



acoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani



VITA DELL'ASSOCIAZIONE

30° Congresso Nazionale ACOI

25-28 MAGGIO 2011 COLLI DEL TRONTO (AP)

EDITORIALE

CHI VALUTA CHE COSA

“Esame Brunetta”

PROGETTO VALUTARE SALUTE: UN SISTEMA PER MISURARE LA QUALITÀ



- 3 **EDITORIALE**
Chi valuta che cosa
di **Rodolfo Vincenti**
- 6 **VITA DELL'ASSOCIAZIONE**
FESMED 2010 anno di riflessione, rinnovamento e crescita
di **Massimo Percoco**
- 7 **Medicina e Legalità on line**
di **Jacques Mégevand e Michele Montinari**
- 9 **30° CONGRESSO NAZIONALE ACOI**
Chirurghi oggi: una questione legale?
di **Luciano Landa**
- 12 **Ferite difficili: soluzioni semplici?**
UNA SESSIONE DEDICATA ALLA VULNOLOGIA
di **Domitilla Foghetti**
- 13 **Coordinare l'ACOI in Campania oggi**
di **Marco De Fazio**
- 15 **La Chirurgia Laparoscopica 20 anni dopo**
di **Michele Montinari**
- 16 **"Ascoltare" il paziente: una base per migliorare la qualità**
di **Nereo Vettoretto**
- 18 **La Week Surgery**
di **Vincenzo Pezzangora, Maurizio Rizzo**
- 21 **"Esame Brunetta"**
PROGETTO VALUTARE SALUTE: UN SISTEMA PER MISURARE LA QUALITÀ
di **Enrico Pernazza**
- 26 **ACOI Giovani Rassegna stampa**
di **Francesco Feroci, Elisa Lenzi, Giulia Cavallina e Francesco Coratti**
- 30 **Corso teorico-pratico di Chirurgia del politrauma**
di **Gregorio Tugnoli**

ACOInews 20 - ottobre/dicembre 2010
Trimestrale dell'Associazione
Chirurghi Ospedalieri Italiani
Supplemento a:
Ospedali d'Italia Chirurgia n. 4 - 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 Filaurio

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 21 febbraio 2011

SEGRETERIA ACOI

via Costantino Morin 45, Roma

tel. 06-37518937 fax 06-37518941

segreteria@acoi.it

Chi valuta che cosa

di **Rodolfo Vincenti**

Talvolta è indispensabile tornare su argomenti più volte analizzati in modo da stigmatizzare e rafforzare le riflessioni conseguenti. Da tempo assistiamo ad una rappresentazione, elargita con troppa e infondata sollecitudine, della realtà chirurgica e più in generale della medicina italiana, falsata e fuorviante in tema di errori medici e degli esiti relativi. I numeri riferiti, non si sa su quali basi epidemiologiche e frutto di quali metodi scientifici, sembrano allarmanti e, comunque, generatori di ansia e di sospetto. Negli ultimi mesi l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) ha parlato di 32.000 decessi/anno (90/die) per "errore" medico. Analogamente l'AAROI: 14.000 decessi/anno. Più pessimisticamente l'Associazione Italiana per l'Information Technology (ASSINFORM – sic! – qualcuno mi può spiegare a quale titolo?): 50.000/anno; e potrei citarne altre. Contemporaneamente, anche se con la onesta premessa che i dati raccolti "non essendo espressione di un campione rappresentativo degli utenti del SSN... costituiscono una sorta di termometro delle situazioni di malessere", **Cittadinanza Attiva**, nel suo **PIT Salute** di recente pubblicazione, riferisce di circa 20.000 segnalazioni all'anno di eventi avversi. Pur nella considerazione che tali impressionanti numeri non provengano da rilevazioni compatibili con la scienza epidemiologica, non possiamo non considerare che la problematica esiste, in parte confortati negativamente da dati analoghi provenienti da altre e forse maggiormente analizzate realtà europee e non (errori medici: Australia 16% - Olanda 15% - Nuova Zelanda 12% - Gran Bretagna 2 mld di sterline risarcite per mancata identificazione del sito chirurgico ecc.). Ritengo peraltro che il PIT salute possa rappresentare, pur nei già espressi suoi limiti, un quadro realistico di ciò che il cittadino percepisce e non sono numeri nei quali il chirurgo che rappresentiamo sembri giocare un ruolo negativo. In effetti sui grandi numeri di segnalazioni, raccolte nei 14 anni considerati, soltanto il 28% riguarda il tema della sicurezza (presunti errori medici diagnostico-terapeutici, condizioni della struttura ecc), mentre il grosso del campione si lamenta per deficit di informazione (25%), di diritto di accesso (20%), di diritto al tempo (10%), di poca umanizzazione (8%) e altri motivi (9%). Se poi rivolgiamo l'attenzione alla categoria "chirurgia generale" (che poi è quella che naturalmente maggiormente interessa l'ACOI), scopriamo con una certa soddisfazione che negli anni recenti il trend delle segnalazioni avverse è costantemente in riduzione e, nel 2009, ha rappresentato solo l'8,6% del totale (contro una media di altre specialità pari al 14,8%), mentre un crollo verticale (dal 8,4 al 2,1%) si è

DA TEMPO ASSISTIAMO AD UNA RAPPRESENTAZIONE DELLA REALTÀ CHIRURGICA FALSATA E FUORVIANTE IN TEMA DI ERRORI MEDICI E DEGLI ESITI RELATIVI

verificato nelle segnalazioni avverse per presunti errori nella diagnostica chirurgica. Quindi numeri reali importanti, ma a fronte di oltre 4 mln di procedure chirurgiche eseguite in un anno, numeri relativi invero esigui. Sono dati per noi chirurghi, come scrive Cittadinanza Attiva nel PIT Salute, "confortanti", ma non devono far abbassare il nostro già alto livello di guardia in quanto esistono realistici margini di miglioramento. Noi crediamo in questo e da sempre la formazione del chirurgo è priorità assoluta dei nostri obiettivi. Formazione tecnica (Scuole Speciali di Chirurgia teorico-



Rodolfo Vincenti



pratiche, seminari, congressi, workshop monotematici, ecc.) e non solo! La cosiddetta formazione “non-tecnica” è ormai da quasi 3 anni profondamente inserita nelle proposte e nell’offerta che ACOI produce (www.acoi.it - Corsi di management sanitario, Governo del rischio clinico – “Progetto Qualità e Sicurezza nel Blocco Operatorio” in collaborazione con AGENAS, MIP, Cittadinanzattiva, J&J). Tutto ciò per creare la giusta attenzione sul problema sicurezza del Sistema e fornire le necessarie relative competenze.

Non credo di fare un volo pindarico se affermo che concetto correlato al significato di “errore” è “risultato”. È necessario che tutti noi sappiamo che è in atto un enorme lavoro di valutazione dei risultati dell’azione assistenziale e che, il Ministero della Salute (<http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=273>)(*) pubblica sul sito i risultati del SIVEAS (Sistema di Valutazione delle Performance dei Servizi Sanitari Regionali), nel quale tutti possono conoscere gli esiti di una serie di indicatori di qualità sia di tipo organizzativo che tecnico-assistenziale. Ogni singola Area (e in qualche caso ogni singola Azienda) è rappresentata con numeri e percentuali che molto ci possono interessare (% DRG chirurgici, % Colectomie laparoscopiche in DH o ricovero di 1 giorno - % ricoveri chirurgici ripetuti entro 30 gg (leggi: complicità!) – degenza media pre-operatoria ecc). I dati sono poi rappresentati su grafici comparativi dove è semplice trarre alcune immediate conclusioni. Per ogni Regione i 34 risultati sono stati riportati in un unico bersaglio, che consente di valutare a colpo d’occhio la situazione complessiva: alcune Regioni ad esempio hanno quasi tutti i “colpi” messi a segno nella parte centrale del bersaglio (buona performance), mentre per altre, purtroppo, il bersaglio

**PER LA PRIMA VOLTA SARÀ
POSSIBILE CONOSCERE,
CON UNA METODOLOGIA ACCURATA,
GLI EFFETTI SULLA SALUTE DEI
SERVIZI OSPEDALIERI IN ITALIA**

appare colpito da una rosa di colpi solo sul bordo esterno (cattiva performance). Lo studio permette poi, per ciascuna Regione, di confrontare gli esiti delle diverse Aziende Sanitarie o Ospedaliere. Il tutto coordinato dal professor Carlo Perucci, direttore scientifico del Programma nazionale esiti dell’Agenas, del quale non credo sia secondario riportare alcuni concetti recentemente espressi. Il 25 maggio 2010 ha dichiarato: “al momento non prevediamo l’accesso universale ai dati... ma l’obiettivo è certamente quello di rendere questi dati accessibili a tutti perché, come dimostrano le esperienze americana e britannica, la “pubblica disclosure” della valutazione degli ospedali innesca una competizione virtuosa tra i medici... la competizione, con una regolazione efficace e trasparente, può indurre a una maggiore efficacia e a una maggiore equità dell’offerta”. I dati “riguarderanno tutti gli ospedali e le Asl di Italia. Non saranno quindi stime di confronto tra una Regione e l’altra, ma tra tutte le strutture ospedaliere italiane e le Asl, responsabili della committenza. E questo è l’aspetto importante: per la prima volta sarà possibile conoscere, con una metodologia accurata, gli effetti sulla salute dei servizi ospedalieri in Italia”. È evidente quindi che tale iniziativa sarà e in alcuni casi è già stata ripresa dalle singole Regioni, il cui obiettivo sarà quello di valutare le singole Aziende Ospedaliere e le Singole Unità Operative.

Come dicevo non stiamo guardando al futuro, ma guardiamo al presente: il P.Re.Val.E. (Programma Regionale di Valutazione degli Esiti) della Regione Lazio (<http://www.regione.lazio.it/web2/contents/sanita.php>) (*) ne è la prova. Attraverso i SIO e le SDO, gli esiti di alcuni indicatori (mortalità, riammissione a breve, complicanze a breve ecc.) sono oggi sotto gli occhi di tutti e sono, apparentemente, rilevati attraverso metodiche statistiche che noi chirurghi ben conosciamo, sappiamo utilizzare e di cui riconosciamo l’attendibilità scientifica (RR – rischio relativo / HR – hazard ratio / p value ecc). Tutti i Paesi sono chiamati ad affrontare ristrutturazioni profonde dei rispettivi sistemi sanitari e di welfare, per raggiungere un assetto nel quale il “trade off” tra copertura dei costi e sostenibilità della spesa sia governato in un’ottica di efficienza ed equità. Tutte le riflessioni che investono il fun-

zionamento delle Aziende Sanitarie mettono sempre più in evidenza l'aumento crescente di attenzione verso meccanismi di controllo, intendendo con il termine da un lato l'insieme degli strumenti e delle condizioni che consentono il più completo e consapevole governo delle operazioni aziendali e della loro gestione, dall'altro l'insieme delle azioni atte a ridurre al minimo la possibilità che eventi inaspettati o indesiderati intervengano a deviare le finalità prefissate di azione. In un panorama così definito ci chiediamo: come dovrebbero porsi le Società Scientifiche? Se guardiamo al di fuori del nostro Paese abbiamo di che riflettere! Il NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence), il NHSLA (National Health Service Litigation Authority), o il Royal College of Surgeons of England con le "Good Surgical practices" o ancora la "Joint Commission" (USA) sono parte attiva dei processi di valutazione, controllo e certificazione. Per chiarezza le **Good Surgical Practices** sono scaturite dal lavoro coordinato di tutte le Associazioni chirurgiche di Gran Bretagna e costituiscono il corpo degli standards e delle regole professionali. Perché non possiamo costruire qualcosa di analogo in nome della qualità, della sicurezza e della trasparenza? È tempo che le oltre 60 Società Scientifiche Italiane di area Chirurgica si consocino, per le rispettive aree di competenza, al fine di condividere percorsi comuni per l'obiettivo unico e straordinario di penetrare quale attore principale nel meccanismo di valutazione del chirurgo, attraverso criteri oggettivi di valutazione che siano da esse validati e non subiti. L'analisi delle SDO sarà forse l'unico modo attualmente utilizzabile, ma è bene ricordare che i DRG sono nati su base

esclusivamente economico-commerciale e non certo per la valutazione della qualità tecnica della prestazione medica. L'esito di un intervento chirurgico è ben altro che una riammissione precoce! Si pensi a quei malati che volontariamente si dimettono e dopo pochi giorni richiedono assistenza per il recidivare della sintomatologia. Gli esempi potrebbero essere molti altri, ma ciò che si vuole dire è che il re-ricovero non è sempre indice di "complicanza", ma talvolta può essere causato da deficit organizzativo o da volontà del paziente. I risultati immediati e soprattutto a distanza possono e dovranno essere valutati attraverso un sistema integrato ospedale-territorio-ospedale che è ben lungi dall'essere realizzato. L'ACOInews è pronta a collaborare con le Società che si dichiareranno disponibili ad essere parte attiva in un Sistema Nazionale che presto o tardi giungerà alla valutazione del singolo operatore. Non siamo velleitari, sappiamo che il percorso sarà lungo e irto di ostacoli, ma siamo convinti (e i dati attuali lo dimostrano!) che si arriverà. Per il momento guardiamo al futuro prossimo del grande Congresso dei Chirurghi Italiani come opportunità coagulativa che rappresenterà certamente una sfida che ACOInews e SIC hanno lanciato a tutte le Società "consorelle" per un Congresso "Unico", base e "termometro" per progetti ed obiettivi comuni. Che qualsiasi ipotesi USA-mediata di "Credentialing" e "Privileging" non si realizzi senza passare attraverso la nostra analisi e con le nostre "regole". Noi ci siamo! Per una Sanità basata sul merito.

(*) aprire la copia di AcoiNews su www.acoi.it e cliccare sull'indirizzo relativo

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

FESMED

2010 anno di riflessione, rinnovamento e crescita

di **Massimo Percoco**

Presidente Vicario FESMED

L'anno che si è appena concluso ha rappresentato per la FESMED un momento di riflessione profonda sulle novità legislative introdotte dal d.leg. 150/2009, noto come "decreto Brunetta", che all'art. 54 prevede l'accorpamento delle 8 aree contrattuali della dirigenza del pubblico impiego in 4 aree.

Questa innovazione, apparentemente semplificatrice, mette in pericolo, malgrado contenga esplicito riferimento ad un contratto per il SSN, la specificità della contrattazione della categoria dei medici e la nostra rappresentatività come sindacato. Accorpate ulteriore dirigenza pubblica alla nostra area significa infatti aumentare il numero globale dei sindacalizzati sul quale bisogna far valere il 5% di iscritti per essere considerati rappresentativi e quindi potere partecipare alla contrattazione ad ogni suo livello.

Al momento e fino al 2012, la FESMED conserva le proprie prerogative grazie al 5,59% che rappresenta nella Area IV in funzione delle 4649 deleghe valide riconosciute dall'Aran al 31 dicembre 2006. In quell'occasione è da rilevare che le deleghe censite furono 5393, ma una parte di esse non venne assegnata per difetto dell'entità della trattenuta sindacale dovuto per lo più a ritardi delle ASL ad aggiornare le ritenute sindacali sulle buste paga.

