



# SOMMARIO



**03**  
Le idee e la voce  
dell'ACOI

di Luigi Presenti

**06**  
Lettera al Ministro  
Balduzzi

**07**  
Sanità e Web  
Intervista a Walter Gatti

di Rodolfo Vincenti

**10**  
È bene sapere che...

di Domenico Testa

**12**  
La conciliazione  
in sanità  
Intervista a Giulio Corsini

di Vito Pende

**14**  
Non ci posso credere!

di Rodolfo Vincenti

**16**  
Le buone maniere...

di Domitilla Foghetti

**19**  
Congresso  
di Videochirurgia

di Feliciano Crovella

**20**  
Unità e valore  
della Chirurgia  
Italiana - 1° congresso  
Nazionale

di Vincenzo Blandamura  
e Adriano Redler

**21**  
Abbiamo bisogno  
di Consensus  
Conference?

di Ferdinando Agresta e Micaela Piccoli

**22**  
Salga su  
quella nave, c... !

di Enrico Pernazza

**23**  
Nasce il TIISO

di Enrico Pernazza

**25**  
Una sfogliatella  
"riccia"

di Antonia Rizzuto

**26**  
Rassegna  
Stampa scientifica

di Francesco Feroci e Gianluigi Luridiana

**28**  
Ospedale  
Mama Ashu  
di Chacas in Perù

di Francesco Trotta

**30**  
I libri da leggere

**n. 25 gennaio-marzo 2012**  
Trimestrale dell'Associazione  
Chirurghi Ospedalieri Italiani  
Supplemento a:  
Ospedali d'Italia Chirurgia n. 1 - 2012

**Direttore responsabile**  
Claudio Modiano

**Direttore Editoriale**  
Rodolfo Vincenti  
*rodolfovincenti@hotmail.com*

**Vice-Direttore Editoriale**  
Domitilla Foghetti  
*domitilla.foghetti@gmail.com*

**Segretario di redazione**  
Vito Pende  
*pende@libero.it*

**Redazione**  
Valeria Maglione  
*valeriamaglione@ospedale.al.it*

Gianluigi Luridiana  
*gluridiana@gmail.com*

Domenico Capizzi  
*domenicocapizzi@hotmail.it*

Antonia Rizzuto  
*antoniarizzuto@libero.it*

Francesco Feroci  
*fferoci@yahoo.it*

**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 marzo 2012

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

# LE IDEE E LA VOCE DELL'ACOI

**U**n periodo caldo, da fine dicembre. Molte questioni, aperte da tempo, hanno trovato una grande enfattizzazione mediatica. Abbiamo iniziato, proprio a fine dicembre, con lo scandalo delle protesi mammarie. Il 27 dicembre sono stato ricevuto, insieme al presidente FISM Franco Vimercati e ad altri tre presidenti di società scientifiche, dal Ministro Balduzzi e dal Sottosegretario Cardinale, con una folta delegazione di Capi Dipartimento e Direttori Generali del Dicastero. Questo l'estratto del comunicato stampa (\*) emesso dopo l'incontro.

*“È necessaria una attenta sorveglianza sull'acquisizione di dispositivi medici che, sempre più di frequente, vengono scelti in base al prezzo, in gare che non vedono un forte coinvolgimento dei professionisti... È necessario stabilire linee guida di comportamento per tutti i chirurghi... È in quest'ottica che l'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani metterà a disposizione la struttura dell'associazione, fortemente radicata nel territorio, per una ulteriore indagine conoscitiva sull'impianto delle protesi in questione. Ora è necessario definire rapidamente le opportune strategie, per questo ACOI, insieme ai rappresentanti delle altre società scientifiche coinvolte, incontrerà lunedì prossimo il Consiglio Superiore di Sanità, al fine di elaborare un documento che avrà la massima diffusione tra i chirurghi italiani.”*

Roma, 30.12.2011



**È FONDAMENTALE IN QUESTO MOMENTO CHE LA NOSTRA CATEGORIA SIA FORTEMENTE AGGREGATA E RAPPRESENTATIVA. LA CAMPAGNA MEDIATICA SULLA SANITÀ INGENERA INEVITABILMENTE UN CLIMA DI SFIDUCIA NEI CITTADINI**

Devo dire che l'incontro con il Consiglio Superiore di Sanità, a cui ha partecipato anche Gianluigi Melotti in rappresentanza della SIC, è stato piuttosto deludente, lasciando aperta la questione, che ancora oggi non ha trovato una sua soluzione definitiva.

Ai primi di febbraio i tagli “lineari” in Calabria, una delle regioni in cui il sistema sanitario appare più in crisi. Il grido di dolore che ho raccolto dal nostro coordinatore Gianni Stoppelli si è tradotto in un nuovo comunicato stampa.

## L'ASSOCIAZIONE CHIRURGI OSPEDALIERI: "INACCETTABILI I TAGLI AI POSTI LETTO IN CALABRIA"

*"Il piano di rientro della Regione Calabria stabilisce un riordino della rete ospedaliera fatto di tagli drastici ai posti letto che avranno come effetto immediato un abbassamento dell'offerta sanitaria e certamente un aumento del debito, in relazione ad un presumibile aumento dell'emigrazione sanitaria... è prevista una riduzione dei posti letto che, al completamento della sua attuazione, comporterà una percentuale vicina al valore di 1,9 per mille abitanti... Saranno eliminati 18 ospedali su un totale di 34..."*

*Tali decisioni sono state prese senza tener conto della domanda chirurgica ed è prevedibile, al completamento dell'attuazione, una caotica gestione dell'urgenza per la scarsa disponibilità di posti letto e un incremento della migrazione sanitaria, non per scelta, ma per necessità.*

*Come chirurghi chiediamo una revisione del piano di rientro, perché non possiamo non mettere al primo posto la sicurezza dei pazienti e il rispetto dei livelli assistenziali minimi.*

Roma, 09.02.2012

## UMBERTO I°: CHIRURGI, OSPEDALI ALLO STREMO SERVE NUOVA POLITICA

*La sanità pubblica italiana è allo stremo. Il caso verificatosi al Policlinico Umberto I° di Roma è legato, come altri casi verificatisi di recente, alle ormai sempre più importanti riduzioni delle risorse per la sanità pubblica... "la situazione attuale è molto grave e, purtroppo, è destinata a peggiorare ancora se non si interviene rapidamente, ripristinando risorse adeguate per gli ospedali e la sanità... È un intervento non più rinviabile. All'Italia serve una politica sanitaria che metta il paziente in cima alle priorità e garantisca a tutti il diritto alla salute, come previsto dalla nostra Costituzione. Qualunque politica sanitaria non può prescindere dal contributo di esperienza e conoscenza dei Professionisti".*

Roma, 20.02.2012

Il comunicato stampa è stato ripreso da tutte le agenzie e dalla gran parte dei quotidiani nazionali. Ho ricevuto richieste da Rai e Mediaset, che mi hanno permesso di rilasciare una intervista telefonica col TGCOM il 21

## ACOI, ASSURDA E INACCETTABILE SOSPENSIONE DEI MEDICI DEL POLICLINICO.

*"Non possono pagare, e in maniera così dura, i medici che dirigono strutture esposte ad una pressione di domanda sanitaria crescente ed in situazione organizzativa così precaria. La responsabilità non è certamente attribuibile a chi è costretto ad assistere i pazienti in condizioni di estrema difficoltà. Punire i medici e non i veri responsabili è assurdo e inaccettabile... Chiediamo che il provvedimento possa essere riconsiderato, per dare serenità ad un ambiente che deve trarre spunto dalle criticità per migliorare l'organizzazione, non per la ricerca dei colpevoli a tutti i costi. Come ho già detto al Ministro Balduzzi, è urgente un confronto sereno e costruttivo tra istituzioni, professionisti e cittadini per individuare le vie migliori per una riforma autentica e moderna.*

Anche il consigliere Tommaso Pellegrino (responsabile della "comunicazione" ACOI), in risposta alla richiesta di un commento, ha rafforzato la nostra campagna di comunicazione.

## ACOI: BASTA TAGLI LINEARI. ORA INVESTIRE SU NUOVE TECNOLOGIE.

*"Il problema dei posti letto negli ospedali italiani è stato provocato dai tagli lineari e della mancanza di razionalizzazione. È necessario intervenire con urgenza per risolvere questa situazione, che ha conseguenze sul livello delle prestazioni che la sanità pubblica può garantire ai cittadini..."*

*I medici devono poter partecipare di più alle scelte ed alle decisioni sanitarie, che non possono essere affidate solo alla politica e non possono essere prese solo sulla base di criteri economicistici. Per risolvere in parte i problemi è fondamentale anche investire, sulla base delle esigenze indicate da personale qualificato, in nuove tecnologie, essenziali per ottimizzare le attuali strutture".*

**LA SITUAZIONE ATTUALE È MOLTO GRAVE E, PURTROPPO, È DESTINATA A PEGGIORARE ANCORA SE NON SI INTERVIENE RAPIDAMENTE, RIPRISTINANDO RISORSE ADEGUATE PER GLI OSPEDALI E LA SANITÀ... È UN INTERVENTO NON PIÙ RINVIABILE**

Il comunicato è stato ampiamente ripreso dalla stampa locale e, spero, abbia dato un po' più di forza ai nostri colleghi che lavorano in una realtà tanto difficile.

Il culmine dell'impatto mediatico dei problemi legati alla sanità si è realizzato nella seconda metà di febbraio, con lo "scandalo" Policlinico Umberto I° di Roma.

