



accoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

NEWS

www.acoi.it

EDITORIALE

L'ORGOGGIO DI ESSERE CHIRURGI



VITA DELL'ASSOCIAZIONE

30° CONGRESSO NAZIONALE ACOI





- EDITORIALE**
- 3 **L'ORGOGGIO DI ESSERE CHIRURGH**
- VITA DELL'ASSOCIAZIONE**
- 6 **ORGANIGRAMMA ACOI
2011 - 2014**
- 30° CONGRESSO NAZIONALE ACOI
- 10 **RICETTA PER UN CONGRESSO
NAZIONALE - COME SCEGLIERE
GLI INGREDIENTI...!**
di Luciano Landa
- 18 - 20 SETTEMBRE 2011 · CERNOBBIO · COMO
- 14 **21° CONGRESSO NAZIONALE ACOI
DI VIDEOCHIRURGIA**
di Mauro Longoni e Ildo Scandroglio
- FONDAZIONE CHIRURGO E CITTADINO
- 17 **GIORNATE DELL'ASCOLTO
LE INIZIATIVE DI CAMERINO**
di Gianbattista Catalini
- 16 GIUGNO 2011 - CONGRESSO EAES-SICE - TORINO
- 19 **IO C'ERO...NOI C'ERAVAMO**
di Ferdinando Agresta
- 20 **LA "CLINICAL GOVERNANCE"**
di Enrico Pernazza
- AGENZIA REGIONALE SANITARIA PER LA PUGLIA E ACOI
- 25 **APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI
IN CHIRURGIA**
di Michele Montinari
- 26 **SEMPRE PIÙ LITIGI
TRA MEDICI E PAZIENTI**
- ACOI GIOVANI
- 27 **RASSEGNA STAMPA**
di Francesco Feroci, Cinzia Tommasi e Gianluigi Luridiana
- 29 **LA FESMED VUOLE CRESCERE**
di Carmine Gigli
- RUBRICHE
- 30 **IL LIBRO DA LEGGERE**
di Luigi Presenti

ACOInews 22 - aprile/giugno 2011
Trimestrale dell'Associazione
Chirurghi Ospedalieri Italiani
Supplemento a:
Ospedali d'Italia Chirurgia n. 2 - 2011

Direttore Responsabile
Claudio Modiano
Vicedirettore
Domitilla Foghetti
Segretario di redazione
Massimiliano Coppola

CONSIGLIO DIRETTIVO
Presidente
Luigi Presenti

Past-President
Rodolfo Vincenti

Vicepresidenti
Diego Piazza
Mauro Longoni

Consiglieri
Ferdinando Agresta
Paolo De Paolis
Pierluigi Marini
Tommaso Pellegrino
Micaela Piccoli

Segretario
Stefano Bartoli

Tesoriere
Gianbattista Catalini

Segretari Vicari
Luca Bottero
Vincenzo Bottino
Francesco Nardacchione
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 29 luglio 2011

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

www.acoi.it

L'ORGOGGIO DI ESSERE CHIRURGHI

**IL NUOVO
CONSIGLIO
DIRETTIVO DELL'ACOI
È GIÀ AL LAVORO,
NEL SEGNO DEL
RINNOVAMENTO E
DELLA CONTINUITÀ.**



Il nuovo consiglio direttivo dell'ACOI è già al lavoro, nel segno del rinnovamento e della continuità. Anche se, dopo l'elezione di un nuovo consiglio, l'immagine del rinnovamento è quella più evidente e questa volta, con l'inserimento di nuovi consiglieri anche molto giovani, il fenomeno balza agli occhi con forza, è l'idea della continuità la più intrigante. **Gli ultimi tre consigli, presieduti da Stancanelli, Melotti e Vincenti**, hanno identificato le strategie ACOI con un percorso molto coerente e lineare. Ci ritroviamo oggi con un patrimonio di conoscenze inestimabile. Il programma di lavoro di questo consiglio, pertanto, non può che essere legato con un filo robusto a quello dei precedenti.

È chiaro però che ogni presidente e ogni consiglio direttivo, hanno una loro cifra

particolare, i tempi mutano e l'analisi dei fatti induce, talvolta, a correggere il tiro. Cercheremo di delineare in breve gli sviluppi delle attività ACOI per i prossimi anni.

FORMAZIONE: è il punto di forza dell'ACOI da almeno vent'anni. Le nostre scuole sono un modello di formazione che molti hanno cercato di imitare. L'altissima qualità dei centri principali, la metodologia didattica volta all'acquisizione del sapere, ma anche del saper fare, la rete dei centri periferici che garantisce la continuità dell'apprendimento, rendono il nostro sistema didattico un punto di riferimento sicuro per tutti i chirurghi, giovani e meno giovani. Allargheremo ulteriormente la nostra offerta con altre scuole, tutte di altissimo livello. Siamo in contatto con i colleghi delle chirur-

gie specialistiche che tradizionalmente afferiscono all'ACOI, quali la Chirurgia Pediatrica, che già da qualche anno ha una scuola, ma anche Vascolare, Toracica e Plastica, per costruire percorsi formativi utili anche ai chirurghi generali. Proseguirà, dopo una attenta valutazione dei risultati conseguiti, l'esperienza della formazione manageriale in collaborazione col MIP e Cittadinanzattiva, esperienza che ha contribuito a creare una nuova consapevolezza del nostro ruolo di dirigenti.

CONGRESSI: è un argomento su cui si discute molto e da anni. Troppi congressi, spesso di qualità modesta, ripetitivi, con scarsa audience. La problematica è reale. L'ACOI sta ripensando profondamente il suo programma congressuale annuale. Il congresso na-

zionale ed il congresso di videochirurgia sono appuntamenti di qualità e di grande successo, come ha dimostrato anche il congresso di Colli del Tronto, così ben organizzato da Luciano Landa.

Ma già per il prossimo anno l'ACOI ha promosso, insieme alla Società Italiana di Chirurgia, il primo "Congresso della Chirurgia Italiana", che vedrà protagoniste quasi tutte le società chirurgiche nazionali. Torneremo a parlare più diffusamente di questo appuntamento, ma è già al lavoro un comitato intersocietario che sta preparando il programma scientifico dell'evento. La collocazione temporale di questo congresso ha condizionato la tempistica dei nostri congressi di videochirurgia: dopo l'ormai imminente appuntamento di Cernobbio, il congresso del 2012 sarà organizzato da Feliciano Crovella, a giugno, a Napoli. Sarà rivisto completamente il programma degli eventi regionali, fondamentali nella storia dell'ACOI, ma che negli ultimi tempi hanno mostrato limiti evidenti. Saranno presi a modello i migliori eventi recenti per disegnare un programma che, anche a livello regionale, abbia valore scientifico e formativo.

PROVIDER: l'ACOI ha ottenuto lo status di provider ECM. Questo comporta la costruzione degli eventi formativi secondo norme rigorose che verranno progressivamente applicate per arrivare, nel 2012, ad un modello di formazione controllata che possa essere di servizio per chiunque voglia organizzare eventi scientifici. Il comitato scientifico ACOI, coordinato da Marco Filauro, è già al lavoro per disegnare il programma scientifico per il prossimo anno.

ATTIVITÀ SCIENTIFICA: non trascureremo una delle attività che hanno più caratterizzato l'associazione in questi ultimi anni, quale l'elaborazione di linee guida, che sono state costruite dalla specifica commissione e dal gruppo dei giovani. Cercheremo un dialogo con l'Istituto Superiore di Sanità per l'inserimento delle nostre linee guida nel Sistema Nazionale. È nostra intenzione proporre studi scientifici multicentrici, altra tradizione ACOI, per mettere a confronto esperienze diverse e proporre percorsi diagnostico-terapeutici di alto valore.

ATTIVITÀ SINDACALE: i chirurghi hanno sempre avuto scarsa vocazione per il sindacato. Eppure, oggi bisogna riconoscere che molte delle decisioni che vengono prese a livello nazionale e decentrato, passano per i tavoli sindacali. Abbiamo potenziato la presenza ACOI nella FESMED, nominando nelle varie regioni fiduciari e vice-fiduciari competenti e motivati. Crediamo fortemente in un sindacato diverso, di specificità chirurgica, che possa far sentire la nostra voce nelle sedi che contano.

RAPPORTI CON I CITTADINI: le relazioni stabilite da tempo con Cittadinanzattiva, pur con qualche pausa, sono state fonte per noi di grande crescita, soprattutto nell'acquisizione di una sempre maggiore consapevolezza dell'importanza del dialogo col cittadino utente-finanziatore del SSN. In questo campo abbiamo sviluppato e diffuso la conoscenza delle "competenze non tecniche", che non sono





un accessorio, ma una componente essenziale della nostra professionalità. Auspichiamo che i rapporti, così ben costruiti a livello nazionale, possano decollare anche a livello regionale e locale. La recente iniziativa della Fondazione Chirurgo e Cittadino, denominata la “Settimana dell’Ascolto”, è stata un grande passo in avanti in questa direzione.

MEDICINA E LEGALITÀ: il gruppo, sempre più ampio ed articolato, sotto la sapiente guida di Jacques Megevand, prosegue senza sosta la sua attività – sono ormai otto anni – per elaborare idee e proporre strategie per affrontare il sempre crescente contenzioso medico-legale. Siamo fiduciosi che i prossimi siano gli anni decisivi per trovare una soluzione globale al problema. Non lesineremo il nostro impegno in tutte le sedi istituzionali affinché la nostra categoria sia liberata da un “incubo” che in questi anni è solo riuscito a ridurre la qualità dell’assistenza – attraverso la cosiddetta medicina difensiva - e ad aumentare i costi per il sistema.

