disponibili nelle varie Scuole di Specializzazione in Chirurgia rimangano scoperti. Questa considerazione ci ha spinti a valutare la necessità di coinvolgere nel programma scientifico, allo scopo di motivarli, un gran numero di giovani. Tutte le principali sessioni scientifiche saranno infatti aperte da un giovane che terrà una relazione introduttiva sullo stato dell'arte dell'argomento in esame. Sono state previste, sempre per i giovani chirurghi, una sessione di Podium Presentation con premiazione delle migliori comunicazioni, nonché due sessioni scientifiche organizzate con ACGC (Associazione Campana Giovani Chirurghi), interamente dedicate ai giovani ed una sessione organizzata da Federspecializzandi. L'augurio è che questo massiccio coinvolgimento di giovani che potranno confrontarsi con colleghi più esperti, possa creare nuove motivazioni ed un rinnovato spirito di appartenenza. Così come è ormai tradizione di tutte le manifestazioni ACOI, è stato riservato uno spazio adeguato alle Chirurgie Specialistiche, con l'organizzazione di sessioni di Chirurgia Toracica, Vascolare, Pediatrica e Plastica. L'ACOI ormai da anni intrattiene con altre Società Scientifiche Nazionali ed Internazionali stretti rapporti di collaborazione e di interscambio. L'esistenza di questi rapporti ha consentito l'organizzazione di sedute congiunte con Sicob, Ciac, Isse e Crsa. E' prevista inoltre una sessione congiunta con Ipasvi, Aico e Aniarti sulla responsabilità ed il rischio infermieristico. Come è ormai consuetudine dei nostri Congressi Nazionali saranno previste una sessione di Medicina e Legalità ed una sessione sulla Sicurezza in Chirurgia, che presenterà i dati della prima fase del progetto qualità e sicurezza in chirurgia. Non saranno ovviamente trascurati gli aspetti più meramente di interesse scientifico in campo chirurgico, con sessioni dedicate alla chirurgia delle neoplasie del pancreas, dello stomaco, del retto basso e del fegato nonché di una serie di patologie di grande interesse quali la gestione del politrauma e le lesioni iatrogene e traumatiche di fegato e vie biliari. Particolare attenzione è stata riservata all'allestimento di una vasta area espositiva concepita non solo come luogo di incontro con gli operatori dell'industria medica, ma anche come area di svago e relax in cui incontrare ed intrattenersi piacevolmente con i colleghi. La vicinanza dell'area archeologica e le bellezze naturalistiche del Parco Nazionale del Cilento renderanno certamente piacevole, una volta terminati i lavori congressuali, la permanenza in questo territorio così ricco ed ospitale. Non mi resta pertanto che augurarvi un buon soggiorno a Paestum.

Ottaviano Petrillo



ISCRIZIONE

La quota di iscrizione al congresso (gratuito per i soci in regola) è di € 250 (€ 120 la quota giornaliera). Per ulteriori informazioni consultare il sito del congresso www.acoi.it/paestum2010

ECM - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Ai partecipanti al Congresso saranno rilasciati i crediti formativi ECM. Le giornate congressuali sono state accreditate singolarmente (27, 28 e 29 Maggio 2010). La riconsegna dei questionari e la richiesta della lettura ottica del badge, si potranno effettuare presso la postazione "ACCREDITAMENTO ECM" della Segreteria Organizzativa alla fine di ogni giornata congressuale. L'attribuzione dei crediti formativi sarà effettuata in base alla compilazione del questionario di verifica dell'apprendimento e alla scheda di valutazione dell'evento.

CERIMONIA INAUGURALE

La cerimonia inaugurale, prevista il giorno 26 maggio alle ore 17.00, si svolgerà nell'area archeologica di Paestum presso il Tempio di Nettuno, seguirà il Cocktail Buffet all'interno dell'adiacente Museo Archeologico. E' motivo di grande soddisfazione l'aver ottenuto per la prima volta l'utilizzo di questi prestigiosi Siti esclusivamente per i partecipanti al XX9° Congresso ACOI.



SEDE CONGRESSUALE

HOTEL ARISTON

via Laura 13, Capaccio PAESTUM (SA)

Tel 0828-851333/34 Fax 0828-851596

L'Hotel Ariston è il più grande e completo complesso turistico di Paestum, in grado di accogliere i suoi ospiti in raffinati spazi e mettendo a loro disposizione strutture modernissime.



COME RAGGIUNGERE PAESTUM

In auto

Per chi proviene da nord, percorrere la A3 fino all'uscita di Battipaglia. Proseguire per circa 20 Km sulla S.S. 18 in direzione Paestum. Per chi proviene da sud, percorrere la A3 Reggio Calabria - Salerno fino all'uscita di Eboli e proseguire in direzione Paestum per circa 16 Km.

In treno

Parte dei treni Alta Velocità fermano nella Stazione FS di Salerno, che dista circa 30 km dalla sede congressuale. Dalla stazione di Salerno è previsto un servizio navetta a pagamento prenotabile con la scheda di iscrizione disponibile sul sito del congresso.

TRASFERIMENTI DA E PER GLI AEROPORTI

AEROPORTO DI SALERNO (Pontecagnano)

distante circa 10 km dalla sede congressuale. Attualmente sono operative, nei giorni feriali, le tratte da Milano, Verona e Torino.

AEROPORTO DI NAPOLI CAPODICHINO

distante 90 km dalla sede congressuale.

Da entrambi gli aeroporti è previsto un servizio navetta a pagamento prenotabile con la scheda di iscrizione disponibile sul sito del congresso.

PROGRAMMA ACCOMPAGNATORI

Paestum è ubicata in una posizione dalla quale sono facilmente raggiungibili luoghi di grande interesse artistico, culturale o paesaggistico, oltre all'area archeologica di Paestum con i suoi maestosi templi. Da non perdere la visita alle suggestive Grotte di Castelcivita, gli itinerari naturali nel Parco del Cilento e Vallo di Diana con i suoi Borghi Medioevali, la visita alle fattorie bufaline con assaggi di prodotti tipici. Nei giorni 27 e 28 maggio sono previste escursioni programmate descritte sul sito del congresso e prenotabili in sede il giorno prima.



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

New Congress

Corso S. Agata 61/N, 80061

Massa Lubrense - Sorrento (NA)

PBX 081 878 05 64

Tel/Fax 081 878 05 93

acoi2010@newcongress.it



PROGRAMMA 29° Congresso Nazionale ACOI

MERCOLEDÌ
26 MAGGIO

Sala GIOVE	Sala SATURNO	Sala MERCURIO	Sala NETTUNO
17:00 CERIMONIA INAUGURALE (Tempio di Nettuno)		Lettura Chirurgia tra mito e scienza <i>Ivan Cavicchi</i>	

GIOVEDÌ
27 MAGGIO

08:30/10:30 Cancro del retto basso	08:30/11:00 Sessione Interattiva Disastri di parete	08:30/10:30 Workshop Johnson & Johnson	09:00/11:00 Focus sulla diagnosi e terapia delle fistole perianali
10:30/13:30 Medicina e legalità in sala operatoria: i diversi profili di responsabilità	11:00/11:30 Lettura Chirurgia delle catastrofi <i>G. Bertolaso</i>	10:30/12:30 Workshop Johnson & Johnson	11:00/13:00 Workshop Covidien
	11:30/13:30 Sessione congiunta ACOI-CIAC Trattamento chirurgico dell'epatocarcinoma	12:30/13:00 Lettura Storia della chirurgia del colon <i>G. Romagnuolo</i>	
COLAZIONE DI LAVORO	COLAZIONE DI LAVORO	COLAZIONE DI LAVORO	COLAZIONE DI LAVORO
14:30/16:30 Attualità nel trattamento delle neoplasie pancreatiche	14:30/16:30 Ernie inguinali: ancora novità?	14:00/16:00 Workshop Johnson & Johnson	14:00/16:00 Nuovi devices in chirurgia tiroidea
16:30/18:30 Lesioni traumatiche e iatrogene di fegato e VBP	16:30/18:00 Gestione del trauma tra clinica e organizzazione: cosa è cambiato?	16:00/18:00 Sessione congiunta ACOI-CRSA Chirurgia robotica: che cosa c'è di diverso?	16:00/18:00 La formazione in chirurgia: il punto