Febbraio e di partecipare da Olbia al dibattito in diretta su Agorà di Raitre il giorno seguente insieme al ministro Balduzzi, Livia Turco, Renata Polverini e Francesca Moccia.

Ho ritenuto doveroso intervenire anche sulla sospensione dei due colleghi del Policlinico Umberto I di Roma, capri espiatori di una situazione scaturita da ben altre responsabilità.

A rafforzare la posizione dei chirurghi sulla problematica, ACOI e SIC hanno inviato una lettera aperta al Ministro Balduzzi (vedi riquadro).

Ed infine, il “blitz” di Napoli agli inizi di Marzo.

*“I fatti di Napoli contribuiscono ad avvelenare ulteriormente il clima che si avverte nella sanità italiana. I presunti illeciti commessi da medici, che possono sfruttare le debolezze del sistema pubblico per dirottare i pazienti su strutture private, sono la prova ulteriore della necessità di una profonda riforma che metta al primo posto i valori etici ed i principi di legalità... È auspicabile che il dibattito politico sulla libera professione intramoenia dei medici dipendenti porti finalmente ad una regolamentazione seria, chiara e trasparente. La libera professione dei medici ospedalieri non è, e non può essere, un espediente per arricchirsi alle spalle di cittadini che non trovano risposte adeguate ai loro problemi nel sistema pubblico, ma un’attività che si svolge nel rispetto del diritto di ogni cittadino di scegliere liberamente il professionista di fiducia in momenti delicati della vita che sono legati all’insorgere di qualunque malattia. Per questo i chirurghi ospedalieri chiedono alle Regioni, alle Aziende Ospedaliere, alle Aziende Sanitarie di “accelerare il processo di adeguamento delle strutture per garantire questo diritto.*

*Non è pensabile che il professionista del settore pubblico, nel quale svolgono il proprio lavoro molte delle migliori eccellenze mediche del nostro Paese, sia penalizzato rispetto a chi lavora nel sistema privato, in un’attività che esalta il rapporto fiduciario con il paziente senza l’appiattimento nell’idea di struttura. Tutto questo va realizzato con alto senso etico e con regole trasparenti. L’ACOI e tutti i suoi iscritti vigileranno sullo sviluppo della normativa che si sta costruendo in Commissione parlamentare”.*

Roma, 06.03.2012



**CREDO CHE MAI COME IN QUESTO PERIODO L’ACOI SIA STATA CAPACE DI INTERVENIRE COSÌ TEMPESTIVAMENTE ED ENERGICAMENTE SULLE QUESTIONI DI ATTUALITÀ CHE RIGUARDANO LA NOSTRA PROFESSIONE**

Credo che mai come in questo periodo l’ACOI sia stata capace di intervenire così tempestivamente ed energicamente sulle questioni di attualità che riguardano la nostra professione. La costituzione di un nuovo ufficio stampa, con gli amici giornalisti Cristina Cosentino ed Andrea Alicandro, l’azione puntuale di sollecitazione di Tommaso Pellegrino, la condivisione di tutto il Consiglio Direttivo delle posizioni assunte, ci hanno permesso di far sentire, chiara e forte, la nostra voce in sede nazionale e anche nelle sedi regionali. Si deve continuare su questa strada: i Consiglieri, i nostri Coordinatori regionali, tutti i Soci dovranno segnalare le situazioni in cui un nostro intervento possa essere opportuno ed utile, in ogni sede. L’ACOI, come ho già detto in altre occasioni, deve rappresentare al livello più alto i presupposti etici,

i valori culturali, i principi di legalità strettamente connessi alla nostra professione.

È fondamentale in questo momento che la nostra categoria sia fortemente aggregata e rappresentativa. La campagna mediatica sulla sanità ingenera inevitabilmente un clima di sfiducia nei cittadini, in cui i medici, sempre in prima linea, pagano il prezzo più alto in termini di credibilità. **L’azione dell’ACOI, insieme a quella della nostra “Fondazione Chirurgo e Cittadino”** che si sta impegnando a tutto campo, può e deve essere la risposta alle tesi distruttive e negativistiche, per valorizzare sempre di più la tanta buona sanità espressa dal nostro sistema sanitario.

*(\*) i testi estesi dei comunicati qui riportati sono consultabili su [www.acoi.it](http://www.acoi.it)*



**SIC Società Italiana di Chirurgia**  
Viale Tiziano, 19 - 00196 Roma  
Tel. 06 3221867 - www.sichirurgia.org



**ACOI Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani**  
Via Morin, 45 - 00195 Roma  
Tel. 06 37518937 - www.acoi.it

Illustrissimo Sig. Ministro della Salute Prof. **Renato Balduzzi**

Roma, 28 febbraio 2012

I Presidenti della Società Italiana di Chirurgia e dell'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani, in rappresentanza dei loro complessivi 10.000 iscritti e di tutta la comunità chirurgica nazionale, intendono esprimere la loro profonda preoccupazione e la volontà di partecipare attivamente al dibattito generato dagli incresciosi episodi relativi alla situazione dell'emergenza sanitaria nella città di Roma che rischiano di indurre nei cittadini sfiducia ed insicurezza, non giustificate in rapporto alla buona qualità diffusa.

Siamo alleati con i nostri pazienti nel rilevare queste criticità: la realtà fotografata, a prescindere dai toni e dai modi in cui è stata presentata in questi giorni, ci è perfettamente nota; da molti di noi, nella propria realtà quotidiana, è stata a più riprese denunciata e, purtroppo, troppe volte subita.

Il sistema aziendalistico, di diretta emanazione politica, ha mostrato incapacità di reagire in modo costruttivo alle criticità economiche nazionali e internazionali ed inadeguatezza ad affrontare le complessità sempre crescenti.

I tagli indiscriminati assunti a sistema, dettati da un orientamento prevalentemente economicistico della gestione della salute, privo di visione strategica, rendono il nostro operare quotidiano sempre meno efficace.

Il cinismo con cui la sanità è diventata e continua ad essere un terreno di scontro politico ed economico non ci appartiene: i saperi e le competenze non sono mai stati tenuti così distanti dal potere decisionale.

La qualità media della chirurgia italiana è diffusamente elevata, secondo tutti i parametri e standard internazionali.

L'innovazione tecnologica degli ultimi anni, di cui soprattutto i Chirurghi sono stati protagonisti, ha rappresentato la premessa indispensabile per la ristrutturazione dei percorsi clinico-gestionali, con sviluppo dei ricoveri brevi e della deospedalizzazione. Disperdere e dequalificare questa ricchezza professionale non solo costituisce un errore, ma rischia di comportare gravi danni ai cittadini. La riforma sanitaria ha vent'anni e il sistema che ha prodotto non è esente da interessi che nulla hanno a che vedere con la salute del cittadino.

Alla luce del percorso riformatore intrapreso da questo Governo, riteniamo sia fondamentale, nell'interesse di tutti, affrontare un ripensamento, anche culturale, del sistema sanitario nazionale, alternativo al pensiero debole che lo sostiene.

Il contributo delle categorie professionali è essenziale per ridisegnare le regole generali del sistema atte a conferire equità ed universalità a sistemi regionali così difformi ed a restituire autonomia e responsabilità agli attori fondamentali della Sanità pubblica. Consapevoli della necessità di una razionalizzazione della spesa, che potrà anche prevedere tagli dolorosi, riteniamo tuttavia che questo non possa realizzarsi senza il contributo della nostra competenza ed esperienza.

La ristrutturazione della rete ospedaliera, la creazione di un efficiente ed omogeneo sistema di emergenza-urgenza, il rafforzamento della rete territoriale sempre più integrata con il sistema ospedaliero, la selezione del personale secondo trasparenti criteri di qualità e di merito, lo sviluppo e la certificazione delle competenze professionali, una seria risposta al crescente contenzioso con i cittadini-utenti, una responsabilità diretta nella scelta degli strumenti per il lavoro quotidiano, un modello organizzativo che concili appropriatezza ed umanizzazione delle cure, sono temi per i quali un rigoroso e costante confronto con le Società Scientifico-Professionali appare indispensabile a livello sia nazionale che regionale.

Conoscendo la Sua sensibilità al ruolo e all'importanza delle competenze professionali espresse nelle società scientifiche, ci rivolgiamo a Lei ribadendo, ancora una volta, la nostra totale disponibilità a contribuire, con le nostre conoscenze ed energie, per riscrivere insieme una riforma strutturale del sistema a tutela di quel patrimonio fondamentale che è la salute dei cittadini.

**Gianluigi Melotti**

*Presidente*

*Società Italiana di Chirurgia*

**Luigi Presenti**

*Presidente*

*Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani*

# SANITÀ E WEB

INTERVISTA A WALTER GATTI

di Rodolfo Vincenti

**U**n saggio/inchiesta che mostra come internet abbia inciso sul mondo della sanità italiana ed i suoi protagonisti: medici, pazienti, operatori, politici e anche giornalisti.

Walter Gatti è direttore editoriale del portale della FNOMCEO (dal 1998 sul web), quindi un protagonista, un appassionato, oggi un analista del sistema. Sono state le sue conclusioni, *"non farei mai a meno delle possibilità che mi offrono i digital-media, ma non sono così web addict da sottovalutarne le portate negative, che in ambito health sono evidenti e potenzialmente altrettanto pericolose di un errore in corsia"*, che mi hanno spinto a chiedergli un'intervista, che gentilmente mi ha concesso.

