



accoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

NEWS

23/24 - LUGLIO/DICEMBRE 2011



VERSO IL
**1° CONGRESSO
NAZIONALE
DELLA
CHIRURGIA ITALIANA**

Roma 23-27 settembre 2012
AUDITORIUM - PARCO DELLA MUSICA

SOMMARIO



07

03
L'unità è un
valore aggiunto
della Chirurgia
italiana

di Gianluigi Melotti e Luigi Presenti

04
Abbiamo bisogno
di Consensus
Conference?

06
ACOI Provider
ECM, oggi

di Stefano Bartoli

10
Siamo pronti
per il futuro

di Mauro Longoni e Ildo Scandroglio

12
Errori medici?
Ma di che parliamo!

di Rodolfo Vincenti

14
Nasce ACOI Giovani

di Luigi Ricciardelli



10



24

18
Notizie
dalla Fondazione
ONAOI

19
ACOI Giovani
Rassegna Stampa

A cura di Francesco Feroci, Elisa Lenzi,
Alessia Garzi e Gianluigi Luridiana

24
Stress da lavoro
correlato in Sanità

di Nicola Gasparro

26
Bar Sport

di Ferdinando Agresta

30
Filodiretto con i Soci



n. 23/24 luglio-dicembre 2011
Trimestrale dell'Associazione
Chirurghi Ospedalieri Italiani
Supplemento a:
Ospedali d'Italia Chirurgia n. 3 - 2011

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

CONSIGLIO DIRETTIVO
Presidente
Luigi Presenti

Past-President
Rodolfo Vincenti

Presidente Onorario
Gianluigi Melotti

Vicepresidenti
Mauro Longoni
Diego Piazza

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 30 gennaio 2012

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

www.acoi.it

L'EDITORIALE

di Gianluigi Melotti e Luigi Presenti



L'UNITÀ È UN VALORE AGGIUNTO DELLA CHIRURGIA ITALIANA

L'esperienza è straordinaria: da circa un anno i rappresentanti di 18 società scientifiche chirurgiche del nostro Paese lavorano insieme alla costruzione di un evento scientifico senza precedenti.

Quando, due anni or sono, SIC e ACOI (presidenti De Antoni e Vincenti) concepirono il progetto, l'impresa sembrava, se non impossibile, irta di ostacoli; tutto invece sta proseguendo mirabilmente, senza conflitti, con consapevolezza di pari dignità e di forte motivazione per l'obiettivo comune.

Sarebbe riduttivo voler ricondurre la grandezza del progetto a sole ragioni di cogenza economica; crediamo che il motore più importante sia rappresentato dalla comune presa di coscienza del difficile momento che il mondo sanitario e la nostra categoria in particolare, stanno attraversando, con necessità di un sussulto di orgoglio unito ad azioni per noi non usuali.

La perdita di fiducia da parte dei nostri pazienti, misurabile in primis dalla crescita esponenziale del contenzioso legale, l'attacco costante alle nostre prerogative di autonomia e responsabilità professionale, che si traduce

nel tentativo costante di escluderci dai momenti decisionali riguardanti la scelta degli strumenti necessari per la nostra quotidiana attività; la velleità di misurare la qualità e l'appropriatezza del nostro lavoro più con criteri economicistici che scientifici, richiedono una risposta, forte, continua ed unitaria. Vogliamo mostrare a chi ne dubitasse, la capacità di superare le nostre barriere di categoria con la volontà e la forza che ci vengono dall'abitudine quotidiana a gestire la complessità e l'imprevisto. La Commissione Scientifica ha pressochè ultimato il programma preliminare proponendo, con il contributo di tutti, una serie di argomenti trasversali a tutte le specialità, privilegiando, come filo logico, la definizione delle competenze per il trattamento di differenti patologie, pur riservando spazi adeguati per argomenti più specialistici di pertinenza delle singole società. Alcuni temi scelti, connessi in particolar modo all'evoluzione multirazziale del nostro Paese, non mancheranno di stupire per la loro originalità oltre che per il loro interesse.

Parallelamente la Commissione Organizzativa e le varie sottocommissioni

dedicate lavorano al progetto di rendere la sede congressuale, di grande prestigio, quanto più idonea ad uno scambio continuo di disponibilità reciproca e di esperienze per gli oltre 4.000 chirurghi di cui ci attendiamo la partecipazione.

Dai nostri costanti contatti ci pare di percepire un interesse straordinario, diversamente dal passato, da parte del mondo politico e culturale a partecipare ad un evento così innovativo e mai realizzato.

Ed è anche per questo che più di una sessione sarà dedicata ad analizzare e condividere le criticità che condizionano l'organizzazione del nostro Sistema Sanitario ed a ricercare insieme proposte organizzative volte a riqualificarlo, riportando i saperi professionali al ruolo di componente fondamentale ed ineludibile.

Se così interpretata, come stiamo dimostrando di saper fare, l'unità diventa un valore di tale importanza, capace di per se stesso, di cambiare il nostro ruolo e la nostra rilevanza sociale.

I grandi cambiamenti derivano dalle grandi intuizioni e dal coraggio e capacità di renderle concreta realtà.



Roma
23-27 settembre 2012
AUDITORIUM
Parco della Musica
**Unità e valore
della chirurgia italiana**
1° CONGRESSO NAZIONALE



Presidenti del Congresso Vincenzo Blandamura - Adriano Redler

Roma, 24 gennaio 2012

ABBIAMO BISOGNO DI CONSENSUS CONFERENCE?

...As doctor and surgeons our mission is to treat patients to the best of our knowledge and expertise. The exponential knowledge eruption and the nearly daily skill-related technology advances in minimal invasive surgery make it more than ever mandatory that we, surgeons and doctors, humbly examine, analyze and objectively audit our own practice...we have to recognize and discard our acquired biases, and base our diagnostic procedures and surgical therapy on "hard" evidence...

Così recita un editoriale su Surgical endoscopy a firma del Prof. Fingerhut. (Fingerhut A. *Do we need consensus conferences?* Surg Endosc 2002; 16:1149-1450).

Vi è la necessità di parlare la stessa lingua, di condividere esperienze, risultati, dubbi e certezze, a fronte proprio di una **dirompente esplosione delle tecnologie che richiedono sempre di più una competenza professionale testata e confermata.**

Abbiamo bisogno di Consensus Conference! Qui da noi in Italia abbiamo poi delle esperienze più che positive proprio di Consensus Conference, uniche negli argomenti affrontati, che ci vedono tra i primi in Europa. Ma fino ad oggi ci siamo sempre focalizzati sulla patologia o sulla tecnica chirurgica, dimenticandoci quasi che è **l'uomo il vero attore principale.**

Leggiamo sempre di più che la *conditio sine qua non* per eseguire questo o quel tipo d'intervento è la **Clinical Competence del chirurgo**, ma pochi si sono attentati, almeno fin oggi, di definire e misurare - se possibile - cosa voglia davvero dire Clinical Competence.

Il 2012 sarà un anno unico per tutta la Chirurgia Italiana. Verrà infatti celebrato, dal 23 al 27 di settembre a Roma, presso l'Auditorium Parco della Musica il 1° Congresso Nazionale della Chirurgia Italiana finalizzato alla realizzazione di un evento unificato rappresentativo di tutta la comunità chirurgica. Il Comitato Promotore è composto da 12 delle 20 Società Scientifiche coinvolte in tale evento. Il congresso sarà un grande appuntamento scientifico, sociale e politico. Un appuntamento di unità e valore.



www.chirurgiaunita2012.it - info@chirurgiaunita2012.it

Segreteria organizzativa Triumph C & C Srl Divisione Congressi - Via Lucilio, 60 - 00136 Roma - Tel. +39 06 355301 - Fax +39 06 35340213



E proprio a nome di questa unità e di questo valore che abbiamo deciso di organizzare una Consensus Conference sulla Clinical Competence nella chirurgia del retto, da presentare a questo Congresso.

Definire la Clinical Competence vuol dire analizzare i risultati di alcuni indicatori specifici alla luce del bagaglio professionale non solo del singolo chirurgo/team chirurgico ma anche dell'intera struttura ove ciascuno di noi opera.

Abbiamo deciso di valutare quindi quanto incida il volume ospedale/volume chirurgo su: procedure sphincter e nerve preserving, sulla recidiva locale, sulla morbidità e mortalità entro 30 gg, sulla sopravvivenza, sulla scelta dell'approccio laparoscopico e transanale.

Ma competenti si diventa: e quindi quale iter formativo per definire un chirurgo esperto in *chirurgia laparoscopica e/o robotica del retto?*

Ed altri argomenti ancora.

La Consensus verrà svolta secondo quanto previsto dall'Istituto Superiore di Sanità: un Comitato Promotore, un Comitato Scientifico, un gruppo di Esperti Designati, il Panel Giuria, una Segreteria Scientifica e una Segreteria Organizzativa sono stati già designati per analizzare la letteratura esistente al 31.12.2011 e per portare, in seduta plenaria, i risultati della ricerca con una calibratura di Livello di Evidenza e giungere a delle Raccomandazioni graduate e pesate.

Il lavoro è già iniziato e già l'interesse è alto.

Vogliamo però che anche questa sia la Consensus di un'unica Chirurgia Italiana, di cui tutti noi chirurghi siamo e dobbiamo essere protagonisti.

Chiediamo pertanto sin d'ora non solo una vostra partecipazione all'evento di settembre ma anche un aiuto, con tutti i suggerimenti possibili che saranno valutati e considerati: perché *Abbiamo bisogno di consensus conference!*

Scrivete a: service@consensusretto.org

Il Comitato Scientifico

Unità e valore della chirurgia italiana 1° Congresso nazionale - Roma 23-27 settembre 2012 Auditorium Parco della Musica
www.chirurgiaunita2012.it - info@chirurgiaunita2012.it



ACO I PROVIDER ECM, OGGI

SIGNIFICATO E SERVIZIO PER I SOCI



di Stefano Bartoli

Premessa

L'ACOI nasce nel 1980 come associazione di medici per valorizzare l'attività chirurgica negli Ospedali italiani, attraverso la difesa degli interessi morali, culturali, normativi ed economici della categoria; attraverso la promozione di attività scientifica, di ricerca, di aggiornamento professionale e di formazione permanente degli associati anche con la promozione di programmi annuali di Educazione Medica Continua, come recita l'articolo 2 dello Statuto.

L'Educazione Continua in Medicina (ECM) è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e del proprio sviluppo pro-

fessionale. La nuova fase dell'ECM contiene molte novità e si presenta quale strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali. Nel nuovo sistema, sono i provider ad essere accreditati e non più gli eventi formativi.

Il Provider, riconosciuto e accreditato, è soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità, pertanto abilitato a realizzare attività formative idonee per l'ECM in quanto dimostra di essere in grado di identificare i bisogni formativi di categoria, definire un piano formativo completo e attribuire in modo congruo i crediti ai partecipanti, garantendo tra l'altro qualità e indipendenza della formazione.

Lo scenario attuale

Dal 1° gennaio 2008, con l'entrata in vigore della *Legge 24 dicembre 2007, n. 244* e con l'*Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2007* si è definito il Riordino del Programma di Formazione Continua in Medicina e stabilita la nuova organizzazione e le nuove regole per la *governance* del sistema ECM.