COMUNICAZIONE: investiremo sulla comunicazione a tutti i livelli: comunicazione interna all’associazione, comunicazione con il pubblico, comunicazione con le istituzioni. È forse il compito più complesso che ci siamo posti, da un lato perché la società attuale offre una messe di comunicazione molto spesso distorta con cui ci dobbiamo confrontare, dall’altro perché identificare i canali più efficaci e, soprattutto, “essere sulla notizia” richiede uno sforzo notevole e, probabilmente, investimenti importanti.

ACOI GIOVANI: continuerà la formidabile esperienza del gruppo dei giovani ACOI, che abbiamo ancora affidato alla esperta guida di Luigi Ricciardelli. Verranno creati un comitato di coordinamento nazionale ed una serie di referenti regionali che collaboreranno con i coordinatori. I giovani hanno dimostrato passione, attivismo, rigore scientifico. Molti dei nostri “ragazzi” hanno maturato un’esperienza che li pone all’attenzione dell’ACOI per ruoli diversi, ma una nuova generazione sta crescendo e ci ricorda gli impegni che ci siamo presi: costruire i chirurghi del futuro.

È necessaria una forte aggregazione dei chirurghi per raggiungere gli obiettivi che ci siamo prefissati e, soprattutto, l’obiettivo numero uno dei nostri tempi, il recupero della dignità del nostro lavoro, dell’orgoglio di essere chirurghi. Il “grido di dolore” arriva da tutta Italia, con connotazioni diverse, ma sostanzialmente uniforme. L’individualismo, però, non paga.

Le istituzioni mostrano una attenzione crescente verso le società scientifiche: certo, è ancora un approccio tiepido, forse una verifica di affidabilità. Un’associazione come la nostra, che ha nella sua natura una forte connotazione di tutela della professione e una tradizione di forte rappresentatività periferica, non può perdere questa occasione. Ci dobbiamo però presentare a questo incontro come una società forte ed aggregata, credibile e creativa, preparata e consapevole delle sfide della sanità futura.

il Consiglio Direttivo

ORGANIGRAMMA



PRESIDENTE

LUIGI PRESENTI | luigi.presenti@acoi.it

PAST PRESIDENT

RODOLFO VINCENTI | rodolfovincenti@hotmail.com

VICEPRESIDENTI

DIEGO PIAZZA | diegopiazza@hotmail.com

MAURO LONGONI | mauro.longoni@icp.mi.it

CONSIGLIERI

FERDINANDO AGRESTA | fagresta@libero.it

PAOLO DE PAOLIS | paolo_depaolis@fastwebnet.it

PIERLUIGI MARINI | pmarini@scamilloforlanini.rm.it

TOMMASO PELLEGRINO | tompellegrino@hotmail.com

MICAELA PICCOLI | m.piccoli@ausl.mo.it

SEGRETARIO

STEFANO BARTOLI | steba08@gmail.com

TESORIERE

GIANBATTISTA CATALINI | catalinigb@libero.it

SEGRETARI VICARI

LUCA BOTTERO | luca.bottero@icp.mi.it

VINCENZO BOTTINO | vincenzo.bottino@libero.it

FRANCESCO NARDACCHIONE | fnardacchione@libero.it

GRAZIANO PERNAZZA | gpernazza@libero.it

REVISORI DEI CONTI

VINCENZO BLANDAMURA | blandamura.vincenzo@aslrmc.it

FELICIANO CROVELLA | felicianocrovella@hotmail.com

MARCO RIGAMONTI | marco.rigamonti@apss.tn.it

COORDINATORI REGIONALI

PAOLO MILLO	paolomillo@yahoo.com	VALLE D'AOSTA
FELICE BORGHI	borghi.f@ospedale.cuneo.it	PIEMONTE
ALDO CAGNAZZO	aldo.cagnazzo@tin.it	LIGURIA
ILDO SCANDROGLIO	scandrodco@libero.it	LOMBARDIA
VALENTINO FISCON	valentino.fiscon@virgilio.it	VENETO
ANTONIO CINQUE	doctorfive@hotmail.com	FRIULI VENEZIA GIULIA
GIUSEPPE TIRONE	giuseppe.tirone@apss.tn.it	TRENTINO ALTO ADIGE
GIAMPIERO UCCHINO	g.ucchino@ausl.bo.it	EMILIA
ALBERTO ZACCARONI	a.zaccaroni@ausl.fo.it	ROMAGNA
ANGELO CAVICCHI	agnello5@alice.it	MARCHE
MARCO SCATIZZI	mscatizzi@yahoo.it	TOSCANA
MAURIZIO CESARI	cesarimaurizio@tiscali.it	UMBRIA
PAOLA ADDARIO	paddariochieco@ospedalesantandrea.it	LAZIO
VINCENZO VITTORINI	vincenzo.vittorini@fastwebnet.it	ABRUZZO
MICHELE MALERBA	michele.malerba2@tin.it	MOLISE
MARCO DE FAZIO	mardefaz@tin.it	CAMPANIA
MARCO ULIVIERI	marcouli@tiscali.it	PUGLIA
MARIANO PICI	mariano.pici@tiscali.it	BASILICATA
GIOVANNI STOPPELLI	giovanni.stoppelli@tiscali.it	CALABRIA
GIOVANNI CIACCIO	ciacciog@hotmail.com	SICILIA ORIENTALE
LORENZO MANNINO	lorenzo.mannino@yahoo.it	SICILIA OCCIDENTALE
SERGIO GEMINI	sergiogemini@aob.it	SARDEGNA

RESPONSABILE QUALITÀ

ENRICO PERNAZZA epernazza@libero.it

COORDINATORE COMITATO SCIENTIFICO

MARCO FILAURO marco.filauro@galliera.it

COORDINATORE ACOI GIOVANI

LUIGI RICCIARDELLI luigiricciardelli@tiscali.it







30° CONGRESSO NAZIONALE ACOI - 25/28 MAGGIO 2011 COLLI DEL TRONTO (AP)

RICETTA PER UN CONGRESSO NAZIONALE

COME SCEGLIERE GLI INGREDIENTI...!



di Luciano Landa

Francamente non so se esista una ricetta per fare un buon congresso nazionale di chirurgia e però ... se e quando la vita vi farà cimentare con un'avventura simile ecco di cosa avrete bisogno: una segreteria organizzativa agile, brillante, che stia "sul pezzo" con energia e passione, e così è stato. Poi le persone con cui mettere in piedi il programma scientifico: devono essere vostri amici, perché l'amicizia fa sì che le cose riescano molto, molto, meglio. Gianluigi, Luigi, Micaela, Gianni, Gianfranco, gente con cui anche un impegno così gravoso può essere divertente, e così è stato.

Poi avrete bisogno di una segreteria scientifica "di strada", da strapazzare,

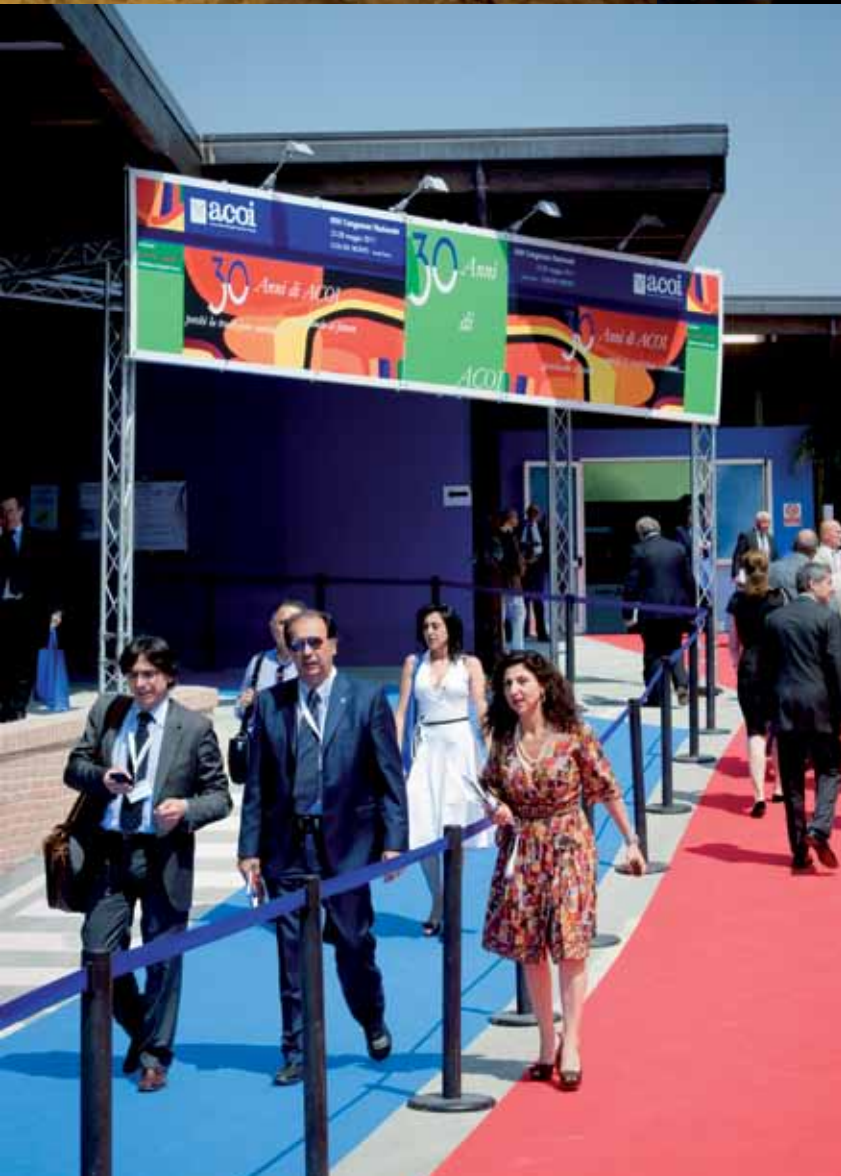
Paolo, Domitilla, ... e così è stato. "Then blend it gently, don't shake it and ... that's it!" Ecco il vostro congresso! 1500 colleghi dal 25 al 28 Maggio si sono avvicendati per tre giorni nel centro congressi "Casale" ad Ascoli Piceno. Sette sale hanno lavorato in contemporanea dalle 8.30 alle 18.30. Voglio solo porre l'accento su alcune cose che hanno caratterizzato in maniera profonda il nostro trentesimo congresso nazionale. Innanzitutto l'atmosfera, che a detta di tanti è stata, pur nella serietà propria dell'evento scientifico, permeata da amicizia ed allegria. Poi la cerimonia inaugurale, in una cornice bellissima come quella del teatro Ventidio Basso di Ascoli Piceno. Il concerto di Giovanni Allevi, un'ora di musica struggente e

magica che ha costituito un momento di commovente consonanza di tutti noi. Non dimenticherò mai quegli applausi alla fine di ogni brano, lunghi, profondi, composti, tanto da far dire a Giovanni Allevi: "stasera sono io a chiedere il vostro autografo". Questo concerto, che ho fortemente voluto e che non è stato facile portare a casa, ha costituito la colonna sonora di tutto il congresso, un congresso ... a colori!