**Il web si è sviluppato in circa due decenni. Come è nato e quale è stato il percorso della diffusione della sfera salute all'interno di internet?**

L'apparire di informazioni su web riguardanti la sfera della sanità e della salute è registrata fin dagli esordi dei grandi portali on-line americani.

AmericaOnLine, uno dei primissimi strumenti di comunicazione e informazione digitale, conteneva informazioni che riguardavano università di medicina e cliniche. Il periodo specifico è quello del '92-'94, che poi è anche il momento in cui alcune istituzioni americane decidevano di rendere disponibili su protocollo internet alcune delle loro risorse informative. Anche in Italia questo è accaduto sostanzialmente nella prima parte degli anni Novanta. Poi c'è stata l'esplosione della diffusione e dell'inflazione informativa,

con conseguente apertura di un mercato anche economico di settore. Questo ha portato da un lato alla presenza sempre più massiccia di informazioni per il medico e per il cittadino, dall'altro alla mancanza di criteri autorevoli di valutazione della qualità delle informazioni. Oggi il cittadino ha davvero poche possibilità di orientarsi nella massa di contenuti che vengono fatti circolare on-line.

**La tipologia del rapporto tra medico e paziente si è da sempre basata sulla capacità dei due interlocutori di saper comunicare da un lato le proprie problematiche di salute e dall'altro le problematiche che la malattia può comportare. Quindi un sistema dinamico e flessibile di comunicazione a doppia via tra due soggetti concentrati alla risoluzione del problema. L'avvento del web, con la conseguente proliferazione delle informazioni su salute e malattie, pensa che abbia influenzato quel "rapporto", talvolta mitizzato, ma di certo base del sentimento della necessaria fiducia nell'operato del medico?**

Certamente le informazioni rese di dominio pubblico hanno trasformato il rapporto fiduciario, l'alleanza terapeutica tra medico e paziente.

Non è storia di ieri, ma una mutazione avvenuta nel tempo e a cui hanno partecipato anche la carta stampata e, soprattutto, la televisione, con i tanti programmi sulla salute e sul benessere che sono stati prodotti dai tempi di Check-up. Oggi con internet la diffusione di contenuti destinati al cittadino ha raggiunto livelli mai visti, che non sem-

**SANITÀ E WEB. COME INTERNET HA CAMBIATO IL MODO DI ESSERE MEDICO E DI ESSERE MALATO IN ITALIA, È IL TITOLO DELL'ULTIMO LIBRO DI WALTER GATTI**



IO NON CERCO  
INFORMAZIONI  
SU INTERNET.  
SE VOGLIO SAPERE  
QUALCOSA CHE  
RIGUARDA LA MIA  
SALUTE VADO SUL SITO DI  
UN CENTRO AUTOREVOLE  
E SPECIALIZZATO  
E CERCO INFORMAZIONI  
DA QUEL CENTRO,  
COME SE MI RIVOLGESSI  
DIRETTAMENTE A LORO



pre vanno a favore di quell'empowerment del cittadino di cui l'OMS parla dai tempi della Carta di Ottawa, nel 1986, quando si iniziava a discutere di politiche di promozione della salute. Empowerment non significa dare un fiammifero in mano a un bambino e vedere cosa ci può fare: empowerment è insegnare al bambino ad utilizzare il fiammifero conoscendone i pericoli. Allo stesso modo occorre assistere il soggetto, il paziente, il cittadino a discernere con capacità critica il valore e le gerarchie di un insieme di contenuti health. Se trovo una indicazione sul trattamento del melanoma sul sito della Mayo Clinic o della Società italiana di Dermatologia forse questa è più affidabile dell'informazione che leggo sul sito di grande frequenza on-line, ma che è prodotto da una società editoriale che pubblicizza siti per incontri tra coppie, che vende automobili usate e che propone viaggi in Europa dell'Est a prezzi stracciati. Occorre saper valutare le informazioni e le loro fonti: questo a dimostrazione del fatto che il rapporto fiduciario con il medico rimane essenziale.

**Web e salute: quale è la sua analisi critica sull'impatto che la rete ha avuto sul concetto di buona sanità?** L'impatto è enorme ed ha elementi di

grande positività, ma contemporaneamente di complessità.

Tra i plus vorrei sottolineare la possibilità di accedere a fonti e contenuti che prima erano lontani e non disponibili sia per i medici, che per i cittadini, o per chi – come me – si occupa di giornalismo e comunicazione.

L'utilità è indubbia e non si tornerà mai indietro. L'elemento di maggior criticità è dato dalla mancanza di gerarchia e di qualità oggettiva dei contenuti e delle fonti.

Però il web si sta attrezzando: sono allo studio motori di ricerca "semantici" che sapranno superare l'epoca di Google, restituendo non alla rinfusa, ma con una gerarchia reale il risultato delle query degli utenti.

**Il cittadino, navigando nella rete alla ricerca della "verità", si trova di fronte a messaggi spesso contraddittori che aggiungono confusione e incertezza alla già presente ansia per la sussistenza della probabile malattia sulla quale si compie la ricerca. Quali consigli si sente di dare per una buona ricerca?**

Evitare l'ipocondria digitale, stare alla larga dai siti troppo evidentemente sponsorizzati e non credere troppo a chi sviluppa linee editoriali in cui salute, sesso e sport hanno lo stesso peso.

**Nel suo libro-inchiesta avrà avuto modo di ascoltare differenti pareri di personaggi noti e singoli cittadini. Può citarne alcuni tra i più significativi?**

Nel mio libro parlano in tanti, dai docenti di giornalismo ad alcuni medici specialisti di fama, da Formigoni a Farminindustria, dai dentisti agli infermieri, dagli editori ai boss delle farmaceutiche, dai genetisti agli psicologi della comunicazione. Mi piace citare Bruce Sterling, scrittore di fantascienza americano, uno dei primi che oltre vent'anni fa immaginava il mondo preso nelle spirali del web. Ad una mia domanda sul suo uso di internet per cercare informazioni sulla sua salute, Bruce mi ha risposto: "Io non cerco informazioni su internet.

Se voglio sapere qualcosa che riguarda la mia salute vado sul sito di un centro autorevole e specializzato e cerco informazioni da quel centro, come se mi rivolgessi direttamente a loro". Insomma: guai a pensare che internet è il deposito della conoscenza. Meglio fidarsi di chi è davvero autorevole.

**La Fondazione Chirurgo e Cittadino, costituita dall'ACOI nel 2010, ha scelto come parole chiave su cui basare le proprie iniziative: "ascolto, dialogo, condivisione" ed ha tra le proprie finalità quella della creazione di un canale di informazione sui vari aspetti delle malattie chirurgiche realizzato secondo un format "dialogico" e con linguaggio comprensibile a tutti, ma soprattutto con la certificazione di qualità e correttezza dell'informazione, da parte della Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani.**

**Pensa che il nostro sforzo elaborativo possa rappresentare un valore aggiunto e un proficuo servizio al cittadino?**

Chi possiede competenze, specializ-

zazione, autorevolezza deve essere al servizio del cittadino. Solo così si accompagna chi non sa nel suo cammino di sapere di più e di stare meglio. Se l'ACOI sviluppa programmi di condivisione e di dialogicità significa che interpreta al meglio la sua vocazione. Sarebbe bene che tutte le società scientifiche si assumessero la responsabilità di essere questo tramite tra il mondo dei pazienti e quello dei contenuti scientifici utilizzando sia il web che tutti gli altri media che oggi il sistema digitale crossmediale mette a disposizione.

**Nell'ambito della informazione sanitaria disponibile nella rete si va da Pubmed e Health on the Net Foundation, caratterizzati dalla scientificità dei contenuti e rivolti**

**ai professionisti, alla miriade di siti che forniscono informazioni usufruibili dal cittadino. Come pensa sia possibile tutelare il cittadino dai messaggi di autopromozione di metodiche e terapie chirurgiche sulle quali non esiste una adeguata base di evidenza scientifica?**

La tutela potrebbe arrivare da marchi di qualità, da azioni comunicative concertate istituzionalmente, con il coinvolgimento di società scientifiche, editori, case farmaceutiche, soggetti accademici.

Un'azione ben progettata di comunicazione di qualità potrebbe essere utile, ma ricordiamoci che la HON produce un buon marchio, la cui visibilità e riconoscibilità sul grande pubblico però è quasi pari allo zero. Ricordiamoci sempre che internet purtroppo è uno

specchio del reale: se in tivù vediamo il peggio degli stili di vita e lo squallido dei rapporti umani, purtroppo non possiamo sperare che on-line il mondo sia migliore.

**In buona sostanza, come pensa che internet abbia cambiato, se l'ha cambiato, il modo di essere medico e anche il modo di essere paziente?**

Prima era un rapporto a due, oggi è un menage a trois tutto da scoprire. Occorre che nessuno sia pregiudizialmente "a favore" o "contro": il fideismo dei sostenitori sempre e comunque è pericoloso come la visione cavernicola di chi teme le innovazioni. Serve un cammino antropologico: scoprire cosa c'è nell'immenso contenitore del web è un lavoro serio.

Ed è da fare insieme.