Tale situazione impone la mobilitazione di tutti per far sì

L'ANNO CHE SI È APPENA CONCLUSO HA RAPPRESENTATO PER LA FESMED UN MOMENTO DI RIFLESSIONE PROFONDA SULLE NOVITÀ LEGISLATIVE INTRODOTTE DAL D.LEG. NOTO COME "DECRETO BRUNETTA"

che il 2011 sia un anno di proselitismo che consenta di poter raggiungere l'obiettivo di almeno 6000 iscritti FESMED.

In tale ottica ACOI, AOGOI, SUMI e SEDI hanno lavorato per costruire il nuovo direttivo che, completato nell'organigramma il 31 ottobre 2010 durante l'Assemblea dei Soci svoltasi a Rimini e forte di una rin vigorita presenza regionale, si appresta a sostenere l'impegno di essere sindacato della professione medica nella specificità delle specialità chirurgiche. All'ACOI e al Consiglio Direttivo va il ringraziamento per aver rinnovato l'onore di rappresentare le istanze della nostra categoria.

IL CONSIGLIO DIRETTIVO	
Presidente Coordinatore	Carmine Gigli
Past President	Antonio Chiantera
Presidente Coordinatore Vicario	Massimo Percoco
Segretario	Teresa Saccotelli
Tesoriere	Angelo Careccia
Consiglieri effettivi	Sergio Brunati Gianfranco Quintarelli Antonio Rosa Antonio Schiavone
Consiglieri supplenti	Giorgio Bellavigna Giovannbattista Catalini Antonio Catino
IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI	
Revisori dei conti	Giovanni Sgroi Andrea Tinelli
Revisore dei conti supplente	Franco Angelastri

I RAPPRESENTANTI REGIONALI		
Abruzzo	Fiduciario Vice-Fiduciario Vice-Fiduciario	Giuseppe Di Michele Luigi Liberatore Manuela Mucci
Basilicata	Fiduciario Vice-Fiduciario	Antonio Comentale Sergio Schettini
Calabria	Fiduciario Vice-Fiduciario Vice-Fiduciario	Domenico Perri Antonino Scavelli Giovanni Stoppelli
Campania	Fiduciario Vice-Fiduciario Vice-Fiduciario	Antonio Rosa Ciro Guarino Nicola Villani
Emilia Romagna	Fiduciario Vice-Fiduciario	Alberto Zaccaroni Cristiani Paolo
Friuli - Venezia Giulia	Fiduciario Vice-Fiduciario	Carmine Gigli Valter Zucchiatti
Lazio	Fiduciario Vice-Fiduciario Vice-Fiduciario	Francesco Gammarota Emilio Moreschi Amerigo Soprani
Liguria	Fiduciario Vice-Fiduciario	Aldo Cagnazzo Pierluigi Bracco
Lombardia	Fiduciario Vice-Fiduciario	Antonio Canino Giovanni Sgroi
Marche	Fiduciario Vice-Fiduciario Vice-Fiduciario	Ennio Castelli Giovanbattista Catalini Mario Massacesi
Molise	Fiduciario Vice-Fiduciario Vice-Fiduciario	Giancarlo Paglione Giovanni Gramegna Sergio Zavino
Piemonte	Fiduciario Vice-Fiduciario	Antonio Schiavone Silvio Testa
Puglia	Fiduciario Vice-Fiduciario Vice-Fiduciario	Antonio Catino Franco Angelastri Alessandro Mastrotrilli
Sardegna	Fiduciario Vice-Fiduciario	Antonio Rubattu Claudio Dazzi
Sicilia	Fiduciario Vice-Fiduciario Vice-Fiduciario	Giuseppe Canzone Davide Mascali Umberto Privitera
Toscana	Fiduciario Vice-Fiduciario	Marco Scatizzi Francesco Pulli
Umbria	Fiduciario Vice-Fiduciario Vice-Fiduciario	Marsilio Francucci Giorgio Bellavigna Maurizio Silvestri
Valle d'Aosta	Fiduciario Vice-Fiduciario Vice-Fiduciario	Marco Salvatore Sergio Crotta Paolo Millo
Veneto	Fiduciario Vice-Fiduciario Vice-Fiduciario	Federica Nenzi Ferdinando Agresta Vincenzo Tinelli
P.A. Bolzano	Fiduciario	Lucia Piazzi
P.A. Trento	Fiduciario	Marco Rigamonti

Medicina e Legalità on line

di Jacques Mégevand e Michele Montinari

Medicina e Legalità sta per compiere sette anni: correva il mese di Settembre 2004 quando, nell'ambito del Congresso Nazionale della SICOP, una sessione veniva interamente dedicata alla problematica del contenzioso medico. In seguito un gruppo sempre più numeroso e multidisciplinare di professionisti (Chirurghi, Magistrati, Avvocati civilisti e penalisti, Giuristi e Medici Legali) si è formato per studiare e analizzare le strategie finalizzate alla prevenzione del contenzioso tra paziente e medico. Il nostro intento è sempre stato quello di fornire gli strumenti, a tutte le categorie professionali interessate, per implementare il tasso culturale specifico; si è iniziato unilateralmente istruendo i colleghi chirurghi ma l'intento del gruppo è anche quello di fare la cosiddetta "formazione inversa", destinata a tutti i giuristi, in maniera da fornire loro le conoscenze scientifiche in campo sanitario. Solo in questo modo i processi per colpa medica potranno svolgersi con un giudizio finale tecnico appropriato. Siamo sensibili, inoltre, alla problematica dei Consulenti Tecnici e Periti: anche in questo senso ci stiamo impegnando attivamente analizzando e proponendo le soluzioni più opportune per poter selezionare Medici specialisti di comprovata esperienza ed in grado di giudicare con perizia e correttezza deontologica i casi di supposta malpractice. A questo proposito confidiamo nella possibilità di intervenire nelle opportune sedi istituzionali per dare il nostro contributo alla realizzazione della nuova legge sulla responsabilità professionale del medico.

All'insegna di queste idee l'attività del Gruppo di Studio "Medicina e Legalità" (Med&Leg), è stata costante e proficua: si sono prodotti cinque manuali (interamente scaricabili, in formato PDF, sul nostro sito) ad uso e consumo del chirurgo. Sono stati scritti, per la maggior parte, dai Giuristi che si sono impegnati a rendere accessibili e comprensibili i concetti giuridici anche più ostici; vengono fornite "istruzioni per l'uso" di facile comprensione e rapida consultazione.

Medicina e Legalità si è anche impegnata attivamente, tanto nei congressi nazionali quanto autonomamente in altri incontri, per sostenere la necessità di una comunicazione sempre più partecipata tra clinico e giurista organizzando sessioni dedicate e seminari pratici molto apprezzati.

IL NOSTRO INTENTO È SEMPRE STATO QUELLO DI FORNIRE GLI STRUMENTI, A TUTTE LE CATEGORIE PROFESSIONALI INTERESSATE, PER IMPLEMENTARE IL TASSO CULTURALE SPECIFICO

L'impegno di Med&Leg si arricchisce ora di una sezione dedicata sul portale ACOI, all'interno della quale vengono presentate cosiddette "Evidenze", cioè sentenze, leggi, decreti, pronunciamenti e quant'altro ritenuto meritevole di una valutazione da parte del Gruppo di Studio. In fase di sviluppo successivo i contenuti giuridici e medici si arricchiranno di sentenze di merito proposte da fruitori del sito, commenti, perizie e consulenze, "prima lettura di legislazione", "enciclopedia medico-giuridica" non legata alle singole sentenze. Ciascuna evidenza sarà presentata con la sentenza in originale e commentata in un testo sintetico grazie ad una collaborazione multidisciplinare e il titolo di ciascuna presentazione espresso sinteticamente da poche ma chiare "parole chiave", giuridiche e mediche, che alimenteranno rispettivamente un "Archivio Giuridico" ed un

"Glossario Medico". L'obiettivo di questa funzionalità è quello di fornire al medico un elenco di voci giuridiche e di sentenze interessanti ed al giurista un glossario dei termini medici, questi ultimi presentati secondo le migliori evidenze scientifiche, in modo da chiarire rapidamente significato e peso delle parole usate. L'interattività del sistema consentirà ricerche crociate per parole chiave della documentazione riportata, a supporto delle necessità di un'utenza sempre più ampia.

La nostra speranza è che possano accedere al sito non solo i Chirurghi Generali ma anche Specialisti di altre discipline e Giuristi (Magistrati ed Avvocati): questo per continuare a trasmettere cultura medico-giuridica in senso sempre più ampio e per poter coinvolgere in questo lavoro tutti i professionisti che vorranno impegnarsi ad arricchire il sito con contributi personali.



30° Congresso Nazionale ACOI - 25/28 Maggio - Colli del Tronto (AP)

Chirurghi oggi: una questione legale?

di **Luciano Landa**

Presidente 30° Congresso Nazionale ACOI



Luciano Landa

Per effetto della crisi economica mondiale e di una consuetudine tramandata dai paesi anglosassoni, si è diffusa in Europa ed in Italia l'abitudine di richiedere risarcimenti in campo sanitario, a prescindere da quelli che sono stati gli esiti di un atto medico e per il semplice fatto che eventualmente questo non ha corrisposto alle aspettative del paziente.

All'uopo sono nati i cosiddetti "negozi legali", che intentano richieste di risarcimento di ogni genere con l'accordo più o meno regolare e legale che il cliente sosterrà spese solo in caso di vincita del contenzioso, lasciandone una determinata percentuale all'avvocato.

È evidente che in questo ambito la Chirurgia Generale, così come altre specialità chirurgiche, sia particolarmente esposta alle richieste di risarcimento ed è esperienza comune che negli ultimi anni siano lievitato le richieste da parte delle Direzioni Mediche Ospedaliere di relazioni cliniche su ricoveri per i quali non si ha neanche più memoria del fatto che ci fossero stati particolari problemi. Le assicurazioni in questo ambito fanno solamente il proprio interesse, divenendo il primo nemico del professionista accusato in quanto tendono a riconoscere quasi sempre un piccolo risarcimento (ma si può anche parlare di migliaia di euro), pur di non avventurarsi in cause civili dall'esito incerto e con durata anche più che decennale, per le quali rischierebbero di sborsare molto di più, considerando interessi e rivalutazione. È quindi invalsa la tendenza a risarcire anche quando, sentito il professionista interessato, questi abbia dato un parere negativo motivato al risarcimento stesso. Come siamo arrivati a questo punto e che cosa comporterà questo aumento del contenzioso nella pratica clinica?

Oggi la legislazione e la giurisprudenza sono particolarmente sbilanciate a

favore del paziente: in ambito penale, infatti, il professionista è ancora tutelato dal fatto di dover essere riconosciuto colpevole di un evento avverso "oltre ogni ragionevole dubbio" e quindi quasi mai è riconosciuta la colpa di un evento con queste caratteristiche, e l'onere della prova è a carico del denunciante. In ambito civile, mentre in passato per l'atto medico si applicavano norme extracontrattuali per cui il medico aveva un obbligo di fornitura di mezzi per conseguire la guarigione e quindi doveva solamente dimostrare di avere agito con prudenza, perizia e diligenza, in seguito ad una sentenza della Cassazione (n. 10297 del 28 maggio 2004), unica ma fino ad ora non smentita, si istaura fra il cittadino e la struttura di cura, con il suo personale, un rapporto di tipo contrattuale, per il quale il professionista, in caso di evento avverso è tenuto a dimostrare la correttezza del proprio agire in maniera "più probabile che non" (quindi >del 50%). Nei fatti l'onere della prova si è ribaltato sul medico. Per inciso non è facile capire come possa istaurarsi un contratto fra un contraente cittadino che si rivolge alla struttura ed una struttura o un professionista che non ha scelta se assoggettarsi o meno al contratto in quanto non può rifiutarsi di prendere in carico il paziente ma semmai può trasferirlo se la prestazione richiesta supera le potenzialità della struttura e se c'è tempo di farlo.

È evidente che nella pratica clinica riuscire a dimostrare di avere agito in maniera corretta in modo "più probabile che non" è molto difficile: analizzando anche la migliore delle nostre cartelle cliniche il medico legale, che notoriamente arriva a fatti avvenuti e completamente astratti dal contesto in cui sono si sono verificati, può praticamente sempre trovare difetti di compilazione o di riporto dei fatti o di atti terapeutici che configurano un potenziale errore, così come potrebbe sempre criticare la tecnica adottata qualora ne esista più d'una.

In quest'ottica non sono criticabili le assicurazioni che risarciscono anche nel solo dubbio di una colpa del professionista con l'intento di abbattere il contenzioso sul nascere, ma così non fanno l'interesse del professionista che vede risarcire pazienti che non ne hanno diritto, con un conseguente danno per la propria immagine professionale (perché se l'assicurazione ha pagato, nell'immaginario collettivo si presume che il paziente avesse ragione) e anche con un danno diretto quando si arriverà all'accreditamento dei professionisti in cui verrà valutato anche il contenzioso medico-legale prodotto con esito sfavorevole. Forse quello dell'accreditamento sarà un falso problema, in quanto nella situazione attuale delle richieste di risarcimento la differenza non sarà tra chi ne ha avute e chi non ne ha avute ma tra chi

OGGI LA LEGISLAZIONE E LA GIURISPRUDENZA SONO PARTICOLARMENTE SBILANCIATE A FAVORE DEL PAZIENTE

È EVIDENTE CHE NELLA PRATICA CLINICA RIUSCIRE A DIMOSTRARE DI AVERE AGITO IN MANIERA CORRETTA IN MODO "PIÙ PROBABILE CHE NON" È MOLTO DIFFICILE

CON L'ATTUALE AUMENTO DI CONTENZIOSO È EVIDENTE CHE ANCHE I CHIRURGHII PIÙ CORAGGIOSI, VOLONTEROSI E MOTIVATI FINIRANNO PER CEDERE IL PASSO

ne ha avute di più o di meno.

Nella pratica clinica di tutti i giorni sarà difficile, stanti le carenze strutturali e di organico che affliggono gli ospedali e che saranno aggravate da blocchi del turnover e risparmi vari più o meno incondizionati, tendere alla perfezione e se da un lato l'adozione delle best practices cliniche potrà mettere un grosso freno all'azione penale, in quanto si eliminano le principali cause di riconoscimento di errore medico grave, dall'altro sarà sempre difficile dimostrare di avere messo in atto tutte le cautele al fine di scongiurare un evento avverso in maniera più probabile che non. Pensiamo alla nostra documentazione clinica spesso poco comprensibile e aggiornata, al fatto che talvolta riusciamo ad eseguire un solo giro visita giornaliero con aggiornamento del diario clinico, al fatto che spesso si danno disposizioni anche importanti mentre si sta facendo altro (per esempio un intervento chirurgico). Tutte cose che fanno parte della nostra quotidianità e per evitare le quali si dovrebbero avere organici adeguati ai carichi di lavoro, riduzione della attività clinica in modo da dedicare il giusto spazio ad ogni paziente, ricordando che oggi per un atto chirurgico semplice di 30 minuti quale un'ernioplastica inguinale può essere necessario molto più tempo per l'attività burocratica pre e postoperatoria: arruolamento paziente, compilazione cartella, somministrazione del consenso, accertamenti preoperatori, lettera di dimissione, compilazione SDO, compilazione ricette in dimissione ed ora (ultima amenità) collegamento al sito dell'INPS per la spedizione del certificato di malattia telematico.