VENERDÌ
28 MAGGIO

08:30/09:30 Podium Presentation	08:30/10:30 Laparocele: è tutto codificato?	09:00/11:00 Workshop Johnson & Johnson	08:30/10:30 Surrenalectomia laparoscopica: un nuovo gold standard?
09:30/12:30 Nuovi orientamenti in chirurgia senologica	10:30/11:00 Lettura Lo stato dell'arte nella chirurgia laparoscopica <i>F. Corcione</i>	11:00/12:30 Workshop Covidien	10:30/12:30 MRGE: trattamento endoscopico vs laparoscopico
12:30/13:00 Lettura Chirurgia di guerra <i>G. Strada</i>	11:00/12:30 Nuovi approcci alla colecistectomia		
COLAZIONE DI LAVORO	COLAZIONE DI LAVORO	COLAZIONE DI LAVORO	COLAZIONE DI LAVORO
14:30/16:30 Consensus Conference: cancro gastrico	14:30/16:30 Diverticoliti: un problema sempre aperto	14:30/16:30 Sessione congiunta ACOI-ACGC Lezioni di chirurgia: la colecistectomia laparoscopica	14:30/16:30 Sessione congiunta ACOI-SICOB Complicanze della chirurgia dell'obesità
16:30 Assemblea ACOI			

SABATO
29 MAGGIO

	08:30/10:30 Il punto sul cancro del cardias	08:30/10:30 Stomie intestinali: attualità e prospettive	08:30/14:00 Sessione Infermieri Responsabilità e rischio
	10:30/12:30 La colpa professionale del chirurgo	10:30/12:30 Sessione Federspecializzandi Dai libri alla sala operatoria: dalla teoria alla pratica	

Paestum 26-29 maggio 2010

Sala VELIA	Sala DIANA	Sala CASSANDRA	Sala MEDUSA
20:00 COCKTAIL DI BENVENUTO			
08:30/10:30 Progetto qualità e sicurezza in chirurgia	08:30/11:00 Chirurgia toracica: le urgenze	08:30/10:30 Comunicazioni	08:30/10:30 Videoforum
10:30/12:30 Dal ricovero ordinario alla Day Surgery: il futuro della chirurgia a media complessità	11:00/11:30 Lettura Le atresie esofagee del neonato <i>A. Tramontano</i>	10:30/12:30 Comunicazioni	10:30/12:30 Videoforum
	11:30/13:30 Politrauma in età pediatrica		
COLAZIONE DI LAVORO	COLAZIONE DI LAVORO	COLAZIONE DI LAVORO	COLAZIONE DI LAVORO
14:00/16:00 New trends in pelvipereineologia	14:30/16:30 L'allocazione delle risorse in chirurgia: standard a confronto tra pubblico e privato	14:00/16:00 Videoforum	14:00/16:00 Comunicazioni
16:00/17:30 Endometriosi pelvica profonda	16:30/18:00 Workshop Ibi	16:00/18:00 Videoforum	16:00/18:00 Comunicazioni
08:30/10:30 Appendicectomia laparoscopica: istruzioni per l'uso	08:30/10:30 Trattamento insufficienza venosa cronica degli arti inferiori	08:30/10:30 Azione umanitaria, cooperazione, volontariato: tre aspetti della solidarietà	08:30/18:45 Corso EBM
10:30/12:30 Sessione congiunta ACOI-ACGC Casi clinici ovvero cosa non presenteresti mai ad un congresso	10:30/12:30 Urgenze chirurgiche vascolari addominali	10:30/12:00 Workshop Kci	
		13:00/15:00 HTA in chirurgia: valutare per innovare	
COLAZIONE DI LAVORO	COLAZIONE DI LAVORO	COLAZIONE DI LAVORO	COLAZIONE DI LAVORO
14:30/16:30 Workshop Olympus	14:30/16:30 Workshop Bard		
08:30/10:30 Videoforum (1)	08:30/10:30 Sessione interattiva Imaging del paziente operato	08:30/10:30 Sessione congiunta ACOI-ISSE Nuove frontiere dell'endoscopia chirurgica	08:30/18:30 Corso EBM
10:30/12:30 Videoforum (2)	10:30/12:30 Approccio multidisciplinare alle fistole enteriche	10:30/12:30 Comunicazioni	

26 MAGGIO
MERCOLEDI

27 MAGGIO
GIOVEDÌ

28 MAGGIO
VENERDÌ

29 MAGGIO
SABATO

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

LE REGOLE 2010

della Commissione di Videochirurgia

di Micaela Piccoli

“ Anche quando avremo messo a posto tutte le regole, ne mancherà sempre una: quella che dall'interno della sua coscienza fa obbligo ad ognuno di regolarsi secondo le regole. (Indro Montanelli) ”

Le Regole 2009 della Commissione di Videochirurgia sono ancora valide (solo un po' modificate) e guideranno anche quest'anno i soci ACOI fino a Catania, alla presentazione di video omogenei per qualità e tipologia.

RISPETTO TASSATIVO DELLA DEAD LINE: 27 GIUGNO 2010

ANCHE QUEST'ANNO: NESSUNA DEROGA!

I video devono essere inviati per posta alla Segreteria Organizzativa

Aliwest Travel srl
via N. Paganini 30/36
50127 Firenze



Un video deve prevedere: una *Prefazione*, un *Corpo* ed una *Conclusione*.

La Prefazione (durata massima di 1 minuto) deve contenere:

- Unità Operativa / Ospedale/ Università - Direttore/Responsabile - Città
- Titolo
- Chirurghi operatori /autori
- Data della realizzazione dell'intervento
- Data della realizzazione del video

Il Corpo deve includere l'intervento chirurgico: utili anche informazioni, con immagini radiologiche o scritte, sulla fase preoperatoria, sull'assetto della Sala

Operatoria, sulla posizione del paziente. Appreziate anche immagini (radiologiche, disegni), durante lo svolgimento dell'intervento, che chiariscano eventuali dettagli anatomici e di tecnica.

La Conclusione, della durata massima di 30 secondi, deve contenere:

- durata reale dell'intervento o degli interventi chirurgici mostrati
- durata del video al termine dell'editing,



- nome dei tecnici o dei chirurghi realizzatori del video
- eventuali ringraziamenti.

2

Insieme ai Presidenti del Congresso, la Commissione ha individuato tre tipologie di Video chirurgici aperte a tutti i Soci ACOI:

VIDEO DI TECNICA CHIRURGICA

Durata massima del video: 10 minuti. Uno o al massimo due interventi chirurgici che chiariscano una determinata tecnica.

VIDEO DI CASI CLINICI

Durata massima: 8 minuti. Uno o al massimo tre casi clinici collegati fra loro per patologia, problematiche di diagnosi o trattamento, gestione di una complicanza, etc.

FLASH VIDEO

Durata massima: 3 minuti. Si focalizza l'attenzione su alcuni dettagli di tecnica, su una complicanza, su una particolarità anatomica, su un nuovo device, etc.

3

Non è richiesto alcun commento audio registrato, né sottofondo musicale. Il video andrà commentato in diretta.

4

Al video dovrà essere allegata: la Scheda Dati (compilata interamente e comprensiva dell'Abstract), scaricabile dal sito ACOI, sia dalla pagina della Commissione di Videochirurgia sia dalla presentazione del Congresso su home page.