## B.Braun per la Chirurgia

Tradizione e innovazione

Suture

Strumentario

Laparoscopia

Oncologia

**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

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

# È BENE SAPERE CHE...

CONSIDERAZIONI SULL'ASSICURAZIONE PROFESSIONALE E LA TUTELA LEGALE DEL DIRIGENTE MEDICO OSPEDALIERO

di Domenico Testa

*Specialista in Chirurgia dell'Apparato Digerente e in Medicina Legale e delle Assicurazioni già Responsabile del Rischio Clinico e Qualità, A.O. San Giovanni Addolorata - Roma*



La copertura assicurativa del dirigente medico ospedaliero è disciplinata dall'art. 21 del CCNL del 3/11/2005 dell'Area della dirigenza medico-veterinaria del SSN, con riferimenti all'art.16 del CCNL del 18/10/2008 ed all'art.17 del Contratto integrativo del 7/5/2010.

## Art. 21 Copertura assicurativa

**1** Le aziende garantiscono una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti della presente area, ivi comprese le spese di giudizio... per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.

**2** Le aziende ed enti provvedono alla copertura degli oneri di cui al comma 1 con le risorse destinate a tal fine nei bilanci, incrementate con la trattenuta di misura pro-capite da un minimo di €26,00 mensili (già previsti dall'art. 24, comma 3 del CCNL dell'8 giugno 2000) ad un massimo di € 50,00.

...

**5** Le aziende attivano sistemi e strutture per la gestione dei rischi, anche tramite sistemi di valutazione e certificazione

della qualità, volti a fornire strumenti organizzativi e tecnici adeguati per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei dirigenti dei quattro ruoli, nell'ottica di diminuire le potenzialità di errore...

## Art. 16 Copertura assicurativa e tutela legale

**1** Le aziende si impegnano a dare ai dirigenti, con completezza e tempestività, tutti gli elementi conoscitivi relativi alle condizioni e modalità delle coperture assicurative e della tutela legale, assicurando la massima informazione e trasparenza, anche mediante comunicazioni periodiche idonee a fornire il costante aggiornamento dei dirigenti sulle garanzie assicurative in atto.

**2** Le aziende... si adoperano per attivare modalità e sistemi di assistenza legale e medico-legale idonei a garantire, al verificarsi di un sinistro, il necessario supporto al dirigente interessato che dovrà collaborare attivamente alla valutazione delle cause che hanno determinato il sinistro stesso.

**3** Con riferimento alla copertura assicurativa e al patrocinio legale dei dirigenti... è costituita, presso l'ARAN... una Commissione composta da rappresentanti di parte datoriale e di parte sindacale.

**4** La suddetta Commissione... effettua

gli opportuni approfondimenti sulla materia assicurativa al fine di fornire alle parti negoziali ogni utile supporto conoscitivo e documentale per una eventuale modifica o integrazione della normativa contrattuale...

Risulta chiaro che, come specificato nel primo comma dell'art.21, la polizza stipulata dall'Azienda Ospedaliera copre sia l'attività istituzionale sia l'attività libero professionale intramuraria del sanitario, "senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave".

È altrettanto chiaro che è possibile estendere l'Assicurazione professionale anche e solo alla colpa grave, in quanto la colpa per dolo non è assicurabile.

L'adesione alla copertura assicurativa per colpa grave viene attuata previa la sottoscrizione del sanitario interessato di una trattenuta, solitamente mensile, sulla busta paga nei limiti indicati dal su citato articolo. In pratica la garanzia assicurativa per colpa grave viene finanziata con il contributo esclusivo del personale assicurato.

Le spese per il Patrocinio Legale, in una eventuale procedura giudiziaria alla quale può essere sottoposto il Medico Ospedaliero, è disciplinato dall'articolo 25 del CCNL del 8/06/2000, ripreso dall'art.16 del CCNL del 18/10/2008.

## Art. 25 CCNL 08/06/2000 Patrocinio legale

- 1 *L'azienda, nella tutela dei propri diritti ed interessi, ove si verifichi l'apertura di un procedimento di responsabilità civile, contabile o penale nei confronti del dirigente per fatti o atti connessi all'espletamento del servizio ed all'adempimento dei compiti di ufficio, assume a proprio carico, a condizione che non sussista conflitto di interesse, ogni onere di difesa fin dall'apertura del procedimento e per tutti i gradi del giudizio, facendo assistere il dipendente da un legale, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso.*
- 2 *Qualora il dirigente intenda nominare un legale di sua fiducia in sostituzione... o a supporto, i relativi oneri saranno interamente a carico dell'interessato...*
- 3 *L'azienda dovrà esigere dal dirigente, eventualmente condannato consentenza passata in giudicato per i fatti a lui imputati per averli commessi con dolo o colpa grave, tutti gli oneri sostenuti dall'azienda per la sua difesa.*

Da quanto premesso risulterebbe evidente che la polizza assicurativa stipulata dall'Azienda Sanitaria, coprendo sia i danni derivanti dalla Responsabilità Civile Professionale del medico per l'attività istituzionale ospedaliera e libero professionale intramoenia, sia le spese di giudizio in un procedimento penale, civile e contabile, mette a riparo il Medico Ospedaliero da ogni problematica.

Ma non sempre è così!

Qualora l'Azienda Ospedaliera non stipuli la Polizza Assicurativa per colpa grave e pertanto non provveda alla relativa trattenuta sullo stipendio, il Medico si trova scoperto nell'ipotesi di responsabilità professione per tale colpa. In questo caso è opportuno che il Sanitario provveda autonomamente a stipulare una polizza che lo copra su tale versante, sia per l'attività

istituzionale sia per quella intramoenia. Nel caso l'Azienda Ospedaliera provveda alla stipula della polizza Assicurativa per colpa grave, procedendo pertanto alla relativa trattenuta stipendiale, bisogna valutarne il "massimale aggregato".

*Il termine "massimale" rappresenta il limite di estensione della prestazione assicurativa, ovvero della esposizione massima al rischio da parte della Società Assicuratrice.*

*Il "massimale aggregato" è la somma massima per la quale la Società Assicuratrice è chiamata a rispondere per il complesso dei sinistri verificatisi in ciascuna annualità assicurativa.*

Infatti, sebbene il medico risulti coperto per la colpa grave, in un determinato momento storico potrebbe concentrarsi nell'Azienda Ospedaliera un alto numero di sinistri e/o sinistri particolarmente onerosi tali da rendere incapiente un pur elevato massimale.

In pratica tale evento potrebbe determinare l'esaurimento del massimale della polizza per colpa grave stipulata dall'Azienda Sanitaria, la quale ne dovrà rispondere in proprio; in tal caso anche il medico potrebbe essere chiamato ad intervenire col proprio patrimonio personale per integrare l'esaurimento del "massimale aggregato".

Nel caso invece il Sanitario avesse provveduto a stipulare una personale polizza professionale di Responsabilità Civile per colpa grave comunque sarebbe coperto fino al massimale previsto.

Per quanto riguarda l'Assicurazione per le spese di giudizio del Medico Ospedaliero l'Azienda Sanitaria si guardi l'art. 25 comma 1.

Bisogna però tener presente che non sempre, in un procedimento giudiziario, gli interessi del medico e quelli dell'Azienda sono coincidenti. In tal caso, a nostro avviso, è buona norma di difesa avere un legale di propria ed esclusiva fiducia,

estraneo all'Azienda, che possa efficacemente contrastarne eventuali interessi. È chiaro però che "i relativi oneri saranno interamente a carico dell'interessato", ossia il medico dovrà pagare personalmente l'Avvocato. Nel caso di conclusione favorevole al Sanitario, questi potrà essere rimborsato delle spese legali, esibendo la sentenza definitiva, "nell'ambito massimo della tariffa a suo carico qualora avesse trovato applicazione il comma 1 che, comunque, non potrà essere inferiore alla tariffa minima ordinistica".

Per i rimborsi futuri bisognerà stabilire nuovi criteri che tengano conto dell'articolo 9, commi 1 e 2, del decreto legge "liberalizzazioni" n.1/2012, inerente all'abolizione delle tariffe forensi.

### **Da quanto esposto risultano evidenti le limitazioni dell'Assicurazione di Tutela Legale prestata dalla struttura sanitaria**

e si rende sempre opportuna la valutazione della stipula di una polizza personale di tutela legale. Infatti, se il medico sarà condannato dalla Corte dei Conti per colpa grave, la sua polizza personale di tutela legale sarà comunque operante. Solo in caso di condanna per dolo la polizza personale di tutela legale non sarà operante. È importante precisare infine che l'Azienda Ospedaliera può rivalersi sul medico solo con una sentenza definitiva di condanna, emanata dalla Corte dei Conti, per colpa grave o dolo non più appellabile o modificabile.

In conclusione, a completamento delle nostre considerazioni, è bene porre in evidenza anche la possibilità, peraltro già attuata in qualche caso, che le Aziende Sanitarie decidano di stipulare una polizza di Responsabilità Civile con franchigia o addirittura di non stipulare alcuna polizza, rispondendone in proprio con l'accantonamento di somme dedicate all'eventuale indennizzo/risarcimento.