Non voglio soffermarmi su altro se non sul "grazie" immenso a tutti voi! Siete stati davvero l'anima del trentesimo Congresso ACOI. Ah dimenticavo (sempre rivolgendomi a chi si cimenterà con questa appassionante "carrera"), mettete in conto un dimagrimento di 6-7 Kg! La passione ... si paga!







18 - 20 SETTEMBRE 2011 · VILLA ERBA · CERNOBBIO · COMO

21° Congresso Nazionale ACOI di VIDEOCHIRURGIA

Nei giorni 18-20 settembre 2011 a Cernobbio, Como, presso lo spazio congressuale di Villa Erba, si terrà, per la prima volta in Lombardia, la XXI edizione del Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia, la cui organizzazione è stata a noi affidata.

“Pronti per il futuro?”, definizione che abbiamo dato a tale congresso, sarà la linea guida dell'intero convegno.

Per noi chirurghi essere pronti per i prossimi decenni non ha unicamente una valenza tecnologica, ma tocca aspetti vitali, quali la ridefinizione dello svolgimento della nostra professione e la necessità di un recupero profondo della stessa in un momento di disaffezione delle nuove generazioni.

Se da un lato il congresso, per sua natura, darà ampio spazio a sessioni tecniche basate su contributi video-chirurgici, vi è in noi la determinazione di stimolare un proficuo confronto su aspetti di assoluta attualità: formazione professionale e conseguente importanza dei “maestri”, necessità di acquisire competenze gestionali e di politica sanitaria, rielaborazione di un equilibrio con il nuovo ruolo delle professionalità infermieristiche.

Non si tralascerà inoltre di evidenziare i più recenti modelli terapeutici e l'impiego di presidi medicochirurgici che tendono a rendere più efficienti e sicure le procedure e le terapie adottate.

Auspiciando che questa nostra iniziativa incontri il vostro interesse, ci poniamo personalmente, in collaborazione con la segreteria organizzativa, a disposizione affinché possiate partecipare numerosi con i vostri contributi, risultato delle vostre attività scientifiche e di fatica quotidiana.

Ringraziandovi fin d'ora per l'attenzione che vorrete riservarci, vi porgiamo il più caloroso saluto.....

Arrivederci a presto.

di Mauro Longoni - Ildo Scandroglia
Presidenti del Congresso

acoI
Associazione Chirurgi Ospedalieri Italiani

XXI
CONGRESSO NAZIONALE
ACOI DI VIDEOCHIRURGIA

SPAZIO VILLA ERBA
Cernobbio - Lago di Como

18 • 20 Settembre 2011

**PRONTI
PER IL
FUTURO?**

Presidenti
MAURO LONGONI
ILDO SCANDROGLIO

Presidente Onorario
RAFFAELE PUGLIESE

Segreteria Organizzativa:
ALIWEST TRAVEL
Via N. Paganini 30/36 - 50127 Firenze
Ph. 055/4221201 - Fax 055/417165
icongressi@aliwest.com
www.videochirurgia2011.org

LINK:

www.acoi.it/congressi/per-partecipare/xxi-congresso-nazionale-acoi-di-videochirurgia

ARGOMENTI PRINCIPALI


- » CHIRURGIA ESOFAGEA
- » CHIRURGIA DEL GIUNTO ESOFAGO-GASTRICO
- » CHIRURGIA DELLE NEOPLASIE GASTRICHE
- » CHIRURGIA BARIATRICA
- » CHIRURGIA DELLE VIE BILIARI
- » CHIRURGIA DEL FEGATO
- » CHIRURGIA DELLA MILZA
- » CHIRURGIA DEL PANCREAS
- » CHIRURGIA DEL TENUE E DEL GRANDE OMENTO
- » CHIRURGIA DELL'APPENDICE CIECALE
- » CHIRURGIA DEL COLON E DEL RETTO
- » CHIRURGIA DEL PAVIMENTO PELVICO E DELL'ANO
- » CHIRURGIA DELLA PARETE ADDOMINALE
- » CHIRURGIA MAMMARIA
- » CHIRURGIA D'URGENZA
- » CHIRURGIA TORACICA
- » CHIRURGIA UROLOGICA
- » CHIRURGIA VASCOLARE
- » CHIRURGIA ENDOCRINA
- » CHIRURGIA PEDIATRICA
- » I RE-INTERVENTI DOPO CHIRURGIA LAPAROSCOPICA
- » INFEZIONI GRAVI IN CHIRURGIA
- » NUOVE TECNOLOGIE: SILS E NOTES
- » CHIRURGIA ROBOTICA
- » EMERGENZE CHIRURGIA:
 - CHIRURGO, UNA SPECIE IN VIA DI ESTINZIONE?
 - L'INTERVENTO CHIRURGICO DELLO SPECIALIZZANDO



VIDEOFESTIVAL A PREMI

Il VIDEOFESTIVAL prevedrà la presentazione dei **dieci video più belli**, selezionati a priori dalla Commissione, tra quelli pervenuti entro i termini previsti dalla dead-line. Tra questi

al vincitore verrà assegnato il **premio "Chirone"**. La Commissione di videochirurgia selezionerà, inoltre, i tre video più belli di chirurghi operatori under 40. Il migliore sarà premiato con il **Premio "Chirone Under 40"**. Quest'anno, sarà previsto anche

il Premio "Unità d'Italia" per il miglior video- poster presentato. Tra i video pervenuti entro il 15 Giugno 2011, verranno estratte alcune iscrizioni gratuite per le Scuole Speciali ACOI di cui potrà usufruire uno degli Autori dei video selezionati. 



LA FONDAZIONE CHIRURGO E CITTADINO PROMUOVE LA GIORNATA DELL'ASCOLTO

LE INIZIATIVE DI CAMERINO

di Gianbattista Catalini

Coordinatore ACOI Regione Marche

La Settimana dell'Ascolto è stata un'iniziativa della Fondazione Chirurgo e Cittadino, finalizzata alla realizzazione di un'occasione di incontro tra medici e pazienti.

Ha coinvolto 268 Unità Operative di Chirurgia che si sono impegnate nella somministrazione di questionari ai pazienti afferenti ai loro reparti e ambulatori o nell'allestimento di una vera e propria "posta-

zione di ascolto" nelle piazze delle loro città.

Il risultato è stato la compilazione di circa 5000 questionari, per la cui decodifica saranno necessari alcuni mesi.

Per la fine dell'anno quindi sarà possibile una lettura dei risultati di questa importante indagine, la cui comunicazione avverrà nell'ambito di un evento di respiro nazionale che si svolgerà a Roma.

La Settimana dell'Ascolto ha chiamato in causa l'Ospedale di Camerino e tanti altri nosocomi nazionali, al fine di creare l'occasione per migliorare il rapporto tra la chirurgia e la cittadinanza, con la collaborazione di Cittadinanzattiva e ACOI. Mediante la somministrazione di questionari tramite l'allestimento di un gazebo nella piazza cittadina, con l'aiuto dei volontari della CRI, e nel corso dell'accesso al reparto e agli ambulatori, sono stati raccolti i giudizi dei cittadini riguardanti la locale chirurgia. Il risultato dell'iniziativa locale è stato discusso poi presso il Municipio di Camerino con il Sindaco Dario Conti e nel corso di una conferenza stampa. La partecipazione dei cittadini è stata ottima così come l'interesse dei media. Rafforzare il dialogo tra chirurgo e paziente basandosi su una corretta informazione e su scelte condivise è stata la forza dell'azione svolta. L'instaurazione di un nuovo rapporto consona con i tempi che corrono tra medico e paziente è fondamentale.

Oggi tutto è diventato più difficile, non più a misura di medico e persona. I disagi, le difficoltà, le preoccupazioni, le incombenze improprie, stanno a dismisura aumentando le procedure; i condizionamenti dovuti a budget inadeguati, un clima rovente di contenziosi medico-legali hanno fatto nascere una nuova medicina, la "medicina difensiva", impensabile fino a qualche decennio fa. La Settimana dell'Ascolto ha rappresentato un momento di riflessione. Riscopriamo la memoria storica della nostra una professione, che è più vicina all'arte che alla gogna mediatica dei tribunali, diciamo insieme ai cittadini: basta con la caccia alle streghe sempre e




comunque! Tra i medici ormai serpeggiano la sfiducia, l'abbattimento, l'aura di una crescente depressione, che sfociano nell'attesa della pensione come meta per mettere fine ad una lunga sofferenza e ad un profondo malessere.