Vi è poi il problema della valutazione soggettiva delle complicanze anche da parte di consulenti chirurgici. Per esempio una stomia di protezione fatta o non fatta può essere una cosa sempre discutibile, perché se è stata fatta ed ha evitato una catastrofe nel caso di una deiscenza anastomotica andava fatta ma se è stata fatta, la deiscenza non c'è

stata e la catastrofe avviene alla chiusura della stomia ci potrebbe sempre essere qualcuno a sostenere che era meglio non farla: comportamento non sanzionabile penalmente ma degno di nota civilmente. E che dire di un ipoparatiroidismo dopo una tiroidectomia totale? Come complicanza ci può stare e quindi non dovrebbe essere sanzionata penalmente con la lesione gravissima per indebolimento permanente d'organo, ma civilmente può sempre venir fuori il collega a decretare che in mani esperte non succede quasi mai ed allora si rischia di dover risarcire. La lesione della via biliare in corso di colecistectomia è ampiamente descritta nel 0.2-0.4% delle colecistectomie, ma quando capita con conseguenze di gravità anche estrema a poco vale l'averla menzionata nel consenso informato o tentare di dimostrare che la colecistectomia era particolarmente difficile o che c'erano anomalie anatomiche: l'assicurazione fa prima a risarcire. Si potrebbero citare moltissimi esempi in cui il confine tra la complicanza evitabile e non evitabile è veramente sottilissimo e affidato alla sensibilità del consulente.

Fatte queste debite premesse è chiaro che nella pratica clinica ci si indirizzerà sempre di più verso atteggiamenti difensivi del tipo: "va bene, clinicamente c'è una peritonite ma facciamo una TAC per avere una documentazione iconografica che dimostri che c'era una micro bolla di aria libera così siamo pienamente legittimati alla laparotomia". Risultato: aumento della spesa, perdita di tempo per il radiologo che deve documentare una cosa che già sapevamo, ritardo nell'intervento chirurgico. Se si vuole trasferire altrove un paziente fonte di potenziali problemi si possono trovare mille motivi quali la non disponibilità di un esame strumentale o di una apparecchiatura. Si potrebbero citare molti altri esempi ma agendo così il sistema si paralizzierà per aggravamenti di spesa e intasamento di determinate strutture.

Con l'attuale aumento di contenzioso

è evidente che anche i chirurghi più coraggiosi, volenterosi e motivati finiranno per cedere il passo in quanto non è possibile per ogni atto chirurgico che si esegue porre a repentaglio i beni di famiglia delle generazioni precedenti ed anche successive (visto che il civile non muore mai!).

Con l'attuale legislazione e giurisprudenza la situazione oggi è questa, senza particolari esagerazioni. Le aziende sono assicurate con compagnie che per accettare l'incarico ad un premio possibile attuano il sistema del "claims made", secondo cui coprono un lasso di tempo (generalmente non superiore ai 2 anni) con pregressa e postuma largamente inferiore a quei 5 anni di prescrizione teorica che il paziente ha per richiedere un danno e che vengono aumentati dal fatto che i 5 anni decorrono da quando il paziente viene a sapere di aver subito il danno. Pensiamo al corpo estraneo in addome: il paziente potrebbe venire a conoscenza del danno anche dieci anni dopo e da lì decorrono i cinque anni. A questo punto la struttura e al seguito il professionista (perché lasciare un corpo estraneo è colpa grave) sono scoperti da ogni tipo di copertura assicurativa. In queste condizioni colui che si accinge a praticare una attività chirurgica sarebbe da interdire, in quanto si assume un rischio enorme a fronte di un trattamento economico da impiegato pubblico che non permette certamente di cumulare grandi ricchezze per risarcire pazienti di tasca propria. Lo stipulare un'assicurazione personale, oltre a polverizzare un mese di stipendio, non offre garanzie molto superiori in quanto i tempi di pregressa e postuma sono più o meno contrattabili ma simili a quelli dell'assicurazione aziendale, può essere solamente utile ad ovviare al cumulo del massimali, altra cosa negativa che le aziende sanitarie hanno concordato con le assicurazioni e per le quali quando arriva il nostro sinistro potrebbe essere finito il massimale disponibile.

Come se ne esce?

A meno di grossolani aumenti stipendiali, improbabili visto che il PIL non aumenta per nessuno, su questo argomento deve urgentemente intervenire il legislatore. Le società scientifiche ed i sindacati medici devono far sentire la loro voce in parlamento (molti parlamentari sono o sono stati medici

ospedalieri) se si vuole mantenere una tradizione medico-scientifica locale in quanto l'alternativa saranno reparti popolati da chirurghi di provenienza extracomunitaria, così come è già avvenuto in Inghilterra, per lo più nullatenenti e a cui è possibile sequestrare solamente il 5° dello stipendio in caso di sinistro non coperto.

Come è stata regolamentata la RC auto per cui l'automobilista che esce di casa deve solamente preoccuparsi di rispettare il codice della strada ed in caso di incidente interverrà una assicurazione con massimale minimo obbligatorio garantito per sinistro (e non cumulativo), con una prescrizione fissa di 2 anni (e non infinita), il chirurgo che va al lavoro (lavoro non diporto!) dovrà essere garantito da un'assicurazione aziendale che abbia l'obbligo di coprire tutti i casi previsti dalla legge ed i tempi, e non fornire una coperta corta che generando ansia nel chirurgo induce comportamenti difensivi che inducono una spesa sanitaria peggiore di quella da dedicare ad una buona assicurazione.

Per quale motivo ad esempio una assicurazione che assiste una azienda in una certa annualità non continua a coprire tutti gli eventi che derivano dal lavoro svolto in quella annualità dalla azienda sanitaria stessa? Chi ha potuto concordare contratti con una pregressa o postuma di 1 o 2 anni quando il pa-

ziente può chiedere risarcimento danni praticamente all'infinito? Il chirurgo dovrebbe, con una copertura assicurativa adeguata, soltanto preoccuparsi di seguire le indicazioni date dalla comunità scientifica corrente nella propria materia e le best practices fornite dal ministero della sanità con la collaborazione delle società scientifiche per evitare gli errori più gravi in sanità (identificazione latopaziente, controllo corpi estranei, profilassi antibiotica e antitrombotica, ecc.) È urgente una legislazione dedicata alla sanità, non si può più far fede a codici scritti negli anni '30 per lo più per regolare un'Italia rurale, che non aderiscono al progresso tecnologico, scientifico e sociale e che lasciano ampio spazio interpretativo alla giurisprudenza (vedi contratto sociale del 2004). La legge deve anche essere in grado di stabilire chi eventualmente abbia diritto ad un risarcimento, cioè il danneggiato o gli eredi legittimi.

Non è possibile continuare ad assistere a richieste di danni morali vari da parte di una progenie di discendenti, anche appena nati, perché non hanno potuto conoscere il paziente.

È urgente che si definisca che chi querela un medico per mero ricatto penale (querela per velocizzare i tempi del risarcimento) salvo poi ritirare la querela per definire la questione in via bonaria quando il penale prende una piega sfavorevo-

le al paziente, paghi in denaro tutto ciò che è stato fatto fino al ritiro della querela: notifiche, cancelleria, imposte, consulenze tecniche (anche se non ancora consegnate) perché questo sicuramente ridurrebbe il ricorso alla attivazione della macchina penale ai casi di effettiva gravità, che comunque approderebbero ad una sentenza penale. La restituzione delle spese già sostenute contribuirebbe a sanare i deficit della giustizia e scoraggiando l'azione penale non sottrarrebbe la giustizia penale ai problemi veramente importanti. Considerando che il ricorso al processo civile è già fortemente scoraggiato dalla durata, aumenterebbe il ricorso allo stragiudiziale che è proprio ciò a cui alcune aziende sanitarie con le unità di Risk Management vogliono tendere.

I magistrati dovrebbero essere sensibilizzati a non farsi prendere la mano dal comminare risarcimenti faraonici perché tanto paga l'assicurazione. Tutto ciò che una assicurazione paga se lo riprende con l'aumento dei premi per gli anni successivi. Premi che vengono corrisposti con le tasse dei cittadini in crisi. Queste importanti problematiche verranno affrontate e discusse nell'ambito del 30° Congresso Nazionale ACOI in sessioni dedicate al gruppo di lavoro "Medicina e Legalità", alla gestione del rischio clinico e alla gestione degli eventi avversi.

30° CONGRESSO NAZIONALE ACOI



25-28 Maggio 2011
Colli del Tronto (AP)
Hotel Centro Congressi CASALE

PRESIDENTE LUCIANO LANDA
U.O.C. Chirurgia Generale
Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord

Le informazioni riguardanti il programma scientifico, l'iscrizione on-line al congresso, l'invio delle comunicazioni orali, video o poster (dead line 31 Marzo 2011), sono consultabili sul sito www.nazionaleacoi2011.org

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Giovanni AGOSTINELLI - Giorgio CATTÒ - Sergio ENA - Estephan FARES - Domitilla FOGHETTI
 Gianluca GUERCIONI - Piergiorgio LOMARTIRE - Guglielmo MICONI - Paolo TESCIONE - Massimo TOMBARI
 Ospedale S.Croce Fano (PU) - U.O.C. Chirurgia Generale Fano - Via V. Veneto 2, 61032 - Fano PU

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Aliwest Travel

Via N. Paganini, 30/36 - 50127 Firenze - tel. 055 4221201 - Fax 055 417165 - congressi@aliwest.com

30° Congresso Nazionale ACOI - 25/28 Maggio - Colli del Tronto (AP)

Ferite difficili: soluzioni semplici?

Una sessione dedicata alla Vulnologia

di Domitilla Foghetti



Come affrontare una ferita che non guarisce? Quanti pazienti vediamo e rivediamo nei nostri ambulatori, a volte per mesi e mesi, per lesioni cutanee che non riescono a chiudersi! E ciò che per il paziente rappresenta un pensiero fisso quotidiano, perché è invalidante, perché ha dolore continuamente, perché teme di lavarsi per non bagnare la medicazione, perché trova limitazioni alla sua autonomia e alla sua vita sociale, per noi rischia di diventare, a volte, quasi una "scocciatura". Sì, perché per noi è frustrante non trovare una soluzione e vedere sempre le stesse facce che sembrano rimproverarci, senza bisogno di parole, la mancanza di una cura efficace.

Se il paziente avesse un'ernia inguinale potremmo operarlo e risolvere in mezz'ora di sala operatoria ogni suo disturbo. Ma le ulcere cutanee no, non si risolvono quasi mai rapidamente e trovare la giusta fusione di farmaci, medicazioni avanzate e terapie di supporto, sembra più difficile che vincere la lotteria.

Così ogni volta non dobbiamo affrontare solo una ferita, ma siamo costretti ad affrontare il paziente, con il dolore che lo porta fino alla depressione, i suoi parenti che lo accompagna-

no in ambulatorio, magari perdendo una giornata di lavoro, il suo sguardo terrorizzato dalla prospettiva del cambio della medicazione.

Eppure la medicina fa passi da gigante! Possibile che non ci sia una soluzione?

In realtà le soluzioni ci sono.

Lo sviluppo della Vulnologia come disciplina attualmente riconosciuta ha dato una svolta al problema, ha visto professionisti di diverse specializzazioni (chirurghi generali, plastici, vascolari, diabetologi, geriatri, anestesisti, ...) mettere a confronto le proprie esperienze per venire a capo del problema, **per curare il paziente e non solo la ferita**. Allora perché non aggiornarci anche in questo campo? Il nostro lavoro non è fatto solo di mirabolanti interventi chirurgici laparoscopici o robotici (chi non preferisce 12 estenuanti ore di sala operatoria ad un turno in ambulatorio?) ma anche di quotidianità, di problemi che a noi possono sembrare "piccoli", ma che segnano invece ogni singolo minuto della giornata di questi pazienti. Non possiamo non cercare delle risposte. **"Ferite Difficili: manuale di istruzioni"**.

La scelta di dedicare un ampio spazio al trattamento di questo argomento nell'ambito del 30° Congresso Nazionale ACOI del 2011, deriva dalla volontà di creare un'occasione per conoscere la moderna Vulnologia. Un mondo complesso che si basa però su fondamenti semplici, come i principi della "Wound Bed Preparation" e della tecnica "TIME". Un mondo che ci mette a disposizione armi appropriate per ogni battaglia, dalle medicazioni avanzate, agli strumenti per il debridement chirurgico, alla terapia a pressione negativa, alla terapia iperbarica, agli innesti autologhi o di cute rigenerata,...

In un'epoca in cui la chirurgia diventa superspecialistica, non siamo tutti tenuti a dover eseguire trapianti di cute bioingegnerizzata ma, vista la prevalenza del problema, dovremmo essere in grado di fornire ai pazienti le giuste indicazioni, conoscere le possibilità terapeutiche date da una scienza in continua evoluzione e trasformare ciò che viene indicato come una "LCC" (lesione cutanea cronica) in un paziente che ritrova la speranza di guarire.

A tutti coloro che si dedicano all'argomento, a tutti i colleghi che desiderano saperne di più, a chi è stanco di vedere sempre gli stessi pazienti in ambulatorio e desidera guarirli, affinché non si ripresentino più, è dedicata questa sessione che, partendo dalle basi (quando, come e perché una ferita diventa "difficile"), spazierà dai più semplici ai più innovativi metodi di intervento. **Trovare una soluzione spesso non è semplice, ma sicuramente è possibile!**

Coordinare l'ACOI in Campania oggi

di Marco De Fazio



Marco De Fazio

Nel 2008 mi è stato dato, dal nuovo Consiglio Direttivo, l'incarico di coordinare l'ACOI in Campania. Non posso negare che, nell'immediato, sono stato contentissimo e, al tempo stesso, responsabilmente consapevole della difficoltà della cosa. Credo infatti che un buon coordinatore debba attivare il senso di aggregazione dei soci del territorio affidatogli, unitamente a rappresentare uno stimolo allo spirito scientifico e di ricerca senza dimenticare il confronto con le istituzioni locali per il miglioramento delle scelte nella formazione e in altri campi.

Non avevo fatto i calcoli, nel 2008, con il corso dei tempi. Infatti la mia regione è, notoriamente, tra le più devastate sotto il profilo economico e vede come protagonista un buco abissale della sanità, precursore di tagli da "lacrime e sangue". E così è stato: ASL accorpate, reparti chiusi o accorpati, ospedali chiusi o accorpati, UOC cancellate, UOSD idem, colleghi precari a rischio, addirittura stipendi in ritardo (anche di 20 giorni) e sempre più leggeri, tredicesime in dubbio fino al giorno prima, assistenza tecnica occasionale alle strumentazioni e potrei continuare a lungo.

Sono tre i grandi problemi della Campania: la camorra, la "monnezza", la sanità, talvolta, forse, intersecantisi. Dei primi due si occupano altre categorie della pubblica amministrazione (grazie a Dio), noi ci occupiamo del terzo: di medicina o, più in particolare, di chirurgia.