*La Franchigia è l'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.*

# LA CONCILIAZIONE IN SANITÀ

INTERVISTA A  
**GIULIO CORSINI**  
PRIMA PARTE



di Vito Pende



IN ITALIA,  
OGNI ANNO,  
SI CELEBRANO  
DECINE DI  
MIGLIAIA DI  
PROCESSI,  
CIVILI E PENALI,  
AVENTI COME  
OGGETTO CASI  
DI MALPRACTICE  
SANITARIA

La crescita del contenzioso in materia di responsabilità medica ha conosciuto negli ultimi vent'anni uno sviluppo esponenziale. Secondo studi editi dalla Corte Suprema di Cassazione, il contenzioso dipendente da *malpractice* medica in sede di legittimità è aumentato del 200% rispetto ai 60 anni precedenti e negli ultimi 4 anni (2008/2011) la Corte di Cassazione ha deciso un numero di casi di responsabilità medica pari a tutti quelli decisi tra il 1991 ed il 2000. In Italia, ogni anno, si celebrano decine di migliaia di processi, civili e penali, aventi come oggetto casi di *malpractice* sanitaria. Questa proliferazione di contenzioso in campo medico deve aver rappresentato una delle ragioni più significative che ha indotto il Legislatore italiano ad inserire questa delicata materia tra quelle oggetto della c.d. media conciliazione in campo civile. Con il decreto legislativo 4 marzo 2010 n. 28, emanato in attuazione della legge 18 giugno 2009 n. 69, si è infatti conclusa la riforma del processo civile in materia di mediazione, con l'intento di alleggerire il carico di lavoro dei tribunali civili. L'ultima relazione sull'amministrazione della giustizia in Italia, presentata al Parlamento il 20 gennaio 2010, ha infatti evidenziato un progressivo

aumento del numero di procedimenti civili pendenti, saliti nel 2009 a 5.625.057, il 3% in più rispetto al 2008.

Prima di avviare un giudizio civile in tribunale quindi, **a partite dal 21 marzo 2011, è obbligatorio, per alcune materie (tra cui il risarcimento del danno derivante da responsabilità medica), esperire un tentativo di mediazione**, pena l'improcedibilità della domanda giudiziaria.

Tenuto conto da un lato dell'incidenza che detta disciplina legislativa ha e potrà avere, in futuro, nel settore sanitario, e dall'altro dell'ampio e controverso dibattito che quest'ultima ha suscitato sia nell'opinione pubblica, ma soprattutto nel mondo sanitario in generale, abbiamo chiesto all'avvocato Giulio Corsini del foro di Roma, fondatore dello studio legale Bucciarelli Ducci Corsini ("BDC studio legale") con sede principale in Roma, di fornirci una sintetica chiarificazione sulla natura della mediazione, sullo stato della sua applicazione e sugli aspetti maggiormente critici dell'istituto.

## Avv. Corsini, che cosa si intende per mediazione?

La mediazione, come prevista dal D.lgs. 28/2010, è una procedura di definizione delle

controversie di natura civilistica che sorgono tra i consociati ed ha come oggetto diritti disponibili delle parti. La norma la definisce come *“l’attività, comunque denominata, svolta da un terzo imparziale e finalizzata ad assistere due o più soggetti nella ricerca di un accordo amichevole con una proposta per la risoluzione della stessa”*.

La mediazione può essere amministrata unicamente da organismi accreditati presso il Ministero della giustizia e inseriti nel Registro degli organismi di mediazione ai sensi dell’art. 16 del decreto legislativo 28/2010.

La mediazione si svolge secondo un procedimento disciplinato da un Regolamento adottato da ciascun organismo di mediazione. La caratteristica comune ai vari regolamenti è quella di essere scervi da particolari e rigidi formalismi in ragione della ratio che sottende l’istituto della mediazione, ovvero la risoluzione rapida ed economica del conflitto tra le parti in modo da ridurre il contenzioso giudiziario che aggrava il nostro sistema giudiziario civile e che si pone come uno dei principali fattori di riduzione della crescita economica del nostro paese. Lo scopo perseguito è quindi quello deflattivo, ovvero la diminuzione del contenzioso civile giudiziario.

Il D.lgs. 28/2010 ha previsto quattro diversi tipi di mediazione:

**A Mediazione obbligatoria** (art. 5 c.1): dal 20 marzo 2011 il procedimento di mediazione è obbligatorio per le seguenti materie: diritti reali, divisione, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazione, comodato, affitto di aziende, **risarcimento danno da responsabilità medica** e da diffamazione con il mezzo della stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari. Dal 20 marzo 2012 l’obbligatorietà sarà estesa anche per il risarcimento del danno derivante dalla circolazione

dei veicoli e dei natanti e per le cause condominiali.

Se una domanda giudiziaria avente ad oggetto una delle sopra elencate materie viene introdotta senza il previo esperimento della procedura della mediazione, il Giudice deve assegnare alle parti un termine entro il quale procedervi. Ove ciò non avvenga la domanda giudiziaria viene dichiarata improcedibile.

Il tentativo “obbligatorio” di conciliazione non può durare oltre quattro mesi.

**B Mediazione Delegata** (art. 5 c.2): durante un procedimento vertente su materie disponibili, il Giudice, valutata la natura, lo stato della causa oltre che il loro comportamento, può invitare le parti ad attivare il procedimento di mediazione anche in sede di appello. In tal caso le parti possono aderire all’invito ed attivare il procedimento di mediazione davanti ad un Organismo accreditato presso il Ministero.

**C Mediazione volontaria facoltativa** (art. 2): sono le parti che decidono di usare l’istituto della mediazione per risolvere le liti concernenti questioni disponibili, anche se il ricorso ad essa non è obbligatorio.

**D Mediazione prevista in clausole contrattuali** (art. 5 c.5): la mediazione può essere infine obbligatoria, al di fuori della previsione normativa, in quanto contemplata in un contratto.

### Chi è il Mediatore e quale è il suo ruolo ?

Il Mediatore è un professionista terzo che, individualmente o insieme ad altri conciliatori, in posizione imparziale rispetto all’oggetto ed alle parti della contesa, cerca di aiutare, ovvero di agevolare le parti nel trovare una soluzione al loro conflitto. Deve essere in possesso di determinati requisiti di qualificazione professionale, consi-

SECONDO STUDI EDITI DALLA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE, IL CONTENZIOSO DIPENDENTE DA MALPRACTICE MEDICA IN SEDE DI LEGITTIMITÀ È AUMENTATO DEL 200% RISPETTO AI 60 ANNI PRECEDENTI E NEGLI ULTIMI 4 ANNI (2008/2011) LA CORTE DI CASSAZIONE HA DECISO UN NUMERO DI CASI DI RESPONSABILITÀ MEDICA PARI A TUTTI QUELLI DECISI TRA IL 1991 ED IL 2000.

stenti in un titolo di studio non inferiore al diploma di laurea universitaria triennale ovvero, in alternativa, essere iscritto a un ordine o a un collegio professionale e in possesso di una specifica formazione e di uno specifico aggiornamento almeno biennale, acquisiti presso gli specifici enti di formazione (DM 180/2011). Il ruolo del Mediatore non è quello di sostituirsi ad un giudice od ad un arbitro.

Il Mediatore non deve emettere una sentenza: egli è un esperto in conciliazione che, facendosi forza della sua oggettività rispetto alla contesa e sfruttando determinate “tecniche” conciliative acquisite attraverso i corsi di formazione, tenta, in ragione della materia del contendere e sulla base degli elementi probatori che gli sono stati offerti anche in via riservata dalle parti, di agevolare una conclusione della vertenza che sia soddisfacente per entrambi i contendenti.

...segue sul prossimo numero (stato dell’arte, aspetti critici, esempi, costituzionalità).

# NON CI POSSO CREDERE!

SALTI MORTALI E ORARI SENZA FINE NON SOLO NON RICONOSCIUTI,  
MA ANCHE NON GRADITI DAGLI AMMINISTRATORI

di Rodolfo Vincenti



DA UNA PARTE PRETENDONO L'EFFICIENZA,  
MA NON CI FORNISCONO STRUMENTI ADEGUATI  
E LA GIUSTA AUTONOMIA PER FARE AL MEGLIO  
IL NOSTRO LAVORO, DALL'ALTRA QUALCUNO ESIGE  
DA NOI LA MASSIMA EFFICACIA POSSIBILE

**E**ppure i segnali sono sotto gli occhi di tutti e non da poco tempo. Noi chirurghi ospedalieri siamo proprio come la fettina di prosciutto (certo di ottima qualità!) tra due corpose fette di pane. Da una parte i tagli lineari (ma perché sempre tagli?), i piani di rientro (ma chi è colui che andato oltre?) e i "carichi di lavoro" senza intervalli, ci riducono quegli spazi, di tempo e di luogo, che dovrebbero essere utilizzati per il contatto continuo con il paziente al fine di garantirgli una corretta diagnosi, una giusta ed adeguata informazione, la continuità della cura. Insomma la "presa in carico", l'umanizzazione del rapporto, la tanto decantata alleanza terapeutica. Salti mortali, orari senza fine (peraltro non solo non riconosciuti, ma anche non graditi da parte dei cari amministratori). Nessuno dice o fa finta di non vedere, che il chirurgo è la categoria con minimo indice di assenza dal lavoro per malattia. Forse siamo gente di grande resistenza e fibra eccezionale o forse, più semplicemente, amiamo la nostra professione. Dall'altra parte colui che a noi si rivolge per la prestazione professionale, è sempre più gonfio di sospetto, nel timore (nel 73% delle risposte del campione testato - vedi sondaggio di Altroconsumo 2011) di precipitare in un errore da "malasanità" (ma chi diavolo ha coniato questo orrido e fuorviante neologismo?).

Quindi, ricapitolando, da una parte pretendono l'efficienza, ma non ci forniscono strumenti adeguati e la giusta autonomia per fare al meglio il nostro lavoro, dall'altra

qualcuno esige da noi la massima efficacia possibile.