5

Formati Video PAL ammessi:

- DV AVI file (720x576)
- MINI-DV (registrazione con 30 sec. prima e dopo il video)
- DVCAM (registrazione con 30 sec. prima e dopo il video)
- QUICK TIME file (720 x 576)
- DVD VIDEO
- HDV tape1080i50

I formati non accettati includono: file MPEG-1, videocassette BETACAM, videocassette VHS, videocassette SVHS.

6

Anche quest'anno il VIDEOFESTIVAL prevederà la presentazione dei dieci video più belli, selezionati a priori dalla Commissione, tra quelli pervenuti entro i termini previsti dalla Dead-Line. Tra questi, al vincitore, verrà assegnato il premio "Chirone".

La Commissione di Videochirurgia selezionerà, inoltre, i tre video più belli di chirurghi operatori under 40. Il migliore sarà premiato con il Premio "Chirone Under 40".

Saranno infine previsti tre Premi Speciali della Commissione Videochirurgia, rispettivamente per il miglior video proveniente dal Nord, Centro e Sud/Isole.

Concludo affermando che la Commissione di Videochirurgia è a Vostra disposizione per qualsiasi chiarimento o informazione di tipo organizzativo (congressi@aliwest.com) o scientifico (m.piccoli@ausl.mo.it; diegopiazza@hotmail.com; asaggio@ngweb.it).

Buon lavoro ed arrivederci a Catania!

XX Congresso Nazionale ACOI di videochirurgia  **acoï**
Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

**DALLA CINEMATOGRAFIA
ALLA VIDEOCHIRURGIA** IMMAGINI
VISIONI
REALTÀ

Presidenti:
Diego Piazza, Alfio Saggio

CATANIA ACIREALE
Hotel Santa Tecla Palace
16-18 settembre 2010

SCHEDA DATI VIDEO



XX

**XX Congresso Nazionale ACOI
di videochirurgia
DALLA CINEMATOGRAFIA
ALLA VIDEOCHIRURGIA**

IMMAGINI
VISIONI
REALTA'

acoi
Associazione Nazionale
Chirurghi Oncologici Italiani

CATANIA ACIREALE
Hotel Santa Tecla Palace
16-18 settembre 2010

Primo Autore / Presentatore (nome-cognome) _____ SOCIO ACOI: si no

Data Nascita _____

Altri Autori (nome-cognome) _____

Chirurgo Operatore (nome-cognome) _____

Data Nascita _____

U.O. / Ospedale _____ Città _____

Recapiti: cell _____ e-mail _____ fax _____

Argomento _____

(esofago, stomaco, giunto esofago-gastrico, colon, retto, pancreas, milza, obesità, surrene, colecisti/vie biliari, SILS/NOTES, ernie/laparoceli, fegato, urgenza, proctologia, urologia, torace, tiroide/paratiroide, mammella, altro)

Titolo _____

Categoria: video di tecnica flash video caso clinico

Note _____

Durata (minuti) _____

Formato video:

DV AVI file (720x576) MINI-DV DVCAM QUICKTIME file (720x576) DVD video HDV tape 1080i50

ABSTRACT:

Al video deve essere allegato un breve Abstract (20 righe max, formato A4, Times New Roman 12).





ACOI giovani RASSEGNA STAMPA

di Francesco Feroci e Nicola Cillara
Commissione ACOI Giovani

LA NON RESPONSIVITÀ ALLA CHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE NON PRECLUDE LA SOPRAVVIVENZA A LUNGO TERMINE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A RESEZIONE EPATICA PER METASTASI DA CANCRO COLORETTALE

Neumann UP, Thelen A, Rothen Ch et al. Non response to preoperative chemotherapy does not preclude long-term survival after liver resection in patients with colorectal liver metastases. Surgery 2009; 146:52-9

Le metastasi epatiche da carcinoma coloretale (CRCLM) che progrediscono durante la chemioterapia, non sono considerate una buona indicazione chirurgica.

Il presente studio retrospettivo, proveniente da un centro di riferimento tedesco, riprende la metodologia di un lavoro già pubblicato dal gruppo francese di Adam.

I 160 pazienti operati per CRCLM tra il 1995 ed il 2005, sono stati suddivisi in

tre gruppi: risposta alla chemioterapia (n=44), stabilità sotto chemioterapia (n=20) e progressione sotto chemioterapia (n=87, 60%).

L'evoluzione delle metastasi sotto chemioterapia è stata valutata mediante TC addome (ma i criteri di valutazione utilizzati non sono quelli RECIST validati) e l'obiettivo primario è stato la sopravvivenza a lungo termine.

È stata realizzata un'analisi uni e multivariata mediante il modello di Cox. I

risultati mostrano una sopravvivenza generale a 5 anni del 37%, del tutto sovrapponibile a studi precedentemente pubblicati.

La sopravvivenza stratificata in base al gruppo risposta, stabilità o progressione sotto chemioterapia è stata rispettivamente del 34%, 44% e 36%. All'analisi multivariata solamente la resezione R1 e l'istologia poco differenziata hanno influenzato negativamente la prognosi, mentre la risposta alla chemioterapia non ha mostrato alcun effetto sulla sopravvivenza a lungo termine.

Gli autori concludono che, allorché una resezione è possibile, la chirurgia deve essere proposta anche a pazienti che hanno mostrato progressione delle metastasi durante il trattamento neoadiuvante.



CHIRURGIA OPEN O LAPAROSCOPICA IN PAZIENTI CON TUMORE DEL RETTO: UNO STUDIO RANDOMIZZATO CONTROLLATO

Lujan J, Valero G, Hernandez Q, Sanchez A, Frutos MD, Parrilla P. Randomized clinical trial comparing laparoscopic and open surgery in patients with rectal cancer. *Br J Surg.* 2009 Sep;96(9):982-9.

Gli autori riportano i risultati di uno studio controllato su 204 pazienti operati consecutivamente per un tumore del retto basso e medio, randomizzati in via aperta (A n=103) o laparoscopica (L n=101).

I pazienti in stadio II (36%) e III (43%) avevano ricevuto una radiochemioterapia neoadiuvante e gli interventi sono stati o la resezione anteriore del retto con TME (78.6% gruppo A, 76.2% gruppo L) o l'amputazione addomino-perineale (21.4% gruppo A, 23.8% gruppo L rispettivamente).

L'ileostomia di protezione è stata realizzata nel 60.8% dei pazienti in cui

è stata confezionata una anastomosi coloretale.

Il tasso di conversione è stato del 7,9% nel gruppo L, dovuto principalmente a difficoltà tecniche. I tempi operatori sono stati maggiori nel gruppo L (p=0.02), soprattutto per le resezioni anteriori del retto.

La durata media della sopravvivenza è stata di 34 mesi. Il tasso di complicanze postchirurgiche è stato simile tra i due gruppi: 34 (33%) nel gruppo A e 34 (33.7%) nel gruppo L, con un tasso di fistole del 12% versus 6%, di infezioni perineali del 32% versus 25% e di infezioni urinarie del 4.9% versus

6.9% rispettivamente. La mortalità è stata rispettivamente del 2.9% versus 1.9%. I margini di sezione infiltrati da neoplasia sono stati sostanzialmente gli stessi (3 versus 4), mentre il numero di linfonodi asportati è stato significativamente maggiore per il gruppo L (13.5% versus 11.6%, p=0.02). Nessuna differenza statisticamente significativa è stata registrata per quel che riguarda la sopravvivenza globale a due anni (89% gruppo A, 81% gruppo L) e a cinque anni (75% gruppo A, 72% gruppo L), la sopravvivenza libera da malattia a due anni (89% versus 91% rispettivamente), l'incidenza di recidiva locale (1,5% versus 2% a due anni, 5.3% versus 4.8% a cinque anni, rispettivamente).

La conclusione degli Autori è che la chirurgia laparoscopica del retto presenta un tasso di complicanze simile alla chirurgia open senza compromettere i risultati oncologici a lungo termine.