In questo clima, il coordinatore ACOI deve svolgere il suo lavoro, laddove mediamente il chirurgo combatte continuamente con le realtà ambientali quotidiane.

La chirurgia campana è dunque rimasta a piangere sé stessa in tutto questo periodo? Ogni attività è stata sospesa in segno di lutto per la defunta attività scientifica? Siamo stati tutti a registrare passivamente i danni lacrimandoci addosso interminabilmente?

Incredibilmente la risposta è no! Sono sempre stato a conoscenza delle sette vite che animano le genti delle mie parti, ma non avrei mai immaginato che, nonostante i guai che realmente ci affliggono da molto tempo, grazie alle peggiori espressioni della politica sanitaria (salvo pochissime eccezioni), ed ai problemi quotidiani di continua concretezza, potesse essere così facile coinvolgere i colleghi sia in termini organizzativi che in termini di partecipazione, al punto da esserne quasi travolto.

È così che si è collegialmente deciso di annullare il Congresso Regionale e di dar vita a molteplici iniziative monotematiche che, con corsi (anche pratici ed in vivo) e convegni, hanno appassionato moltissimo gli iscritti. Iniziative brevi e semplici, molto affollate, che sono state incentrate su vari temi di chirur-

gia generale, d'urgenza, vascolare, toracica, pediatrica, plastica, endoscopica, senologica e day surgery. Vi sono dunque state, nel 2009, nove iniziative suddivise nelle varie province. Con il pieno soddisfacimento degli organizzatori, dei partecipanti e delle Aziende sponsor, senza un centesimo di soldi pubblici. Tutta l'attività è stata possibile anche grazie alla professionalità della nostra segreteria organizzativa regionale, la MP Congressi e Comunicazione che, gratuitamente, ha curato le mailing con meticolosità ed impegno, aggiornando e riveden-

SONO TRE I GRANDI PROBLEMI DELLA CAMPANIA: LA CAMORRA, LA "MONNEZZA", LA SANITÀ. DEI PRIMI DUE SI OCCUPANO ALTRE CATEGORIE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE, NOI CI OCCUPIAMO DEL TERZO: DI MEDICINA O, PIÙ IN PARTICOLARE, DI CHIRURGIA



do tutti i dati dei soci e rendendo raggiungibili via sms anche coloro che non dispongono di e-mail.

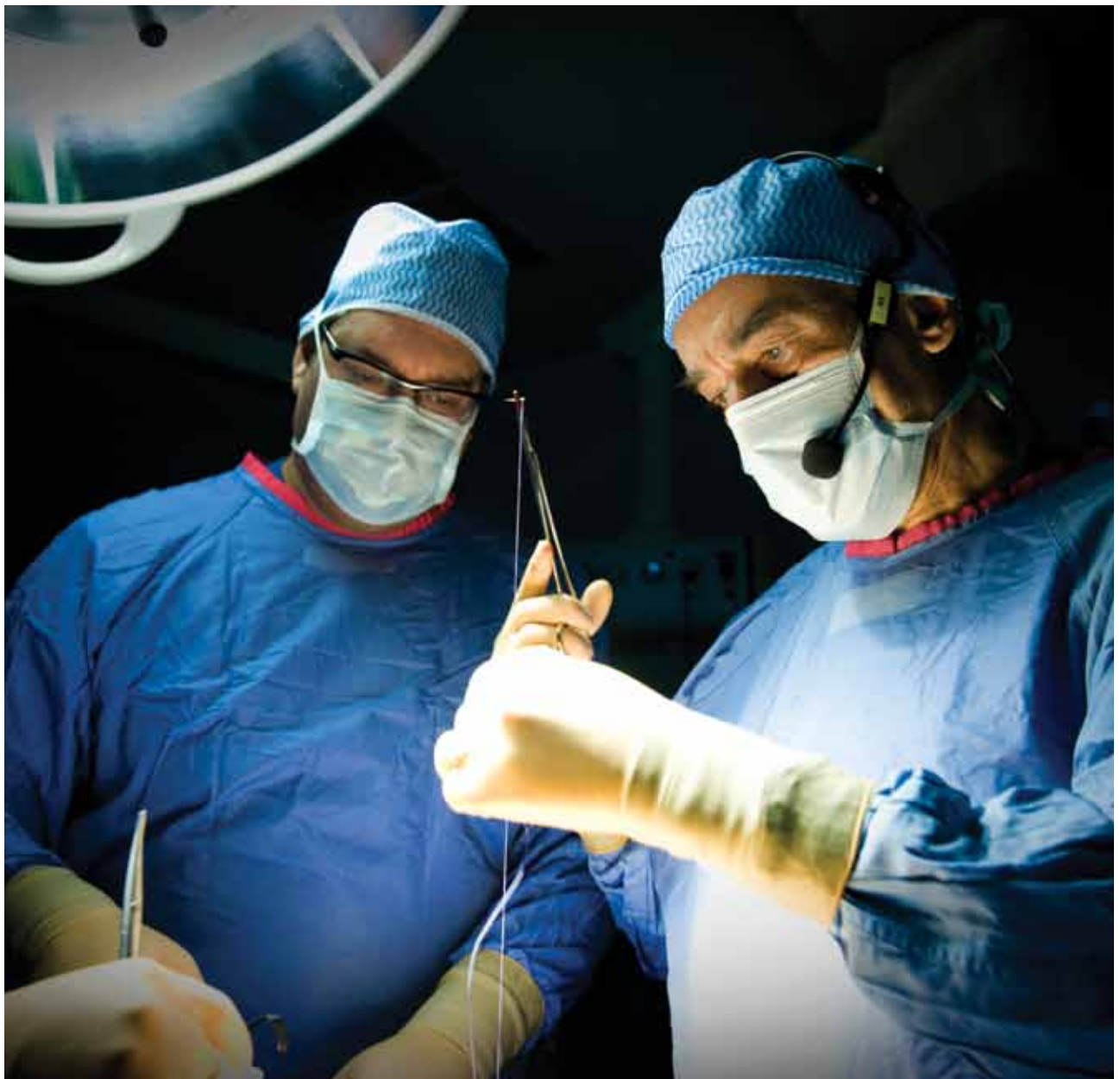
Nel 2010 tutti gli sforzi organizzativi hanno fatto invece convergenza verso la realizzazione del Congresso Nazionale a Paestum, con la presidenza di Ottaviano Petrillo e la collaborazione di tanti giovani e meno giovani chirurghi campani ed un successo riconosciuto su tutti i fronti.

Intanto, mentre la situazione sanitaria regionale continua a perdere colpi giorno dopo giorno, va rilevato, e lo dico con un pizzico di orgoglio, che per il 2011 mi sono stati proposti dai soci campani otto progetti di eventi monotematici: è bello annotare che l'orgoglio scientifico del chirurgo campano non muore mai, nonostante le avversità quasi inaccettabili in cui navighiamo a vista, ma addirittura si ha la sensazione sia rinvigorito e potenziato dal deprimente quadro generale. Infine via via si va assestando e sempre di più si diffonde il nostro giornale regionale che, in migliaia di copie, raggiunge tutti i soci campani ma anche colleghi di area chirurgica allargata e le istituzioni sanitarie.

Realizzato in collaborazione con Club Medici e definito il giornale del "partito dei chirurghi", questa rivista bimestrale è un giornale di opinione con una piccola parte scientifica, con cui si intende dare voce alle problematiche più squisitamente chirurgiche ma anche "suggerire" soluzioni a chi ha voglia di ascoltare.

In sintesi, quello che temevo essere un triennio difficilissimo, di riflesso alla terrificante crisi regionale, si è trasformato, ripeto, incredibilmente, in un triennio pieno di attività. Il merito non è mio. Il merito è del "Chirurgo Campano", che crede fermamente in quel che fa, che non dimentica la nobiltà del suo mandato a fronte di frequenti volgarità gestionali di chi lo amministra ... che, come i salmoni, nuota controcorrente nel generale disastro causato dai soliti noti che non ci appartengono e raggiunge i suoi obiettivi nel rispetto dell'umanità che lo contraddistingue e della preparazione scientifica che lo caratterizza.

Verrebbe quasi quasi la voglia di dire ... ma sottovoce ... "guidiamo la rinascita della sanità campana"!



18° Congresso regionale ACOI Puglia 2010

La Chirurgia Laparoscopica 20 anni dopo

di Michele Montinari

Come tutti i processi che regolano la diffusione della tecnologia nella società, possiamo leggere anche quello della chirurgia laparoscopica secondo la teoria di Everet Rogers, per cui tali eventi si presentano con schemi sovrapponibili, prevedibili forse, disegnando curve gaussiane che nascono in sordina, ad opera di anonimi o poco conosciuti innovatori che hanno l'intuizione rivoluzionaria di applicare una nuova tecnologia. Questo drappello di cosiddetti apripista è destinato però a rimanere piuttosto sparuto finché non vengono coinvolti anche gli opinion leader, cioè professionisti affermati e stimati che si convincono e convertono alla novità. È così che la curva cresce esponenzialmente fin tanto che conquista la maggioranza più pronta e recettiva dei professionisti, poi altrettanto inversamente decade nel tempo a opera di

coloro che sono più lenti, fino a ripetere, a ritroso, il profilo iniziale con i ritardatari, per ultimi quindi un drappello di ostinati scettici.

Presupposto necessario perché ciò si realizzi è rappresentato da alcuni requisiti: la possibilità che le nuove procedure assicurino dei reali vantaggi, siano compatibili con le attitudini degli operatori, relativamente complesse, verificabili e in fine visibili per il pubblico.

Circa duecento chirurghi pugliesi si sono confrontati il 21 e il 22 maggio nella splendida cornice del Castello Aragonese di Castro Marina sulla evoluzione che tale chirurgia ha avuto in questi ultimi anni, secondo un target fortemente voluto da Tommaso Verrienti (Direttore della Chirurgia Generale del "Cardinale Panico" di Tricase e Presidente del Congresso) a base di "faccia a faccia", tavole rotonde e "tecniche a confronto" tenute dai colleghi più giovani, con la finalità di condividere le differenti esperienze di scuola, giacché anche in Puglia possiamo individuare gruppi di comune estrazione che operano secondo procedure condivise, in un clima di amichevole confronto e reciproco apprendimento.

Sono stati affrontati i temi della colecistectomia laparoscopica, del trattamento della litiasi della via biliare principale, della chirurgia laparoscopica del colon e del retto: la differente forza di penetrazione di tali procedure nelle consuetudini dei chirurghi risulta anche per i pugliesi inversamente proporzionale alla loro complessità, perché questa chirurgia rimane comunque più difficile, non esente da rischi specifici e complicanze correlate. Comprendiamo così perché la diffusione della colecistectomia laparoscopica si sia già ben realizzata nella sua interezza, mentre per la chirurgia laparoscopica del colon o del retto siamo ancora in una fase iniziale, ben lunghi



Gaetano Logrieco

dalla adozione da parte della maggioranza dei chirurghi.

Gaetano Logrieco ha porto i saluti del presidente Rodolfo Vincenti in occasione della cerimonia inaugurale, nel pomeriggio del venerdì, nel corso di una tavola rotonda su "Esigenze di coniugare la deospedalizzazione con la necessità di qualità e sicurezza delle cure", condotta da Giovanni Delle Donne, brillante giornalista de "La Gazzetta del Mezzogiorno".

Ampio spazio infine è stato dedicato, in una sezione organizzata da Antonio Angelelli, anche alle problematiche correlate alle metastasi polmonari, al loro inquadramento diagnostico ed agli standard terapeutici, in vivaci faccia a faccia tematici tra chirurghi, radiologi, oncologi. Sempre presente e attento Tommaso Verrienti, ineccepibile ospite; ottima l'organizzazione di Maria Cinelli di "Promoter in Eventi".

Non possiamo infine congedarci da questo splendido angolo di Salento affacciato su un mare blu cobalto senza dedicare un pensiero a due figure, storiche ormai per la chirurgia pugliese, Gino Catalano e Gaetano Renda, fortemente legate a questi luoghi, i quali, in differenti realtà e con diversi destini, tanto hanno dato ai pugliesi nella seconda metà del secolo scorso.



Tommaso Verrienti



“Ascoltare” il paziente: una base per migliorare la qualità

di **Nereo Vettoretto**

Comitato Tecnico-Scientifico Fondazione Chirurgo e Cittadino



Nereo Vettoretto

La comunicazione in ambito chirurgico è punto cruciale del rapporto medico-paziente. Essa presenta varie sfaccettature e coinvolge molti aspetti della “cura”, costituendone parte fondamentale. Ciascun chirurgo (cheiros-ergon, da cui l’altezzosità con cui i medici consideravano i lavoratori manuali o cerusici) sa che gran parte del nostro lavoro, in termini di tempo, energia e coinvolgimento emozionale è, in realtà, legato profondamente agli aspetti relazionali, prescindendo dal gesto tecnico manuale. La letteratura internazionale analizza vari aspetti del problema, quali l’informazione del paziente, il tempo speso per la visita e l’ascolto, la qualità di vita, il consenso informato, i contenziosi medico-legali, l’attrattiva di un chirurgo, reparto o struttura nei confronti del pubblico, il rapporto con i media e le associazioni dei cittadini. Sono anni che l’ACOI investe su questo fronte, con percorsi di qualità e sicurezza, contatti a livello sindacale, rapporti con i magistrati, formazione manageriale, percorsi concordati e sviluppati anche con l’aiuto di **Cittadinanzattiva**, associazione di cittadini impegnata nella difesa dei diritti in sanità. La Fondazione Chirurgo e Cittadino ambisce a sommare, in un unico corpus giuridico, queste esigenze ed è prova dell’evidente interesse della nostra società scientifica nei confronti di queste tematiche e di questo “nuovo” modo di vivere la chirurgia.