Il nuovo sistema ha:

- definito criteri che hanno reso più selettivo l'accREDITAMENTO in qualità di Provider ECM per motivi organizzativi, strutturali e finanziari, legandolo alle finalità associative e culturali statutarie;
- reso trasparenti i meccanismi di finanziamento delle attività formative, regolando la partecipazione di soggetti terzi;
- definito in modo stringente i criteri di reclutamento dei partecipanti agli eventi formativi, mettendo la partecipazione in stretta relazione con i piani formativi e successivamente con il dossier formativo, legandolo all'attività propria del professionista;
- definito le responsabilità civili e penali in capo ai Pre-

sidenti delle società scientifiche in relazione all'attività di Provider, anche in relazione al D.lgs 231/01;

- definito e costituito un soggetto delegato alla tenuta dei crediti riconosciuti (erogati su eventi proposti da Provider accreditati) per ciascun professionista delle professioni sanitarie.

Nello stesso tempo, le contingenze economiche hanno ridotto le risorse pubbliche per la formazione/aggiornamento, una sentenza della Corte di Cassazione (n. 21817, ottobre 2011) ha riconosciuto l'assenza di obbligo a carico delle Aziende Sanitarie di organizzare corsi di aggiornamento e di formazione per i propri sanitari, ed infine il **Decreto Monti**, ha anticipato al 13 agosto 2012 la scadenza per l'introduzione delle sanzioni disciplinari nei confronti dei medici che non raggiungono i crediti dovuti per la formazione continua.

ACO I, riconoscendo l'aggiornamento dei professionisti un diritto/dovere fondamentale, ha deciso di garantire, almeno in parte, la tutela di tale diritto, per tutti i chirurghi italiani, accreditandosi in qualità di Provider, nel nuovo sistema ECM, il 18-1-2011.



“ACO I RICONOSCENDO L'AGGIORNAMENTO DEI PROFESSIONISTI UN DIRITTO/DOVERE FONDAMENTALE, HA DECISO DI GARANTIRE, ALMENO IN PARTE, LA TUTELA DI TALE DIRITTO, PER TUTTI I CHIRURGI ITALIANI, ACCREDITANDOSI IN QUALITÀ DI PROVIDER, NEL NUOVO SISTEMA ECM

ACOI e ECM

Alla luce di quanto sin qui descritto, fedele ai dettami statutari, l'Associazione ha ritenuto di doversi fare carico degli obblighi che derivano dall'essere Provider e ha pertanto definito la struttura per la gestione di una attività che gli è propria da decenni.

È stato definito un **Comitato Scientifico**, con il compito di:

- individuare ed analizzare i bisogni formativi della categoria,
- definire per ciascun anno gli argomenti specifici da sviluppare,
- declinare il Piano Formativo e gestire le varie fasi della formazione (gestione, organizzazione, erogazione), verificare la qualità attesa, percepita ed erogata dei singoli eventi.

Tutto con la finalità di permettere a ciascun chirurgo di realizzare e tenere aggiornato il proprio dossier formativo individuale, così da rispondere alle odierne esigenze di aggiornamento e formazione, garantendo un codice etico e deontologico della formazione.

Lo sviluppo del piano formativo di ACOI è stato implementato, oltre che per soddisfare i bisogni formativi dei chirurghi italiani, anche per rispondere in modo completo alle diverse esigenze in relazione alle molteplici tipologie formative e ai relativi crediti.

Alla tipologia di attività formativa più tradizionale e diffusa, la residenziale, che potrà essere modulata in svariate attività, non solo e non necessariamente di tipo congressuale, si associano, in modo strutturato, **altre forme di formazione/aggiornamento quali:**

- la formazione a distanza, che riesce a raccogliere un numero elevato di partecipanti abbattendo i costi e coniugando strategie formative universali, che arrivano agli operatori in modo omogeneo;
- la formazione sul campo, che deve rispondere ai criteri di appropriatezza tra l'esercizio della professione e l'aggiornamento. Campo nel quale le Scuole Speciali ACOI da decenni rispondono ad esigenze specifiche di formazione post-universitaria.

La scelta degli argomenti da sviluppare nel Piano Formativo



ha favorito la formazione/aggiornamento non solo degli argomenti a prevalente impatto clinico (*Technical Skills*), ma anche gli aspetti che influiscono sulla professione in modo indiretto, i così detti *Non Technical Skills* (audit clinico, qualità e sicurezza, HTA, etc).

Tutto ciò ha comportato un cambiamento dello schema formativo fino ad oggi proposto ai Soci, privilegiando attività coordinate, con alta fruibilità, costi contenuti e sviluppo di un numero di crediti utile al raggiungimento di quel fatidico numero 50 annuo, non tralasciando però la necessità di programmare e definire gli argomenti evitando inutili duplicazioni e sviluppando percorsi inefficaci da un punto di vista formativo. È allo studio anche la realizzazione di format atti a

garantire uniformità qualitativa degli eventi, ripetibili in più sedi sempre garantiti nella sua efficacia formativa dal provider ACOI.

Tra gli obblighi del Provider accreditato esiste il **Rapporto dell'Attività Annuale**, che attraverso diversi strumenti, rende ragione dell'impegno, in modo trasparente e verificabile, del Provider ACOI, nei confronti di tutti i Soci:

- elenco dettagliato degli eventi realizzati con riepilogo dei partecipanti con e senza crediti con elenco nominativo;
- confronto fra attività programmate nel piano formativo e realizzate, rendendo evidente la capacità progettuale e realizzativa del Provider;
- statistiche dettagliate degli indicatori di valutazione eventi;

- gestione dettagliata delle risorse utilizzate.

Da PATROCINIO ad ACCREDITAMENTO

Per tutte queste considerazioni occorre cogliere l'opportunità di gestire il governo della formazione/aggiornamento, come elemento premiante della storia di ACOI. Ciò permetterà di essere considerati riferimento per la formazione e l'aggiornamento continuo in chirurgia, a livello istituzionale nazionale, realizzando un'ulteriore attività di servizio a favore dei propri associati e di quanti vorranno usufruirne.

Pertanto è facile comprendere, come il marchio ACOI, storicamente legato all'aggiornamento in ambito chirurgico, dovendo garantire la validità e la qualità delle attività formative, nell'interesse del singolo Socio, non possa essere applicato a qualsiasi attività proposta, se non capace di integrare le finalità espresse nel piano formativo proposto dall'ACOI.

Ecco che la decisione del CD di passare dal patrocinio, quale desiderato *imprimatur* di qualità, all'accREDITAMENTO degli eventi, diviene una logica conseguenza a tutela dell'aggiornamento di tutta la categoria.



TUTTO CIÒ HA COMPORTATO UN CAMBIAMENTO DELLO SCHEMA FORMATIVO FINO AD OGGI PROPOSTO AI SOCI, PRIVILEGIANDO ATTIVITÀ COORDINATE, CON ALTA FRUIBILITÀ, COSTI CONTENUTI E SVILUPPO DI UN NUMERO DI CREDITI UTILE



SIAMO PRONTI PER IL FUTURO

**21° Congresso Nazionale
ACOI di Videochirurgia**
Cernobbio, Lago di Como - Settembre 2011
di Mauro Longoni e Ildo Scandroglio

Siamo Pronti per il Futuro? Cercando di dare una risposta al titolo del 21° Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia, svoltosi dal 18 al 20 settembre 2011 a Cernobbio – Lago di Como, non possiamo affermare con certezza di esserlo, ma di sicuro la grande partecipazione di relatori e congressisti testimonia la volontà di farsi trovare preparati verso le sfide chirurgiche che la professione vorrà riservarci. 229 membri della Faculty e 821 partecipanti effettivi all'Evento rappresentano il nutrito esercito, solido e compatto, su cui contare.

Ma grandi sono le sfide che il futuro ci riserva. Su questo tema, complice il titolo del congresso, sono tornati a più riprese gli illustri personaggi che hanno animato la cerimonia inaugurale. Due i punti centrali: la vitalità dei giovani Colleghi ed il rispetto



per l'etica della professione. Proprio quell'etica che è stata il motivo centrale della lettura magistrale di sua Eccellenza Monsignor Coletti, e a cui oggi, in un momento di ampie speculazioni, si deve avere la forza di restare fedeli.

È questo, volenti o nolenti, lo scenario che si prospetta all'orizzonte. Un futuro fatto di nuove tecniche e tecnologie, verso una chirurgia più sicura e poco invasiva, ma anche un futuro pieno di incertezze circa la professione del Chirurgo, la carenza di vocazioni tra i giovani, i rapporti spesso problematici con il pubblico ed i media, i contenziosi legali sempre più frequenti.

Quando abbiamo di buon grado accettato l'onore e l'onere di organizzare questo Evento, il primo pensiero è stato rivolto ai tempi stretti nei quali si invitavano i Colleghi ad inviare i propri contributi filmati, nel timore che pochi mesi, per di più a cavallo delle vacanze estive, non fossero sufficienti a raccogliere una degna quantità di materiale. La nostra sorpresa è stata quindi enorme, quando alla chiusura della deadline, ci siamo ritrovati con un vero e proprio tesoro di video, da cui poi il lavoro alacre della Segreteria Scientifica e di parte della Commissione di Videochirurgia, ha selezionato

UN FUTURO FATTO DI NUOVE TECNICHE E TECNOLOGIE, VERSO UNA CHIRURGIA PIÙ SICURA E POCO INVASIVA, MA ANCHE UN FUTURO PIENO DI INCERTEZZE CIRCA LA PROFESSIONE DEL CHIRURGO, LA CARENZA DI VOCAZIONI TRA I GIOVANI, I RAPPORTI SPESSO PROBLEMATICI CON IL PUBBLICO ED I MEDIA, I CONTENZIOSI LEGALI SEMPRE PIÙ FREQUENTI



**UN MEETING BASATO
SULLA CONCRETEZZA METODOLOGICA
ED IL RIGORE SCIENTIFICO**

**i 403 contributi che hanno animato
il Congresso.**

La sede scelta per l'Evento, di viscontiana memoria, è stata divisa in sale intitolate ai celebri capolavori del maestro Luchino. E come in un cinema, si è dato il via al film della chirurgia. Un film che, anno dopo anno, diventa sempre più nitido e godibile, grazie anche all'ausilio di una adeguata tecnologia di acquisizione delle immagini e all'ormai grande diffusione dell'high definition.

403 video in rappresentanza di tutte le specialità chirurgiche, a testimonianza di un movimento in continuo fermento, che ha voglia di vedere e di essere visto, per potersi confrontare con gli altri. Crediamo che, in questo senso, i Chirurghi italiani abbiano ben compreso la necessità di un continuo e costante confronto, in quanto l'isolamento, anche in chirurgia, non porta alcun vantaggio. Nonostante l'attuale non semplice congiuntura economica abbiamo cercato di imbastire un meeting basato sulla concretezza metodologica ed il rigore scientifico, consapevoli che solo con queste prerogative si può sopravvivere nelle odierne difficoltà.