Nel famoso panino ci sarebbe una terza fetta di pane: il più bravo giornalista, quando si tratta di problemi sanitari e di cronache relative, si trasforma in un PM con sentenza già scritta e quel che è peggio riesce, con una formidabile capacità di convincimento e talvolta attraverso sottili e gratuite correlazioni, a trasformare il mondo dei lettori in una accolta di giustizialisti. Forse dovrei aggiungere altre fette: una legislazione anni 1930 (famigerato Codice Rocco), talvolta interpretata in maniera fortemente punitiva dalla Magistratura, la lobby di quegli avvocati che talvolta “giocano sporco” (ZERO ACCONTI, ZERO SPESE, ZERO RISCHI! Non ti chiederemo MAI un euro! testuale da [www.risarcimentodannigratis.it](http://www.risarcimentodannigratis.it) - ma è solo uno dei tanti!) e compagnie di assicurazione che aumentano i premi e che sempre più frequentemente si deflano. E la nostra povera fetta di prosciutto? Anche se un po' rinsecchita, prosegue a testa bassa sempre più incline alla fuga.

### Non ci posso credere!

Due anni fa, parallelamente ai ben più ambiziosi e strutturati progetti-ACOI, globalmente riconducibili alla gestione del governo clinico, alle no-techs skills, all'HTA, ci siamo chiesti se non fosse arrivato il momento di agire con determinazione per una nuova e più compatibile relazione con il cittadino. È preoccupato, tranquillizziamolo; è sospettoso, rassicuriamolo; è ignorante, informiamolo; è in disaccordo, arriviamo alla condivisione. **Così facendo non solo contribuiremo alla qualità dell'assistenza ma, certamente, ridurremo quella enorme percentuale (35%) di ricorsi aperti solo per “deficit di comunicazione”.** Sarebbe proprio un formidabile risultato che, associato agli effetti positivi dei progetti ACOI sulla formazione del chirurgo oltre che sulla qualità e governo clinico, dimostrerebbe in pratica quanto le due simbiotiche Istituzioni producano in termini reali per una Sanità efficiente ed efficace.

**È nata così la Fondazione Chirurgo e Cittadino (FCC)** le cui ragioni, scopi, strumenti ed azioni sono consultabili su [www.chirurgocittadino.it](http://www.chirurgocittadino.it) a cui, per brevità sono costretto a rimandare. **Ebbene, a cosa non posso credere? Non mi capacito che, a fronte della nascita di iniziative similari, segno che la nostra intuizione è stata più che corretta e anticipatrice di idee condivisibili (cito e rimando a: “Slow medicine” - “La medicina narrativa” - “La medicina centrata sulla persona – onlus” ecc.), coloro che sembrano più “freddi” verso l’idea, siano proprio i chirurghi.**

Certamente tale affermazione deve essere mediata dalla constatazione che un bel gruppo di colleghi è attivo in modo propositivo e proficuo (la “Settimana dell’Ascolto”, le “Giornate” di Camerino, Lodi, Sciacca, Roma, il canale web di informazione “dialogica” su patologie chirurgiche – in fase avanzata di realizzazione – le conferenze cittadine, i contatti con i media ecc. non si sarebbero realizzati senza il grande impegno di pochi, ma convinti sostenitori). Ma i chirurghi ACOI sono molti di più! Il mio è un invito ad essere, anche minimamente, partecipativi. Come? Niente di più semplice: aprire regolarmente il sito per conoscere meglio la FCC e i suoi scopi ([www.chirurgocittadino.it](http://www.chirurgocittadino.it) - il “traffico” sul sito è anche merce di scambio), interagire con la pagina Facebook dedicata creando dibattito, introducendo analisi, critiche, propositi (è un’epoca nella quale si contano i “mi piace” e i “condividi”), divenire “testimonial” nella propria pratica clinica introducendo nei colloqui con i pazienti le idee di FCC, coinvolgere le Associazioni dei cittadini per azioni comuni, chiedere di sostenere e divulgare il messaggio, fare fundraising per la onlus, ricordare e diffondere il 5 x mille e tante altre cose. Se poi qualcuno più convinto volesse ricoprire un ruolo di riferimento attivo nella propria città, sappia che sarà supportato e sostenuto.

**Noi ci siamo! Partecipa anche tu!**



*Amanda Sandrelli testimonial della Fondazione Chirurgo e Cittadino*

# LE BUONE MANIERE ...

“Oggi ho trattato male una paziente” dice entrando in biblioteca un mio collega a fine mattinata. Lo dice per prima cosa, prima di salutare: lo dice perché lo ha fatto di proposito ma si è sentito subito in colpa. La signora in questione si era rivolta a lui in seguito ad una complicanza verificatasi in un altro ospedale in cui non voleva tornare perché era stata “trattata male”. Siamo quindi due volte colpevoli!

di Domitilla Foghetti



ATTENZIONE  
E GENTILEZZA  
SONO  
IMPORTANTI  
PER I PAZIENTI  
PROPRIO  
COME IL FATTO  
DI RICEVERE  
MEDICINALI  
O CURE  
D'AVANGUARDIA

**S**e un nostro collega può condonarci una giornata storta, è molto più difficile che lo faccia un paziente: in un momento di difficoltà diventa imperdonabile essere apostrofati con un tono sgarbato, essere trattati con sufficienza o indolenza o addirittura con modi autoritari.

Un'indagine condotta dal **Daily Mail** britannico ha rilevato una serie di proteste riguardanti infermiere che ridono in faccia ai pazienti, medici che “snobbano” familiari preoccupati e dirigenti convinti che le buone maniere siano “un lusso che non ci possiamo permettere”. In particolare, il 49% delle lamentele dei pazienti riguarda i medici, il 29% gli infermieri, il 6% gli amministrativi e il 2% le ostetriche. Non c'è da stupirsi che, negli ultimi anni, si siano impennate le denunce dei cittadini contro gli operatori sanitari.

Sulla base delle proteste dei pazienti, è stato possibile stilare nel Regno Unito la classifica degli ospedali peggiori del Paese nel 2010. Il **General Medical Council** ha inoltre rivelato che le lamentele contro i medici sono aumentate del 40% negli ultimi tre anni, con oltre la metà delle segnalazioni relative ad abusi verbali e maleducazione.

L'indagine condotta dal quotidiano britannico, utilizzando le segnalazioni relative a 500 ospedali, inviate alle apposite commissioni da parte dei pazienti sull'atteggiamento dello staff, rivela una preoccupante carenza di comprensione e umanità, specialmente fra i medici. Attenzione e gentilezza, evidenziano gli autori, sono importanti per i pazienti proprio come il fatto di ricevere medicinali o cure d'avanguardia (fonte **Adnkronos Salute**).

Cogliamo l'occasione per dare uno sguardo in casa nostra: anche la giornalista Maria Giovanna Faiella ha analizzato questo problema in un articolo pubblicato sul **Corriere Salute** (5 dicembre 2010). Tra le 16.000 segnalazioni che giungono ogni anno al progetto Integrato di Tutela (PiT) di Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato, l'8-9% riguarda episodi di maleducazione subiti in ospedale e le vittime più frequenti risultano essere anziani e disabili.

La coordinatrice nazionale del Tribunale dei diritti del malato, Francesca Moccia, afferma: - "Non si può generalizzare, ma il problema esiste e non va sottovalutato: non si tratta solo della maleducazione di qualcuno; la cortesia non è un favore, è un dovere professionale, come prevedono i Codici deontologici".

Annalisa Silvestro, presidente della Federazione collegi infermieri: "Dedicare tempo ai pazienti, ascoltando i loro bisogni, non è un optional, ma fa parte del nostro servizio. Certo, se sei pressato da obiettivi di "produttività", tendi a fermarti sempre meno accanto al letto del malato". Medici e infermieri concordano: questa tendenza negativa va arginata. Come? Servono più risorse umane, più tempo, ma anche più rispetto della deontologia e più formazione.

Un gesto di calore umano forse non guarisce, ma sicuramente aiuta a stare meglio  
(<http://www.corriere.it/salute/>).

**Il problema della "buona" comunicazione in sanità** è sempre più analizzato e molte sono le iniziative a riguardo. La costituzione della **Fondazione Chirurgico e Cittadino** è sicuramente una delle prime in Italia e parole chiave a cui si ispira "ascolto, dialogo, condivisione" rappresentano la base per una nuova e non diseguale "relazione".



Ma c'è molto di più! Io non potevo crederci: il problema è così sentito da avere uno spazio dedicato anche su **Facebook!** Il nome sicuramente deve farci riflettere:

**Nome:**

Operatori sanitari: corso obbligatorio di buone maniere

**Categoria:**

Interessi Comuni - Cause e ideali

**Descrizione:**

Chiediamo agli ospedali che istruiscano il proprio personale anche dal punto di vista umano e assistenziale, che istituiscano dei corsi obbligatori e d'aggiornamento e che venga creata la figura del public relator nelle corsie il cui compito sia sorvegliare il trattamento dei malati e dei parenti da parte degli operatori: per non sentirsi più trattare come carne da macello, senza privacy, senza educazione. Insomma senza arroganza, in fin dei conti i malati non si divertono a essere in ospedale e spesso i parenti dei malati sollevano gli operatori sanitari da diverse mansioni che toccherebbe a loro svolgere.

**Tipo di privacy:**

Aperto: i contenuti sono visibili a tutti.