La burocrazia impera e soffoca, imbrigliando qualsiasi pensiero del medico che viene costantemente distolto dai tempi clinici e dal suo operare, che devono essere sempre più brevi, più efficienti, più rapidi. Solo una normativa sempre più ignorante del vero rapporto medico-paziente può produrre in continuazione atti che vanno studiati e, quando assimilati, già sono stati sostituiti. Tutto ciò sembra sia giustificato da una sempre maggiore influenza economica. Peccato che non sia così, almeno per noi: l'influenza economica è legittima finché non lede la salute. È quanto ha stabilito la Corte di

Cassazione, con la sentenza n.8254 del 02-03-2011, condannando un medico per aver dimesso troppo precocemente un paziente poi deceduto, anche se il medico aveva rispettato le linee guida del caso.

La Cassazione ha ribadito che se le linee guida in uso negli ospedali dovessero rispondere solo a logiche economiche, il rispetto delle stesse a scapito del paziente non costituisce una sorta di salvacondotto per il medico da responsabilità penali-civili-morali perché non si può essere in contrasto con le esigenze del paziente...

Se la chirurgia è un'arte può un artista compresso dal burocratese fare la sua opera migliore? I cittadini valutino e rispondano. interpellati hanno voluto rispondere. La strada dell'ascolto sembra opportuna. 

Successo della Settimana dell'Ascolto promossa dalla Fondazione Chirurgo e Cittadino a Camerino (MC).


Una grande partecipazione ha caratterizzato, a Camerino, la settimana dell'ascolto promossa dalla "Fondazione Chirurgo e Cittadino" che ha come scopo prioritario il miglioramento dei rapporti tra il mondo della chirurgia e il cittadino-paziente.

Una settimana per raccogliere i dati sulla qualità e sulle criticità del rapporto chirurgo-cittadino. I chirurghi hanno aperto le porte dei loro reparti e ambulatori per ascoltare le esigenze dei cittadini. "A Camerino è stata una raccolta particolarmente fruttuosa delle informazioni - sottolinea Giambattista Catalini, Direttore - avvenuta tramite un questionario proposto dalla Fondazione basato sui contenuti della Carta della qualità in chirurgia, promossa da ACOI e Cittadinanzaattiva".

Il sindaco Dario Conti, intervenuto in occasione della conferenza stampa sulla 'Settimana dell'Ascolto' che si è svolta a Palazzo Comunale Bongiovanni, ha sottolineato l'eccellenza della struttura ospedaliera camerinese che consente un

ottimo, quasi confidenziale rapporto tra medico e paziente. In un periodo di tagli, razionalizzazione delle finanze, sanità stretta nella morsa economica "Consci della razionalizzazione delle risorse - ha detto ancora Catalini, Coordinatore regionale ACOI per le Marche - crediamo sia indispensabile creare un rapporto tra curante e paziente, al fine di migliorare la comunicazione e arrivare ad una maggiore umanizzazione dell'atto medico, al fine di rafforzare il dialogo tra il chirurgo, titolare di un sapere estremamente specifico ed il paziente, che si trova a dover affrontare un intervento con timore ed incertezza".

La Fondazione Chirurgo e Cittadino si pone lo scopo principale di sviluppare una nuova relazione basata sull'informazione e su scelte condivise, affrontate insieme.

Ciò significa avere una comune consapevolezza di vantaggi e rischi. Altri fondamentali obiettivi della Fondazione sono la promozione della formazione del chirurgo finalizzata alla sicurezza, la ricerca scientifica per una chirurgia quanto più possibile "meno invasiva" e al contempo quanto più possibile "sicura". 



16 GIUGNO 2011 - CONGRESSO EAES-SICE - TORINO

IO C'ERO...NOI C'ERAVAMO

di Ferdinando Agresta

16 Giugno 2011: Torino. Congresso dell'EAES-SICE. Presentazione della Consensus Conference sulla Laparoscopia in Urgenza SICE-ACOI-SIC-SICUT-SICOP.

È stato un grande momento, unico, una giusta coronazione di quasi due anni di lavoro... ed io c'ero, anzi noi c'eravamo. **Tutti noi italiani c'eravamo perché questa Consensus**, al di là di ogni retorica e di qualche sorriso qualunquista, **è di tutti noi italiani**: cinque società chirurgiche con la stessa dignità si sono riunite e ad unica voce hanno espresso dei risultati che ci hanno visti *nihil secundum* in Europa..., anzi abbiamo stupito l'Europa. Siamo abituati a ricevere più che a dare scientificamente, a seguire più che a fungere da battistrada, perché se tante sono le nostre potenzialità e capacità, spesso vediamo svanire e sminuire i nostri risultati proprio per la nostra poca attenzione a validarli scientificamente... Abbiamo stupito l'Europa. Ad iniziare dal costo economico di questa nostra impresa: quasi zero. Se ci siamo riuniti due giorni tutti insieme la stragrande maggioranza del lavoro - ricerca, preparazione, confronto, limatura finale - è stato fatto via web, sfruttando all'inverosimile la posta elettronica, non spostandoci dai no-

stri luoghi di lavoro e condividendo tutti il tutto. Dalle banali più o meno semplici problematiche organizzative agli aspetti più strettamente clinici/tecnici e scientifici. Tutti uguali, tutti informati, tutti partecipi... e non solo noi chirurghi italiani. L'altra novità è proprio che questa Consensus, forse prima nell'ambiente chirurgico oserei dire internazionale, ha cercato di rispettare quelle che sono le vere regole nella preparazione ed organizzazione della stessa: la collegialità-multidisciplinarietà. Non solo chirurghi, ma anestesisti, radiologi, ginecologi, manager ed amministratori sanitari, infermieri, epidemiologi, esperti di healthcare, rappresentanti di istituzioni sanitarie pubbliche... e cittadini.

Tutti hanno dato il loro contributo, anche solo con una silenziosa ma attenta presenza... tutti con lo stesso onore ed onere. Tutti presenti, al di là della propria specifica professionalità e dei propri titoli: solo un nome ed un cognome, tutti parte di un'unica squadra e di un unico team.


Perché se il risultato si è raggiunto, il merito è tutto della squadra. Credo che quella foto proiettata durante la presentazione della Consensus delle Frece tricolori sopra il cielo di Torino rende perfettamente questa ultima idea. La

bellezza delle immagini create dai nostri aerei tricolori lì in alto nel cielo, non può che essere il frutto di professionalità in perfetto accordo ed armonia tra di loro, questo anche e soprattutto quando il caposquadra (il leader come viene chiamato in gergo) esegue delle figure da solo... ma sempre con il "team" a fare da attento ed indispensabile sfondo.

Certo non tutto è stato così facile, sarebbe falso nascondere che abbiamo avuto le nostre difficoltà, qualche volta banali... ma anche qui è stata la squadra che ha vinto, che ha saputo superare le difficoltà del percorso.

Ed il risultato ne è testimone.

Il 16 giugno la "creatura" è finalmente venuta alla luce, come ha giustamente scritto uno di noi... ma la creatura deve ancora crescere e specialmente non deve essere figlia unica. Ora c'è la necessità di renderizzare il lavoro, di farlo conoscere, di crescere ancora tutti, forti di questa esperienza, di farne Scuola... Già, sempre ancora a parlare di Scuola, dirà il solito qualcuno.

Scuola intesa anche come programmazione-condizione di crescita per tutti, professionale e non solo... come questa Consensus che vado orgoglioso nel definire come la "creatura" di un'unica Scuola Chirurgica Italiana... 



LA CLINICAL GOVERNANCE

di Enrico Pernazza



In occasione dell'ultimo congresso di Roma della Società Italiana di Chirurgia, nella tavola rotonda dedicata al Governo clinico, le nostre maggiori Società scientifiche di chirurgia, SIC e ACOI, forse non hanno sfruttato a dovere la straordinaria occasione di confronto sul tema con giuristi e politici. Perché nella tavola rotonda di tutto si è discusso fuorché di Governo Clinico, mostrando purtroppo, se ce ne fosse stato bisogno, quanto sia lontana da noi la percezione di un inevitabile cambiamento e quanto rischiamo di essere spettatori anziché attori di un processo che ci coinvolge pesantemente.

A questo punto mi sembra opportuno proporre alcune riflessioni.

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. La sfida della sostenibilità finanziaria non può prescindere nel nostro paese dalla transizione federalista in atto. Le forti differenze in termini di efficienza tra sistemi sanitari regionali hanno portato a lungo ad assorbire risorse scarse senza che fossero erogate prestazioni adeguate e nello stesso tempo hanno minato il meccanismo di trasmissione tra investimenti, formazione della domanda e crescita economica. Da un lato, quindi, una politica di sottofinanziamento della spesa sanitaria, anche per incentivare al miglioramento dell'efficienza, dall'altro differenze quanto mai significative nelle performance regionali. Presumendo che a maggior costo dovesse seguire migliore qualità, è invece emersa una diffusa relazione di segno opposto: nella Sanità italiana sovra spesa e bassa qualità delle prestazioni vanno di pari passo. Ne derivano quindi ampi margini di razionalizzazione

Tutti i Paesi sono chiamati ad affrontare ristrutturazioni profonde dei rispettivi sistemi sanitari e di welfare

e ottimizzazione lungo entrambe le dimensioni. Qui si gioca la vera partita e non possiamo restare inerti o spettatori passivi.

LE AZIENDE SANITARIE

Tutte le riflessioni che investono il funzionamento delle Aziende Sanitarie mettono sempre più in evidenza l'aumento crescente di attenzione verso il fattore genericamente definito "fabbisogno 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 e/o indesiderati intervengano a deviare le finalità prefissate di azione.