Personalmente, ci riteniamo due volte felici e soddisfatti. In primo luogo perché sono giunti contributi filmati da tutte le regioni italiane e questo, nel 150° anniversario dell'Unità d'Italia, non può che riempire d'orgoglio la Chirurgia nazionale. In secondo luogo, da Vicepresidente Nazionale lombardo e da Coordinatore regionale della Lombardia, abbiamo apprezzato che il contributo dei nostri correghionali sia stato importante, sia come numero di video inviati sia come partecipazione numerica al Convegno. Si tratta di una dimostrazione ulteriore del fatto che la nostra Regione è chirurgicamente viva e costituisce un fertile terreno per l'innovazione, la crescita, il progresso. Abbiamo voluto dare spazio agli amici universitari e ai loro allievi, attraverso una sessione interamente dedicata ai nostri giovani Colleghi in formazione, in cui, uno specializzando ed il suo tutor, in rappresentanza di ogni Scuola di Specializzazione in Chirurgia della Lombardia, mostrassero un video che potesse in qualche modo rappresentare le proprie attuali linee di lavoro o di ricerca. Ne sono scaturiti contributi

**MA IL FUTURO È SEMPRE
DIETRO L'ANGOLO
E L'UNICO MODO
PER FARSI TROVARE
PREPARATI È QUELLO
DI LAVORARE UNITI,
IN UN SANO SPIRITO
DI COINVOLGIMENTO
E CONFRONTO**

importanti e variegati negli argomenti, a testimonianza di una viva spinta dalla base, che si è altresì tradotta nella partecipazione al Congresso di ben 122 Chirurghi in formazione. La tre giorni sul lago di Como ci ha consegnato quindi un'Associazione in salute. Le parole inaugurali del nostro Presidente, Luigi Presenti, nel tradizionale discorso di consuntivo, lo hanno sottolineato. Ma il futuro è sempre dietro l'angolo e l'unico modo per farsi trovare preparati è quello di lavorare uniti, in un sano spirito di coinvolgimento e confronto, e permetterci la presunzione che il 21° Congresso Nazionale di Videochirurgia, di tale spirito, possa esserne stato un buon esempio.



ERRORI MEDICI? MA DI CHE PARLIAMO!

di Rodolfo Vincenti

“Di tutte le cause che vengono avviate per responsabilità medica, solo in un terzo si ravvisano l’errore e la negligenza professionale del medico. In un altro terzo dei casi le cause sono infondate, senza alcun riscontro scientifico, e nel resto dei casi dipendono dalla rottura dell’alleanza terapeutica, magari da una mancata copertura psicologica del paziente, da un abbandono del paziente da parte della struttura sanitaria, spesso caratterizzato da una cattiva comunicazione”

La dichiarazione (DottNet Mercurio) di Caterina Apostoliti, magistrato della V sezione civile del Tribunale di Milano e esponente del Gruppo Medicina e Legalità, spesso chiamata a decidere su cause di responsabilità medica, spinge ad una necessaria riflessione su quanto la “malasanità” sia percepita e su quanto sia cruda realtà.

Che si sia instaurato nei cittadini un alto indice di sospetto e di diffidenza, nella maggior parte dei casi del tutto immotivato, nei confronti della Sanità italiana ed in particolare verso la classe medica è testimoniato da alcuni recenti dati pubblicati da Altroconsumo (il

70% degli italiani ritiene abbastanza o molto probabile il rischio di incorrere in un errore medico) e dal Censis (alla domanda: “è mai capitato a te o ad un tuo familiare di subire un grave errore medico” il 15% ha risposto sì). Quindi tra la percezione del rischio (70%) e l’esperienza personale (15% - senza entrare nel merito se trattasi di errori dimostrati o solo presunti!) esiste una differenza del 45% che la dice lunga

“ IN PRATICA DISPONIBILITÀ AD UNA RELAZIONE DI SEGNO NUOVO ACCETTANDO DI METTERE A CONFRONTO LA PROPRIA AUTONOMIA SCIENTIFICA CON LE NUOVE PREROGATIVE ED ESIGENZE DEL MALATO



quanto la qualità percepita sia di molto inferiore alla qualità erogata. E ancora, è lo stesso Tribunale del Malato (Paola Pellicciai - Lombardia) che dichiara: “è un problema di qualità percepita, un difetto di comunicazione... negli ultimi cinque anni il nostro medico legale, che effettua una sorta di screening prima di indirizzare verso il Tribunale, ha ritenuto sostenibile il ricorso in un caso su 15”.

Proprio per intervenire operativamente sulla comunicazione medico-paziente l’Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani ha ritenuto opportuno costituire la **Fondazione Chirurgo e Cittadino (FCC)** (www.chirurgocittadino.it) che tra i suoi scopi statutari ha il miglioramento dei rapporti tra mondo della chirurgia e cittadino: la



“ FONDAZIONE CHIRURGO E CITTADINO RITIENE LA STRADA INTRAPRESA COME FONDAMENTALE PERCORSO PER UNA MEDICINA MAGGIORMENTE VICINA AL CITTADINO CHE, OLTRE ALLA QUALITÀ DELLA PRESTAZIONE, ESIGE TEMPO DEDICATO, RISPETTO UMANO, ACCOMPAGNAMENTO NEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO, E NELLA QUALE IL CHIRURGO ED IL SUO RUOLO VENGANO CORRETTAMENTE INTERPRETATI E, QUINDI, TUTELATI

FCC rappresenta una discontinuità, un valore aggiunto di una associazione scientifica di chirurghi.

Tale novità non è solo nella “promozione di una educazione sanitaria delle persone” o nella “ricerca scientifica per il miglioramento della qualità della vita correlata alla prestazione chirurgica”, ma soprattutto nell’apertura della chirurgia “all’approccio dialogico”, per poter “ridurre lo scarto culturale e antropologico oggi esistente”. In pratica disponibilità ad una relazione di segno nuovo accettando di mettere a confronto la propria autonomia scientifica con le nuove prerogative ed esigenze del malato.

La FCC si rivolge, a un tempo, ai chirurghi e ai cittadini, sensibilizzando gli uni al valore della “relazione”, convincendo gli altri sulla disponibilità dei chirurghi ad avere “relazioni” di tipo diverso (dialogo, condivisione).

La novità della FCC non è tanto nell’impegno a erogare informazione corretta e certificata da ACOI (che il Comitato Scientifico, coordinatore Nereo Vetterto, sta impostando con un format davvero rivoluzionario), indispensabile

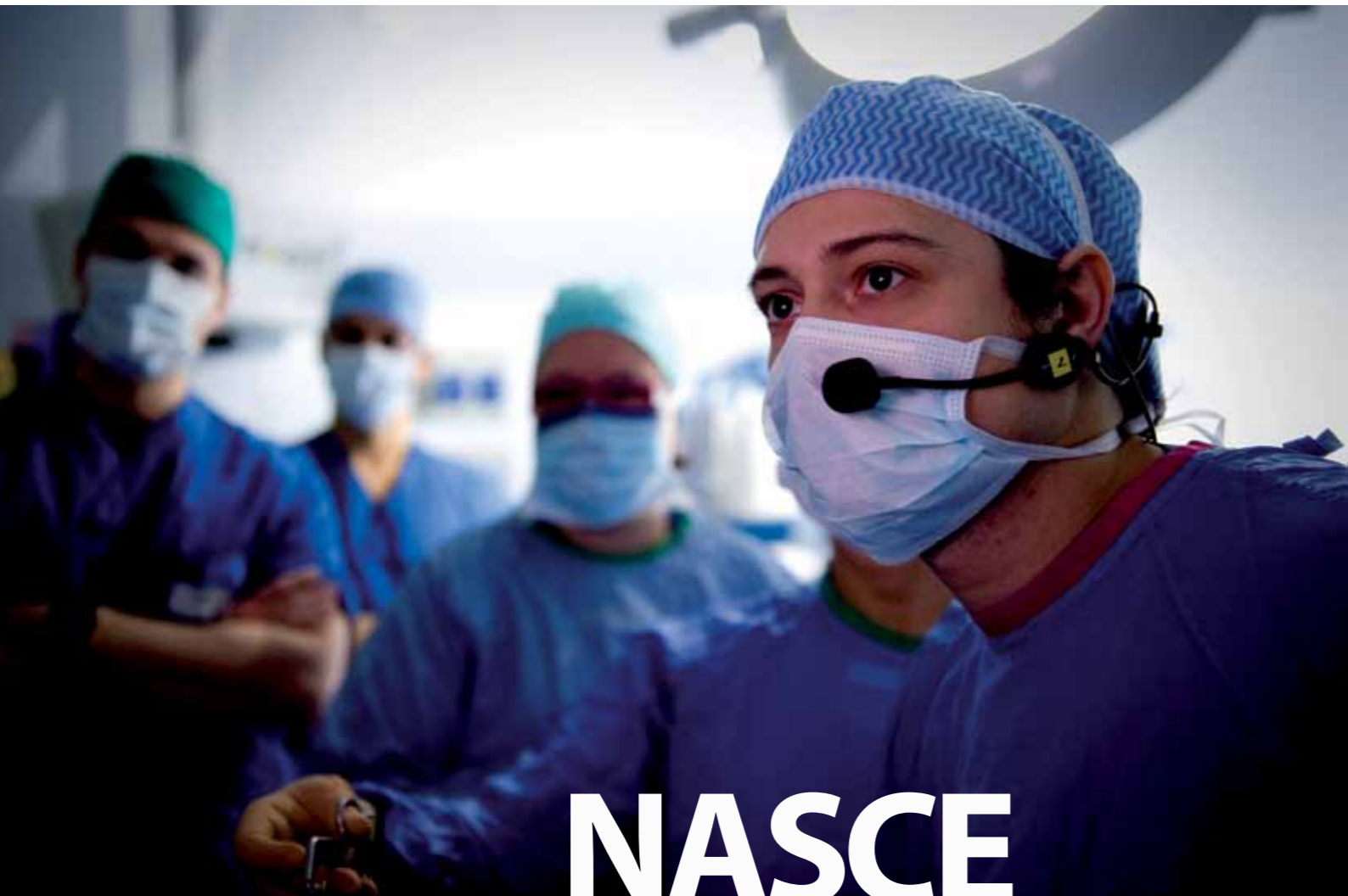
ad affrontare percorsi difficili in modo più attivo, lucido e consapevole cioè nella conoscenza, ma nella partecipazione alle decisioni del cittadino in un campo che storicamente è appartenuto sempre ed esclusivamente al chirurgo. La novità, quindi, è la disponibilità del chirurgo a rimettere in gioco il suo storico ruolo. Durante il 2011, come prima iniziativa, su tutto il territorio nazionale si è provveduto ad una mobilitazione all’interno degli ospedali per creare momenti di apertura e dialogo col cittadino ed in particolare, presso 258 ambulatori di U.O. di Chirurgia, a somministrare per una settimana (La Settimana dell’Ascolto), un ampio questionario, compilato con l’ausilio di cittadini volontari (Cittadinanzattiva), e finalizzato ad indagare sulla qualità percepita e sulle “domande” del cittadino in tema di “relazione” con il chirurgo.

I questionari così raccolti sono oltre 4000 e attualmente sono in fase di definitiva elaborazione, ma risulta evidente, almeno su dati preliminari, che grande è il desiderio del cittadino di una medicina quanto più possibile

umanizzata, dove la “relazione” sia parte costituente la “cura” e dove il tempo di dialogo e di informazione condivisa sia compatibile con una profonda corresponsabilizzazione nella scelta terapeutica.

L’anno 2012 non solo vedrà la diffusione della **Giornata dell’ascolto** su molte Piazze d’Italia, ma sarà l’anno della comunicazione e diffusione dei risultati del nostro questionario in un contesto conviviale aperto alle Istituzioni, Associazioni, Media, Cittadini (maggio) a cui seguirà un dibattito (settembre - nei lavori del Congresso della Chirurgia Italiana) su tematiche relative a “comunicazione - conciliazione” per il quale è previsto un “parterre de Rois” di straordinario spessore.

FCC ritiene la strada intrapresa come fondamentale percorso per una medicina maggiormente vicina al cittadino che, oltre alla qualità della prestazione, esige tempo dedicato, rispetto umano, accompagnamento nel percorso diagnostico-terapeutico, e nella quale il Chirurgo ed il suo ruolo vengano correttamente interpretati e, quindi, tutelati.