La Fondazione si è inoltre dotata di un Comitato Tecnico-Scientifico che riunisce, oltre ai rappresentanti di associazioni di cittadini, personalità tra le più autorevoli in campo chirurgico, sia ospedaliera che universitarie, con il compito di formulare proposte sull’attività scientifica e sulle iniziative atte a perseguire gli scopi della Fondazione. Ma come si conciliano questi argomenti

filosofico-sociali con la “scienza tecnica” come da noi percepita fino ad oggi? In realtà il mondo scientifico chirurgico si interroga su questi temi da diverso tempo e numerosi sono gli aspetti che ritroviamo in letteratura riguardanti il tema “paziente” invece che “malattia” come da reminiscenze di medicina olistica. L’aspetto più significativo è l’introduzione del concetto di “qualità di vita” (quality of life o QOL) nella misurazione dei risultati ottenuti con l’introduzione, ad esempio, di un nuovo farmaco o di una nuova tecnica chirurgica. Il chiedere al paziente “Lei come si sente ora, dopo che l’intervento chirurgico è riuscito?” pare cosa banale, ma è di recentissima introduzione, dato che in passato il “come stava” era un giudizio esclusivamente medico. E il “come sta?” comprende svariati aspetti della percezione di salute, che vanno dal benessere fisico a quello psicologico al giudizio sull’assistenza medica, infermieristica, organizzativa. Per questo sono numerosi i questionari già esistenti e testati (soprattutto nella letteratura anglosassone), incentrati sui vari aspetti della QOL: citiamo i più famosi, quali l’EQ-5 (basato sulla qualità percepita dal paziente in termini di autonomia, dolore, attività), l’SF-36 (simile ma più articolato e focalizzato sui problemi fisici ed emotivi nel mese successivo all’episodio di cura), l’EORTC-IN-PATSAT 32 (che analizza la qualità dell’assistenza nello specifico medico-infermieristico e logistico), il FACIT (che è incentrato sulla qualità di vita in ambito di malattie croniche invalidanti) e l’EORTC-QLQ (esclusi-

vo per l’ambito oncologico). Non a caso l’outcome “health related quality of life” è divenuto fondamentale requisito per tutti gli studi randomizzati e controllati (RCTs), non solo in ambito oncologico. Un’idea quantitativa si può avere analizzando il numero di studi in corso registrati in clinicaltrials.gov (database americano di RCTs, prerequisito d’obbligo per la pubblicazione in riviste ad alto impact factor): incrociando le parole chiave “surgery” e “quality of life” si ricavano 754 studi attivi (non ancora conclusi e quindi non pubblicati), di cui 90 riguardanti la sola qualità di vita in seguito a laparoscopia. Un altro aspetto fondamentale riguarda la “relazione” e quindi la comunicazione, tra chirurgo e paziente. In letteratura medica si parla spesso di empowerment del paziente. Il presupposto sta nel fatto che vari studi dimostrano che un paziente “meglio” informato è un paziente i cui risultati dopo chirurgia sono migliori e ciò si esprime anche in una riduzione dei contenziosi medico-legali.

Ma cosa vuol dire “meglio” informato? Un errore comune è quello di pensare (“da medici”), che l’informazione che il paziente desidera riguardi i particolari tecnici dell’intervento, le complicanze, i benefici. In realtà esistono pubblicazioni (ancora poche per la verità) che sembrano accentuare altre esigenze comunicative relative ad aspetti “più importanti” per il paziente, quali gli aspetti relazionali e le attività “ricreative” che potrà continuare a svolgere nel post-operatorio precoce o come si modificherà la sua vita (follow-up, disabilità);

**LA COMUNICAZIONE IN AMBITO CHIRURGICO
È PUNTO CRUCIALE DEL RAPPORTO
MEDICO-PAZIENTE**

è interessante anche sapere che si considera l'anestesia e le sue implicazioni come imprescindibili dell'intervento, non vedendole come cose a sé stanti "...di cui si occuperà l'anestesista...". Importante è anche l'integrazione delle conoscenze mediche che oggi il web fornisce ai pazienti, non sempre certificate da organismi sanitari competenti.

Il chirurgo, si evince da alcuni studi, tende a sotto-informare il paziente a scapito di una sovra-informazione dei parenti dello stesso. Lo studio di questi aspetti, indagati per lo più con la somministrazione di questionari conoscitivi ai pazienti chirurgici, sono fondamentali, ad esempio, per la corretta compilazione di un consenso informato. Inoltre le dinamiche di relazione (ampiamente studiate in ambito sociologico e psicologico, ma ancora trascurate nella formazione del medico) possono cambiare il rapporto da "paternalistico" ("ti consiglio io che ne so più di te...", ancora molto diffuso soprattutto nei paesi mediterranei), ad un modello "informativo" ("io ti informo, la decisione è tua...", più tipico dei paesi anglofoni e nordeuropei), a interpretativo ("decidiamo insieme sulla base delle informazioni presentate..."). Per sopperire a queste carenze è nato, al Children's hospital di Boston, il progetto PERCS (Program to Enhance Relational and Communication Skills), di recente mutuato anche da alcune realtà italiane, in cui si insegna al sanitario come confrontarsi con situazioni emozionali difficili nel rapporto con il paziente (la comunicazione di una diagnosi infausta, di un errore medico, di una donazione di organi ecc.), in risposta alla succitata carenza formativa nel percorso universitario del medico-chirurgo. Alcuni autori sottolineano quanto il "tempo speso al letto del paziente" anche solo ad ascoltarlo, sia una esigenza primaria e possa aumentare di molto la qualità percepita dell'assistenza.

La conoscenza di questi risultati deve essere un'arma a nostra disposizione nello stabilire i rapporti con le direzioni amministrative, per cui il calcolo del risultato deve comprendere anche questi aspetti, che hanno ovvie ripercussioni sulla fidelizzazione del paziente e sull'attrattività della struttura nel libero mercato della concorrenza tra aziende ospedaliere. Tenendo anche presente che, ad esempio, in alcune realtà statuni-

tensi, importanti aspetti legati al finanziamento agli ospedali e ai professionisti sono basati sulla percezione di qualità della cura da parte del paziente (o meglio dell'assicurato...).

Le risposte fornite dai pazienti possono quindi essere fonte di grandi sorprese, di importanti aggiustamenti dei modelli organizzativi e relazionali, di miglior rapporto e percezione della nostra sanità, forse troppo attenta agli aspetti manageriali o tecnici, ma poco "calzata" sulle esigenze del cittadino che invece è attento e tiene monitorati i tentativi di "umanizzazione" della sanità, come si può evincere, ad esempio, dal database presente sul sito web di **Cittadinanzattiva**. Da qui gli scopi che la Fondazione si è proposta, volendo inserirsi, per prima nella realtà chirurgica italiana, come ponte di relazione tra il chirurgo ed il cittadino, per poter meglio svolgere il nostro lavoro, o la nostra "arte", come a qualcuno piace ancora considerarla. Il comitato tecnico scientifico ha perciò individuato due aree principali di lavoro. La prima riguarda la creazione di un sito internet "amico" del cittadino, in cui si possano incontrare, nei due rispettivi ruoli, le figure citate. Questo permetterebbe la inter-relazione, anche virtuale, che favorisca l'empowerment del paziente (con dati controllati da una società scientifica e quindi di per se più affidabili dei forum "sanitari" attualmente presenti), attraverso domande e risposte inseriti in un blog di conversazione o in forma privata attraverso mail. Si propone infatti come "casa dell'ascolto" in cui eventuali perplessità o domande riguardanti la chirurgia (negli aspetti terapeutici, prognostici, post-operatori) possano venire ascoltate ed utilizzate sia dal cittadino come fonte informativa, che dal chirurgo come stimolo a migliorare particolari aspetti relazionali, di comunicazione od organizzativi. La seconda area di lavoro concerne la creazione e diffusione di un questionario che serva a testare la QOL, che sia però tarato sulle esigenze reali del cittadino, sondate e raccolte con la collaborazione di Cittadinanzattiva, e rispondente ai bisogni peculiari riscontrati sul nostro territorio. Questo audit sarà utile per valutare le attività chirurgiche e potrebbe assommare i dati già presenti (risultati dei sondaggi già eseguiti dagli Uffici Relazioni con il Pubblico di nu-

merose Aziende Ospedaliere), quelli derivanti da questionari ad hoc somministrati durante una "giornata dell'ascolto" nelle piazze italiane o all'interno delle singole realtà ospedaliere, unitamente a quelli emersi da vari sondaggi di opinione e dai lavori scientifici pubblicati. Per entrambi i progetti è necessaria la più ampia partecipazione dei soci ACOI e di tutti i colleghi che si identifichino con lo spirito della Fondazione e che condividano la necessità di un nuovo progetto comunicativo e relazionale con il cittadino che si trovano a curare, come "medicus" oltre che come "cerusicus". Perciò queste poche parole sono anche d'appello a coloro che vorranno spendere del tempo come "web manager" nel rispondere, ciascuno per le competenze avocate, ai quesiti posti dai cittadini sul sito, per il tempo che potranno dedicarvi.

E chiunque volesse partecipare, nelle proprie realtà ospedaliere o nelle piazze durante la giornata dell'ascolto in programmazione, alla somministrazione dell'audit ai cittadini è benvenuto, per rendere importante, anche nelle cifre, l'attività di sondaggio. Sono progetti molto ambiziosi, che impegneranno molti di noi e chiunque condivida questo spirito fondante associativo, che speriamo possano essere una risposta importante ed uno stimolo a migliorare la professionalità che già tutti noi mettiamo in essere al letto del paziente, in ambulatorio, in sala operatoria, tutti i giorni, festivi compresi...



La Week Surgery

Vincenzo Pezzangora, Maurizio Rizzo

Dipartimento interaziendale ASL 12 e 14 del Veneto

PREMESSE

I costi sempre più elevati della Sanità, aggravati dalla attuale crisi economica, spingono alla pressante richiesta di nuovi modelli organizzativi che permettano una riduzione delle spese senza diminuzione della qualità. Va sottolineato che al giorno d'oggi una scadente organizzazione viene vista come un vero e proprio spreco.

La week-surgery (ospedale feriale) risponde a questi requisiti unendo ad una ottimizzazione delle risorse anche un aumento della qualità.

Il Direttore Generale dell'ASL 14, in accordo con la Regione Veneto, ha dato il via al progetto di organizzare una week-surgery all'Ospedale Civile di Chioggia.

Il modello proposto prevede l'apertura del reparto soltanto nei cinque giorni settimanali (dal lunedì al venerdì) e la sua chiusura nel fine settimana. In pratica gli interventi vanno programmati dal lunedì al giovedì a seconda delle notti di degenza previste.

Il risultato ottimale dovrebbe prevedere il ritorno al proprio domicilio di tutti i pazienti entro venerdì pomeriggio. Per raggiungere lo scopo va previsto un reparto con personale dedicato e un'organizzazione perfetta e dinamicamente 'rivisitabile' nelle eventuali criticità.

Vi è il dovere di esaminare con serenità, lungimiranza e soprattutto buon senso, cosa si possa veramente "fare" in regime di week-surgery avendo presente in prima istanza non solo la sicurezza del malato ma anche quella degli operatori. Anche per questo nuovo modello assistenziale valgono alcuni precetti fondamentali a suo tempo formulati per la day-surgery: una rigida e attenta selezione dei pazienti, un continuo e chiaro rapporto fra i componenti del "team" (chirurgo-anestesista-infermiere), una corretta e completa informazione al paziente, una verifica dinamica e costruttiva degli eventi avversi e delle criticità, la messa in atto di precisi criteri di dimissione ed infine un continuo ed efficace rapporto con il medico generalista e con lo specialista sul territorio.

È importante sottolineare che per gli interventi previsti non vi è alcuna diminuzione delle giornate di degenza che è calcolata sullo "storico" degli ultimi 2 anni (la degenza non è infatti modificata dal tipo di ricovero, ma solo dal miglioramento delle tecniche chirurgiche ed anestesologiche spesso conseguenti all'uso di nuove tecnologie).

Il risparmio ottenuto è dovuto ad una riorganizzazione che non tocca la qualità delle cure, che anzi viene incrementata, né il comfort del paziente che, grazie alla omogeneizzazione della patologia per intensità di cure, viene anch'esso

aumentato.

In pratica il risparmio che si ottiene è una conseguenza di una organizzazione migliore che andrebbe fatta indipendentemente dal fattore economico.

Mantenendo la stessa durata di degenza media degli ultimi 2 anni si vede che in circa il 60% dei pazienti in ricovero ordinario la degenza media è stata inferiore alle 5 notti.

La nuova organizzazione prevede che tutti questi siano ricoverati in una Unità dedicata: la Week-Surgery, che aprirà il lunedì alle ore 7.00 per chiudere il venerdì alle ore 14.00.

Gli interventi eseguiti terranno conto della media storica della durata ricovero. Esemplicando: gli interventi che prevedono quattro notti di ricovero saranno eseguiti il lunedì, quelli con tre notti il martedì e così via. Il giovedì verranno operati quei pazienti che, per motivi legati alla loro patologia o alle loro condizioni generali non possono essere trattati in Day-Surgery, ma necessitano di una notte di ricovero (la cosiddetta one-Day-Surgery).

La proposta di "riottimizzazione" che verrà qui illustrata non è da sola sufficiente a ripianare i debiti del sistema, ma sicuramente è orientata in questo senso.

Attualmente negli Ospedali del Veneto, escludendo la Day-Surgery e il Day-Hospital, non vi è una suddivisione dell'assistenza in base all'intensità di cure, con conseguente aggravio dei costi e diminuzione della qualità. Accade quindi che in un reparto di chirurgia la maggioranza dei pazienti oncologici necessiti di assistenza intensiva: immobilità a letto, nutrizione parenterale, necessità di stretta sorveglianza; altri pazienti invece, per esempio operati in laparoscopia di colecistectomia, non necessitano di assistenza intensiva ma



figura 1

solo di sorveglianza. L'istituzione di una Week-Surgery potrà riunire tutti i pazienti che presentano analoghe caratteristiche di assistenza.

Ovviamente più alto è il numero di UU.OO. coinvolte più grande sarà il risparmio.

La fase più importante nell'ambito chirurgico per la realizzazione di questa tipologia organizzativa è la selezione delle tipologie di intervento.

La figura 1 schematizza la nuova organizzazione.

POSSIBILI CRITICITA'

- Una scarsa e non corretta informazione potrà indurre i media e gli operatori stessi a dire che l'intento è la riduzione della degenza finalizzata alla riduzione dei costi: ciò non è veritiero dal momento la durata della degenza è basata sullo storico e comunque sulle evidenze delle maggiori Società scientifiche;

- Si potrà obiettare che vi possono essere complicazioni non prevedibili che non permettono la dimissione programmata. Naturalmente è previsto un congruo numero di posti letto per queste evenienze allocato nel reparto di degenza ordinaria. Tale numero andrà ricontrollato annualmente applicando un indicatore di qualità specifico:

Pz.operati / Pz.dimessi oltre la degenza programmata

- In realtà l'unico vero problema potrebbe derivare da alcuni operatori poco abituati ad una corretta e rigorosa pianificazione del lavoro e poco propensi a dover dividere con altri la logistica.

OBIETTIVI

- Una migliore qualità (personale dedicato ed omogeneità dei pazienti) ed una sicura ottimizzazione delle risorse riguardante soprattutto il personale infermieristico (come la ds anche la ws, che prevede solo interventi programmabili, può essere chiusa oltre che in tutti i fine settimana anche ad Agosto, Natale e Pasqua) con un recupero di ore-lavoro senza che vi sia una diminuzione degli interventi.

- Un risparmio dei costi fissi, peraltro non facilmente quantificabile (dipende dal tipo di ospedale, dai professionisti che vi lavorano, dall'integrazione con il territorio e da altri fattori che sono analizzati più avanti).

ANALISI ECONOMICA

Prima di istituire una week-surgery è necessaria un'accurata simulazione con una attenta analisi economica.

Il Break Even Point è il livello di produzione di una determinata struttura in un determinato periodo di tempo in corrispondenza del quale si realizza il "punto di pareggio" tra i Ricavi totali ed i Costi totali.

In maniera più specifica rappresenta il livello di produzione in corrispondenza del quale la somma dei "Margini di contribuzione unitari" riesce a coprire tutti i Costi fissi.

I Costi fissi sono quei costi che sono indipendenti rispetto al driver di costo (nel caso specifico il n° di interventi chirurgici), solitamente:

- il personale assegnato ad una specifica Unità Operativa,

- gli ammortamenti (attrezzature, quota ammortamento del fabbricato, hardware, software, ecc.)