EFFETTI DELLA CHIRURGIA BARIATRICA SULL'INCIDENZA DEI TUMORI IN SVEZIA: UNO STUDIO PROSPETTICO CONTROLLATO

Sjöström L, Gummesson A, Sjöström CD et al for Swedish Obese Subjects Study. Effects of bariatric surgery on cancer incidence in obese patients in Sweden [Swedish Obese Subjects Study]: a prospective, controlled intervention trial. *Lancet Oncol.* 2009 Jul;10(7):653-62.

La correlazione fra incidenza tumorale e indice di massa corporea (BMI) è stata già riportata in letteratura.

Negli USA l'obesità è stata ritenuta corresponsabile del 20% dei tumori nelle donne e del 14% nell'uomo.

L'obiettivo di questo studio controllato svedese è stato la valutazione dell'impatto della chirurgia bariatrica sulla riduzione dell'incidenza dei tumori e sulla mortalità tumore correlata. Nello studio sono stati inclusi soggetti obesi (BMI >34 nelle donne e >38 negli uo-

mini) di età compresa tra 37 e 60 anni: 2010 pazienti sono stati operati, 2037 sottoposti a trattamento non chirurgico. 376 sono stati sottoposti a bendaggio gastrico, 1369 a gastroplastica verticale tipo Mason, 265 a bypass gastrico. La sopravvivenza mediana è stata di 10.9 anni [0-18.1].

Nel corso dei primi 10 anni, la perdita media di peso è stata di 19.9 kg [±15.6] per il gruppo dei pazienti operati rispetto agli 1.3 Kg [±13.7] del gruppo di controllo. In particolare, i pazienti donna

sottoposti a bypass gastrico hanno avuto una diminuzione di peso media di 35.2 kg rispetto ai 23.9 kg degli uomini.

Il numero di tumori diagnosticati in questo periodo è stato di 117 nel gruppo chirurgico e di 169 nel gruppo di controllo (p=0.0009, HR 0.67, 95% CI 0.53-0.85).

Questa riduzione dell'incidenza dei tumori è stata più marcata nelle donne (130 versus 79, HR 0.58, 0.44-0.77; p=0.0001) che negli uomini (38 versus 39, HR 0.97, 0.62-1.52; p=0.90).

Non vi è stata interazione fra tipo di trattamento e BMI ed altre covariabili come età, sesso, diabete, tabagismo e menopausa. Gli autori concludono che la chirurgia bariatrica è associata ad una riduzione dell'incidenza di tumore nelle donne obese ma non negli uomini.

UN'ANALISI MULTICENTRICA SULLA SOPRAVVIVENZA A DISTANZA IN PAZIENTI CON DEISCENZA ANASTOMOTICA DOPO CHIRURGIA DEL RETTO.

den Dulk M, Marijnen CA, Collette L et al. Multicentre analysis of oncological and survival outcomes following anastomotic leakage after rectal cancer surgery. *Br J Surg.* 2009 Sep;96(9):1066-75.

Mentre molteplici studi hanno dimostrato che l'insorgenza di fistole anastomotiche post-operatorie è un fattore prognostico negativo a lungo termine dopo chirurgia colo-rettale, poco è stato

detto ancora esclusivamente sulla chirurgia del retto.

Sono stati presi in considerazione cinque studi multicentrici (Swedish Rectal Cancer Trial, Dutch TME trial, CAO/

ARO/AIO-94 trial, EORTC 22921 trial e Polish Rectal Cancer Trial) dai quali sono stati estratti 2480 pazienti sottoposti a resezione anteriore del retto per tumore. 264 malati (9.6%) hanno avuto una fistola postoperatoria sintomatica: fattori di rischio all'analisi multivariata sono risultati il sesso maschile e l'assenza di stomia di protezione.

Il tasso di recidiva locale a cinque anni è stato del 12% in caso di fistola e dell'8.8% nei pazienti senza fistola (p=ns). L'in-





cidenza di metastasi a distanza è stata del 27.5% in caso di fistola e del 25.6% nei pazienti senza fistola ($p=ns$). La sopravvivenza globale a cinque anni è stata significativamente peggiore in caso di fistola (66.4% vs 74.4% $p=0.001$). Lo stesso risultato negativo è stato ottenuto escludendo dall'analisi i pazienti dece-

duti entro i 90 giorni dall'intervento per complicanze chirurgiche (71.5% vs 75.5%, $p=0.03$). Anche la sopravvivenza libera da malattia è stata peggiore nei pazienti con fistola: 60.6% vs 66.9% ($p=0.03$). Infine, all'analisi multivariata, fattori prognostici negativi per la sopravvivenza a distanza sono stati il

Sesso maschile, l'età > 70 anni, lo stadio tumorale e l'insorgenza di una fistola anastomotica.

Gli autori concludono che le fistole anastomotiche postoperatorie riducono la sopravvivenza a distanza e libera da malattia dopo resezione anteriore del retto per tumore.

ANALISI SISTEMATICA DELLA LINFOADENECTOMIA D2 VERSUS D2 + PAND (PARA-AORTIC NODAL DISSECTION) NEL CANCRO GASTRICO AVANZATO

Wang Z, Chen JQ, Cao YF. Systematic review of D2 lymphadenectomy versus D2 with para-aortic nodal dissection for advanced gastric cancer. *World J Gastroenterol.* 2010 Mar 7;16(9):1138-49.

Lo scopo dello studio è stato quello di valutare la fattibilità e gli effetti terapeutici della linfadenectomia para-aortica (PAND) nel cancro gastrico (GC) avanzato. Sono stati identificati e paragonati a tal fine 4 studi clinici randomizzati (RCTs) e 4 studi clinici non randomizzati per un totale di 2021 pazienti (rispettivamente 1120 e 901). Sono stati messi a confronto il tasso di sopravvivenza complessiva a 5 anni, la mortalità post-operatoria ed il grado di dolore post-operatorio tra i due interventi attraverso l'utilizzo del metodo stabilito dal "Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions". La meta-analisi non ha mostrato differenza significativa tra i due gruppi di pazienti nel tasso di sopravvivenza complessiva

a 5 anni [risk ratio (RR) 1.04 (95% CI: 0.93-1.16) per RCTs e 0.96 (95% CI: 0.83-1.10) per gli studi non randomizzati] e nella mortalità post-operatoria [RR 0.99 (95% CI: 0.44-2.24) per RCTs e 2.06 (95% CI: 0.69-6.15) per gli studi non randomizzati], vi è stata invece una significativa differenza tra i due gruppi nel grado di dolore post-operatorio. Inoltre, il tempo operatorio è stato significativamente più lungo [weighted mean difference (WMD) 195.32 min (95% CI: 114.59-276.05) per RCTs e 126.07 min (95% CI: 22.09-230.04) per gli studi non randomizzati] e la perdita ematica significativamente maggiore [WMD 301 ml (95% CI: 151.55-450.45) per RCTs e 302.86 ml (95% CI: 127.89-477.84) per gli studi non randomizzati]

nella D2 + PAND.

In conclusione la linfadenectomia D2 + PAND nel cancro gastrico può essere eseguita con sicurezza al pari della linfadenectomia D2 standard. Paragonata alla D2 standard la D2 + PAND non mostra alcun beneficio sulla sopravvivenza totale ed il grado di dolore post-chirurgico si è dimostrato significativamente più alto, così come il tempo chirurgico e le perdite ematiche intraoperatorie.

Conseguentemente gli Autori ritengono che la D2 + PAND debba essere eseguita prudentemente. Al fine di ridurre il grado di dolore post-operatorio della D2 + PAND si ritiene necessario un adeguato training pre-operatorio per gli operatori e la messa a punto di regole e procedure operatorie standard per la PAND. In aggiunta gli Autori ritengono assolutamente necessaria la ricerca della relazione tra la prognosi dei pazienti affetti da GC e la resezione combinata d'organo ed il potenziale beneficio di sopravvivenza nell'eseguire la D2 + PAND per alcuni specifici stadi di GC avanzato.