Aleggiano concetti correlati tra di loro come "corporate governance", "internal audit", "risk management" e, per quanto ci riguarda, "clinical governance", "clinical audit", "clinical risk management". E noi stiamo a guardare o continuiamo ad inseguire chimere dissertando dei massimi sistemi senza capire che rischiamo di chiudere la stalla quando ormai i buoi sono scappati.

È evidente che il fabbisogno di controllo sempre più pressante consegue al grado sempre più crescente di complessità delle Aziende Sanitarie. Il progresso scientifico quanto mai vorticoso ne ha accentuato sempre di più la natura professionale, vale a dire la caratteristica di dipendere criticamente per il proprio funzio-

namento da conoscenze e competenze uniche incorporate nelle persone che in esse operano. I processi di specializzazione delle conoscenze e competenze professionali rendono i risultati aziendali sempre più dipendenti dalle persone e dal loro patrimonio di conoscenze, ma al tempo stesso condizionano in maniera sempre più accentuata il pieno dispiegamento delle potenzialità di tale patrimonio alle condizioni tecnologiche, organizzative e gestionali entro le quali i professionisti si trovano ad operare. Ecco allora che le risorse critiche sono le persone, ciò che sono, ciò che sanno fare, ma i risultati vengono a dipendere anche dalla piattaforma in cui esse operano e dalla qualità delle relazioni che tra di loro le legano e unitariamente li collegano all'Azienda.

Di fronte alle difficoltà derivanti dalla professionalizzazione è necessario approntare risposte adeguate, in grado di confrontarsi con la reale natura dei problemi. **La professionalizzazione e l'autonomia professionale sono elementi strutturali del funzionamento delle Aziende pubbliche** rispetto ai quali approcci direttivi e razionalistici mostrano limiti evidenti. È necessario, quindi, costruire e ricercare con pazienza le condizioni di un dialogo tra Azienda e professionisti, e di questi tra loro, sottolineando le crescenti reciproche convenienze e distribuendo equamente il frutto dei risultati raggiunti.

È questo il dialogo che debbono sollecitare le Società Scientifiche con la controparte politica, non dimenticando che rappresentano tutti i chirurghi italiani con le loro istanze, i loro bisogni, le loro aspettative, le loro insicurezze, ma soprattutto che hanno il dovere di proporre un sistema credibile di qualità e di sicurezza per tutti i giovani che hanno riposto la propria fiducia nel loro operato.

LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Il termine "Clinical governante" è quello che rinvia al concetto più ampio e generale di "corporate governante". Si tratta infatti dell'insieme di strumenti e meccanismi attraverso i quali le aziende sanitarie si assicurano non solo che i processi medici e assistenziali in genere rispondano ai più elevati standard di qualità, includendo in tale ambito anche l'appropriatezza, ma che vengano permanentemente alimentate le condizioni perché ciò possa avvenire. Il punto centrale è il superamento di una concezione del funzionamento delle strutture sanitarie come sommatoria dell'operare autonomo e disgiunto dei singoli professionisti e delle conoscenze di cui essi sono portatori a favore di una concezione in cui tali conoscenze e la loro effettiva applicazione possano essere guidate dall'azienda senza con ciò ledere l'autonomia professionale. Il concetto supera per ampiezza l'area generalmente coperta dai sistemi di controllo e sviluppo della qualità clinica, in quanto tende a mettere in atto veri e propri sistemi di responsabilizzazione, gestione e governo sull'insieme dei processi clinici e assistenziali.

Ma operativamente come dovrebbero porsi le Società Scientifiche? In primo luogo cominciare a parlare in termini oggettivi. Così come 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 practice" o ancora la "Joint Commission" e così via.

Molti e numerosi sono gli esempi e le modalità di comportamento; vanno seguiti, adattati alla nostra realtà e posti in essere. Chiedere di modificare comportamenti e approcci senza indi-

care modelli, standard, linee guida o quant'altro è quantomeno superficiale, laddove non sia espressione di un latente e perverso conservatorismo. Chiedere a gran voce di modificare i criteri di arruolamento dei Dirigenti di struttura complessa senza proporre con decisione concetti come "Credentialing" e "Privileging", senza proporre criteri oggettivi di valutazione, senza bandire ogni tentazione di autoreferenzialità è quanto meno, eufemisticamente, velleitario. Eppure proprio in occasione della tavola rotonda suaccennata ho sentito più volte evocare questi concetti sia da parte del nostro Presidente Rodolfo Vincenti, sia da parte del Senatore Ignazio Marino. E più recentemente in occasione di un convegno dal titolo "Federalismo, rispetto delle regole e crescita. Laboratorio Sanità", ho sentito con estremo piacere evocare la possibilità che in Italia possa nascere un nuovo capitolo del NICE da parte del Senatore Lionello Cosentino e di altri parlamentari presenti.

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? Tanto più che se non ci affrettiamo qualcuno lo farà per noi in nostra colpevole assenza.

LA FORMAZIONE

Se, come detto e senza ombra di dubbio, come è vero, le risorse critiche sono le persone, ciò che sono, ciò che sanno fare, è sulle persone, contestualizzate nella nuova realtà che va dispiegandosi, che deve essere ripensato il percorso formativo orientandosi non solo verso competenze tecniche ma anche e soprattutto non tecniche per le quali fino ad ora si è fatto ben poco.

La normativa italiana, disattesa da oltre 10 anni, è stata riveduta nel 2005: oggi lo specializzando dovrebbe documentare come primo operatore almeno 100 interventi di piccola, 25 di media e 5 di grande chirurgia, secondo uno standard peraltro ai limiti inferiori della media europea. Partendo da questo presupposto di profilo abbastanza basso, deve essere posta in bella evidenza la problematica risultante dal rapido sviluppo delle conoscenze scientifiche, generali e specialistiche, delle tecniche chirurgiche, delle tecnologie biomediche ed infine delle metodologie didattiche. Di conseguenza **i tempi della formazione che prima erano molto dilatati, attualmente devono essere molto rapidi**. A questo punto però è assolutamente prioritario porsi alcune domande. Come si forma il formatore? Si è adeguato alle nuove conoscenze scientifiche e tecnologiche? Ha rinnovato la didattica? Salvo isolate felici circostanze le scuole di specializzazione conferiscono il diploma di specialista in chirurgia generale ma quasi mai creano chirurghi con autonomia operativa. È quanto mai evidente e quanto mai pressante l'esigenza di sinergie forti

Le risorse critiche sono le persone, ciò che sono, ciò che sanno fare. È sulle persone che deve essere ripensato il percorso formativo



tra comunità formativa (università) e comunità operativa (ospedali) per dare senso compiuto e valenza concreta ad un percorso formativo efficace per il chirurgo del futuro.

Ma anche questo può non essere sufficiente perché l'invasione sempre più forte della tecnologia ha spargliato le carte.

Se fino ad ora l'onere formativo nell'utilizzo delle tecnologie applicate alla chirurgia è stato per la quasi totalità assunto dalle Aziende produttrici, sicuramente spinte da un logico interesse commerciale, ma anche da una fortissima esigenza etica tesa a garantire il miglioramento delle performance, la garanzia del risultato, la sempre maggiore sicurezza del paziente e dell'operatore ora tutto ciò non è più possibile.

La Comunità Scientifica, in particolare le Società Scientifiche, non possono continuare a delegare compiti istituzionali di loro specifica competenza, da un lato perché debbono farsi "garanti" della correttezza ed efficacia dei percorsi formativi proposti, dall'altro perché uno dei più importanti fattori di riduzione del rischio e quindi condizionanti della "Governance Clinica" è la formazione del personale attraverso meccanismi di valutazione trasparenti e oggettivi. Quindi:

- » INDIVIDUARE LE ESIGENZE FORMATIVE
- » EROGARE LA FORMAZIONE
- » INFORMARE E DOCUMENTARE UFFICIALMENTE DI COSA E COME È STATO TRASFERITO AL FORMANDO
- » VALUTARE L'APPRENDIMENTO

Tutti elementi che trovano concretizzazione nel nuovo programma ECM ministeriale e che devono comparire nei Piani formativi dei diversi Provider per comporre una piattaforma credibile. Cominciare a bandire l'autoreferenzialità e ragionare per dati documentati, secondo i principi della trasparenza e della valutazione degli esiti.

È inevitabile la necessità di adeguare il percorso formativo alla realtà tecnologica attuale, rivedendo i canoni e i modelli formativi, legando gli stessi alla medesima tecnologia che ormai caratterizza la moderna chirurgia.

Ma la vorticosità introduzione di tecnologie sempre più evolute in chirurgia impone al professionista chirurgo, oltre che un percorso formativo tecnico, un percorso formativo e di aggiornamento tecnologico; per evitare che sia la macchina a dominare il chirurgo è necessaria una approfondita conoscenza della macchina stessa.

Ecco quindi farsi strada perentoriamente la metodologia di simulazione ormai assolutamente indispensabile per quanto detto in precedenza. Ecco quindi ricorrere alla tecnologia non solo per l'atto in sé ma anche e soprattutto per formare l'attore affinché lo stesso atto dimostri la propria reale efficienza ed efficacia in aula prima della sua applicazione sul campo.

Il giovane chirurgo, ma non solo, si trova, spesso per passione, a volte per necessità e formazione culturale, proiettato in un contesto fortemente tecnologizzato, al termine di un percorso formativo tecnico gestito, garantito e certificato da organismi istituzionali spesso fortemente anacronistici. Il proprio percorso

formativo tecnologico, come detto, viene talvolta gestito dalle aziende produttrici dei relativi presidi tecnologici, ma non è sistematico, né in qualche modo garantito, verificato, certificato. Il chirurgo del domani dovrà quindi essere un chirurgo coerentemente formato alla chirurgia del suo tempo e non a quella dell'età della pietra.