- beni e servizi (pulizie, utenze, materiale economale, ecc.)

I Costi variabili sono quei costi che dipendono dal driver di costo (nel caso specifico gli interventi chirurgici) solitamente:

- le ore di personale medico di sala operatoria

- i beni sanitari (presidi chirurgici)

- esami di laboratorio, radiologia ecc.

Il rapporto tra il totale dei costi variabili totali (CVT) e il volume di produzione (OUTPUT) definiscono il costo variabile unitario (CVU) che viene ipotizzato come costante rispetto al volume di produzione.

La differenza tra il ricavo medio unitario ed il costo variabile unitario si chiama margine di contribuzione unitario.

Con il ricavo medio unitario è possibile costruire la "retta dei ricavi", la quale incrocerà la "retta dei costi" in un punto di pareggio definito "break even point" in corrispondenza del quale è possibile individuare il "livello di produzione", dove i ricavi riescono a coprire tutti i costi.

Per elaborare una simulazione per l'istituzione di una week-surgery è necessaria una lista delle degenze "storiche" dei vari interventi che si ritiene possibile eseguire con questa modalità di ricovero.



figura 2

La fig.2 mostra un esempio di quanto sopra riferito alla day surgery del dipartimento chirurgico dell'OC di Chioggia.

Ogni output prodotto (nel caso specifico i DRG associati a ciascun intervento chirurgico) ha un valore economico che è superiore al costo variabile unitario: tale differenza si chiama margine di contribuzione unitario. Il problema è che, in partenza, una struttura ha una certa quota di costi fissi da coprire.

È evidente che più aumenta la produzione più la somma dei margini di contribuzione unitari si avvicina a coprire i costi fissi inizialmente presenti.

In sostanza, al livello di produzione di break even point la somma dei margini di contribuzione unitaria arriva a coprire tutti i costi fissi.

Nell'esempio della figura 2 ciò avviene ad un livello di produzione pari a 1047 interventi chirurgici.

PROGETTO WEEK SURGERY O.C. DI CHIOGGIA

Nella figura 3 è schematizzata la nuova Unità Operativa di week-surgery, che sarà dedicata e, in questa prima fase, dotata di 6 posti letto multidisciplinari

Nell'Unità Operativa chirurgica multidisciplinare di ricovero ordinario sono previsti 23 posti letto. Il totale prima della nuova organizzazione era di 40.



figura 3

Il numero degli interventi non subirà alcuna flessione dovuta al nuovo modello organizzativo.

Nella Unità Operativa di week-surgery l'orario da coprire è pari a circa il 38% in meno rispetto all'Unità di ricovero ordinario (104 ore invece di 168). I minori costi dipendono

dalla quantità di personale infermieristico in carico all'UO e ovviamente dalle chiusure durante i fine settimana. Va anche considerato che nei periodi più lunghi di chiusura il personale potrà essere temporaneamente utilizzato da altre UUOO. I consumi di servizi (pulizie, mensa, luce, riscaldamento ecc.) dovrebbero risultare inferiori di circa il 20% in quanto l'utilizzo è ristretto a meno di 5 giorni.



figura 4

Tra gli effetti indiretti c'è un innalzamento del "tasso di occupazione posti letto" in quanto le giornate di degenza annua del singolo posto letto si riducono del 28,5 %.

Di conseguenza la performance relativa all'efficienza crescerà in modo immediato, grazie al pieno utilizzo della risorsa ospedale. L'integrazione Ospedale-Territorio (con reale coinvolgimento dei MMG anche con specifico progetto) e i progressi tecnologici ed anestesiológicos porteranno sicuramente ad una diminuzione della degenza media ed alla possibilità di effettuare ulteriori interventi rispetto a quelli previsti in questa fase per cui il "modello" dovrà essere flessibile e, al fine di garantire sempre la massima qualità, rivisitato almeno ogni due anni.

CONTINUITA' DELLE CURE

Oltre ad una perfetta organizzazione con percorso dedicato e ad una informazione chiara e dettagliata è di grande importanza la continuità delle cure.

La fig.4 schematizza come questa dovrà avvenire anche grazie al progetto di telemedicina già in vigore nell'Azienda. I pazienti ricevono la visita a casa degli infermieri dell'Assistenza Domiciliare (ADI) che, in accordo con i medici dell'Unità Operativa di week-surgery, effettueranno l'attività assistenziale raccogliendo contemporaneamente informazioni cliniche ed eseguendo eventuali esami utili per il follow-up del paziente. I dati raccolti verranno trasmessi ai sanitari per stabilire il miglior iter clinico: il tutto senza spostamento né del paziente né del medico.

Si può concludere dicendo che siamo molto lontani dal 1948 quando l'autorevole British Journal avvertiva che :

"ogni chirurgo che consente ad un paziente di lasciare l'ospedale prima di 14 giorni dopo un intervento di chirurgia addominale, si troverebbe in una difficile situazione se dovessero insorgere delle complicazioni".



“Esame Brunetta”

Progetto Valutare Salute: un sistema per misurare la qualità

di Enrico Pernazza

Sui noti fatti avvenuti all’Ospedale S. Filippo Neri di Roma si è espresso in maniera chiara e decisa il Presidente ACOI, il nostro Presidente, Rodolfo Vincenti. Tuttavia è bene a riguardo proporre alcune riflessioni, porsi altrettante domande e cercare possibili, adeguate risposte anche alla luce dei risultati del cosiddetto “esame Brunetta”.

PRIMA OSSERVAZIONE

Certamente la cassa di risonanza riservata ai due eventi, quello doloroso del S. Filippo Neri e i risultati dell’esame Brunetta, è stata quanto mai diversa. Ormai abbiamo capito che per i mass media fa più notizia il padrone che morde il cane piuttosto che il cane che morde il padrone, però siamo un po’ stanchi di fare la parte del “mozzicato” per dirla alla romana.

Siamo assolutamente consapevoli delle criticità del nostro mondo professionale e di quelle del sistema ma ora non abbiamo più intenzione di continuare ad essere complici di chi, pur di liberarsi dell’acqua sporca, è disponibile a buttare via anche il bambino. L’exasperazione dei toni, la pressione di spinte lobbistiche interessate a sviluppare sempre di più il contenzioso, il tormentone mediatico sulla malasanità, la sfiducia e il dubbio in perenne agguato, il disastro imminente della medicina difensiva, sono ormai non più mine vaganti per il nostro sistema ma veri e propri attentati organizzati, pronti a colpire, sempre che non abbiano già prodotto danni irreversibili.

Riflettiamo sul clima che si è creato. La situazione è estremamente difficile e se da un lato ogni giorno medici ed infermieri si prodigano nelle corsie producendo risultati straordinari, dall’altra parte c’è il dubbio, la sfiducia, il disappunto talvolta comprensibili altre, tante altre volte, incomprensibili. È certamente necessario un ripensamento profondo non solo da parte di noi medici, obbligati ad un reale cambiamento dei modelli comportamentali e comunicativi, ma anche dei media che hanno la maggiore responsabilità della comunicazione, dei cittadini, che rischiano di essere sempre più vittime di un sistema vicino al tracollo se non comprendono che l’atteggiamento “tribunale e sanzionatorio” deve lasciare spazio ad un nuovo percorso di alleanza, infine e soprattutto da parte della politica, che assiste inerte al fenomeno dopo aver letteralmente preso d’assalto la diligenza ostinandosi alla gestione del potere con tecniche ormai a tutti note, rifiutando ostinatamente di formulare regole condivise improntate alla valutazione oggettiva dei vari protagonisti, dai Direttori Generali ai Dirigenti di UO, dei percorsi e dei processi organizzativi.

SECONDA OSSERVAZIONE

Cosa possono proporre i professionisti e le Società Scientifiche che li rappresentano?

Da molto tempo si è cercato di trasferire nel mondo sanitario le procedure di sicurezza progettate per altri settori, senza considerare che il sistema sanitario, al contrario di altri prevalentemente meccanicisti, è fortemente condizionato dal fattore umano, nonché, in modo sempre più determinante, dalla tecnologia. E il fattore umano, se da un lato costituisce una risorsa insostituibile all’interno del sistema, altrettanto sicuramente si configura come fattore estremamente critico per la individualità, la conseguente variabilità e per i risultati, non sempre prevedibili e riproducibili. Allo stesso modo la tecnologia sempre più presente e determinante, ancorché fonte indiscussa di qualità e sicurezza, rappresenta un ulteriore fattore di rischio se non è accompagnata da adeguata, validata e certificata formazione. Ciò nonostante, malgrado molti tentativi, spesso velleitari, di gestire il fenomeno, siamo ancora con una realtà sanitaria media e con un pensiero medio sulle tecnologie per molti versi pre-tecnologico.

Ciò siamo agli inizi.

È quindi necessario governare la transizione dal pre-tecnologico al tecnologico, in tutti i suoi aspetti di ipercomplessità e in tempi ragionevoli, tenendo presente che la transizione di cui si parla è in effetti un cambiamento di paradigma. Cioè è qualcosa che per sua natura non si può limitare al miglioramento di meccanismi, procedure, organizzazioni in costanza di modello. Al contrario esso implica un ripensamento paradigmatico del sistema nella sua interezza. Il che pone il



Enrico Pernazza

problema di sapere prima quale deve essere il nuovo paradigma. Certamente il cambiamento riguarda un settore, nel nostro caso la sanità, nel quale concorrono diversi soggetti, i più importanti naturalmente sono quello economico, quello formativo, quello tecnologico rispetto all'innovazione tout-court, quello sociale ecc. Ciò fa della questione tecnologia/sanità qualcosa che non può che coemergere da uno sforzo politico di insieme perché l'interesse è generale.

TERZA OSSERVAZIONE

Ripensare la sanità anche con le tecnologie

La tecnologia in sanità ci dice due cose molto semplici: la necessità quanto mai diffusa di ammodernare i sistemi organizzativi rendendoli più efficienti, più trasparenti più sicuri e di qualità e quindi valutabili e percepibili in tal senso e quella altrettanto impellente di ammodernare il profilo professionale del chirurgo anch'esso valutabile e certificabile per qualità sicurezza ed efficacia.

Altro elemento fondante dei nuovi modelli è la "partecipazione sociale". Prima delle tecnologie la partecipazione si poteva esaurire nelle petizioni di principio, ora questo non è più possibile. Se dovessimo "sintetizzare" quanto detto, otterremmo almeno tre grandi aree di questioni politiche. La prima riguarda le necessità del sistema sanitario come "sistema":

- c'è bisogno di un forte cambiamento culturale del pensiero, delle mentalità, del modo di essere del sistema sanitario;
- c'è bisogno di un deciso investimento in formazione che sia fortemente riorientativo;
- c'è bisogno di costruire nuovi modelli di riferimento comprensibili a tutti;
- c'è bisogno di individuare i principali soggetti del cambiamento. Questo sia ben chiaro senza nulla di ideologico o di democratico. È una scelta indispensabilmente legata alle caratteristiche di complessità del discorso salute;
- c'è bisogno di un processo di generalizzazione e di diffusione delle tecnologie e delle loro implicite riorganizzazioni, quindi di acquisizione degli strumenti;
- c'è bisogno di nuove competenze, di nuove figure professionali e di valorizzare tecnologie, a parte quello che generalmente si chiama fattore umano.

C'È BISOGNO DI RIPENSARE LE ORGANIZZAZIONI OGGI IN ESSERE.

La seconda riguarda le condizioni alle quali subordinare i sistemi:

- la più importante è il governo e la gestione del cambiamento. Questo non può essere verticistico, gerarchico, lineare, ma deve essere giocato sui valori della concertazione e della codeterminazione. Le tecnologie non sono solo un "affaire" delle istituzioni.
- l'altra condizione è che non si può fare nulla senza una validazione garantita e una valutazione di pertinenza. Nessuna tecnologia può essere impiegata senza una preventiva valutazione degli importi, dell'usabilità ecc.;
- ancora altre condizioni da definire riguardano questa volta le utilizzazioni; non sono pensabili utilizzazioni tecnologiche differenti, irrazionali, parziali, arbitrarie;

- infine, l'ultima grande condizione da segnalare è sicuramente quella del sostegno qualificato ai processi di innovazione tecnologica.

QUINDI DOPO AVER VALUTATO, VALIDATO E DEFINITO LE UTILIZZAZIONI, È NECESSARIO GARANTIRE SUPERVISIONI, AFFIANCAMENTI, ESEMPLARITÀ.

La terza ed ultima area di questioni politiche che merita di essere segnalata, è certamente quella dei vincoli.

Per ragioni sintetiche ci limitiamo a quelle che consideriamo inderogabili:

- economicità, qualsiasi spesa deve tendere a produrre più benefici in rapporto ai costi impiegati;
- regolazione, una transizione come quella qui indicata ha bisogno di essere guidata da regole, norme, intese, fatti, cioè da tutto ciò che possa "guidare" ma anche "avvenire", da concepire ai vari livelli;
- metodologie concertative soprattutto rispetto agli operatori medici e non solo ai cittadini;
- coordinamenti in ogni livello strategico dei processi;
- scambio costante di know-how cioè scambi di conoscenze, comparazioni, confrontabilità;
- valutazioni degli impianti sul profilo dei costi, delle organizzazioni, dei fruitori, ecc.



Questo è prioritariamente l'obiettivo di ACOI sul quale si è concentrata l'azione dell'attuale Consiglio Direttivo, soprattutto con il progetto "Qualità e sicurezza in chirurgia" e sul quale si sta orientando la futura azione formativa in quanto Provider ECM.

QUARTA OSSERVAZIONE

E la scheda di valutazione di Brunetta nel progetto "Valutare Salute"?

Le chiavi di lettura indubbiamente sono state diverse da parte di vari osservatori. I mass media hanno relegato la notizia in un metaforico sottoscala; i Sindacati ne hanno dato una interpretazione negativa perché sarebbe un sistema di valutazione "rigido e grossolano" e condizionerebbe la retribuzione al risultato cosa che da sempre ha rappresentato per le organizzazioni sindacali un boccone difficile da digerire forse perché rischia di limitare il consenso; le organizzazioni di cittadini affermano che i risultati "non corrispondono alle segnalazioni di incuria e comportamenti inadeguati fatte dai cittadini" quasi sconcertati dagli ottimi risultati riportati che sembrano spostare l'attenzione di responsabilità verso soggetti terzi non identificabili con gli operatori sanitari; i medici, che pure in un recente passato, non hanno risparmiato critiche al Ministro Brunetta, esprimono compiacimento

e apprezzamento, non fosse altro perché certifica finalmente la qualità alta del sistema in generale e della compagine professionale in particolare non a caso legata a filo doppio ad un processo di valutazione.

Come è noto il progetto denominato "Valutare Salute" ha prodotto e messo a punto strumenti di valutazione di procedure, attività formative e di coaching, di piattaforme informatiche e di strutture di governance; ha effettuato più di 4 mila valutazioni della performance individuale del personale di comparto e dei dirigenti. Ha lavorato a costi estremamente ridotti; la maggior parte delle attività sono state infatti realizzate "a costo zero" da parte delle istituzioni e Aziende sanitarie partecipanti.