NUMERI SU CUI MEDITARE



IN ITALIA SOLO IL **17%** DELLA POPOLAZIONE TRA I 24 E I 34 ANNI HA CONSEGUITO UNA LAUREA (IN EUROPA IL 33%).

In un anno i laureati in Giurisprudenza sono circa **20.000** (il mercato ne può assorbire **7.000**); si presume che i molti avvocati "disoccupati" si industrino come possono e noi chirurghi siamo un bersaglio ambito



I laureati che dopo tre anni hanno un posto di lavoro sono il **91%** degli ingegneri, l'**88%** degli architetti, l'**82%** degli insegnanti... il fondo della graduatoria è rappresentato dai medici (**36%**).

Il **50%** dei diplomati italiani ricopre una mansione-qualifica incoerente con il titolo di studio conseguito



ANNO	UOMINI	DONNE
2000	3.367	3.430
2001	3.201	3.459
2002	3.730	3.970
2003	3.229	3.796
2004	3.595	4.422
2005	3.462	4.612
2006	3.573	4.817

I dati forniti dal ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, pubblicati sul sito web della Fnom-geo (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici), confermano come il futuro della medicina si stia tingendo sempre più di rosa. Su 67.980 laureati in medicina e chirurgia che si sono specializzati in Italia negli ultimi dieci anni, **35.986** sono donne e **31.994** uomini. Il trend a favore delle donne sarebbe iniziato nel 2000 (3.367 maschi e 3.430 donne) e si è mantenuto costante per sei anni.

Per quanto riguarda i 1.336 medici stranieri specializzati in Italia dal 1997 al 2006 invece, 737 sono maschi e 599 donne.

Olbia 26-27 marzo 2010

Il Progetto “Qualità e sicurezza in Chirurgia”

di Sabrina Sotgiu, Luigi Presenti

Il progetto ACOI-Cittadinanzattiva-MIP, “Qualità e Sicurezza nel Percorso Chirurgico” inizia il suo cammino nelle sedi periferiche. La ASL2 di Olbia è stata inserita nel gruppo delle venticinque aziende sanitarie italiane destinatarie e protagoniste della prima fase del progetto, per questo è stato organizzato proprio ad Olbia un Convegno dal provocatorio titolo: “**Dottore, non sarà pericoloso?**”, tenutosi il 26 e 27 Marzo. Il convegno ha avuto il taglio di un corso base formativo, con lo scopo di diffondere conoscenze, messaggi e nozioni utili al miglioramento della qualità e dunque della sicurezza del paziente che viene ricoverato in un reparto chirurgico. Sono intervenuti professionisti impegnati da tempo in questo percorso come

Anna Levati, *risk manager* a Pavia, Enrico Pernazza, responsabile della Qualità in ACOI e anima del progetto, Paolo De Paolis, coordinatore ACOI del Piemonte e componente del team del progetto. Le loro relazioni si sono integrate con quelle di esponenti delle varie strutture dell'ospedale di Olbia quali Chirurgia, Anestesia e Rianimazione, Ginecologia, Ortopedia e con gli interventi del Responsabile del Presidio Ospedaliero e del *risk manager* aziendale.

Un innovativo contributo è stato fornito dalle presentazioni del personale infermieristico del reparto chirurgico e del blocco operatorio dell'ospedale di Olbia: l'entusiasmo e la competenza dimostrati dagli infermieri nella preparazione delle relazioni, così come nella partecipazione al dibattito, hanno ampiamente ripagato

Luigi Presenti



Alberto Zamboni



Paolo de Paolis



Anna Levati



gli organizzatori dello sforzo profuso. Il "coup de théâtre" è stato la partecipazione del Comandante Alberto Zamboni, Pilota Meridiana, che ha realmente deliziato il pubblico con due relazioni sulla gestione di situazioni verificatesi in ambito aeronautico.

Molte volte abbiamo rilevato nei nostri convegni le analogie tra procedure chirurgiche e procedure aeronautiche, questa volta abbiamo ascoltato le "storie dell'aria" direttamente da un esperto, in divisa da pilota!

Una relazione in particolare, "Autopsia di un disastro", ha analizzato nei dettagli un evento avvenuto in un aeroporto italiano, la mancata chiusura della scaletta posteriore di un aereo, che solo per l'intervento in extremis di un addetto, non ha avuto gravissime conseguenze. Davvero emozionante la ricostruzione della filiera di errori che ha portato al verificarsi di una situazione tanto particolare. Rilevante è stato il contributo dei rappresentanti provinciali di Cittadinanzattiva,

partner essenziale del progetto, che con la loro partecipazione e i loro interventi hanno espresso l'idea che i cittadini hanno dell'organizzazione ospedaliera e al tempo stesso hanno suggerito i passi da percorrere per la percezione di qualità della prestazione sanitaria da parte del cittadino.

A tale proposito hanno posto l'accento sulla necessità di una forte intesa e sul doveroso sforzo empatico nei confronti dell'utente da parte degli operatori sanitari: da questi il cittadino si aspetta non solo professionalità, ma grande disponibilità umana, appropriate e comprensibili risposte alle domande, gentilezza e costante presenza. Le relazioni dei medici hanno riguardato temi di carattere generale: "Le best practices" e "L'empowerment del paziente" (Enrico Pernazza), "Farsi operare ed altri sport estremi" e "Gli eventi sentinella" (Anna Levati), "Il rischio chirurgico" ed "Il rischio anestesilogico".

Paolo De Paolis ha presentato la situa-

zione italiana alla luce dell'inchiesta realizzata nelle prime venticinque ASL nell'ambito del progetto ACOI-Cittadinanzattiva-MIP. Sono poi state analizzate alcune delle "best practices", la prevenzione della TVP, l'identificazione sito-lato-procedura, il time out, la check-list, il controllo del dolore. Gli infermieri hanno parlato di preparazione e posizionamento in sala operatoria del paziente, conta garze e strumenti, foglio unico di terapia. In un clima di grande serenità dialettica, si è potuto parlare anche di esperienze negative condizionate da errori accaduti in reparto, senza per fortuna gravi conseguenze, ma comunque evitabili se filtrate da percorsi definiti in precedenza. L'idea guida è che l'evento avverso, al di là delle sue conseguenze di ordine penale o risarcitorio, debba essere lo stimolo ad una riflessione in cui tutti i soggetti coinvolti procedano ad un'analisi approfondita per evidenziare i "buchi" del percorso e trasformare l'evento avverso in elemento di prevenzione.

MICROFRANCE®
Medtronic



nuova Johann
bipolare



Distributore Esclusivo per l'Italia
Centro Assistenza Tecnica

S.C.S. International srl.
Viale Pio VII 50 - 16148 Genova
Tel. 010.399.3698 - Fax 010.382.357
info@scsisola.com - www.scsisola.com

Sdoganata l'indennità per l'esclusività di rapporto. Introdotte le sanzioni del pubblico impiego

FIRMATO IL CONTRATTO DI LAVORO

scaricabile da
<http://www.fesmed.it>

di Carmine Gigli
Presidente Nazionale FESMED

Roma, 10 febbraio 2010

La trattativa per il rinnovo del Contratto di lavoro iniziata la mattina del 9 gennaio si è conclusa dopo la mezzanotte con la firma dei due seguenti contratti:

- **CCNL 2006-2009**
Ipotesi di Contratto integrativo
- **CCNL 2006-2009**
Ipotesi di Contratto per il biennio economico 2008-2009.