Questo per quanto riguarda l'aspetto tecnico.

Ma i concetti di Clinical Governance come esposto all'inizio, impongono oggi attenzione analoga, se non per certi versi superiore, alla formazione cosiddetta "notechs" vale a dire sulle competenze non tecniche.

Ecco quindi la assoluta necessità di modificare le competenze e le caratteristiche del chirurgo, non più solo studioso, ricercatore, dedicato esclusivamente alla cura dei malati, **ma anche manager che deve saper gestire risorse umane e budget finanziari, fortemente tecnologizzato. Compiti non più solo assistenziali, ma anche organizzativi, economici e burocratici** con profonda e consapevole conoscenza delle tecnologie a sua disposizione.

Formare quindi al "team work" per armonizzare, rendere sempre più efficiente ed appropriato il lavoro in una organizzazione estremamente variegata e sempre più specializzata; formare al "management" inteso come capacità di utilizzare le risorse in modo corretto e coerente per il migliore risultato possibile in un corretto rapporto fra costi e benefici; formare alla "qualità" e alla "sicurezza" utilizzando a pieno la capacità di "controllo" del sistema, anche delle singole Unità Operative, mediante le metodologie di confronto e valutazione.

Altro elemento che deve profondamente caratterizzare la formazione del chirurgo del domani è il recupero di una più corretta comunicazione.

Alla base di questo cambiamento deve esserci però una buona educazione sanitaria che passa attraverso il coinvolgimento del mondo politico, amministrativo, sanitario, scientifico e culturale. Accanto a nuove norme comportamentali del chirurgo deve crearsi anche nei cittadini una coscienza nuova non solo dei propri diritti ma anche ed in modo altrettanto responsabile dei propri doveri.

IL GOVERNO CLINICO

Tra le numerose definizioni mi sembra opportuno riportare le seguenti:

"Un contesto in cui le organizzazioni del NHS assumono la responsabilità del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della promozione di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui l'eccellenza clinica possa fiorire" (UK Governo Blair, A first class service 1998)

"Un programma Sanitario finalizzato ad assicurare ai pazienti in modo OMOGENEO su tutto il territorio Nazionale i più elevati standard qualitativi possibili sul piano Clinico assistenziale" (Ministero della Salute).

La parola chiave che, pur non comparando, contraddistingue e concretamente permea entrambe le definizioni è: **ACCOUNTABILITY**. Il termine è il cuore del Governo Clinico e si può sintetizzare nel concetto di "responsabilità", di "rendere conto".

"La qualità o condizione di essere in grado di rendere conto e di assumersene la responsabilità"

"...i professionisti sono responsabili di migliorare continuamente la qualità dei propri servizi.. misurandone i risultati..."

Per essere **ACCOUNTABLE**, in buona sostanza, è assolutamente necessario e fondamentale poter conoscere la Rintracciabilità degli atti professionali.

QUINDI QUALITÀ, RESPONSABILITÀ, MISURABILITÀ DEI RISULTATI, SENZA PER NULLA INCIDERE SULL'AUTONOMIA; VALUTARE PER MIGLIORARE. PER DIRLA CON DEMING "DI DIO CI FIDIAMO, GLI ALTRI PORTINO RISULTATI".

L'obiettivo strategico è quello di ridurre le variabilità dei comportamenti professionali in funzione della appropriatezza clinica (utilizzare un intervento sanitario efficace in pazienti che ne possono effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche) e della appropriatezza organizzativa (erogare un intervento o prestazione in un contesto organizzativo idoneo e congruente, per quantità di risorse impiegate, con le caratteristiche di complessità dell'intervento erogato e con quelle cliniche del paziente).

Qui entra pesantemente in giuoco il ruolo della comunità scientifica e non si può fare a meno di proporre nuovamente il sistema ormai universalmente accettato e condiviso del sistema basato su "Credenziali" e "Privilegi".

Nel mondo anglosassone, dal quale è inevitabile attingere per le esperienze ormai fortemente consolidate, una forte pressione sociale tesa a proteggere la salute pubblica, diminuire le controversie legali e regolare le responsabilità nelle stesse, ha portato alla istituzione ed allo sviluppo, negli ultimi 30 anni, dei processi di privileging e credentialing, il cui impatto sui sistemi sanitari è in progressivo aumento.

Il **CREDENTIALING** è il sistema utilizzato nell'ambito delle organizzazioni sanitarie per valutare il percorso formativo professionale, l'esperienza clinica e la preparazione per la pratica specialistica ed è stato introdotto formalmente nelle procedure di accreditamento nel 1989, quando la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) stabilì gli standard richiesti alle strutture sanitarie per svolgere funzioni di credentialing.

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

Privileging e credentialing sono processi distinti ma correlati. Quando un professionista medico chiede il riconoscimento di un "privilege" da parte di una struttura sanitaria, questa concede il "privilege" solo a seguito della verifica di set definito di parametri (credenziali).

Credentialing e Privileging possono pertanto sovrapporsi e verificarsi simultaneamente.

Per il loro stesso meccanismo di funzionamento è necessario

che i parametri di valutazione siano estremamente chiari ed oggettivi e, come definito dalla stessa JCAHO, che i privilegi concessi da ogni singola istituzione “cadano entro limiti ben precisi, basati sulle qualifiche professionali e sulle competenze attuali del singolo professionista”, e che l'emissione iniziale o il rinnovo o ancora la revisione dei privilegi concessi siano basati su una valutazione tra pari delle performance professionali, delle valutazioni e delle abilità cliniche e tecniche.

Analogo procedimento deve essere proposto ed avviato per le strutture, integrando gli attuali criteri di accreditamento, eventualmente rivedendone la validità.

“MI DEFINISCONO ECCENTRICO PERCHÉ DICO IN PUBBLICO CHE GLI OSPEDALI SE VOGLIONO MIGLIORARE DEVONO MISURARE I LORO RISULTATI. DEVONO ANALIZZARE I LORO RISULTATI PER SCOPRIRE I LORO PUNTI FORTI E I LORO PUNTI DEBOLI. DEVONO CONFRONTARE I LORO RISULTATI CON QUELLI DI ALTRI OSPEDALI. QUESTE OPINIONI NON SARANNO PIÙ ECCENTRICHE TRA POCHI ANNI”

Così Codman nel 1917.

Forse è ora di fare qualche riflessione.

È giunto il momento di porre con forza la domanda se le nostre Società Scientifiche, così come sono oggi possano essere in grado di governare il radicale cambiamento in atto. Certamente no. È il momento di fare delle scelte radicali in termini di qualità, sicurezza e garanzia. I processi illustrati sono sicuramente strumenti adeguati ma necessitano della proposta di nuovi modelli organizzativi anche per la Comunità scientifica proprio sul modello della Joint Commission Statunitense, unico sistema valido soprattutto per far recuperare al chirurgo del domani autonomia, responsabilità e fiducia in un nuovo sistema finalmente improntato alla qualità, alla sicurezza, alla oggettiva valutazione delle performances e degli outcomes nel nome di una sempre strombazzata ma mai applicata meritocrazia.

Sviluppare il concetto di “Governo clinico” come sistema atto a favorire la collaborazione e la integrazione operativa non solo tra le varie competenze specialistiche ma anche e soprattutto tra la componente professionale e la componente gestionale per rafforzare il legame di interdipendenza, nel rispetto delle rispettive autonomie, tra le responsabilità assistenziali proprie della funzione professionale e le nuove funzioni gestionali che stanno sempre più emergendo nell'ambito aziendale, partendo dai vertici, fino a coinvolgere la direzione di strutture complesse come, ad esempio, i Dipartimenti, che dovrebbero già da tempo esistere nella pratica e non solo nominalmente.


Lo sviluppo del “Governo clinico” può essere importante sia per superare la visione prevalentemente economicistica che stiamo vivendo con il processo di aziendalizzazione, sia per offrire un servizio d'eccellenza ai cittadini. Perché questo avvenga è fondamentale una forte collaborazione ed integrazione tra management e professionisti sanitari tesa a raggiungere il comune obiettivo che è l'erogazione ai pazienti di prestazioni e servizi migliori.

La sfida è creare un contesto e un clima dove siano condivise scelte e responsabilità, dove si favorisca una cultura e una pratica

orientata alla qualità clinica che deve essere adeguatamente considerata e valorizzata per l'importanza e i significati che ha nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria.

In conclusione, è opportuno citare le principali raccomandazioni del documento inglese “**A First Class Service**” riprese dall'Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità (P. Morosini e F. Perraro, Centro Scientifico Editore, Torino, 2000):

- » *non basta contare le prestazioni e compilare bilanci. La clinical governance deve garantire che la qualità abbia il suo giusto posto nel cuore del SSN;*
- » *la responsabilità ultima per la qualità clinica dei servizi è del direttore generale;*
- » *va nominato il responsabile dell'attuazione del sistema di clinical governance e del monitoraggio della sua efficacia;*
- » *il piano di qualità professionale è incluso nella programmazione generale dell'azienda;*
- » *deve essere redatta una relazione annuale sulla qualità dell'assistenza clinica, che ha almeno la stessa importanza della relazione finanziaria;*
- » *tutti i medici partecipano a progetti di audit (valutazione e miglioramento di qualità), locali e multicentrici;*
- » *deve essere incoraggiata e verificata l'adozione di pratiche basate sulle evidenze scientifiche (Best Practice);*
- » *viene garantito il rispetto degli standard sviluppati dall'Istituto Nazionale per l'Eccellenza Clinica;*
- » *vengono promosse la completezza e l'accuratezza nella rilevazione delle informazioni importanti per il monitoraggio dell'assistenza clinica;*
- » *viene attuato un sistema di segnalazione, di indagine e di prevenzione degli eventi avversi;*
- » *viene facilitata l'espressione di reclami da parte dei pazienti e dei loro familiari e vengono messi in atto sistemi di gestione dei reclami equi nei confronti dei pazienti e del personale, con lo scopo di cercare di evitare che i problemi segnalati si ripetano in futuro;*
- » *vengono formulate procedure chiare che aiutino il personale nel suo dovere di segnalare comportamenti dei colleghi preoccupanti per l'incolumità dei pazienti;*
- » *occorre, dove è possibile, partire dal punto di vista dei pazienti e coinvolgerli nei progetti di valutazione e miglioramento.*

Concludendo con Darwin “I superstiti di ogni specie non sono necessariamente i più forti. E neppure necessariamente i più intelligenti. Sono quelli più sensibili ai cambiamenti.” 

APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI IN CHIRURGIA

AGENZIA REGIONALE SANITARIA PER LA PUGLIA E ACOI
INSIEME IN UN PERCORSO DI COLLABORAZIONE E FORMAZIONE

di Michele Montinari


Da alcuni anni tra i rappresentanti regionali di ACOI ed i funzionari dell'AReS (Agenzia Regionale Sanitaria per la Puglia), si è instaurato un proficuo rapporto di collaborazione e di condivisione di obiettivi comuni, consentendo agli specialisti chirurgici di divenire più consapevoli dell'organizzazione dell'attività ospedaliera, aggiornati sulla compilazione delle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera), partecipi della definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e delle modalità di erogazione delle procedure nella pratica giornaliera. Proseguendo in questo percorso, il 19 giugno 2010 è stata organizzata una "Giornata di Formazione tra Clinica e Sistema SDO-DRG", con la finalità di migliorare il livello formativo dei professionisti pugliesi sugli aspetti procedurali che riguardano la corretta modalità di codifica sia delle patologie diagnosticate, sia delle procedure erogate, svisceran-

do anche le principali situazioni critiche oggetto di allarme, con particolare attenzione per i livelli assistenziali in cui talune procedure vengono erogate, per i criteri di codifica di nuove prestazioni, per il ricorso tuttora frequente di molti cittadini alla emigrazione per interventi tanto di alta chirurgia, quanto per così dire minori.

Nelle prime sessioni dell'incontro Gaetano Di Pietro, Direttore del Settore "Analisi della Domanda e Offerta Sanitaria" di AReS, ha presentato i Principi Generali del Sistema SDO-DRG, le Linee Guida della codifica chirurgica, le ultime novità, quindi l'applicazione del sistema M.A.A.P., utilizzato per definire l'appropriatezza della tipologia dei ricoveri.

La sessione pomeridiana invece è stata dedicata alla discussione degli aspetti critici della erogazione di talune prestazioni sanitarie, con particolare riguardo al trattamento della patologia erniaria e

proctologica con il relativo scarso ricorso alla day surgery e al trattamento della patologia neoplastica tiroidea, mammaria e del colon, per le quali si avverte la forte attrazione di alcuni centri del nord meglio organizzati.

È stata discussa la necessità di dare attuazione ai nuovi DRG LEA ambulatoriali, secondo gli accordi della Conferenza Stato Regioni dello scorso dicembre e a tal fine si è costituito un Gruppo di Lavoro sulla chirurgia ambulatoriale tra Tecnici dell'AReS e Chirurghi ACOI: questa iniziativa si inserisce nell'ambito dei rapporti collaborativi sempre più stretti tra l'agenzia governativa regionale e la nostra società scientifica, la quale si propone come naturale interlocutrice nell'ottica della organizzazione dei servizi sanitari e dell'adozione di nuovi modelli assistenziali, nel rispetto delle buone pratiche professionali e dei principi di economia sanitaria. 



SEMPRE PIÙ LITIGI TRA MEDICI E PAZIENTI

Il 28 Marzo 2011 è stata presentata in Campidoglio la “Mappa dei Conflitti”, un rapporto riguardante la città di Roma elaborato dall'Osservatorio sui conflitti e sulla conciliazione, costituito nel luglio 2010 dai principali soggetti pubblici chiamati istituzionalmente a occuparsi di conflitti: Roma Capitale, Tribunale di Roma, Ordine degli avvocati di Roma, Camera di conciliazione di Roma, Ordine dei dottori commercialisti ed esperti contabili di Roma, Ordine provinciale dei medici-chirurghi e odontoiatri di Roma, Osservatorio sulla responsabilità medica

(Orme). Il rapporto raccoglie i dati relativi alle controversie giudiziali negli ultimi sei anni, con particolare riferimento alle materie per le quali è stata prevista la mediazione obbligatoria, entrata in vigore lo scorso 21 marzo.

I dati forniti dal Tribunale di Roma e dal Ministero della Giustizia hanno fatto rilevare un aumento del 15% delle cause che hanno per oggetto la responsabilità medica negli anni dal 2005 al 2010, a fronte di una complessiva riduzione di tutte le altre tipologie di contenzioso.

L'Ordine dei Medici romano sottolinea comunque che le cause relative al pe-

riodo in esame sono state in realtà solo 2.372, a fronte di milioni di atti sanitari (a Roma si concentra il 10% dei medici italiani).

Il dato tuttavia appare sicuramente meritevole di una profonda analisi, essendo il riflesso della forte tensione conflittuale che continua a crescere tra le corsie degli ospedali e che rischia di alimentare di pari passo il ricorso alla cosiddetta “medicina difensiva”.

Fonte dati Adnkronos Salute

B.Braun per la Chirurgia

Tradizione e innovazione



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

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

ACOI Giovani

RASSEGNA STAMPA

A cura di Francesco Feroci, Cinzia Tommasi e Gianluigi Luridiana
Commissione ACOI Giovani

DISSEZIONE ASCELLARE NEL CANCRO DELLA MAMMELLA IN FASE PRECOCE: OGGI È ANCORA LO STANDARD?

Axillary lymph node dissection in early-stage invasive breast cancer: is it still standard today? Gerber B., Heintze K., Stubert J., Dieterich M., Hartmann S., Stachs A., Reimer T. Breast Cancer Res Treat. 2011 Apr 27.

La valutazione dell'interessamento dei linfonodi ascellari mediante la biopsia del linfonodo sentinella e la linfoadenectomia ascellare radicale costituiscono parte integrante del trattamento del cancro della mammella.

Una maggiore conoscenza della biologia tumorale ha modificato l'impatto prognostico e terapeutico dello stato linfonodale. Le tecniche di imaging non invasive

quali l'ecografia ascellare, la RMN e la FDG-PET hanno mostrato una buona sensibilità ed un'elevata specificità nella valutazione dello stato linfonodale ma non sono sufficienti per la sua stadiazione. I dati supportano la tesi secondo cui le metastasi residue nel cavo ascellare, il cui impatto sulla prognosi e sulle scelte terapeutiche appare sovrastimato, non aumentino il tasso di recidive ascellari né

diminuiscano la sopravvivenza globale. Inoltre sono sensibili alla chemioterapia e alla radioterapia postoperatoria.

I dati emersi dalla letteratura suggeriscono che la biopsia del linfonodo sentinella e la linfoadenectomia ascellare non influenzano la sopravvivenza globale né il periodo libero da malattia: non c'è indicazione alla linfoadenectomia ascellare in pazienti anziani con tumore favorevole e linfonodi ascellari clinicamente e ecograficamente negativi. Resta comunque evidente la necessità di un approccio razionale e guidato dall'evidenza per quei pazienti con tumore di piccole dimensioni candidato alla chirurgia conservativa e linfonodi clinicamente e radiologicamente negativi.

IL TRATTAMENTO DELLA CALCOLOSI DELLA VIA BILIARE PRINCIPALE DURANTE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: LA TECNICA DEL RENDEZ-VOUS

Treatment for retrieved common bile duct stones during laparoscopic cholecystectomy: the rendezvous technique. Borzellino G., Rodella L., Saladino E., Catalano F., Politi L., Minicozzi A., Cordiano C. Arch Surg. 2010 Dec; 145(12):1145-9.

Lo studio ha lo scopo di determinare l'efficacia e la fattibilità della tecnica intraoperatoria del rendez-vous per il trattamento della calcolosi della VBP. Nello studio sono stati arruolati 110 pazienti: 47 avevano avuto solo una colica biliare; 39 una colecistite acuta; 19 una pancreatite biliare; 5 una pancreatite biliare con colecistite acuta. In tutti la diagnosi di cal-

colosi della VBP è stata posta intraoperatoriamente mediante colangiografia: una volta documentata la presenza di calcoli, previo posizionamento laparoscopico di filo guida trans cistico, è stata eseguita la procedura endoscopica di Rendez-Vous. Quest'ultima è risultata essere fattibile nel 95,5% dei casi (105 di 110 pazienti): in tre casi non è stato possibile eseguirla, in

due casi è stata eseguita con successo ma l'intervento è stato convertito da laparoscopico in laparotomico.

Ci sono state due complicanze maggiori, due casi di sanguinamento post procedura e una pancreatite acuta dopo sfinterotomia tradizionale eseguita a seguito del fallimento del Rendez-Vous.

Lo studio conclude che il Rendez-Vous è un'opzione fattibile nel trattamento della litiasi della VBP, ma permette di eseguire solo uno stadio del trattamento anche in casi acuti come la colecistite e la pancreatite. Inoltre il posizionamento del filo guida può ridurre le complicanze legate all'incannulamento della papilla, ma non quelle legate alla sfinterotomia endoscopica.