NASCE ACOI GIOVANI!

di Luigi Ricciardelli

UNDER40

DALL'ENTUSIASMANTE
ESPERIENZA
DELLA COMMISSIONE GIOVANI
DEL PRECEDENTE TRIENNIO,
NASCE ACOI GIOVANI,
UN GRUPPO COMPRENDE
TUTTI I NOSTRI SOCI UNDER 40,
VOLUTO DAL PRESIDENTE
PRESENTI APPENA INSEDIATOSI
AI VERTICI DELL'ASSOCIAZIONE

Dall'entusiasmante esperienza della Commissione Giovani del precedente triennio, nasce **ACOI Giovani**: un gruppo comprendente tutti i nostri soci under 40, fortemente voluto dal Presidente Presenti appena insediatosi ai vertici dell'Associazione.

Avremo certamente l'obiettivo di continuare ad avvicinare sempre di più i giovani all'ACOI, rendendoli sempre più protagonisti delle attività associative, come è avvenuto nei tre anni appena conclusi: la collaborazione scientifica ed organizzativa ai congressi nazionali, la stesura delle linee guida sull'appendicectomia laparoscopica, la produzione di tre pubblicazioni scientifiche internazionali, la prima assemblea nazionale dei soci giovani e l'adesione al gruppo di studio **Medicina e Legalità**. ACOI Giovani è aperta alle proposte e alle idee di tutti i soci under 40, motivati a condividere un percorso che certamente si gioverà del rapporto continuativo di collaborazione con il Consiglio Direttivo, come è avvenuto in precedenza sotto con la guida di Gianluigi Melotti e Rodolfo Vincenti, che ci hanno permesso di iniziare un'esperienza gratificante non

solo dal punto di vista associazionistico ma soprattutto umano.

Al fine di migliorare la funzionalità del gruppo e rendere più articolata la nostra vicinanza alle varie realtà, abbiamo costituito un **Comitato Nazionale** e nominato dei **Responsabili Regionali**.

Il Comitato Nazionale comprende alcuni dei componenti della precedente Commissione e alcuni soci giovani identificati al fine di poter coniugare l'esperienza alla possibilità di coinvolgere il maggior numero possibile di colleghi provenienti da tutte le regioni. Con i Responsabili regionali abbiamo invece l'intenzione di dare un importante supporto ai nostri Coordinatori Regionali, spesso isolati a promuovere le attività dell'ACOI sul proprio territorio.

Continuerà la proficua collaborazione con **FederSpecializzandi** grazie sia all'impegno dell'attuale Presidente Pierino Di Silverio (Napoli), sia alla presenza in ACOI giovani di alcuni colleghi che hanno militato in tale associazione.

È aumentata rispetto agli anni precedenti la percentuale di specializzandi e la presenza di colleghe, già protagoniste nello scorso triennio soprattutto grazie all'impegno di Fiorenza Belli (Genova), Sara Gobbi (Olbia) e Marina Vinciguerra (Terni).

Abbiamo la ferma intenzione di continuare a confrontarci con le istituzioni politiche ed universitarie sulle tematiche più sentite dai giovani chirurghi, come formazione e precariato.

Sono inoltre molto fiducioso che ognuno dei componenti dell'organigramma, unitamente a coloro che vorranno affiancarsi



a questo gruppo iniziale, darà un utile contributo alle attività dell'ACOI. Il nome utente per entrare è... il tuo, quello di ognuno di voi, che sia motivato ad impegnarsi per questa gloriosa associazione; la password del gruppo è... collaborazione: con tutti i giovani iscritti, con il Presidente, con la **Segreteria Nazionale** e con tutto il **CD**, con la **Fondazione Chirurgo e Cittadino**, con i **Coordinatori Regionali**, con la rivista **ACOInews** e con il sito **www.acoi.it**. Importanti sono inoltre il sostegno e la collaborazione con le associazioni di giovani che stanno nascendo: in Lazio per iniziativa di Paolo Contini e Felice Nigro, in Calabria per iniziativa di Antonia Rizzuto ed in Sardegna per iniziativa di Gianluigi Luridiana e Nicola Cillara, sull'esempio della **Associazione Campana Giovani Chirurghi**, promossa nel 2002 a Napoli da Vincenzo Bottino, Alberto Menduni de' Rossi, Tommaso Pellegrino, Michele Santangelo e dal sottoscritto. La vicenda nell'ACOI di tre colleghi, Lorenzo Mannino (Palermo), Tommaso



scuola ACOI novembre 2011

Pellegrino (Napoli) e Nereo Vettoretto (Brescia), riassume fortemente il senso del nostro impegno. Lorenzo, da molti anni socio e mai sentitosi realmente partecipe alle attività dell'ACOI, dopo l'appassionante esperienza nella Commissione Giovani è stato recentemente nominato Coordinatore Regionale per la Sicilia Occidentale.

Tommaso, tra i fondatori e primo Presidente della "Associazione Campana Giovani Chirurghi", è il primo socio

under 40 ad essere eletto consigliere ACOI in trenta anni di vita dell'associazione. Nereo, dopo la collaborazione iniziata grazie a rapporti di amicizia con alcuni componenti della Commissione, è adesso segretario del Comitato Tecnico-scientifico della Fondazione Chirurgo e Cittadino.

L'ACOI, come mai nei precedenti trenta anni, ha mandato un messaggio così forte e di grande apertura a tutti gli iscritti, non solo giovani.

“ È AUMENTATA RISPETTO AGLI ANNI PRECEDENTI LA PERCENTUALE DI SPECIALIZZANDI E LA PRESENZA DI COLLEGHE



GENERALITÀ	OSPEDALE - AZIENDA/CITTÀ	EMAIL	RUOLO
MARIO ANNECCHIARICO 19/11/1975	Osp. Della Misericordia – A.S.L. 9 Grosseto	mannecciarico@hotmail.com	Comitato Nazionale
GRAZIELLA ATTINÀ 27/06/1981	Università Di Tor Vergata Roma	graziamaria.attina@gmail.com	Comitato Nazionale
STEFANO BALDO 20/04/1973	Osp. Santa Corona – A.S.L. 2 Savonese Pietra Ligure (Savona)	stefano_baldo@libero.it	Responsabile Regionale Liguria
GIUSEPPE BASILE 26/04/1975	P.O. Umberto I – A.S. Provinciale Siracusa	basilegiu@yahoo.it	Comitato Nazionale
FIORENZA BELLÌ 06/02/1973	Ente Ospedaliero Galliera Genova	fiorenza.belli@galliera.it	Comitato Nazionale
FRANCESCO BRANDARA 14/12/1977	Osp. San Bassiano – U.S.S.L. 3 Bassano Del Grappa (Vicenza)	francescobrandara@libero.it	Responsabile Regionale Veneto
FABRIZIO CANTORE 02/06/1980	P.O. Di Esine – A.S.L. Valle Canonica Brescia	fabrizio.cantore@virgilio.it	Responsabile Regionale Lombardia
DOMENICO CAPIZZI 25/04/1972	P.O. Di Gorizia – A.S.S. 2 Isontina Gorizia	domenicocapizzi@hotmail.it	Responsabile Regionale Friuli Venezia Giulia
VALERIO CARACINO 15/07/1973	A.O. Osp. Civile Di Pescara Pescara	valerio.caracino@infinito.it	Responsabile Regionale Abruzzo e Molise
ALESSANDRO CARRARA 19/02/1973	Osp. Santa Chiara – Az. Prov. Servizi Sanitari Trento	alessandro.carrara@apss.tn.it	Responsabile Regionale Trentino Alto Adige
NICOLA CILLARA 01/10/1975	P.O. San Giuseppe – A.S.L. Cagliari Isili (Cagliari)	ncillara@gmail.com	Responsabile Regionale Sardegna
PAOLO CONTINI 17/10/1973	Osp. San Paolo – A.S.L. Roma F Civitavecchia (Roma)	continip@tiscali.it	Responsabile Regionale Lazio
ALESSIO CORRADI 28/07/1972	Azienda Ospedaliera dell'Alto Adige Bolzano	alessio.corradi@asbz.it	Comitato Nazionale
CLOTILDE CROVELLA 16/04/1979	P.O. San Tommaso dei Battuti – U.S.S.L. 10 Portogruaro (Venezia)	clotildecarlotta@hotmail.com	Comitato Nazionale
MARIA GRAZIA ESPOSITO 26/02/1974	Osp. Villa Betania – A.S.L. Napoli 1 Centro Napoli	mariagrazia.esposito@gmail.com	Responsabile Regionale Campania
FRANCESCO FEROCI 04/06/1978	P.O. Misericordia E Dolce – A.S.L. Prato	fferoci@yahoo.it	Responsabile Regionale Toscana
FRANCESCO GILIO 10/11/1977	A.O.R.N. San Carlo Potenza	gilio.f@tin.it	Responsabile Regionale Basilicata
GIANLUCA GUERCIONI 08/04/1974	Osp. Mazzoni – A.S. Unica Regionale Marche Ascoli Piceno	gianmed@libero.it	Responsabile Regionale Marche
LUCA LAZZARO 23/06/1971	P.O. San Tommaso dei Battuti – U.S.S.L. 10 Portogruaro (Venezia)	lucalazzaro71@virgilio.it	Comitato Nazionale
GIANLUIGI LURIDIANA 10/05/1975	Osp. Oncologico Businco – A.S.L. Cagliari	gluridiana@gmail.com	Comitato Nazionale
VALERIA MAGLIONE 11/05/1976	P.O. S.S. Antonio & Biagio – A.O. Nazionale Alessandria	vmaglione@ospedale.al.it	Responsabile Regionale Piemonte e Val d'Aosta
DOMENICO MARCHI 11/06/1974	Nuovo Osp. Sant'agostino Estense – A.U.S.L. Modena	d.marchi@ausl.mo.it	Comitato Nazionale
FELICE NIGRO 21/10/79	Osp. San Carlo Di Nancy Roma	felice.nigro@hotmail.it	Responsabile Regionale Lazio (Roma)
ALBERTO PATRITI 09/05/73	Osp. S.Matteo Degli Infermi – A.S.L. 3 Umbria Spoleto (Perugia)	albertopatriti@gmail.com	Responsabile Regionale Umbria
FEDERICO PERNA 22/09/75	P.O. San Francesco – A.S.L. Nuoro	fedefez@hotmail.com	Comitato Nazionale
DAVIDE PICCOLO 06/01/1974	P.O. Di Castel San Giovanni – A.U.S.L. Piacenza Castel San Giovanni (Piacenza)	davide_piccolo@yahoo.it	Responsabile Regionale Emilia - Romagna
LUIGI RICCIARDELLI 10/01/1969	P.O. Cotugno - C.T.O. – A.O.R.N. Osp. Dei Colli Napoli	luigiricciardelli@tiscali.it	Comitato Nazionale
ANTONIA RIZZUTO 26/09/1981	Università Della Magna Grecia Catanzaro	antoniarrizzuto@libero.it	Responsabile Regionale Calabria
PIERLUCA SALLUSTIO 27/01/1972	Osp. A. Perrino – A.S.L. Brindisi	lucustio@hotmail.com	Responsabile Regionale Puglia
SALVO VADALÀ 28/02/1976	Osp. San Giovanni Di Dio – A.S. Provinciale Agrigento	salvovadala@tiscali.it	Responsabile Regionale Sicilia Orientale
CRISTINA VIRZI 27/08/1979	Osp. Ingrassia – A.S. Provinciale 6 Termini Imerese (Palermo)	cristinavirzi@yahoo.it	Responsabile Regionale Sicilia Occidentale



Lo scorso marzo 2011 è stato rinnovato il Comitato d'indirizzo della **Fondazione Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani-ONAOSI** e per la prima volta i sindacati dei medici ospedalieri hanno potuto nominare i propri rappresentanti nel comitato e dare inizio a quello che si preannunzia come un complesso percorso di rinnovamento, per questo organismo benemerito che tutela gli orfani dei medici e che, nel corso degli anni, aveva deviato un po' dalle finalità dei fondatori.