## Io condivido, e voi?

Ho liberamente tratto il brano che segue dalle riflessioni di Lucia Fontanella, un'insegnante con esperienza di paziente, che ha, a mio parere, lucidamente analizzato e comparato le due realtà della scuola e del mondo ospedaliero, sottolineando interessanti spunti di approfondimento:

*"Ma sai quanto sono maleducati e arroganti certi pazienti e certi parenti...?"*  
*Penso di poterlo immaginare molto bene. La maleducazione e l'arroganza sono piuttosto diffuse. Chi affronta questo argomento di solito propone attenuanti per la maleducazione di chi lavora in*

*ospedale. Il malato è nella quasi totalità dei casi un vero inesperto della situazione, un principiante assoluto, per di più spaventato e sofferente. Capirete poi che non mi sento di confrontare la maleducazione di un paziente, o quella dei suoi parenti, con quella di chi nell'ospedale ci lavora, in cambio di un regolare stipendio.*

*Ed ecco, appunto, ciò che fa la differenza: lo stipendio. È una mia mania, non gradita e spesso inopportuna, ma il fatto di ricevere regolarmente uno stipendio mi pare proprio il dato che fa la differenza. Io insegnante e voi operatori sanitari non possiamo essere ineducati, maleducati,*

**UN MEDICO O UN INFERMIERE MALEUCATO O ARROGANTE MI FERISCE, MI MORTIFICA, AUMENTA IL MIO SENSO DI INSIKUREZZA E DEBOLEZZA IN UNA SITUAZIONE GIÀ DIFFICILE. UN PAZIENTE O UN PARENTE MALEUCATO PUÒ ANCHE FERIRE O MORTIFICARE, MA PIÙ SPESSO SEMPLICEMENTE DISTURBA, INNERVISISCE, IRRITA GLI OPERATORI SANITARI.**

arroganti: ci è vietato (così penso io). A noi è vietato per deontologia professionale, mentre ai pazienti e ai loro parenti è solo sconsigliato da consolidate convenzioni sociali, che certo andrebbero rispettate. Su questo bisogna davvero riflettere con calma e assumerci tutte le responsabilità del caso.

Un medico o un infermiere maleducato o arrogante mi ferisce, mi mortifica, aumenta il mio senso di insicurezza e debolezza in una situazione già difficile. Un paziente o un parente maleducato può anche ferire o mortificare, ma più spesso semplicemente disturba, innervosisce, irrita gli operatori sanitari. Ma come si fa?

**Ho paragonato il mestiere di insegnare con quello di curare perché sono mestieri che hanno molte affinità, soprattutto per il loro potere di "lasciare traccia" sugli altri. Traccia positiva e traccia negativa.**

Questo mi induce ad avere un grande rispetto per chi lavora negli ospedali, ma non mi convince a fare sconti sul fatto che non deve essere ammessa maleducazione o disattenzione ai malati.

Posso capire che la tensione provochi la perdita del controllo e della pazienza, ma posso chiedere che ci si scusi.

(www.luciafontanella.com)

Lucia Fontanella è anche autrice del libro "La Comunicazione Diseguale" Ricordi di Ospedale e Riflessioni Linguistiche. Un piccolo grande libro. Così piccolo da stare perfettamente nella tasca di un camice. Così grande da avere il potere di farci fermare un attimo: ma l'autrice sta parlando di un ospedale? Sta parlando del posto dove corriamo al lavoro ogni mattina, in cui ci impegniamo ore in sala operatoria, in cui trascorriamo vigili notti di guardia... il posto che spesso consideriamo "casa nostra"? No, nel nostro ospedale non accadono le cose descritte nel libro, noi siamo sempre gentili (a parte quella volta in cui evitavamo accuratamente i parenti assillanti di una paziente con un K pancreatico), le caposala sono sempre accoglienti (eccetto quando la moglie di un giovane appena operato per un'occlusione da misconosciuta carcinosi fu allontanata in malo modo durante l'orario della visita medica), gli infermieri sempre disponibili ("lei non deve chiedere, deve solo aspettare!"). Ma forse allora queste cose capitano anche a noi, a tutti noi sanitari... E spesso non ci vengono fatte notare, spesso i pazienti non si ribellano, non ci dicono di vergognarci per il nostro atteggiamento.

Lucia Fontanella ci spiega che cos'è la **"comunicazione diseguale": si verifica in ambienti in cui le due parti non si trovano sullo stesso piano, non hanno lo stesso potere.** In ospedale si verifica tra il paziente che, oltre a stare male o ad avere un problema che lo preoccupa, è

anche impaurito, non sa spiegarsi bene o non osa porre le domande che vorrebbe, e il medico, che si sente a casa sua, che si spazientisce facilmente, che non ha tempo, che usa parole incomprensibili, che non guarda negli occhi o che, dopo aver pronunciato una sentenza terribile, magari si gira e parla della partita con un collega.

Togliamo per un giorno il fonendoscopio dalla tasca del nostro camice e mettiamoci questo piccolo grande libro. Troveremo l'occasione per imparare quanto il nostro comportamento influisce sullo stato d'animo dei pazienti e sicuramente anche sui loro problemi di salute e chiediamoci per un momento: quale tipo di medico desidererei incontrare se dovessi averne bisogno?

## LA COMUNICAZIONE DISEGUALE

Ricordi di ospedale e riflessioni linguistiche



di Lucia Fontanella  
Il Pensiero Scientifico  
Editore

*"C'era davvero un vaso di fiori al di fuori di quella finestra, in fondo, ed erano proprio gerani rossi...  
... La mia rianimazione aveva un vaso di fiori, un modesto vaso di fiori che non sapeva di essere un potentissimo richiamo alla vita, quella normale. Altre cose continuano a commuovermi: il saluto di un medico, da lontano, anche lui vicino ai gerani. Mi è parso che abbia incrociato il mio sguardo e mi ha salutato con la mano. Come faccio a farvi capire quanto è grande una cosa così? Forse l'umanizzazione della medicina consiste nel rendere la vita dei malati più normale possibile. Una buona normalità".*



# 22° CONGRESSO DI VIDEOCHIRURGIA

di Feliciano Crovella

**D**al 7 al 9 giugno 2012 si terrà a Castelvolturno (Ce) presso l'Holiday Inn Resort, il XXII Congresso Nazionale di Videochirurgia. Il Congresso avrà come tema centrale la multimedialità in chirurgia, ben raffigurata dal logo "You Acoi", creato per l'occasione, che richiama in modo esplicito il mondo del "social network": un mondo forse ancora lontano e non molto frequentato dai chirurghi, ma che rappresenta senza dubbio il futuro. Proprio in questa ottica si cercherà

di utilizzare il "social network" come piattaforma per pubblicizzare l'evento, i contenuti, i passaggi organizzativi e le discussioni interattive.

La videochirurgia già per sue naturali caratteristiche, offre l'opportunità di una continua interazione multimediale, con fruibilità dei filmati, confronto e discussione. Oggi abbiamo a disposizione una tecnologia e una rete che molto probabilmente ci consentono questo passaggio di prospettiva. Tale evento scientifico rappresenterà quindi

un ottimo motivo per l'incontro e la partecipazione di oltre mille chirurghi italiani ed operatori del settore. Cercheremo di porre in evidenza e daremo voce e video, non solo alle maggiori realtà chirurgiche italiane, ma anche a quelle tante U.O. Chirurgiche delle nostre province, espressione da sempre di grande e qualificato lavoro svolto in silenzio e nell'ombra. Ampio spazio sarà inoltre dedicato al coinvolgimento dei giovani chirurghi, risorsa sempre più preziosa per il presente ed il futuro dell'ACOI, e all'aggiornamento scientifico degli operatori infermieri di sala operatoria e di reparto, con sedute dedicate.

Saranno attive 9 sale multimediali e polifunzionali, tecnologicamente all'avanguardia e tutti gli spazi comuni saranno dotati di collegamento internet wi-fi.

Sarà inoltre gradito, come nella migliore tradizione associativa americana, un "dress-code" informale.

Le regole per la preparazione dei contributi video e per l'invio degli stessi alla commissione di Videochirurgia, da cui saranno valutati, saranno disponibili cliccando sul sito <http://www.acoi.it/congressi/per-partecipare/xxii-congresso-nazionale-videochirurgia> (per gli Smartphone abilitati, tramite il QRcode qui sotto) e saranno inviate a tutti i soci tramite la newsletter.

Arriverderci a giugno 2012!



# UNITÀ E VALORE DELLA CHIRURGIA ITALIANA

## 1° CONGRESSO NAZIONALE

di Vincenzo Blandamura e Adriano Redler

*Presidenti del Congresso a nome di tutti i Presidenti delle Società Scientifiche aderenti*



**LA CHIRURGIA ITALIANA  
INTENDE DARE,  
PER PRIMA,  
UN SEGNALE  
DI RAZIONALIZZAZIONE  
E CONCERTAZIONE**

**19** Società Scientifiche Nazionali di area chirurgica rinunciano per la prima volta al loro congresso annuale per unirsi in un unico evento rappresentativo dell'identità chirurgica italiana.

La Chirurgia Italiana intende dare, per prima, un segnale di razionalizzazione e concertazione, per ribadire l'elevato livello scientifico e tecnico di tutte le sue componenti nonché la sua capacità di gestire il difficile momento economico attuale.