La scarsa entità delle risorse economiche a disposizione ha spostato l'attenzione sulla parte normativa, anche in considerazione del fatto che si trattava sulla introduzione delle sanzioni disciplinari. Questo argomento aveva rappresentato un ostacolo importante già nel precedente contratto e in questa tornata contrattuale la trattativa è rimasta a lungo bloccata per il rifiuto opposto dalla controparte ad inserire delle norme che prevedessero il reintegro del dirigente in caso di sentenza assolutoria.

La situazione di stallo si era trascinata per tutta la durata della trattativa e si è sbloccata solo dopo che la parte pubblica ha riconosciuto il diritto del dirigente ad essere reintegrato nel ruolo, in presenza di una sentenza assolutoria della magistratura. Come si può leggere nell'articolato, il

contratto non ha potuto fare altro che registrare la normativa sulla responsabilità dei dipendenti pubblici, introdotta dal decreto Brunetta (D.Leg. 150/2009), nella quale siamo riusciti ad introdurre delle sanzioni meno gravose, come la "censura scritta", in precedenza non prevista. Anche sull'orario di lavoro si è riusciti a sventare il tentativo delle Regioni che miravano a far considerare tutto il lavoro straordinario non preventivamente autorizzato, come tempo necessario per il raggiungimento degli obiettivi, quindi da remunerare soltanto con il salario di risultato. L'articolo in questione alla fine della trattativa è stato completamente riformulato. Per quanto riguarda un analogo tentativo portato avanti sulle ferie non godute entro il semestre dell'anno successivo e che mirava all'eliminazione del diritto di poter fruire di dette ferie prima della cessazione dal servizio o di monetizzarle. Si è ottenuto che, fatto salvo il pregresso, in futuro sarà possibile rinviarne la fruizione solo a determinate condizioni, da stabilire in sede di trattativa aziendale. Per quanto riguarda le problematiche del rischio clinico sono state introdotte delle norme più vincolanti per le aziende e sono stati indicati gli elementi che devono essere contenuti nelle polizze aziendali per la responsabilità civile. Tuttavia, a mio avviso, l'elemento destinato a caratterizzare e far ricordare questo contratto di lavoro è costituito dal fatto

che, oltre a rivalutare per la prima volta l'indennità per l'esclusività del rapporto, si è riusciti a far abrogare la norma che l'ha resa sino ad oggi una sorta di oggetto misterioso fra le voci stipendiali del medico. Infatti, dal CCNL del 8 giugno 2000, è stata cancellata la frase che, riferendosi all'indennità per l'esclusività del rapporto, stabiliva: "essa costituisce un elemento distinto della retribuzione che non viene calcolato al fine della determinazione del monte salari cui fanno riferimento gli incrementi contrattuali". Questo significa che l'indennità di rapporto entra a far parte del monte salari e dal prossimo contratto di lavoro sarà possibile calcolare l'aumento percentuale anche su questa voce stipendiale. Inoltre, in questo modo si mettono i presupposti per chiedere di non far praticare più su questa indennità le ritenute previste nei primi giorni di malattia. Gli aumenti economici che troverete in busta paga sono riportati nella tabella in basso.

Vi ricordo che l'ipotesi di Contratto Nazionale che è stata firmata questa notte dalla maggioranza delle OO.SS. della Dirigenza medica e veterinaria, prima di diventare un Contratto Nazionale applicabile dovrà ricevere l'approvazione del Comitato di settore, della Corte dei Conti e del Consiglio dei Ministri, nonché passare al vaglio dei Ministeri dell'Economia e della Funzione pubblica.

Stipendio tabellare	€ 103,30	lordi mensili uguali per tutti
Retribuzione di posizione minima unificata	€ 22,40	medi mensili, vedi tabella
Indennità per l'esclusività del rapporto	€ 25,80	medi mensili, vedi tabella
Retribuzione di posizione variabile aziendale	€ 16,60	mensili, per dirigente
Retribuzione di risultato	€ 11,20	mensili, per dirigente
Lavoro straordinario	€ 26,61	lordi/ora
Lavoro notturno o festivo	€ 30,08	lordi/ora
Lavoro notturno festivo	€ 34,70	lordi/ora

LA NUOVA NORMATIVA DISCIPLINARE SUL PUBBLICO IMPIEGO

Un testo ostico e ostile che trasforma il CCNL in Testo dei Diritti e delle Pene.

C'era necessità nel pubblico impiego di rendere "severa e credibile" la pubblica amministrazione contro abusi frequenti, ma con la nuova Legge Brunetta (D.Lgs. n. 150/2009) la pubblica amministrazione è dotata di un immenso potere e trasforma in modo profondo e radicale la contrattazione collettiva, tanto che appare arduo sostenere, allo stato attuale, che il rapporto di lavoro pubblico possa essere definito ancora di tipo "contrattualizzato" secondo l'accezione di D'Antona. Viene infatti esclusa da tale legge la possibilità di contrattare sulle materie relative alle sanzioni disciplinari, alla valutazione delle prestazioni ai fini del trattamento economico accessorio, della mobilità, delle progressioni economiche e, quanto alla dirigenza, sulla materia del conferimento e della revoca degli incarichi dirigenziali. Avremo la coesistenza di un rapporto di lavoro con una duplice regolamentazione giuridica, rappresentato da istituti introdotti con legge dello Stato - in molti casi inderogabili - e dalla contrattazione collettiva in via residuale, dando luogo a non poche conseguenze sia in ordine alla ricostruzione

dei rispettivi limiti di attribuzione delle diverse fonti di diritto del lavoro pubblico, che in merito alla giurisdizione applicabile alla specifica disciplina in caso di controversia. Alta performance (non più produttività) e pochi euro caratterizzeranno gli anni a venire; soprattutto l'obbligo del silenzio, perché questo è quanto dovrà fare il pubblico dipendente. Non astenersi da commenti - soprattutto alla stampa - che possano determinare nocimento all'Amministrazione, può essere causa di sospensione e licenziamento.

Il sindacato, che ha ancora possibilità di parola, sarà l'unico canale per veicolare un dissenso.

L'impatto mediatico assurge ad indice per il potere disciplinare della pubblica amministrazione: gli articoli sulla "malasanità" potranno condizionare sospensioni, multe, licenziamenti, con scarse possibilità di difesa. Dal decreto Brunetta mancano le pene corporali, la condanna a morte e il licenziamento preventivo del dipendente: quest'ultimo solo perché il ministro e i direttori generali non sanno ancora leggere il pensiero. Speriamo che l'evoluzione delle tecniche di imaging non li aiutino.

Antonio Rosa

Delegato Regionale FESMED Campania



Il nuovo libro di IVAN CAVICCHI

Medicina e Sanità: snodi cruciali

Questo libro raccoglie riflessioni, ragionamenti, analisi, proposte fatte «*a margine*» di una *discussione pubblica*, per lo più svolta nel 2009 e promossa da ordini professionali, società scientifiche, associazioni, aziende sanitarie, ospedali, Regioni, università, centri studi ecc. Queste riflessioni intendono offrire un pensiero convincente e plausibile di *cambiamento* contro il «*tirare a campare*» di questi ultimi anni.

Oltre alle restrizioni finanziarie, alle incognite del federalismo fiscale, alla miopia di certe politiche, alle ingiustizie e alle diseguaglianze che continuano a crescere, quindi agli scontenti sociali, vi sono anche tante incoerenze, cose inadeguate, tante incongruità nei modi di operare, di curare, di assistere, di essere sanità, tante arretratezze. Il sistema sanitario mostra rispetto ai cambiamenti sociali una eccessiva invariabilità.

Oggi non vi è dubbio, che per la sanità, i due grandi problemi sono le politiche economiche che la condizionano e il cambiamento sociale che la spiazza. Sono convinto che rispetto ad essi il *cambiamento interno* oggi sia l'unico mezzo efficace per mettere la sanità pubblica in relazione con il cambiamento esterno e rispondere alle restrizioni economiche.