Sono entrato nel Comitato di indirizzo in rappresentanza della FESMED ed ho partecipato ai primi adempimenti statutari, compresa l'approvazione del bilancio preventivo e delle delibere collegate. Ricordo che l'ONAOSI è costituita come fondazione senza scopi di lucro e viene governata dal Consiglio di amministrazione. Il patrimonio è solido e il bilancio si basa soprattutto sulle trattenute obbligatorie, prelevate dalla busta paga di noi medici dipendenti pubblici e sui cosiddetti contributi volontari, versati dai sanitari che hanno deciso di aderire all'ONAOSI.

L'attività della fondazione ha come scopo primario il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione, entro i limiti di bilancio, degli orfani, siano essi figli legittimi, adottivi o naturali riconosciuti... di medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti, contribuenti obbligatori o volontari, per consentire loro di conseguire un titolo di studio e di accedere all'esercizio di una professione o di un'arte (art.2 dello statuto).

Sotto certi aspetti l'ONAOSI può essere paragonata ad una sorta di polizza assicurativa obbligatoria per noi medici del SSN, attraverso la quale garantiamo

ai nostri figli la possibilità di conseguire un titolo di studio e di accedere all'esercizio di un professione o di un'arte nella malaugurata evenienza che un genitore venisse a mancare e a tal fine, ci viene praticata la "trattenuta ONAOSI", che compare sul cedolino della nostra busta paga.

Le prestazioni che l'ONAOSI fornisce ai giovani assistiti vanno dall'ammissione completamente gratuita nelle strutture residenziali di proprietà della Fondazione (Bologna, Messina, Padova, Pavia, Perugia e Torino), sino a contributi in denaro (opzione maggiormente preferita negli ultimi anni).

I nuovi organi di governo della Fondazione ONAOSI, attraverso una razionalizzazione delle spese, hanno programmato di aumentare l'entità economica dei servizi erogati. Infatti, il Piano Assistenziale 2011-2012 prevede lo stanziamento di 1 milione e 150 mila euro in più, rispetto a quello dell'anno precedente, per migliorare la qualità delle prestazioni a favore dei giovani assistiti.

Insieme agli altri rappresentanti delle organizzazioni sindacali della dirigenza medica è nostra intenzione governare la Fondazione nell'ottica della trasparenza e affinché i soci possano essere informati su tutte le iniziative. Vi invito a visitare il sito www.onaosi.it, dove potrete prendere visione dello statuto e di tutte le prestazioni offerte, delle quali mi sono limitato a riportare solo la principale.

I soci FESMED che desiderano ricevere informazioni sulla Fondazione ONAOSI e sulle sue attività possono contattarmi agli indirizzi e-mail:

segreteria@fesmed.it
silvestrimaurizio@yahoo.it



ACOI GIOVANI RASSEGNA STAMPA

A cura di Francesco Feroci, Elisa Lenzi, Alessia Garzi e Gianluigi Luridiana

INFLUENZA DEI MARGINI SULLA SOPRAVVIVENZA GLOBALE DOPO LA RESEZIONE EPATICA PER METASTASI DEL COLON-RETTO. META-ANALISI

Influence of Margins on Overall Survival After Hepatic Resection for Colorectal Metastasis A Meta-Analysis

Mashaal Dhir, MBBS, Elizabeth R. Lyden, MS,† Antai Wang, PhD,† Lynette M. Smith, MS,† Fred Ullrich, BS,† and Chandrakanth Are, MD, FRCS, FACS
Ann Surg 2011;254:234-242

Lo scopo dello studio è stato quello di condurre una meta-analisi sui report pubblicati sulle resezioni per metastasi epatiche coloretali (CRLM) e determinare se un margine negativo di 1 cm o più conferisce un vantaggio nella sopravvivenza rispetto a margini negativi inferiori al centimetro. Il margine chirurgico è un importante fattore prognostico nei pazienti sottoposti a resezione epatica per CRLM. Anche se vi è un consenso che margini positivi facciano presagire un esito peggiore di margini negativi, la misura dei margini negativi rimane controversa. È stata condotta una ricerca su PubMed per identificare gli articoli sulle resezioni epatiche per CRLM. Tra 357 articoli trovati inizialmente sono stati selezionati i 90 di maggior interesse. Questi 90 articoli sono stati letti al fine di selezionare 18

articoli per l'inclusione nello studio sulla base di criteri di inclusione assoluti e relativi. Criteri assoluti per l'inclusione sono stati: l'inclusione del margine di resezione come variabile nell'analisi dei risultati, il calcolo della percentuale di sopravvivenza a 5 anni, con margine di resezione come variabile, la suddivisione della distanza dei margini negativi in margini < a 1 cm (con o senza ulteriori sottogruppi) e un sottogruppo con margine > di 1 cm. Per quanto riguarda i criteri relativi, gli studi dovevano soddisfare almeno il 70% (5 su 7) dei criteri relativi definiti come: chiara dichiarazione dell'ipotesi di studio, chiara definizione del risultato principale dello studio, descrizione delle caratteristiche demografiche della popolazione in studio, descrizione della mortalità operatoria,

descrizione della durata del follow-up, descrizione della percentuale dei pazienti persi al follow-up. I pazienti con margini positivi sono stati esclusi dalla meta-analisi.

Un totale di 4821 pazienti con margini negativi ricavati dai 18 studi sono stati inclusi nella meta-analisi. La sopravvivenza generale a 5 anni per tutti i pazienti era del 41% [intervallo di confidenza del 95%, 40% - 43%]. La sopravvivenza generale a 5 anni per il sottogruppo con margini negativi ≥ 1 cm è stata del 46% (intervallo di confidenza del 95% CI, 44% - 48%) confrontata con il 38% (95% CI, 36% - 40%) del sottogruppo con margini negativi inferiori a 1 cm. L'odds ratio per margine maggiore o uguale a 1 cm è risultato essere 0,773 (IC 95%, 0,638-0,938, p = 0,009) rispetto al margine libero inferiore a 1 cm. I risultati di questa meta-analisi dimostrano che nei pazienti sottoposti a resezione epatica per CRLM, un margine negativo di 1 cm o più conferisce un vantaggio di sopravvivenza rispetto a un margine negativo inferiore al centimetro. Inoltre poiché studi randomizzati controllati su questo argomento potrebbero non essere fattibili, questa meta-analisi può rappresentare una analisi completa dell'influenza dei margini dopo resezione epatica per CRLM.

L'ENHANCED RECOVERY PATHWAYS MIGLIORA I RISULTATI IN TERMINI DI SALUTE E IN TERMINI DI UTILIZZO DELLE RISORSE: META-ANALISI DI TRIALS RANDOMIZZATI CONTROLLATI IN CHIRURGIA COLORETTALE

Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: A meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery

Michel Adamina, MD, PD, MSc,a,b Henrik Kehlet, MD, PhD, George A.

Tomlinson, Anthony J. Senagore, MD, MS, MBA, and Conor P. Delaney, MD, MCh, PhD, Cleveland, OH, St. Gallen, Switzerland, Copenhagen, Denmark, Toronto, Ontario, Canada, and Los Angeles, CA Surgery 2011;149:830-40

La spesa sanitaria statunitense è raddoppiata da 2.6 a 5.2 trilioni di dollari e si prevede che salga ancora del 20% entro il 2020, per tale motivo la necessità di ottimizzare le risorse è quanto mai urgente. Il sistema sanitario assistenziale pone attenzione sull'incremento della complessità e dell'anzianità dei pazienti e la chirurgia coloretale ne è un esempio, per l'alto volume di procedure maggiori con morbilità significativa, prolungamento del ricovero e riammissioni non pianificate. Questa situazione è gravata da un aumento dei costi che minaccia la stabilità del sistema sanitario assistenziale.

L'Enhanced Recovery Pathways (ERP) è stato proposto come mezzo per ridurre la morbilità e aumentare l'efficacia delle cure. Sono stati analizzati studi randomizzati e trial controllati che mettono a confronto il protocollo ERP con le cure tradizionali in chirurgia coloretale per dimostrare che l'aumento dell'ERP nella pratica clinica comporta un miglior outcome clinico e può portare ad una riduzione delle spese. Dati pubblicati sulle maggiori riviste chirurgiche e anestesologiche dimostrano un incremento dell'adesione al protocollo ERP anche se ancora è pratica comune in meno di 1/3 dei reparti chirurgici. Per coloro che

hanno aderito all'ERP il ricovero è diminuito di 2.5 giorni mentre, la morbilità a 30 giorni si è dimezzata. Il numero di riammissioni per i pazienti trattati con ERP è sovrapponibile a quello dei pazienti che hanno ricevuto cure tradizionali. La laparoscopia associata all'ERP può migliorare ulteriormente l'outcome dei pazienti, velocizzando la guarigione e la ripresa delle normali attività.

All'interno di un ERP anche l'assistenza infermieristica è importante, infatti gli infermieri sono implicati nello stimolare il paziente alla mobilitazione e all'utilizzo dell'incentivatore respiratorio. Gli autori di questo studio hanno analizzato l'ERP anche dal punto di vista dei costi. Diversi studi dimostrano un decremento significativo dei costi dovuto alla diminuzione dei giorni di ricovero.

Le conclusioni che vengono tratte da questo articolo sono che l'adesione all'ERP può migliorare la qualità delle cure, accelerando la guarigione e riducendo il ricovero ospedaliero. Si ottiene quindi anche un'ottimizzazione delle risorse del sistema assistenziale. Per tali motivi si può affermare che l'ERP dovrebbe far parte dell'assistenza perioperatoria dei pazienti sottoposti a chirurgia coloretale.

IMPATTO DEL CAMBIAMENTO DELLE FUNZIONI FISICHE NELLA FASE PREOPERATORIA SUL DECORSO POSTOPERATORIO: ARGOMENTO SUPPORTATO DALLA "PREABILITAZIONE" PER CHIRURGIA COLORETTALE

Impact of preoperative change in physical function on postoperative recovery: Argument supporting prehabilitation for colorectal surgery

Nancy E. Mayo, BSc(PT), MSc, PhD,a,b Liane Feldman, MD,c Susan Scott, MSc,a,b Gerald Zavorsky, PhD,d Do Jun Kim, MSc,a,b Patrick Charlebois, MD,c Barry Stein, MD,c and Francesco Carli, MD, Mphil,e Montreal, Quebec, Canada, and St. Louis, MO Surgery 2011;150:505-14

L'incidenza della complicità postoperatorie in seguito a chirurgia colo-rettale rimane tuttora abbastanza elevata (25-60%). Anche in assenza di complicità, comunque, la chirurgia addominale è associata ad un deterioramento delle capacità psicofisiche che possono essere misurate come capacità di marcia e massimo esercizio tollerato. Naturalmente l'entità del deterioramento delle condizioni di salute è correlato alle condizioni generali preoperatorie, alla presenza di comorbilità, al BMI e all'intensità sia del trauma chirurgico che della risposta metabolica.