I risultati sono stati molto positivi. Ma soprattutto si è dimostrata l'assoluta praticabilità della valutazione di performance individuale per tutto il personale; è emersa la positiva accoglienza della valutazione stessa da parte dei dipendenti; sono stati evidenziati con chiarezza il ruolo del processo valutativo come leva fondamentale per l'apprendimento organizzativo e l'importanza dello stesso come strumento di governance dei processi messi in atto.

Il progetto è stato frutto di intesa tra FIASO, AGENAS, FORMEZ e CEFPAS (per le Aziende siciliane) e ha arruolato 22 Aziende sanitarie analizzando e valutando l'attività



di più di 4000 operatori tra medici, infermieri e dirigenti con il risultato che l'85% tra questi ha ottenuto valutazioni tra il buono e l'ottimo. La valutazione è stata espressa da 186 valutatori formati dal FORMEZ. Pur con l'unica riserva che manca la componente professionale nel percorso di progettazione e attuazione, non possiamo che condividere l'inizio di un percorso che, non solo non deve interrompersi, ma anche non deve limitarsi agli operatori sanitari, ma soprattutto estendersi coerentemente anche ai responsabili politici.

QUINTA OSSERVAZIONE

Come può e deve intervenire un'Associazione di Chirurghi in questo contesto?

L'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani si è posta il problema, ha raccolto le istanze sopraindicate e ha definito obiettivi prioritari la formulazione di nuovi modelli, sia della stessa Associazione sia del nuovo chirurgo, che possano sostenere e governare la vorticoso trasformazione sempre più tecnologica e complessa del nostro mondo professionale, in trasparenza di comunicazione, in condivisione con i cittadini e con le istituzioni, in totale qualità e sicurezza che, seppure presente ampiamente, spesso non è accompagnata da adeguata percezione.

Volendo fare oggi una riflessione sulle metodologie di miglioramento e di garanzia della qualità, si deve soprattutto considerare come il contesto socio-culturale e professionale sia profondamente modificato. In tutti i settori i cittadini sono andati sviluppando una maggiore coscienza dei propri diritti, una crescente richiesta di informazioni e di possibilità di scelta. A fronte di questo profondo cambiamento, i sistemi e i tecnici dei diversi settori fanno fatica ad adeguarsi e ciò vale per tutti i settori, dalla burocrazia ai trasporti, dalle tele-

comunicazioni alla scuola. Nel settore sanitario il processo è particolarmente significativo e rilevante. Infatti sia il livello di spesa sanitaria da un lato e la maggiore consapevolezza dell'utente dall'altro, portano a promuovere sistemi in grado di valutare la qualità. Da quanto detto, è nata l'esigenza di nuovi modelli di riferimento, che non abbiano solo una valenza "interna", ovvero utilizzabile e riconosciuta solo dai tecnici, ma "interna ed esterna" o, se si preferisce, "trasversale", ovvero riconosciuta come valida ed appropriata sia dagli operatori che dai clienti, verificabile, comparabile, in grado di rassicurare sui livelli di qualità e di sicurezza dell'organizzazione e del prodotto, ma anche sull'attenzione al cliente (in senso esteso) e sul miglioramento continuo.

Elemento comune ai diversi modelli resta la promozione del miglioramento continuo, ovvero la ricerca delle condizioni con cui stimolare gli operatori all'analisi dei servizi ed al loro miglioramento, in particolare:

- favorire il coinvolgimento dei professionisti in programmi di miglioramento;
- sollecitare l'analisi delle organizzazioni e, ove, necessario, la riprogettazione delle stesse;
- fornire consulenza, aiutare i professionisti e le organizzazioni sanitarie a migliorare la qualità delle cure per i pazienti;
- promuovere l'autovalutazione come strumento di costante monitoraggio e di riflessione sulla propria realtà operativa; l'autovalutazione non è sostitutiva della valutazione esterna, ma integrativa, al fine di mantenere attiva l'attenzione sulla qualità comparando l'autovalutazione (che è continua) con la valutazione esterna (che è periodica);
- creare le condizioni per un continuo miglioramento dei risultati, ovvero produrre i migliori risultati possibili.



Per realizzare questi obiettivi, si è fatto uno sforzo particolare sugli strumenti di valutazione/comparazione, cioè sui criteri di buona qualità, che devono avere alcune caratteristiche:

- misurabilità: possibilità di verificare se la condizione sia o meno presente, o addirittura una sua determinazione graduata, intesa come diversi livelli di adesione al criterio stesso;
- riproducibilità: identico giudizio espresso davanti alla stessa condizione da parte di osservatori diversi o dallo stesso osservatore in momenti diversi;
- accettabilità: i soggetti coinvolti devono accettare che determinati fattori vengano sottoposti a valutazione;
- congruenza: correlati a fattori di qualità ed agli obiettivi del programma;
- specificità: permettono di misurare i fattori di qualità che interessano e solo quelli; in altre parole, sono influenzati solo dagli elementi previsti e non invece da altri estranei agli obiettivi dello studio.

MA È POSSIBILE PERCEPIRE LA QUALITÀ SENZA ASCOLTARE, SENZA MISURARE, SENZA AVERE CHIARI, DEFINITI E TRASPARENTI CRITERI DI VALUTAZIONE?

Certamente no. Ecco perché crediamo sia giunto il momento di applicare criteri oggettivi di valutazione anche nel campo delle nostre competenze. ACOI è leader della formazione tecnica post specializzazione, pertanto deve avere il coraggio, con le sue Scuole Speciali, di cominciare ad applicare il metodo della attribuzione di "Credenziali" e "Privilegi", dopo aver progettato adeguati percorsi formativi, altrettanto adeguati processi di monitoraggio e valutazione. Misurare, valutare, accreditare, questa è la strada più efficace per garantire vera qualità. Non certo per rendere esclusiva la competenza, ma per riconoscere il livello della competenza stessa e certificarlo. Questo è un ineludibile diritto/dovere di un formatore responsabile.

SESTA OSSERVAZIONE

E i professionisti, i cittadini e le altre figure professionali?

Dal punto di vista dei professionisti sanitari, dei cittadini e dei coadiutori informali, degli addetti ai sistemi informatici (ICT), degli addetti alla gestione dell'informazione e della comunicazione clinica (ICC), è inderogabile concordare sulla necessità di:

- riconoscere le specifiche figure professionali per gestire tutti gli aspetti legati alla comunicazione;
- favorire la definizione dei rispettivi percorsi formativi e del possibile ruolo delle Università a riguardo;
- formulare un piano per l'adeguamento progressivo del numero degli addetti e per l'adeguamento delle competenze del personale esistente;
- adeguare la cultura degli operatori sanitari sui metodi e le tecnologie per la gestione dell'informazione e delle co-

municazione clinica, non solo sugli aspetti tecnologici, ma anche sulla gestione del patrimonio informativo clinico di un cittadino come risorsa di sistema, per assecondare la continuità dell'assistenza, l'integrazione socio-sanitaria ed il coinvolgimento proattivo del cittadino nella gestione della propria salute (patient empowerment).

- introdurre le tematiche in oggetto nel quadro dell'ECM e predisporre un percorso per diffondere tra gli operatori sanitari la versione adattata alla sanità della patente europea "European Computer Driving Licence for Health" (ECDL-health).
- utilizzare al meglio la tecnologia ICT per facilitare il coinvolgimento proattivo del cittadino nella gestione della propria salute (patient empowerment), riconoscendo al cittadino (e ai coadiutori informali: familiari, volontari, badanti, etc) un ruolo essenziale nell'uso del patrimonio informativo clinico come funzione di sistema, per assecondare la continuità dell'assistenza e l'integrazione socio-sanitaria.

SETTIMA OSSERVAZIONE

Investire sul futuro

In chirurgia, lo scollamento generazionale che c'è già oggi, sarà ancora più forte tra 10 anni, quando arriverà l'onda di risacca delle specializzazioni chirurgiche.

Un paese vivo dovrebbe avere il coraggio di lasciar perdere il passato per investire sul proprio futuro. Altrimenti i propri giovani vivranno opportunità da vecchi, quando i giovani non ci saranno più. L'aeronautica militare, che di continuo viene richiamata come esempio di organizzazione, regole, sistemi di controllo e di selezione, ha risolto molti suoi problemi quando ha avuto il coraggio di "saltare" una generazione perché non rispondeva ai criteri necessari di una professione moderna. Per parlare di appropriatezza tecnologica oggi serve una generazione appropriata di professionisti formati secondo criteri moderni. Bisogna avere il coraggio di affrontare oggi le battaglie per il risultato di domani anche per non permettere che un sistema ancora valido, solido e di qualità venga progressivamente sempre più indebolito fino a portarlo alla distruzione. La constatazione è che professionisti appropriati ne esistono. Ma non esiste una generazione di professionisti appropriati perché il paese non ha investito sulla formazione o se lo ha fatto non ha valutato correttamente i risultati privilegiando autoreferenzialità a reali referenze in omaggio a scelte politiche di opportunità e non di reale efficacia.

Sono gli stessi professionisti che hanno investito su se stessi e molto spesso il paese, nonostante questo, non ha il coraggio di investire sui professionisti. ACOI deve farsi carico del cambiamento perché ha il know how per farlo. Può avere la forza? A questo punto vale la pena ricordare il grande messaggio di Codman che 100 anni fa per questo è stato pronto anche a rischiare se stesso. Però alla fine ha vinto.

ULTIMA DOLOROSA CONSIDERAZIONE

NON SAREBBE ORA CHE LA POLITICA DECIDESSE DI CONFRONTARSI CON GLI OPERATORI DEL SISTEMA PER CONDIVIDERE UN PROGETTO CONCRETO PRIMA CHE TUTTO "FINISCA A SCHIFIO"?

ACOI giovani RASSEGNA STAMPA

A cura di Francesco Feroci, Elisa Lenzi, Giulia Cavallina e Francesco Coratti.
Commissione ACOI Giovani

UN PROTOCOLLO FAST TRACK IN CHIRURGIA GASTRICA LAPAROSCOPICA

*Laparoscopic gastric surgery in an enhanced recovery programme.
T. P. Grantcharov and H. Kehlet. British Journal of Surgery 2010; 97: 1547-1551*

L'introduzione della chirurgia minivasiva ha portato ad una diminuzione del dolore postoperatorio ed ad una diminuzione della durata dei ricoveri. Allo stesso tempo, il miglioramento dei programmi di cura perioperatori (i cosiddetti enhanced recovery programs o la metodologia fast-track) ha portato a ulteriori benefici negli outcomes. Nella chirurgia gastrica l'introduzione della laparoscopia, come riportato in diverse serie prospettiche e in alcuni trial clinici randomizzati, comporta un recupero più rapido, una minore morbilità e una diminuzione della durata della degenza rispetto alla chirurgia open.

Nessuno di questi studi, tuttavia, fornisce informazioni dettagliate sull'assistenza perioperatoria. Lo scopo di questo studio

è quello di valutare l'outcome dei pazienti sottoposti a resezione gastrica laparoscopica in regime di elezione, combinata ad un approccio fast-track.

Gli autori di questo studio hanno valutato in maniera prospettica 32 pazienti consecutivi sottoposti ad intervento di resezione gastrica laparoscopica ed ad un protocollo di fast-track surgery perioperatorio che consisteva in una rialimentazione precoce per via orale, il non utilizzo di tubi di drenaggio e sondino naso gastrico, una analgesia che non comprendeva il posizionamento di catetere epidurale, l'uso di un catetere vescicale per meno di 24 ore e una dimissione programmata 72 ore dopo l'intervento. Tutte le procedure sono state eseguite dallo stesso chirurgo tra marzo 2007 e novembre 2009. In

prima giornata postoperatoria tutti i pazienti hanno eseguito una radiografia del digerente con mezzo di contrasto idrosolubile. Se questo esame dimostrava l'integrità della anastomosi, ai pazienti veniva somministrata una dieta idrica in prima giornata e solida frazionata in seconda giornata postoperatoria. I pazienti sono stati dimessi dopo 72 ore dall'intervento, sottoposti ad una prima visita di controllo dopo 14 giorni e contattati telefonicamente dopo 30 giorni.

Gli endpoint primari dello studio erano la valutazione della durata della degenza, la riammissione, il tasso di morbilità e mortalità durante i primi 30 giorni dopo la procedura. Sono state effettuate 22 resezioni distali o subtotali e 10 gastrectomie totali. La durata media della degenza è stata di 4 giorni (range 2-30) giorni. Ci sono state due complicanze maggiori (una emorragia post-operatoria che ha richiesto un reintervento in un paziente



trattato per via laparoscopica e una embolia polmonare in un paziente convertito in tecnica open). Due pazienti trattati per via laparoscopia sono stati riammessi, uno per un ascesso della ferita e uno per il trattamento di una infezione delle vie urinarie. Non ci sono stati decessi. Sei pazienti hanno richiesto la conversione (due a causa di fallimento della sutura-

trice meccanica, due a causa di un tumore localmente avanzato e due a causa di aderenze che rendevano impossibile la procedura per via laparoscopica). I pazienti convertiti sono stati sottoposti allo stesso regime postoperatorio dei laparoscopici. Il gruppo dei pazienti che sono stati convertiti ha avuto una degenza media più lunga (6 giorni (4-30) contro 4 (2-6)

giorni). Non vi è stata alcuna differenza della morbilità e mortalità postoperatoria. Questo studio ha dimostrato che la tecnica laparoscopica combinata con i principi di fast-track surgery è fattibile e sicura ed ha un impatto positivo sulla durata della degenza e sugli out come a breve termine negli interventi di chirurgia gastrica maggiore.

L'MRNA DEL RECETTORE DEL TSH CIRCOLANTE COME NUOVO MARKER PER IL TUMORE TIROIDEO

Circulating Thyrotropin Receptor mRNA as a Novel Marker of Thyroid Cancer. Clinical Applications Learned From 1758 Samples. Mira Milas, Joyce Shin, Manjula Gupta, Tomislav Novosel, Christian Nasr, Jennifer Brainard, Jamie Mitchell, Eren Berber, Allan Siperstein. Ann Surg 2010;252: 643-651

Dalla scoperta della tireoglobulina non è stato introdotto nella pratica clinica nessun nuovo markers ematico per i tumori differenziati della tiroide. In studi iniziali il dosaggio dell'mRNA del recettore del TSH nel sangue permette di distinguere le patologie tiroidee benigne da quelle maligne.

Questo studio prospettico ha lo scopo di convalidare la capacità del dosaggio dell'mRNA del recettore del TSH, di diagnosticare un tumore differenziato della tiroide prima dell'intervento e nel rilevare le recidive di cancro.

Gli autori affermano che grazie a studi condotti negli ultimi 7 anni, è stato definito il range di valori di riferimento dell'mRNA del recettore per il TSH ed è stato possibile dimostrare la sua capacità di differenziare gli individui che non hanno alcuna patologia tiroidea da quelli con patologie benigne, cancro iniziale e avanzato della tiroide. Gli autori presentano anche risultati incoraggianti per l'utilizzo del dosaggio dell'mRNA del recettore per il TSH come strumento diagnostico per prevedere la malignità nelle neoplasie follicolari, come moda-

lità aggiuntiva per la valutazione delle recidive di cancro alla tiroide e come un marcatore rilevabile anche nei microcarcinomi tiroidei.