Gli USA stanno mettendo in piedi una sanità pubblica universale, la Cina ha varato un piano di riforma del costo di 850 miliardi di renminbi (circa 150 mld di euro) per garantire la copertura sanitaria a tutti i cinesi, da noi, invece, che da 30 anni disponiamo di un sistema pubblico, la sanità, tra il vecchio e il nuovo, è in *surplace*, proprio come i ciclisti che restano fermi sulla bicicletta in mezzo alla pista, tra le politiche ormai senza fiato degli anni 90 e incerte prospettive. In questi anni abbiamo avuto una *sanità introversa*, chiusa nelle sue preoccupazioni amministrative, sostanzialmente indifferente ai cambiamenti della realtà sociale. A noi serve invece una *sanità estroversa*, in grado di dialogare con i cambiamenti sociali, e che per questo sappia ripensare i *modi di essere* dei servizi, i *modelli* ai quali gli operatori ispirano le loro pratiche, le *prassi* e le *consuetudini* professionali, le abitudini dell'intero sistema.

Oggi, alle Regioni, alle aziende, ma agli stessi operatori, non conviene avere vecchi modelli di servizi, un medico delegittimato, ospedali «disumanizzati», organizzazioni non adeguate, professionalità abitudinarie, pratiche desuete perché tutto questo *costa*, in termini umani, sociali, professionali, economici. Stare in *surplace* non conviene a nessuno.

Ma quali le *controparti del cambiamento*? Bisogna rendersi conto che Regioni e aziende, se vogliono, hanno notevoli poteri di cambiamento. Il loro problema più grande è che le loro politiche sono in massima misura autoriferite ai loro budget. Oggi dobbiamo fare principalmente due cose: 1) ridiscutere le



Ivan Cavicchi

“Da noi, che da 30 anni disponiamo di un sistema pubblico, la sanità, tra il vecchio e il nuovo, è in *surplace*, proprio come i ciclisti che restano fermi sulla bicicletta in mezzo alla pista”

autoreferenzialità correlando, le persone alle cose, le persone alle persone, le aziende alla società, gli operatori ai cittadini, la medicina alla sanità; 2) ripensare i modelli dei servizi, degli operatori, delle aziende, ecc.

Questa è la vera sfida riformatrice del nostro tempo.

Il titolo del libro, in primo luogo, intende *distinguere*, medicina e sanità, per *riformarne* in profondità i loro rapporti.

Oggi non si può continuare a negare:

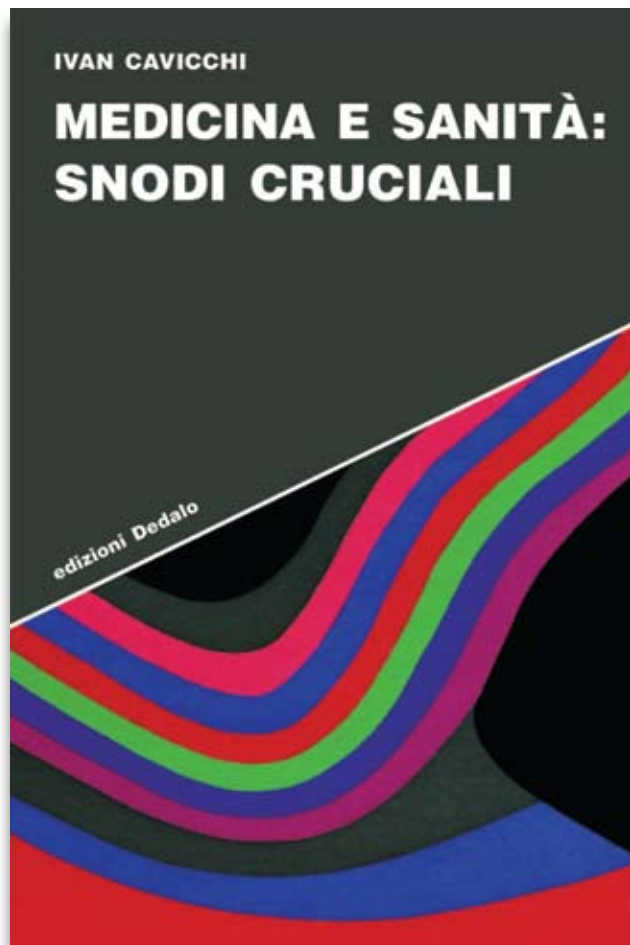
- 1) che la *sanità* è stata oggetto di infinite riorganizzazioni che però non hanno cambiato i *modi di fare* dei servizi e degli operatori;
- 2) che la *medicina*, dalla quale provengono *tutti* i presupposti delle pratiche, del conoscere, dell'operare, è stata, dai vari riformatori di turno, colpevolmente ignorata nonostante un'intera società ci solleciti da anni a ripensarla;

- 3) che gran parte dei problemi della sanità si risolvono, non sbaraccando il sistema, ma nelle università ripensando i *modi di essere della medicina*;

- 4) che la gente oggi fa brutte esperienze di sanità ma attraverso brutte esperienze di medicina.

In secondo luogo, il titolo mette insieme l'idea di «*snodo*» e di «*istanze cruciali*» (idea di Bacone, dalle croci che indicano gli snodi delle vie): vi sono tante tematiche che come le strade, si incontrano creando degli «*snodi*» nei quali sono sempre presenti certe *questioni dominanti* che e che in genere riguardano da una parte i caratteri della famosa post-modernità, dall'altra le restrizioni economiche.

Ogni snodo è sempre «*un'interconnessione*» tra sanità e medicina, tra etica e economia, scienza, politica. Uscire dal *surplace* significa partire da essi.



Allergia alla penicillina: un falso mito?

di Domitilla Foghetti

La penicillina è storicamente il primo antibiotico scoperto e utilizzato in medicina e ancor oggi è uno dei farmaci più impiegati sia come profilassi in caso di interventi chirurgici, che come terapia nelle infezioni batteriche.

Quando il paziente riferisce una verosimile allergia a tale molecola, ricordando

spesso vagamente episodi occorsi anche decine anni prima, è necessario ricorrere a soluzioni alternative, che prevedono l'impiego di sostanze differenti e a volte di farmaci di ultima generazione. Da qui l'utilizzo inadeguato di antibiotici che potrebbero invece essere "risparmiati", soprattutto in ambiente ospedaliero, in cui è più frequente il riscontro

dello sviluppo di resistenze batteriche. Ma quante volte una riferita allergia alla penicillina è reale?

Questa è la domanda a cui lo studio pubblicato su *Annals of Emergency Medicine* (Raja AS et al. *The use of penicillin skin testing to assess the prevalence of penicillin allergy in an emergency department setting. Annals of Emergency Medicine*, 2009; 54: 72-77), cerca di dare una risposta. La letteratura afferma che circa il 20% dei pazienti riferisce un'allergia alla penicillina, ma è dimostrato che spesso tali soggetti non sono affidabili e in genere non sanno riferire la natura della reazione verificatasi: l'esecuzione di test cutanei risulta infatti negativa in più del 95% dei casi.

L'introduzione di un test sicuro, affidabile, di facile esecuzione e soprattutto rapido, in grado di verificare la comparsa di una reazione IgE-mediata, come il test cutaneo, potrebbe quindi essere in grado di individuare gli individui con una falsa allergia anamnestica alla penicillina ed essere utilizzato anche nei dipartimenti di emergenza. Lo studio condotto da Raja su 150 pazienti di un Pronto Soccorso, ha individuato una falsa positività nel 91,3% dei casi. Pur essendo necessarie ulteriori sperimentazioni a causa del limitato numero di soggetti coinvolti ed ulteriori valutazioni sulla valenza clinica del test cutaneo, questo riscontro dovrebbe sollevare la questione e portarci a valutare più attentamente i soggetti che riferiscono un'allergia alla penicillina, raggiungendo probabilmente un notevole risparmio in termini di utilizzo di antibiotici alternativi.