Il programma di "preabilitazione" prevede di incrementare le capacità funzionali attraverso l'esercizio fisico prima dell'intervento chirurgico. Gli autori riportano i risultati ottenuti da un trial randomizzato che mette a confronto due programmi di preabilitazione prima di interventi di chirurgia coloretale in regime d'elezione

(esercizi su ciclo-ergometro e perdita di peso versus raccomandazioni di incrementare la marcia associata a ginnastica respiratoria). Incredibilmente i risultati hanno rivelato che la maggior parte delle persone a cui era stato chiesto di camminare di più ha avuto dei risultati migliori nel post-operatorio rispetto a coloro a cui era stato assegnato un regime di esercizi più intenso. Gli obiettivi dello studio erano quello di stimare quanto le funzioni fisiche possano migliorare attraverso programmi di preabilitazione ed identificare delle variabili associate alle risposte ottenute. Lo studio inoltre si proponeva di valutare l'impatto del cambiamento della funzionalità preoperatoria nell'outcome postoperatorio. La capacità di marcia è stata misurata attraverso il Walk Test di 6 min e la percezione soggettiva dello stato di salute è stata valutata attraverso delle scale a punteggio che prevedono 8 concetti di salute

comprendenti sia sensazioni fisiche (dolore, fatica), sia psichiche (ansia, depressione). Le complicità postoperatorie, emerse durante un periodo di follow-up, sono state valutate attraverso la classificazione di Clavien.

Sono stati inclusi nello studio 95 pazienti che hanno completato la fase di preabilitazione (mediana 38 giorni) e 75 che sono stati valutati solo nel postoperatorio (in media 9 settimane). Durante la preabilitazione il 33% dei pazienti ha incrementato la funzionalità fisica, il 38% non ha incrementato in modo significativo lo score basale, il 29% è peggiorato. I pazienti che hanno dimostrato miglioramenti dal punto di vista fisico hanno beneficiato anche di un miglioramento dello status mentale, della vitalità e dell'autostima. Nella fase postoperatoria i pazienti che avevano ottenuto un beneficio dalla preabilitazione hanno dimostrato un recupero migliore, mentre chi invece aveva mostrato un deterioramento dello stato di salute si è dimostrato a più alto rischio di complicità postoperatorie. Elementi significativi di guarigione più lenta sono risultati dunque una cattiva risposta nella fase di preabilitazione, l'età > 75 anni, elevati livelli di ansia e complicità postoperatorie. Dalle conclusioni tratte dagli autori si evidenzia che un miglioramento della capacità funzionale dei pazienti possa essere ottenuto attraverso alcune settimane di preabilitazione, pertanto questo programma dovrebbe essere preso in considerazione al fine di ottenere migliori outcome clinici.

APPENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA CON SINGOLO ACCESSO VERSUS APPENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA CON TRE ACCESSI STANDARD. UN TRIAL PROSPETTICO RANDOMIZZATO

Single Incision Versus Standard 3-Port Laparoscopic Appendectomy.

A Prospective Randomized Trial

Shawn D. St. Peter, MD, Obinna O. Adibe, MD, David Juang, MD, Susan W. Sharp, PhD, Carissa L. Garey, MD, Carrie A. Laituri, MD, J. Patrick Murphy, MD, Walter S. Andrews, MD, Ronald J. Sharp, MD, Charles L. Snyder, MD, George W. Holcomb III, MD, MBA, and Daniel J. Ostlie, MD Ann Surg 2011;254:586-590

L'appendicectomia laparoscopica con singolo accesso ombelicale è un ap-

proccio innovativo supportato da numerose "case series". Comunque, ad oggi, mancano

in letteratura trial prospettici comparativi con la tecnica laparoscopica standard. Gli autori di questo studio hanno condotto un trial prospettico randomizzato che paragona l'appendicectomia laparoscopica con singolo accesso con l'appendicectomia laparoscopica effettuata con i tre accessi standard.

Lo studio è stato condotto presso il Children's Mercy Hospital di Kansas City e sono stati selezionati, in modo prospettico, i pazienti di età inferiore ai 18 anni tra quelli che dovevano essere sottoposti ad appendicectomia. Tali pazienti sono stati randomizzati in due gruppi, il primo composto da soggetti sottoposti ad



intervento di appendicectomia laparoscopica tramite monoaccesso ombelicale ed il secondo composto da soggetti sottoposti allo stesso intervento con i classici 3 accessi laparoscopici. L'outcome primario valutato è stata l'infezione della ferita chirurgica.

Tra agosto 2009 e novembre 2010 sono stati arruolati 360 pazienti divisi in due bracci di studio da 180 pazienti ciascuno. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti con appendicite perforata.

I due gruppi sono risultati omogenei per età, peso, sesso e valori pre-operatori di conta leucocitaria e temperatura.

Allo studio hanno partecipato 7 chirurghi e per quanto riguarda la tecnica di legatura e sezione dell'appendice e del mesenterio appendicolare, questa è stata lasciata alla discrezione del singolo chirurgo.

Tutti i pazienti hanno ricevuto la stessa terapia antibiotica e lo stesso regime di gestione postoperatorio.

Non sono state evidenziate differenze tra i due gruppi per quanto riguarda il tasso di infezione delle ferite chirurgiche, il tempo di ripresa della normale alimentazione ed il ritorno alla normale attività quotidiana. Nessuna differenza è stata rilevata inoltre, nella durata della degenza. Sono risultati invece maggiori la durata dell'intervento, l'utilizzo di anestetici, la difficoltà tecnica dell'intervento stesso ed i costi nel gruppo di pazienti trattati con singolo accesso laparoscopico ombelicale.



Le prime esperienze riportate di appendicectomia laparoscopica con monoaccesso hanno sollevato la preoccupazione di un maggiore rischio di infezione della ferita chirurgica e questo sembra essere lo svantaggio più significativo di questo approccio. In questo trial non sono state rilevate differenze nel tasso di infezione del sito chirurgico tra le due metodiche. Gli autori hanno rilevato un maggior dolore nell'immediato postoperatorio nei pazienti

operati tramite monoaccesso ombelicale, a causa di una maggior estensione della incisione cutanea e fasciale, tuttavia la differenza media dell'utilizzo di farmaci analgesici è stata di una singola dose. Gli autori concludono che l'appendicectomia laparoscopica con singolo accesso ombelicale, pur avendo tempi operatori e costi maggiori, non mostra differenze cliniche rilevanti rispetto alla tecnica laparoscopica standard.

VALIDAZIONE DELL'AGGIORNAMENTO DEI CRITERI DI STADIAZIONE DELLA 7ª EDIZIONE AJCC TNM PER L'ADENOCARCINOMA GASTRICO.

Validation of the Updated 7th Edition AJCC TNM Staging Criteria for Gastric Adenocarcinoma

Lee J. McGhan & Barbara A. Pockaj & Richard J. Gray & Sanjay P. Bagaria & Nabil Wasif J Gastrointest Surg. 2011 Oct 5; Epub 2011 Oct 5.

La 7ª edizione recentemente pubblicata dei criteri di stadiazione dell'American Joint Committee on Cancer (AJCC) TNM per l'adenocarcinoma gastrico contiene importanti revisioni delle classificazioni T e N, così come del

raggruppamento in stadi generale. L'obiettivo dello studio è quello di validare il nuovo sistema di stadiazione utilizzando un registro tumori. È stata effettuata una revisione retrospettiva dei pazienti affetti da cancro gastrico dal

registro Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) nel periodo 2004-2007. Sono stati raccolti i dati anagrafici del paziente, le caratteristiche del tumore (dimensioni, grading e localizzazione), le caratteristiche dell'intervento chirurgico (gastroresezione vs gastrectomia totale), il numero e positività dei linfonodi asportati, l'utilizzo di terapia adiuvante, lo stadio TNM e la sopravvivenza a 3 anni. Gli stessi dati sono stati utilizzati per stadiazione i pazienti secondo i criteri della 6ª e della 7ª edizione utilizzando le informazioni disponibili su profondità di invasione, numero di linfonodi positivi e metastasi a distanza.

La nuova classificazione della categoria T prevede la suddivisione dei tumori infiltranti la mucosa (ex T1) in sottogruppi: T1a (tumori che invadono la lamina propria o la muscolaris mucosa) e T1b (tumori che invadono la sottomucosa).

Una importante variazione riguarda gli ex T2, infatti gli ex T2a (infiltranti la muscolare propria) sono adesso classificati come T2, mentre gli ex T2b (infiltranti la sottosierosa) sono da considerarsi adesso T3. Le lesioni T4 ora includono sia tumori che penetrano la sierosa (T4a) che quelli che invadono i tessuti circostanti (T4b) sostituendo così gli ex T3 ed ex T4, rispettivamente.

Per quanto riguarda la categoria N, le differenze sono la suddivisione di quella che era classificazione N1 (1-6 linfonodi) in un N1 modificato (1-2 linfonodi) e N2 (3-6 linfonodi), mentre la categoria N3 raggruppa le precedenti categorie

N2 e N3 che corrispondono alle nuove categorie N3a e N3b rispettivamente.

Sono stati identificati 13547 pazienti con adenocarcinoma gastrico con informazioni complete sul loro stadio di malattia. Utilizzando per la stadiazione i criteri della 7ª edizione, il numero dei pazienti classificati come stadio III sono aumentati (23% vs 13%) mentre quelli classificati in stadio IV (47% vs 53%) sono diminuiti.

I criteri della 7ª edizione della stadiazione AJCC per l'adenocarcinoma gastrico dimostrano una migliore discriminazione della sopravvivenza e una migliore stratificazione del rischio rispetto ai criteri precedenti.

Tale classificazione infatti rispecchia al meglio la prognosi e consente una migliore scelta delle opzioni terapeutiche, nota di particolare importanza nell'ottica di un trattamento multimodale.



B.Braun per la Chirurgia

Tradizione e innovazione



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

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

STRESS DA LAVORO CORRELATO

IN SANITÀ



di Nicola Gasparro
Università di Bari
Università Tor Vergata - Roma

Riceviamo dall'Avv. Gasparro, Consulente legale della FESMED, l'articolo sullo stress da lavoro correlato di cui pubblichiamo un estratto. L'articolo integrale è disponibile sul sito www.acoi.it

LO STRESS DA LAVORO CORRELATO, QUALE PATOLOGIA EMERGENTE, VIENE AD ESSERE CONSIDERATO UNO DEI RISCHI PARTICOLARI CUI I LAVORATORI POSSONO ESSERE ESPOSTI E, IN QUANTO TALE, DEVONO ESSERE PREDISPOSTE LE MISURE IDONEE A PREVENIRLO

Il D. lgs. n. 81 del 2008, c.d. Testo Unico in materia di sicurezza sul lavoro, ha riordinato e coordinato le norme concernenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, prevedendone l'applicazione a tutti i settori di attività, privati e pubblici, e a tutte le tipologie di rischio. Il T.U. predispone una serie di definizioni atte a delineare e meglio chiarire le varie figure professionali interessate da tale assetto normativo, soprattutto in vista dell'inquadramento del proprio ruolo in correlazione agli obblighi e conseguenti responsabilità.

Lo stress da lavoro correlato, quale patologia emergente, viene ad essere considerato uno dei rischi particolari cui i lavoratori possono essere esposti e, in quanto tale, devono essere predisposte le misure idonee a prevenirlo, accertarlo, evitarlo o ridurlo e, se sussistente, a sanzionarlo. Il relativo obbligo di valutazione decorre dal 31 dicembre 2010.