In questo studio l'mRNA del recettore per il TSH è stato quantizzato con una RT-PCR nel sangue di pazienti sottoposti a chirurgia tiroidea (n 526) preoperatoriamente, in pazienti sottoposti a follow-up dopo chirurgia per tumore differenziato della tiroide (n 418) e in pazienti monitorati per una patologia benigna nota (n 151). L'intervallo di riferimento dei valori di mRNA dei recettori del TSH è stato definito dosandolo in 663 campioni di pazienti con tiroide normale, patologia benigna e maligna della tiroide.

Nei pazienti con neoplasia follicolare della tiroide o con citologia sospetta, un dosaggio preoperatorio maggiore di 1 ng/μg ha un valore predittivo del 96% per tumore differenziato della tiroide. Inoltre il 95% dei pazienti con mRNA del recettore del TSH non rilevabile ed ecografia tiroidea non suggestiva di patologia maligna, aveva una malattia benigna. Nei pazienti con tumore differen-

ziato della tiroide il livello di mRNA del recettore del TSH era alto preoperatoriamente ed è diventato non rilevabile in tutti i pazienti (n 64) nel primo giorno post-operatorio, tranne che in 5 pazienti che hanno manifestato malattia residua o ricorrente entro l'anno. Nel lungo periodo di follow-up dei pazienti con tumore differenziato della tiroide il 96% di quelli che non avevano un mRNA del recettore del TSH rilevabile non hanno manifestato ripresa di malattia. Analizzato come un predittore indipendente per la presenza di cancro della tiroide nei pazienti sottoposti a chirurgia della tiroide, il dosaggio preoperatorio dell'mRNA del recettore per il TSH aveva il 61% di sensibilità (SN), l'83% di specificità (SP), l'81% di valore predittivo positivo (VPP), il 64% di valore predittivo negativo (VAN) e il 71% di accuratezza (ACC). Gli autori concludono che il dosaggio dell'mRNA del recettore per il TSH fornisce un utile strumento clinico in aggiunta alla diagnostica tradizionale per la valutazione dei pazienti con noduli tiroidei. Gli autori affermano inoltre che questo nuovo marker può essere particolarmente utile nell'iter decisionale del trattamento delle neoplasie follicolari. Il dosaggio dell'mRNA del recettore del TSH rappresenta anche un nuovo strumento da utilizzare nel follow-up postoperatorio nei pazienti con cancro differenziato della tiroide

TUMORI STROMALI GASTROINTESTINALI (GIST): IL MANAGEMENT ATTUALE

Pisters PW, Patel SR. Gastrointestinal stromal tumors: current management. J Surg Oncol. 2010 Oct 1;102(5):530-8.

Le strategie per il trattamento dei GIST sono notevolmente cambiate negli anni: fino al 2002 l'unica terapia era la chirurgia, poi la disponibilità del primo inibitore della tirosin chinasi, l'imatinib mesilato (Glivec) e successivamente del

sunitinib maleato (Sutent) hanno rivoluzionato le strategie terapeutiche. I fattori più importanti per la stratificazione del rischio sono la grandezza del tumore, l'indice mitotico e la sede del tumore (i GIST gastrici hanno minore malignità).

Per i GIST localmente resecabili il gold standard resta la chirurgia radicale. La sopravvivenza libera da malattia (RFS) a 5 anni è però solo del 54%. La terapia adiuvante con Glivec migliora questi dati in tutte le categorie di rischio, soprattutto nei pazienti ad alto rischio. L'imatinib è sicuro e ben tollerato alla dose di 400 mg al dì. La durata ottimale della terapia adiuvante non è stata ancora stabilita, ma sicuramente è superiore ad un anno.

Per i GIST non resecabili o metastatici le linee guida prevedono una terapia neo-adiuvante con Imatinib e l'intervento chirurgico da effettuare nel momento della massima risposta (valutata con una riduzione della grandezza o della densità del tumore alla TC o alla RMN) per i pazienti responsivi al farmaco, o appena ci si rende conto della progressione della malattia nei non responsivi, per evitare una ulteriore progressione. La chirur-

gia da sola, anche con una resezione completa di tutte le metastasi, ha una altissima percentuale di recidive (94%). L'Imatinib nel 50-96% dei casi induce una citoriduzione che rende possibile poi la chirurgia radicale. Poiché sussiste comunque un'elevata percentuale di recidive anche dopo chirurgia radicale dopo terapia neo-adiuvante, in molti studi si intraprende una terapia adiuvante con Imatinib dopo l'intervento. Circa

il 10% dei pazienti è resistente al Glivec fin dall'inizio ed il 67% lo diventa successivamente. In questi casi inizialmente si aumenta la dose a 800 mg al dì, se poi si ha una nuova progressione, l'unico farmaco attualmente accettato per una terapia di seconda linea è il Sutent, attivo in molti paziente resistenti al Glivec. Molti altri farmaci sono attualmente in corso di sperimentazione, come Nilotinib, Sorafenib, Masitinib, Motesanib.

COLECTOMIA LAPAROSCOPICA CON SINGOLA INCISIONE: ASPETTI TECNICI, FATTIBILITÀ E BENEFICI

Leblanc F, Champagne BJ, Augestad KM, Stein SL, Marderstein E, Reynolds HL, Delaney CP. Single incision laparoscopic colectomy: technical aspects, feasibility, and expected benefits. Diagn Ther Endosc. 2010;2010:913216.

Questo lavoro studia gli aspetti tecnici e la fattibilità della chirurgia colica mediante singolo accesso laparoscopico (SILC).

Dalla revisione della letteratura sono emersi studi dal 2005 al 2009 per un totale di 17 pazienti, trattati la maggior parte per patologia benigna, ma anche

per patologia maligna. Sette sono risultati complessivamente i gruppi chirurgici; nessun gruppo usava lo stesso tipo di monoport, tutti i gruppi usavano strumenti curvi. I criteri utilizzati per l'analisi sono la tecnica chirurgica, il tempo operatorio, lunghezza dell'incisione, le conversioni, le complicanze e la durata

della degenza postoperatoria.

Il tempo totale della SILC è stato di 116 ± 34 min. L'incisione chirurgica è risultata più lunga dell'incisione del port (31 ± 7 mm vs 24 ± 8 mm; $p=.036$). Non sono state riportate conversioni, ma soltanto una batteriemia come complicanza. L'ospedalizzazione è stata di 5 ± 2 gg. Dalle conclusioni dell'autore si evince che la SILC è fattibile. Il vantaggio maggiore è di natura estetica. Sono però necessari studi comparativi per dimostrare i reali vantaggi della SILC soprattutto da un punto di vista oncologico.

LE PROTESI BIOLOGICHE SONO EFFICACI PER LA RIPARAZIONE DI UN'ERNIA? UNA REVIEW SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

Hiles M, Record Ritchie RD, Altizer AM. Are biologic grafts effective for hernia repair? A systematic review of the literature. Surg Innov. 2009 Mar;16(1):26-37.

Le protesi biologiche sono attualmente usate soprattutto nei campi infetti o po-

tenzialmente infetti, laddove le protesi sintetiche possono causare problemi.

Questa analisi valuta la loro efficacia sia in campi puliti che contaminati. Le protesi biologiche sono ricavate da un tessuto di origine umana o animale, come il derma, la sottomucosa o il pericardio e poi elaborate per renderle sterili, inerti e dotate o meno di legami crociati.

Sono progettate per integrarsi nel tessuto accettato. In questa review sono presi in considerazione lavori inerenti soprattutto ernie addominali ed inguinali, ma anche paraesofagee, diaframmatiche e congenite. Le pubblicazioni prese in esame valutano i seguenti materiali: AlloDerm (AHD), Permacol (CPD), Surgisis (SIS). Il tasso di recidiva va da 4% a 22%, anche se in alcuni studi il follow up è relativamente breve, per cui è prevedibile che la percentuale di recidive aumenti significativamente all'aumentare del tempo di follow up. L'incidenza di sieromi va dal 7% al 15%, senza significative differenze tra i vari materiali. Sembra che i materiali contenenti più legami crociati (CPD) abbiano migliori risultati in termini di recidive rispetto a quelli che non li contengono (AHD), in quanto non permettono lo stirarsi delle fibre di elastina. Nei campi contaminati la percentuale



di recidive è più alta, sia a causa delle condizioni generali più compromesse, sia per la digestione dei materiali da parte di enzimi batterici che non intaccherebbero una protesi sintetica, ma poss

ono indebolirne una biologica. Questo lavoro risulta limitato dalla scarsità dei dati e dalla brevità del follow up, ma appare comunque chiaro che le protesi biologiche possono essere utilizzate con

buoni risultati non solo in campi infetti (75% di successi), ma anche in campi puliti (90% di successi) e che possono anche ridurre altre complicazioni come il dolore a lungo termine.

CHIRURGIA PANCREATICA ROBOT-ASSISTITA: ESPERIENZA DI UN SINGOLO CHIRURGO

Giulianotti PC, Sbrana F, Bianco FM, Elli EF, Shah G, Addeo P, Caravaglios G, Coratti A. Robot-assisted laparoscopic pancreatic surgery: single-surgeon experience. Surg Endosc. 2010 Jul;24(7):1646-57.

L'uso del robot nella chirurgia moderna è stato sempre più accettato nel corso degli ultimi anni. Ci sono ancora però pochi lavori, soprattutto riguardanti la chirurgia avanzata del pancreas. Infatti, l'indicazione alla chirurgia robotica del pancreas rimane tuttora controversa. Questo lavoro è uno studio retrospettivo che analizza l'esperienza di un'equipe chirurgica esperta nel trattamento delle patologie pancreatiche e analizza l'indicazione e gli outcomes operatori e perioperatori. Dall'ottobre del 2000 al giugno del 2009, 134 pazien-

ti (83 donne) sono stati sottoposti a chirurgia robotica pancreatica per differenti patologie. Tutte le procedure sono state eseguite con il sistema Da Vinci. L'età media era di 57 anni (range 24-86). La media operatoria è risultata di 331 min (range 75-660). Le conversioni sono state 14. La media della degenza postoperatoria è stata di 9.3 giorni (3-85 gg). La durata della degenza per i pazienti senza complicanze è stata di 7.9 giorni (3-15 gg). La morbilità postoperatoria è risultata del 26% e la mortalità del 2.2% (tre

pazienti). Le procedure eseguite sono state: 60 duodenocefalopancreasectomie, 23 pancreasectomie distali con conservazione splenica, 3 pancreasectomie medie, 1 pancreasectomia totale e 3 enucleazioni.

Altri 21 pazienti sono stati sottoposti a procedure per il trattamento di pancreatiti acute o croniche.

Questa è la più ampia casistica di chirurgia pancreatica robotica presentata fino ad oggi. Dalle conclusioni si evince che la chirurgia robotica può facilitare enormemente manovre complesse in interventi difficili.

Il risultato di questa casistica dimostra che la chirurgia robotica del pancreas è fattibile e sicura. Le complicanze e la mortalità sono comparabili alla chirurgia tradizionale.

B.Braun per la Chirurgia

Tradizione e innovazione

Suture

Strumentario

Laparoscopia

Oncologia

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

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

Corso teorico-pratico di Chirurgia del politrauma

di Gregorio Tugnoli



Nel novembre 2010 si è svolta a Roma, presso il Policlinico Gemelli, la XXI edizione del Corso Teorico-Pratico di Chirurgia del Politrauma.

Questo Corso è nato a Bologna nel novembre 2002 dalla collaborazione tra i Chirurghi del Trauma del Trauma Center dell'Ospedale Maggiore di Bologna e del Policlinico Umberto I - Università La Sapienza di Roma.

Il Corso nasce dal riconoscimento di un "vuoto" culturale e formativo sulla patologia traumatica nel nostro Paese ed è rivolto, soprattutto, a quei chirurghi che non si occupano specificatamente di patologia traumatica ma che debbono comunque affrontarla in ragione della loro attività lavorativa, ed è finalizzato a fornire loro le basi sia teoriche che pratiche per farlo.

La sua struttura si ispira, nella definizione del format, ad analoghe esperienze condotte in Europa, ma trova la sua forza e peculiarità nel definire il percorso formativo in strettissima correlazione con la realtà italiana. Il Corso è condotto in due giornate: durante la prima vengono trattati, mediante presentazioni frontali, i principali temi della patologia traumatica, tra cui la creazione di un Trauma System, l'assistenza al paziente politraumatizzato in E.R., la diagnostica e la radiologia interventistica, per poi passare al trattamento secondo i principi della Damage Control Surgery ed a discutere del trattamento delle singole lesioni d'organo. Queste presentazioni vengono tra loro collegate dalla discussione di un caso clinico simulato che porta, discenti e docenti, a "ragionare" sul miglior percorso diagnostico-terapeutico.

La seconda giornata viene divisa tra una ulteriore parte in aula per il completamento della parte teorica e la seduta chirurgica vera e propria. Questa trova la sua base razionale nella validità riconosciuta dell'impiego di un modello animale a scopo educativo (1). La parte teorica viene svolta su suini di grossa taglia in ambienti che riproducono fedelmente il "set" di una normale sala operatoria. Ogni animale è vivo ed intubato ed è seguito da un anestesista veterinario. Per ogni animale vi sono tre discenti ed un tutor che provvede, in sequenza, a creare lesioni traumatiche addominali, toraciche e cardiache che poi i partecipanti al Corso devono riparare. L'animale vivo, l'ambiente, le lesioni traumatiche e sanguinanti forniscono un ambiente estremamente realistico e "stressante" adatto a stimolare il massimo impegno. Durante le manovre vengono utilizzati gli strumenti della comune chirurgia del trauma quali emostatici topici, suturatici meccaniche e medicazioni per laparostomie.

È opportuno sottolineare, peraltro, che questa parte viene condotta nel completo rispetto della vigente normativa italiana sulla sperimentazione animale.

Dal novembre 2002, ogni anno si sono svolte due edizioni del Corso a Bologna e, negli ultimi quattro anni, si è aggiunta un'edizione a Roma. Ogni edizione può ospitare un massimo di 18 partecipanti e negli anni i discenti sono stati 310, giunti da tutte le regioni italiane e rappresentanti di tutte le tipologie possibili per esperienza lavorativa ed ospedali di provenienza. Al termine di ogni Corso vengono raccolte ed elaborate le schede di valutazione i cui risultati, in termini di soddisfazione dei partecipanti, sono sempre stati estremamente positivi.

Infine, il Corso è stato presentato in numerosi Congressi Nazionali ed Internazionali ed è stato pubblicato su riviste Nazionali ed Internazionali.



XXII E XXIII CORSO TEORICO-PRATICO DI CHIRURGIA DEL POLITRAUMA

Bologna - 9/10 maggio 2011 - 10/11 ottobre 2011

XXIV CORSO TEORICO-PRATICO DI CHIRURGIA DEL POLITRAUMA

Roma - 15/16 novembre 2011



AUTOSUTURE™ DST Series™ EEA™ Staplers

Cutting-Edge Technology.

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

Easily. Without compromise.



contour[™]
Curved Cutter Stapler



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

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION[™]