LA DIFFUSIONE DELL'APPENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA IN ITALIA. UN AUDIT NAZIONALE

Diffusion of laparoscopic appendectomies in Italy. A National audit. Vettoretto N., Gobbi S., Belli F., Corradi A., Mannino L., Ricciardelli L., Vinciguerra M., Piccolo D. Minim Invasive Ther Allied Technol. 2011 Mar 21. [Epub ahead of print]

In questo primo articolo relativo al lavoro svolto dal gruppo costituito in seno alla

Commissione Giovani dell'ACOI, vengono presentati i dati sulla diffusione dell'ap-

pendicectomia laparoscopica in Italia. Il materiale raccolto è stato poi utilizzato per realizzare la Consensus Conference sull'argomento, i cui risultati sono stati presentati in un altro lavoro, già accettato ed in attesa di pubblicazione su Colorectal Disease. Sono state interpellate 460 unità operative di chirurgia generale in Italia e si

è avuta risposta da poco più della metà di esse, percentuale comunque ottima se confrontata con analoghe indagini eseguite in passato. Il quadro che emerge evidenzia un'ampia diffusione dell'appendicectomia laparoscopica in Italia, dal momento che questa viene praticata, con frequenza assai variabile, nel 93% delle unità di Chirurgia che hanno risposto al questionario. Non si sono evidenziate peraltro differenze significative in relazione all'area geografica e alle dimensioni della struttura. Nonostante questo, l'approccio laparoscopico appare ancora lontano dall'essere considerato il gold standard, dal momento che solo nel 45% delle strutture viene trattata laparoscopicamente la maggioranza dei pazienti affetti da appendicite acuta. Si è constatato poi un incremento dell'utilizzo di strumenti tecnologici più recenti per la sezione del mesenterio (radiofrequenza, bisturi ad ultrasuoni) nelle unità operative a più alta casistica, mentre non è stata riscontrata una concordanza sulle indicazioni: infatti la politica "all-comers", sebbene praticata nel 48% dei centri interpellati, non appare suffragata da evidenze certe, mentre non appaiono esserci dubbi sui benefici dell'appendicectomia laparoscopica nella donna in età fertile. Un altro elemento interessante messo in luce è stato la minore riluttanza, se paragonata ai lavori precedenti, nell'eseguire tale intervento nelle ore notturne, verosimilmente in relazione alla maggior disponibilità di set per laparoscopia di facile preparazione derivante dalla diffusione della chirurgia laparoscopica avanzata.



TRIAL PROSPETTICO RANDOMIZZATO CONTROLLATO CHE CONFRONTA LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA TRADIZIONALE VERSUS LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON SINGOLA INCISIONE: REPORT DEI DATI PRELIMINARI

Prospective randomized controlled trial of traditional laparoscopic cholecystectomy versus single-incision laparoscopic cholecystectomy: report of preliminary data. Marks J., Tacchino R., Roberts K., Onders R., Denoto G., Paraskeva P., Rivas H., Soper N., Rosemurgy A., Shah S. Am J Surg. 2011 Mar; 201(3):369-72.

A 16 anni di distanza dall'esecuzione della prima colecistectomia laparoscopica mediante una singola incisione, gli autori presentano i dati preliminari (83 pazienti su 200 preventivati) di uno studio multicentrico, randomizzato, a singolo cieco, mirato a paragonare i risultati di questa tecnica con la classica colecistectomia

laparoscopica a 3 o 4 port, considerata finora il gold standard.

I pazienti sono stati randomizzati con un rapporto di 1,5 : 1 a favore della colecistectomia a singolo port; questo perché, essendo ben noti gli standard di sicurezza della colecistectomia laparoscopica classica, si è ritenuto di incrementare il numero

di pazienti trattati con colecistectomia ad accesso singolo per meglio individuare eventuali problemi di sicurezza relativi a quest'ultima tecnica.

Ebbene, questi dati preliminari non evidenziano differenze tra le due tecniche in termini di sicurezza (complicanze intra e post-operatorie, perdite ematiche) e grado di dolore post-operatorio.

È stata dimostrata peraltro una durata media degli interventi significativamente maggiore per la colecistectomia a singolo port (53,2 minuti contro 42,0), mentre quest'ultima appare superiore in termini di risultato estetico percepito, sia nell'immediato che a distanza di tre mesi.

Nonostante ciò, per ora, il grado di soddisfazione complessiva nei due gruppi non ha mostrato differenze significative.

LA FESMED VUOLE CRESCERE

di Carmine Gigli

Presidente FESMED

Il Congresso FESMED del 4 e 5 marzo 2011 ha visto riuniti a Rimini i rappresentanti aziendali, regionali e nazionali della nostra organizzazione sindacale, per un aggiornamento sulle problematiche più attuali della categoria e per rilanciare il proselitismo all'interno delle nostre Aziende, dove l'interesse per il sindacato è meno vivo di un tempo.

I piani di riordino che toccano le Aziende sanitarie, in gran parte delle Regioni, sono stati analizzati esaminando le procedure adottate in due regioni di grande rilievo, il Lazio e la Sicilia, sempre con l'attenzione rivolta alla tutela che possiamo fornire al medico che dovesse risultare danneggiato dai processi di ristrutturazione aziendale.

Grande interesse fra gli intervenuti ha suscitato la relazione di Salvatore Aleo, professore ordinario di Diritto penale presso la Facoltà di Scienze politiche dell'Università di Catania, il quale ha affrontato il tema della responsabilità del medico, offrendo una visione particolarmente originale ed interessante del ruolo che gioca il nesso causale nei processi contro i medici. Attraverso ragionamenti rigorosamente giuridici, ma ben comprensibili, Aleo ha messo in luce le numerose contraddizioni che emergono da tante sentenze che vedono i medici condannati. Sentenze nelle quali si è voluto cercare il nesso fra l'esito indesiderato della cura e l'opera del medico, trascurando il ruolo predominante svolto dalla malattia.

I possibili cambiamenti che stanno per intervenire nel contenzioso sanitario, con l'introduzione della legge sulla conciliazione, sono stati illustrati da Paolo Dell'Anna, relatore alla commissione studi sulla conciliazione del notariato

ed il ruolo che potranno assumere le società scientifiche, sempre nella conciliazione delle controversie civili, è stato esaminato dal tesoriere ACOI, Stefano Bartoli.

La trascinate oratoria dell'avv. Nicola Gasparro ha portato chiarezza sulle competenze delle figure che operano nel Servizio Sanitario, attraverso un esame approfondito dei profili professionali del medico e delle professioni sanitarie. Infine, l'autorevole intervento dell'on. Benedetto F. Fucci, componente della commissione affari sociali della camera e della commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario,

ha rassicurato i presenti soffermandosi sulle competenze esclusive del medico.

Dopo l'aggiornamento, l'impegno a far crescere la FESMED. Il Consiglio Direttivo ha deliberato e l'Assemblea dei Soci FESMED ha approvato, la promozione di una campagna di tesseramento, con lo slogan: *"Porta un collega in FESMED, si troverà fra amici"*. L'intento è di coinvolgere tutti i soci nell'opera di propaganda. Sono previste la stampa e la distribuzione di manifesti e di volantini da utilizzare in occasione dei corsi e dei congressi, per illustrare ai colleghi i vantaggi che offre l'iscrizione alla FESMED.



HIRSHBERG ASHER E MATTOX KENNETH L.

TOP KNIFE

L'ARTE E IL MESTIERE DELLA CHIRURGIA DEL TRAUMA

SPRINGER ITALIA

ISBN/EAN: 9788847017405

EDIZIONE ITALIANA A CURA DI FRANCESCO V. GAMMAROTA

di Luigi Presenti



L'esperienza è quella parte più personale della nostra conoscenza che ci permette di non ripetere gli errori o di affrontare le situazioni sempre più difficili con maggiore padronanza e sicurezza nei nostri

mezzi. Tuttavia, per quanto "esperti", tutti noi ci sentiamo più o meno in difficoltà davanti alle urgenze, soprattutto se lavoriamo in ospedali di periferia dove le "grandi urgenze" non sono quotidiane. E non basta certo essere esperti in chirurgia d'elezione per affrontare serenamente ogni urgenza giacché, come gli stessi autori affermano, "un intervento chirurgico per trauma non è la versione accelerata del medesimo intervento chirurgico in elezione".

"Top knife" non è un trattato di tecnica chirurgica comunemente inteso, ma un manuale comportamentale, una sorta di "galateo" delle urgenze chirurgiche. Non ha infatti la pretesa di insegnare le comuni tecniche chirurgiche ma fornisce per ogni situazione chirurgica, sia semplice che complessa, soluzioni chiare e facilmente applicabili da qualsiasi chirurgo con un minimo bagaglio teorico-pratico. Le soluzioni indicate sono sempre semplici e ben illustrate e prescindono da una dotazione tecnolo-

gica o specialistica spesso appannaggio dei grossi centri ospedalieri. Sono molto interessanti e preziosi i consigli pratici forniti dagli autori per le varie situazioni: non dei trucchi chirurgici ma dei veri e propri "comandamenti" che guidano il chirurgo verso la "migliore cosa da fare" anche in quelle situazioni ove il tempo manca e la soluzione non è di immediata intuizione.

La notevole capacità di sintesi degli autori e l'ottima traduzione italiana forniscono spesso quelle frasi aneddotiche di facile memorizzazione che risultano senz'altro utili nei momenti difficili, quando la soluzione di un problema chirurgico risulta più difficile da individuare.

La lettura è sicuramente avvincente come un romanzo giallo e la notevole mole di suggerimenti tecnici e soprattutto comportamentali lo rende un libro adatto a "tutte le età" chirurgiche spaziando dal giovane specializzando al chirurgo più dotato ... di capelli bianchi!

MICROFRANCE®

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@scsitalia.com - www.scsitalia.com



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[™]