La valutazione dei fattori derivanti da stress lavoro-correlato è parte integrante della valutazione dei rischi e viene effettuata (come per tutti gli altri fattori di rischio, quali ad esempio l'esposizione a sostanze nocive, a

batteri, a radiazioni, uso dei macchinari, l'illuminazione) dal datore di lavoro avvalendosi del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) con il coinvolgimento del medico competente e previa consultazione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS/RLST).

Una definizione di stress correlato ci viene offerta dall'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004, che descrive lo stress correlato come "condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o aspettative riposte in loro" (art. 3, comma 1). In altri termini, si tratta di reazioni fisiche ed emotive alle richieste lavorative accompagnate da ansia e senso di inadeguatezza. Sicché la naturale conseguenza di una esposizione prolungata allo stress può ridurre l'efficienza sul lavoro e causare problemi di salute. Le norme in materia di sicurezza sul lavoro, comprese, dunque, quelle relative allo stress correlato, trovano applicazione anche presso le Aziende sanitarie e determinano un sistema di responsabilità coinvolgente diverse figure professionali.

In tema di stress lavoro-correlato una delle maggiori cause è da rinvenirsi nell'organizzazione del lavoro, profilo rientrante proprio nei compiti del dirigente di struttura, ragion per cui il suo ruolo nella prevenzione e nella valutazione del problema in esame è centrale.

Il datore di lavoro e i dirigenti, ciascuno per le rispettive competenze, devono provvedere affinché ciascun lavoratore riceva un'adeguata informazione sui rischi specifici cui è esposto in relazione all'attività svolta e nonché una periodica formazione, anche in relazione all'evolvere o all'insorgenza di nuovi rischi.

I maggiori fattori di rischio in riferimento allo stress lavoro-correlato sono quelli connessi ai due particolari aspetti del contenuto del lavoro, da una parte, e del contesto di lavoro, dall'altra. Quanto al primo, emergono i fattori dell'ambiente e degli strumenti di lavoro, i carichi e i ritmi di lavoro, l'orario e i turni, le funzioni, la cultura organizzativa e la corrispondenza tra le competenze dei lavoratori e i requisiti professionali richiesti. Quanto al contesto, invece, si segnala il ruolo dell'organizzazione, la progressione in carriera, l'autonomia decisionale e controllo, i conflitti interpersonali sul lavoro, la comunicazione e l'interfaccia casa-lavoro.

Tra le categorie più a rischio risultano proprio gli operatori sanitari, dai medici agli infermieri, ai semplici portantini e, in maniera più accentuata le donne; la causa principale viene rinvenuta nella carenza di organico e, quindi, nell'eccessivo carico di lavoro, ed in secondo luogo nei comportamenti prepotenti e nelle discriminazioni. In particolare, è emerso, ad esempio, un livello molto alto di disagio psico-fisico in riferimento ai medici e agli infermieri impiegati nei turni di notte a causa del sovraccarico lavorativo, in quanto proprio nelle ore notturne si registra sia la riduzione di personale, sia una maggiore pressione psicologica dei ricoverati che chiedono l'intervento sia del medico di turno che degli infermieri, anche per mere informazioni. Ancora più significativa è la situazione dei medici: l'intensa attività lavorativa, i crescenti adempimenti burocratici, le maggiori attese dei pazienti e le forti responsabilità gravanti su di loro, producono un enorme stress, che a sua volta viene a causare, un brusco aumento di rischio errori.

Ai fini della identificazione dei fattori di rischio da stress lavoro-correlato viene definito il percorso metodologico,

CONDIZIONE CHE PUÒ ESSERE ACCOMPAGNATA DA DISTURBI O DISFUNZIONI DI NATURA FISICA, PSICOLOGICA O SOCIALE ED È CONSEGUENZA DEL FATTO CHE TALUNI INDIVIDUI NON SI SENTONO IN GRADO DI CORRISPONDERE ALLE RICHIESTE O ASPETTATIVE RIPOSTE IN LORO

chiarendo che lo stesso deve essere compiuto con riferimento a tutti i lavoratori, dirigenti e preposti compresi e prendendo in esame non singoli ma gruppi omogenei di lavoratori (per esempio per mansioni o partizioni organizzative) che risultino esposti a rischi dello stesso tipo secondo una individuazione che ogni datore di lavoro può autonomamente effettuare in base alla effettiva organizzazione aziendale.

La procedura di valutazione è bifasica: una prima fase consiste nella rilevazione di alcuni indicatori oggettivi e verificabili, ove possibile numericamente apprezzabili (eventi sentinella, fattori di contenuto del lavoro, fattori di contesto del lavoro); una seconda, eventuale, da attivare solo nel caso in cui dalla valutazione preliminare emergano elementi di rischio da stress lavoro-correlato e le misure di correzione adottate a seguito della stessa dal datore di lavoro si rivelino inefficaci. La realizzazione di un piano di prevenzione/riduzione dello stress lavoro-correlato, produrrà sicuramente non solo una maggiore tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, ma anche rilevanti benefici economici e sociali sia per le aziende sia per l'intera collettività.

BAR SPORT



BAR SPORT

di Ferdinando Agresta

Le due email mi sono giunte in contemporanea, ognuna con i propri allegati.

Quelle del **Prof. Banna**, chirurgo noto a tutti, professionista sagace e preparato: un filosofo del/con il bisturi. E l'altro, il **Prof. Emanuele Lettieri**, a noi chirurghi meno noto, esperto di Health Technology Assessment, professionista altrettanto preparato e puntuale. E nel leggerle insieme mi è sembrato di vederli, seduti uno di fronte

all'altro, al Bar Sport sotto casa, con le carte in mano, a giocare la propria partita, con le proprie strategie ed i propri punti di vista.

Me li sono immaginati a buttarle giù quelle loro carte, ed anche se apparentemente non in relazione tra di loro nel risponderci, ognuno però che segue il filo logico dell'altro... ed io, anzi tutti noi ad osservare in rispettoso e divertito silenzio!!!

Da 12 a Zero di Pietro Banna

... Specialista in Chirurgia dal 1971, che nuota nel Mare della chirurgia da oltre 50 anni (come piace a lui definirsi)...

Fine anni sessanta. Giovane specializzando partecipavo alla visita in corsia.

Giunto al letto B/10 – il paziente operato per ernia inguinale - dissi "Professore, ieri il malato si è alzato" "Ma tu 'ci l'avivi dittu ca non si puteva susiri?" "Si, certo che glielo avevo detto!" "Allura scrivilu 'n cartella ca si susiu contro il parere dei sanitari. Si ppi casu cci tonna l'ernia, 'a cuppa è a sò ca si susiu prima d'u tempu!..."

E così avremmo potuto documentare – preconizzando l'evoluzione del contenzioso medico-legale -, in caso di

recidiva dell'ernia, che questa era avvenuta per colpa del paziente che "contro il parere dei sanitari" si era alzato in decima giornata, due giorni prima del periodo stabilito di dodici giorni...

Stabilito da chi?... mi sono chiesto tante volte ripensando all'episodio che mi aveva colpito.

L'antibiotico terapia si iniziava prima dell'intervento e si protraeva – con associazioni e dosi cavalline - per almeno una settimana...

Al termine di una appendicectomia un collega, tronfio e pettoruto, declamò ai parenti "era tanto infiammata che gli ho dato non uno ma due milioni di penicillina... DUE capito!" rimarcando così che lui non badava a... spese per la salvezza dei malati (alla faccia della farmacoconomia!)

Per operare una colecisti la paziente doveva avere a disposizione una sacca di sangue che – comunque - se non fosse stata utilizzata in corso di intervento sarebbe stata

infusa nel post-operatorio ("U sangu non si jetta e poi 'i proteini stimolano 'a guarigioni"). Un ricovero si protraeva per almeno venti giorni, considerando anche il tempo per gli accertamenti preoperatori. I punti di sutura della ferita venivano rimossi il giorno prima della dimissione.

All'epoca non si conoscevano e non si citavano i vari enigmatici acronimi, EBM, ECM, IBM, TRACK & TRUCK, TIP & TAPS, per giustificare una prescrizione che era una regola indiscutibile. **Si faceva così perché... si era sempre fatto così!** "La nostra Scuola segue queste regole!"

Quante volte, in successivi episodi della mia vita - non solo professionale - ad una obiezione od osservazione sul motivo e sul vantaggio di un certo modo di fare e comportarsi, mi è stato risposto "Amu fattu sempri accussi!" ricordandomi il verso dantesco **Vuolsi così colà dove si puote ciò che si vuole e più non dimandare...**

Sicuramente anche in quegli anni la **tradizione** rappresentava uno scudo ed una ragione ed una giustificazione dei nostri comportamenti ma, ripensandoci, era spesso un ostacolo alla conoscenza ed al progresso...

Quando sono stato invitato a partecipare alla sessione "L'ottimizzazione del recupero post-operatorio dalla Evidence Based Surgery alla Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)", il primo impulso, dettato dal titolo della sessione e dal ruolo che in essa avrei dovuto svolgere, è stato quello di precisare a me stesso i termini usati ed il loro significato. Giungere cioè ad una chiara e sintetica definizione "differenziale" di questi quattro acronimi

EBM - EVIDENCE BASED MEDICINE

EBS - EVIDENCE BASED SURGERY

ERAS - ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY

FAST TRACK IN SURGERY

che riguardano il percorso di cura multimodale, messo a punto negli ultimi dieci anni, che coinvolge anestesisti, chirurghi, infermieri, nutrizionisti, fisioterapisti e ADI. L'ERAS integra i più avanzati concetti della medicina perioperatoria basati sull'evidenza, con l'obiettivo primario di ridurre le

complicanze postoperatorie ed agevolare il recupero delle funzioni fisiologiche che consentono l'autosufficienza del paziente e l'abbreviazione del periodo di degenza. Operazione in codice "Da 12 a Zero" (dai 12 giorni di ricovero degli anni '60-n.d.r.)... omissis... Mi fermo qui e concludo la mia riflessione constatando che oggi ormai viviamo effettivamente in altro mondo ed in altri modi. Importante motivazione reale ed ossessiva che ispira il "mondo globale" nel quale siamo contenuti è che sempre più l'approvvigionamento la disponibilità e l'economia delle risorse rappresentano un obiettivo primario delle nostre attività. Pericolo reale ed imminente è che questo principio sta ormai giungendo a coinvolgere ogni gesto ed ogni attimo della nostra vita... Il tempo fugge, il tempo è denaro e allora... svelto, svelto, svelto. Fast, fast, fast anche nelle emozioni, nei sentimenti, nel mangiare, nella vita professionale sociale e financo affettiva!!!

Short, Ultra-Short Mini-Skirt Week-Surgery Day-Surgery One-Hour-Surgery... S.D.O. (Surgery and Discharge at Once, cioè dimissione contemporanea all'applicazione dell'ultimo punto di sutura!)



S.D.O. (Surgery and Discharge at Once)

Ma cosa c'è dietro l'angolo?

"Cambiare è inevitabile ma l'uomo spesso cerca di sottrarsi a questa legge": questa non è una massima di Confucio ma lo dice l'uomo comune.



SI FACEVA COSÌ PERCHÉ... SI ERA SEMPRE FATTO COSÌ!



LE SCIENZE
COMPORMENTALI
SPIEGANO
CHE TRE FATTORI
INFLUENZANO
L'ADOZIONE DI UN
COMPORAMENTO
DISCREZIONALE
DA PARTE DI UN
INDIVIDUO:
LA MOTIVAZIONE,
L'OPPORTUNITÀ
E L'ABILITÀ

Ed ecco
Emanuele Lettieri
del Dipartimento di Ingegneria
Gestionale Politecnico di Milano,
rispondere con le proprie di carte...