Ciò si tradurrebbe non solo in un indubbio vantaggio economico, riducendo il ricorso a farmaci di ultima generazione, ma soprattutto in un razionale ed etico impiego delle risorse a disposizione nella terapia delle infezioni.



Sir Alexander Fleming scoprì la penicillina, in modo parzialmente fortuito, nel suo laboratorio di Londra, nel 1928.

Caro Presidente,
 qualche tempo fa, deluso da una frequenza pratica prevista da una Scuola Speciale ACOI, non proprio trascorsa secondo le mie aspettative, mi diedi da fare, parecchio direi, disturbando diverse persone (tra cui Lei!), per cercare di recuperare qualcosa ...sicuramente ricorderà... Grazie al suo interessamento, alla cortesia del Dott. Melotti e della Dott.ssa Piccoli, oggi, dopo aver trascorso due settimane a Modena, frequentando le sale, partecipando come aiuto e come primo operatore a tutti gli interventi stabiliti per me, desidero dirle grazie. Grazie per l'attenzione regalatami, per la gentilezza mostrata nei miei confronti, per la fedeltà alle vostre promesse. "Operare" da primo, superare quel muro, inizialmente molto alto per tutti noi, è stato fondamentale. E continuerà ad esserlo!
 Grazie

Andrea Tocco

Eugenio Santoro

WEB 2.0 E MEDICINA

Il Pensiero Scientifico Editore

di Ferdinando Agresta

Ho sempre saputo di utilizzare il web solo per la milionesima parte e possibilità dello stesso... un po' come la materia grigia del nostro cervello: tanta e spesso poco e male utilizzata. Ma anche se così sotto sfruttato mi ha in qualche modo cambiato la vita: penso alle banali e-mail, fino alle più importanti e dignitose ricerche su Pub Med, confesso passando attraverso Ebay ed acquisti online di vacanze e biglietti aerei e treni. L'ho sempre saputo e con tanta rabbia: perché mi basta guardare mia figlia, ieri con il ciuccio in bocca ed oggi che "smanazza" (in un italiano grammatically correct avrei dovuto scrivere volteggia... ma il termine dialettale romano rende meglio quell'idea che abbina la velocità delle dita sulla tastiera ai vari suoni del computer stesso) o, peggio ancora, mio nipote di 22 anni che con il computer - tramite pro-

prio il Web - riesce anche a farsi il caffè! Web 2.0 e Medicina. Bravo Dott. Santoro: ... *collaborare, informarsi, aggiornarsi, scambiare esperienze e creare conoscenze che poi vengono messe a disposizione di tutti - FREE* - ...usare in modo particolare tutti lo stesso ed unico linguaggio che deve essere chiaro, conciso, semplice, efficace. Questa forse è la vera idea rivoluzionare su come e perché usare il WEB. Ed allora ecco la COMUNICAZIONE - quella che è anche Formazione che diventa INformazione del Nostro ultimo Congresso di Video Chirurgia di Conegliano - *capillare che sfruttando le più nuove tecnologie ci permette di fare una nuova strategia per la promozione della salute. Il risultato potrebbe essere un'assistenza sanitaria più efficace (dalla prefazione del libro). "Abituatevi a conoscere e a usare il web 2.0 oppure rimarrete persone ancorate al passato"*



cita il Prof. Garattini nel presentare il Libro, rivolgendosi ai medici, soprattutto quelli di mezza età (e purtroppo tra questi incomincio ad esserci anch'io!). "Innovation distinguishes between Leaders and followers" (Steve Jobs): è questo libro potrebbe essere un aiuto a chi vuole essere un Leader e non un follower!

EOC - Ente Ospedaliero Cantonale - Cantone Ticino

Rivista per le MEDICAL HUMANITIES

dossier Conflitti di Interesse

Edizioni Casagrande Bellinzona 2009

di Michele Montinari

Le "Medical Humanities" rappresentano quell'ambito del sapere umano in cui la cultura medica si incontra e si confronta con quella umanistica, non per mero gusto estetico ma con la consapevolezza che il rispetto della molteplicità dei bisogni umani serve a curare meglio, perché *la salute non è solo un benessere fisico, ma anche uno stato psicologico e sociale*. Letteratura, musica, arti espressive, filosofia, etica, storia, religione aiutano a sviluppare le capacità di osservazione, analisi, empatia, riflessione. Antropologia, psicologia, sociologia a comprendere la percezione individuale di malattia e lo stile con cui essa viene affrontata.

La "Rivista per le Medical Humanities" (RMH), che si presenta come cerniera tra questi due grandi mondi del sapere, è pubblicata dall'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) del Cantone Ticino, a cura della Commissione di Etica Clinica (Comec), in collaborazione con la Fondazione Sasso Corbaro e le Edizioni Casagrande di Bellinzona.

RMH si rivolge in maniera trasversale alle grandi tematiche delle Medical Humanities che di volta in volta vengono affrontate con metodo scientifico nella sezione iniziale dedicata ai "Dossier", mentre nella seconda, "Materiali Comec", si occupa dell'analisi di grandi temi di bioetica e politica sanitaria. Nel numero 9 viene presentato il problema dei conflitti di Interesse in un'era in cui Big Pharma, scrive Domenighetti, ha esteso la propria influenza in tutti i settori della società, condizionando numerose attività, dalla ricerca alla prescrizione alla formazione continua, riviste scientifiche e media, associazioni di pazienti, organi di controllo e politica; dal 1981 al 2005 sono stati messi sul mercato 3335 nuovi farmaci, dei quali solo 7 (0,21%) rappresentano un progresso terapeutico maggiore e 78 (2,34%) un progresso terapeutico importante (Les Palmarès Prescrire 2005. 26: 84-87): *oggi la costruzione sociale delle malattie sta per essere sostituita dalla loro costruzione in-*



dustriale, secondo una dinamica sostenuta e promossa: a) dalla sistematica revisione al ribasso delle soglie che definiscono "il patologico", b) dalla generalizzazione della "diagnosi precoce", c) dallo statuto di "malattia" attribuito a condizioni che fanno parte del normale processo biologico della vita. La medicalizzazione della vita non è altro che una delle tante facce del problema, che riguarda anche altri aspetti (che vanno dalla ricerca clinica alla comunicazione, dalla sperimentazione ai sistemi di controllo, dalle agenzie regolatorie alle varie commissioni di autorizzazione, approvazione, trasparenza), affrontati in questo numero di RMH, che si presenta come preziosa monografia e banca dati per quanti vogliono approfondire le proprie conoscenze sull'argomento. Come ogni uscita anche questa è arricchita in apertura da un portfolio affidato ad un artista della fotografia e si chiude con interessanti rubriche dedicate alla presentazione e discussione di casi clinici (in questo numero occorsi a cittadini di fede musulmana), recensioni di libri e film, citazioni bibliografiche, di buone pratiche cliniche e tante altre utilità. RMH rappresenta una ghiotta opportunità per chiarezza e qualità degli elaborati, rigore scientifico dell'impostazione, onestà culturale, oltre che per l'accessibilità al grande pubblico italiano non ancora largamente avvezzo a questa cultura.

Lectures consigliate:

BMJ Medical Humanities on Line, Durham University Centre for Medical Humanities, New York University School of Medicine Medical Humanities.



Theodor Billroth (1829-1896)

Dotato di innate capacità musicali, abile pianista, virtuoso del violino e del violoncello, arrivò a dirigere anche un'orchestra sinfonica a Zurigo. Johannes Brahms, fratello amico, gli dedicò il quartetto per archi - Opera 51



Henri Mondor (1885-1962)

Dotato di mano particolarmente felice, amante della musica e della letteratura, fu abile disegnatore ed ebbe penna feconda: ricordiamo tra le sue opere "Rimbaud Ou Le Genie Impatient" (Parigi 1955).

contour[™]
Curved Cutter Stapler



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

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION[™]





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.