“Ogni innovazione tecnologica e/o organizzativa in chirurgia – così come in altri ambiti clinici – obbliga i professionisti sanitari coinvolti – il chirurgo in primis – a dover comparare la pratica emergente rispetto a quella tradizionale – es. l’uso di un approccio laparoscopico rispetto a uno tradizionale a “cielo aperto” – al fine di selezionare l’alternativa più appropriata.

Tale scelta è spesso complicata dall’assenza di una posizione chiara e condivisa su quale pratica sia da preferirsi perché la base di evidenza disponibile è o frammentata e incompleta o non ancora sistematizzata in raccomandazioni.

Viceversa, l’esistenza di raccomandazioni valide, rilevanti e applicabili semplifica questa scelta offrendo una base solida rispetto cui analizzare le specificità del singolo caso in esame.

Esistono diversi approcci per produrre raccomandazioni valide, rilevanti e applicabili per la pratica clinica, che possano offrire una guida sia ai professionisti sanitari sia alle strutture sanitarie che affrontano l’incertezza creata dalla costante innovazione tecnologica e/o organizzativa per razionalizzare l’uso delle risorse a disposizione e migliorare nel contempo la qualità degli esiti clinici.

Quattro approcci sono illustrati nel manuale metodologico sviluppato nell’ambito del Piano Nazionale Linee Guida (PNLG) – una lettura che si consiglia per chi voglia approfondire l’argomento – che supportano la produzione di raccomandazioni:

- con linee guida;
- con conferenze di consenso;
- con rapporti di health technology assessment;
- con valutazioni della appropriatezza clinica.

La scelta di un approccio rispetto a un altro non è scontata né arbitraria. Ciascuno di questi approcci deve essere utilizzato in un contesto appropriato che consenta di valorizzare i punti di forza del metodo e contenere le sue limitazioni. Tale scelta deve pertanto essere valutata attentamente sulla base, ad esempio, delle caratteristiche del tema medico da trattare, dalla natura e dalla quantità dell’evidenza disponibile, dal particolare pubblico cui si intende indirizzare le raccomandazioni e, non bisogna dimenticarlo, dalle risorse e dal tempo a disposizione (*omissis*). La scelta dell’approccio è certamente cruciale dato che un eventuale errore potrebbe ridurre significativamente il valore delle raccomandazioni prodotte, ma certamente l’attenzione non può limitarsi a questo. Qualunque gruppo di lavoro che intende produrre delle raccomandazioni, indipendentemente dall’approccio selezionato, ha come obiettivo quello di aiutare i professionisti sanitari – e anche i pazienti – a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche. Tuttavia la letteratura è ricca di indagini che mostrano come in realtà le raccomandazioni prodotte, indipendentemente dall’approccio con cui sono state prodotte – incontrano numerose difficoltà a cambiare effettivamente la pratica clinica corrente poiché i professionisti sanitari sono spesso reticenti a fare proprie le raccomandazioni prodotte. Le motivazioni sono diverse, ma credo che tre vadano discusse perché possono essere di utilità a chi sta per iniziare o sta conducendo un progetto di produzione di raccomandazioni.

Le scienze comportamentali spiegano che tre fattori influenzano l’adozione di un comportamento discrezionale da parte di un individuo: **la motivazione, l’opportunità e l’abilità**. Con motivazione si intende la volontà non obbligata di un individuo di mettere in atto un certo comportamento perché se ne riconosce i benefici. Con opportunità si intende la presenza di quelle premesse organizzative, gestionali e tecnologiche che facilitano o consentono di mettere in

atto un certo comportamento. Con abilità si intende la capacità di un individuo di mettere in atto un certo comportamento. Se consideriamo questi tre fattori possiamo trarre degli spunti di riflessione interessanti. Come far sì che una raccomandazione impari positivamente sulla motivazione del soggetto che dovrà applicarla? Sicuramente la motivazione sarà influenzata in senso positivo o negativo dalla robustezza metodologica che ha caratterizzato il processo stesso di produzione e pertanto è cruciale una piena disclosure dei metodi utilizzati per identificare e selezionare le evidenze disponibili in letteratura, dei criteri adottati per nominare la giuria e del modo di procedere della giuria nel valutare tutti gli elementi discussi e nel produrre le risposte ai quesiti in termini di raccomandazioni. Non meno influenzante è la trasparenza sui conflitti di interesse: un esperto ha necessariamente dei conflitti di interesse che devono essere palesarli e gestiti. Infine la selezione degli “esperti” e dei “giurati” influenza tutto il processo: come è possibile rendere evidenza che gli esperti siano davvero esperti

e che la giuria copra tutte le prospettive e gli interessi coinvolti?

Se applichiamo la stessa domanda all’opportunità, comprendiamo come sia importante che la produzione di raccomandazioni non trascuri la discussione di quali fattori organizzativi, gestionali e tecnologici possano favorire o limitare l’adozione della raccomandazione da parte dei professionisti sanitari interessati.

Purtroppo molto spesso su questi temi vi è un vuoto in letteratura per l’assenza di evidenze che supportino tali ragionamenti. La presenza nel gruppo di lavoro di profili di competenza organizzativo/gestionale può contribuire a esplorare e valorizzare tali aspetti, soprattutto in una conferenza di consenso.

Infine l’abilità impone una riflessione sul tema spinoso di quali “abilità” debba avere il professionista sanitario che implementa una tale raccomandazione.

L’esempio di chi sia “un chirurgo esperto” chiarisce l’importanza di riflettere su questo tema nei prossimi anni per rafforzare il valore e l’applicabilità di una raccomandazione...

Mi è sempre piaciuto vedere giocare a carte, cercare di scrutare gli sguardi per capire in anticipo le mosse, seguire la strategia adottata... perché quello che mi affascina del Bar Sport è che, anche se si gioca l’uno contro l’altro non si è nemici, ci si rispetta e ci si capisce, e s’impara l’uno dall’altro, perché al Bar Sport si sta insieme, tutti dalla stessa parte! Rubo ancora una frase al buon Prof. Banna per concludere: **“Acquisisci nuove conoscenze mentre rifletti sulle vecchie, e forse potrai insegnare ad altri”**. Non è Sua, è di Confucio!!!

NB: la pubblicazione degli allegati delle loro email, così assemblati, è stata autorizzata dagli interessati.



I giocatori di carte - Paul Cézanne - Musée d’Orsay - Parigi

Filodiretto con i Soci



Stimatissimo Presidente, noi non ci conosciamo personalmente. Sono Michele Rubbini a dirigere una piccola struttura di Chirurgia Generale in un ospedale della AUSL di Ferrara. Ti scrivo questa mail perché avverto, come penso tanti altri Colleghi, la necessità di un confronto e magari di creare una occasione per un confronto diretto, su temi che non sono solo quelli relativi alle caratteristiche assistenziali o scientifiche della nostra professione, ma sul modo in cui oggi viviamo nelle nostre strutture.

In particolare mi riferisco al fatto che, pur comprendendo le necessità di risparmio di risorse indotte da situazioni di grave e grande disagio amministrativo nella sanità italiana, ci vengono continuamente spostati in basso i paletti che caratterizzano non tanto la professione, quanto il nostro ruolo nella struttura organizzativa.

Noi siamo Direttori di U.O. o di Dipartimento, ma le nostre funzioni sconfinano sempre più decisamente in ruoli di supporto amministrativo, di ibridazione di mansioni che nulla hanno di direttivo ma che si possono, senza tema di smentita, assimilare a quelle di un impiegato, con tutto il rispetto per gli impiegati.

Non si tratta di insorgere perché siamo diversi o più nobili di altri ma semplicemente di verificare che quotidianamente le nostre funzioni e prerogative vengano mortificate ed annullate costringendoci, di fatto, ad assumere ruoli e responsabilità non consone al nostro ruolo.

Fare i Chirurghi è sempre stato difficile, straordinariamente bello, ma difficile, e non è questo che freni o spaventi nessuno di noi: siamo abituati alle difficoltà ed alle responsabilità, in primis nei confronti dei nostri pazienti.

Ma qui si stanno stravolgendo regole e

ruoli, attribuzioni e responsabilità, nella creazione di un ibrido che vede i medici sempre più assumere ruoli estranei alle proprie mansioni, conoscenze e capacità, con un altrettanto continuo svilimento delle attribuzioni proprie della nostra professione.

Dopo lo sfogo, per quanto cerco di farlo in modo garbato, Ti chiedo se non ritieni che l'ACOI debba prevedere a breve la possibilità di creare occasioni di incontro e dialogo anche su questi aspetti oltre che su quelli più tradizionali delle nostre riunioni, poiché penso che siamo in molti a tradire un certo imbarazzo nel momento in cui non possiamo esercitare appieno le nostre funzioni o dobbiamo comunque dipendere da funzionari il più delle volte assolutamente digiuni di competenze, i quali al contrario hanno assunto ruoli determinanti.

Non si tratta di fare i sindacalisti, né di rivendicare alcunché, né di farne spartiacque politici o partitici. Si tratta, credo, di una legittima aspirazione al rispetto dei chirurghi come persone e come professionisti, anche perché questo costante svilimento non può che portare ad una inarrestabile tendenza alla frustrazione professionale, come avverto in tanti giovani Colleghi, con inevitabile ripercussione negativa sulla qualità delle nostre prestazioni.

Grazie per la Tua cortese attenzione

Michele Rubbini

Direttore U.O. Chirurgia Generale
Ospedale di Argenta AUSL di Ferrara

Caro Michele, grazie per la tua lettera, che è la sintesi del disagio in cui viviamo tutti oggi, negli ospedali grandi e piccoli, centrali e periferici. Gli argomenti che segnali sono oggi nella mente di tutti noi. L'ACOI, e intendo il nuovo consiglio direttivo, ha ben presente che su questi temi ci deve essere un impegno forte e che nulla deve essere lasciato di intentato per recuperare la dignità del nostro lavoro. Se hai letto l'ultimo numero di ACOI News, ricorderai che il titolo dell'editoriale è proprio "L'orgoglio di essere Chirurghi". Il grave problema a mio avviso è che siamo una categoria disaggregata e che spesso le nostre conflittualità interne fanno il gioco di coloro che vogliono trasformarci in "impiegati".

Il mio primo richiamo è dunque quello di unirvi tutti intorno all'ACOI, che, per la sua vocazione di società scientifico-professionale, con braccio sindacale, può, nel momento in cui diventi FORTEMENTE RAPPRESENTATIVA del mondo chirurgico, porsi come interlocutore autorevole delle istituzioni.

È più che evidente come ormai il sistema sanitario sia prevalentemente un contesto economico-finanziario. Il lato emozionale, se vogliamo "romantico" della nostra visione professionale fa comprendere la tua crisi di identità, che certamente è condivisa dalla maggior parte di noi. Dobbiamo però capire che dobbiamo inserirci in questo mondo nuovo e cercare di carpirne i meccanismi profondi per riconquistare il nostro ruolo e riaffermare con forza i presupposti etici, i valori culturali ed i principi di legalità strettamente connessi alla nostra professione.

Un caro saluto

Luigi Presenti

contour™
Curved Cutter Stapler



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

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION™





AUTOSUTURE™ DST Series™ EEA™ Staplers

Cutting-Edge Technology.

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

Easily. Without compromise.