I livelli più alti di diverse Istituzioni del mondo politico e sociale hanno già manifestato un grande interesse ad intervenire, dichiarandosi disponibili al confronto ed alla partecipazione attiva. Siamo certi che anche l'industria saprà leggere il valore e il forte contenuto etico di questa iniziativa. La sede prestigiosissima, l'Auditorium Parco della Musica, costituisce, con un'area espositiva di 3.000 mq, il luogo ideale per una comunicazione continua

fra 4.000 chirurghi attesi e le Aziende loro partner da sempre. Il Comitato Promotore si è spinto fino a modificare profondamente sia la struttura organizzativa che le modalità con cui le Società Chirurgiche si rappresentano. Il cambio di passo che ne consegue sottintende la ricerca di azioni mirate al rilancio e all'adozione di politiche per il benessere dei cittadini: la cura e l'assistenza, la formazione e la conoscenza.

Parallelamente alle sessioni scientifiche troveranno ampio spazio quelle dedicate alla politica sanitaria e al dibattito sulle problematiche più attuali: la formazione, le no-technical skills, l'autonomia e la responsabilità del chirurgo nella scelta degli strumenti e delle tecnologie da utilizzare, per una chirurgia sicura e di qualità.

Il Congresso costituirà un grande appuntamento scientifico, sociale e politico, frutto di convergenza di obiettivi e sforzi, a testimonianza di come solo una visione condivisa del futuro può portare ad una riduzione degli sprechi e ad un uso più razionale ed efficiente delle risorse.

Al di là degli elevati contenuti scientifici, il valore di questa impresa così grande in un momento tanto difficile, è fondamentalmente di natura etica; questo è il valore aggiunto che merita la concreta partecipazione di voi tutti. Ringraziando fin d'ora per l'attenzione che ci riserverete, inviamo i più cordiali saluti (\*).

(\* estratto dalla lettera di presentazione

[www.chirurgiaunita2012.it](http://www.chirurgiaunita2012.it)

# ABBIAMO BISOGNO DI CONSENSUS CONFERENCE?

ROMA 2012: CONSENSUS CONFERENCE  
SULLA CLINICAL COMPETENCE  
NELLA CHIRURGIA DEL CARCINOMA DEL RETTO

di Ferdinando Agresta e Micaela Piccoli  
(a nome del Comitato Scientifico della Consensus)

**A**ncora Consensus: adesso sono di moda!!! Direbbe – e a dir la verità ha già detto – “un” qualcuno. E questo qualcuno ha ragione! Dovrebbero essere una moda: intendiamoci non alta moda, quella impossibile da “gestire”, impossibile da “avvicinare”, solo per pochi, esclusivi eletti. Ma quella “pret-a-porter”, per tutti, facile da portare e da fare propria, comoda, che pur prodotta in serie non ci rende tutti uguali, perché siamo noi ad indossarla, a farla bella, efficace ed efficiente ...e a poco costo.

Le Consensus dovrebbero essere una moda, ne abbiamo bisogno! È quindi giusto leggere nel Bando di Interesse di questa nuova Consensus - tutta italiana - quello che scrive un chirurgo anglo-francese: *“As doctors 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 recognise and discard our acquired biases, and base our diagnostic procedures and surgical therapy on “hard” evidence...”*

Ma manca qualcosa in questo editoriale, che forse è la vera ed ultima motivazione per cui abbiamo bisogno di Consensus: dobbiamo con umiltà rivedere la nostra attività per poter superare i nostri bias alla luce della più evidente letteratura. Perché, per trattare al meglio delle nostre conoscenze e possibilità i pazienti, dobbiamo parlare tutti la stessa lingua. È questo deve essere una Consensus: uno stesso linguaggio che possa essere chiaro e comprensibile non solo per noi tecnici, ma anche per tutti gli stakeholders della problematica in oggetto, perché essa non è multidisciplinarietà - intesa come semplice accostamento di competenze - ma transdisciplinarietà - intesa come possibilità di capire e comprendere le conoscenze perché espresse nella medesima lingua. Equità è uno dei diritti alla salute “gridati” dall’OMS: equità per la variabile uomo-medico, perché tutti devono essere messi nella possibilità di conoscere/sapere e quindi poter fare, e per la variabile uomo-paziente, perché tutti abbiamo il diritto di essere curati al meglio delle attuali evidenti conoscenze.

Ed allora ben venga, proprio per il diritto all’Equità, la moda delle Consensus, anzi facciamole diventare una



sana abitudine, ancor più sana se è “ad una sola voce” come quella di Roma 2012, ancora più interessante se – al di là del mero tecnicismo – cerchiamo di superare il primo vero bias che tutti abbiamo: mostrare la propria competenza... questo anche per aiutare chi, ad altri livelli, è chiamato a fare una sana, equa, efficace ed efficiente politica sanitaria.

**N.B.** I lavori della Consensus sono già iniziati e gli attori (esperti e giuria) già designati dalle varie società del Gruppo Promotore e dal Comitato Scientifico. Il Bando, per dare notizia del “working progress” di questo evento straordinario e suscitare l’interesse di tutta la Comunità Scientifica Italiana, è già pubblicato. Contiamo sulla partecipazione di tutti i chirurghi alla vera e propria Conferenza di Consenso, in Settembre 2012, per ottenere il risultato sperato di un unico grande coro della Chirurgia Italiana.

# SALGA SU QUELLA NAVE, C...!

di Enrico Pernazza

**O** rmai è un "must". L'espressione ascoltata nella "mitica" telefonata tra il Comandante della capitaneria di porto di Livorno e il Comandante Schettino della "Costa Concordia" è ormai considerata "simbologytype" per spingere qualcuno a fare il proprio dovere.

Tant'è che l'ho sentita sussurrare in occasione della recente giornata di formazione sull'HTA, promossa da ACOI in collaborazione con MIP e con il supporto di BBraun, tra due colleghi che ascoltavano con grande interesse quanto veniva declinato.

Mi sono chiesto: **"È possibile che il buon comportamento debba essere imposto e non possa costituirsi come modello integrato del chirurgo di oggi e del futuro?"**

In parte la risposta è arrivata proprio dall'argomento del corso, l'**HTA**.

In ACOI, ormai da circa un decennio, si è posto l'accento sempre più deciso sulla necessità di rinnovamento sia del modello societario, sia del modello professionale, facendo leva almeno su due concetti fondamentali, "misura" e "confronto", per sostenere la sfida di un miglioramento continuo nella qualità del "prodotto" societario.

Introdurre finalmente nel percorso formativo del chirurgo il concetto di "valutazione", sia delle competenze, tecniche e non tecniche, sia dei risultati.

Valutare peraltro implica inevitabilmente definire dei criteri adeguati a "misurare", proponendo quindi una metodologia che porti a valutare in maniera quanto più oggettiva possibile i comportamenti tecnici e organizzativi non solo del singolo professionista ma anche della struttura nella quale esercita la propria attività.

Confrontarsi con le altre realtà societarie emergenti coinvolte nello specifico percorso chirurgico concretizzando a fatti una azione comune di intervento strategico e formativo. Dialogare, quindi, in modo paritetico con le figure professionali dell'anestesista, dell'infermiere di sala operatoria, dell'ingegnere clinico per affrontare ad una voce le pressanti problematiche legate alla qualità e alla sicurezza delle pre-



FOTO ANGELO CARCONI/INFOPHOTO

stazioni e al ruolo sempre più importante della tecnologia. Queste enunciazioni ACOI si sono realizzate in una serie di atti concreti: la certificazione della Società Scientifica - Il Progetto Qualità e Sicurezza in chirurgia - Il progetto Innovazione e Management - L'istituzione di un Ufficio di Qualità e Valutazione - La creazione del Tavolo Intersocietario e Interprofessionale per la Sala Operatoria (TIISO). Quando nel 2002 a Roma fu organizzato il Regionale ACOI Lazio sulla "Sicurezza in Chirurgia. Imparare dall'errore", il termine Health Technology Assessment era ancora pressoché sconosciuto ai non addetti ai lavori, figuriamoci a noi chirurghi che ancora oggi troviamo difficoltà a darne una compiuta definizione.

Il percorso è iniziato grazie alla lungimiranza di Vincenzo Stancanelli che volle, come priorità assoluta la certificazione della Società Scientifica e decise di segnare come un filo rosso il problema Sicurezza, riservando una sessione dedicata in tutti gli eventi congressuali targati ACOI. Gianluigi Melotti accolse la proposta di realizzare con MIP e Cittadinanzattiva il **Progetto Qualità e Sicurezza in chirurgia** affidandomene il coordinamento. Rodolfo Vincenti ha sostenuto il progetto con grande determinazione ed impegno, affiancando il Progetto Innovazione e Management (sempre in partnership con MIP) offrendo così ai soci un innovativo percorso di formazione in no-techs, (grande il successo e numerose le repliche), ed ha concretizzato la costituzione di ACOI quale Provider di formazione nel programma ECM. Luigi Presenti non solo ha concretamente operato perché Q&S veda la sua logica conclusione (i risultati conclusivi saranno comunicati in occasione del prossimo Congresso Unitario della Chirurgia Italiana), ma ha incaricato il sottoscritto di strutturare l'Ufficio di Qualità e Valutazione.

Nello stesso periodo è nata l'ultima iniziativa ACOI, che si riallaccia concretamente all'HTA, vale a dire la costituzione di un tavolo intersocietario (TIISO Tavolo intersocietario Interprofessionale per la Sala Operatoria) assieme ad AICO, AIIC, SIAARTI e SIC (vedi articolo correlato).

# NASCE IL TIISO

## TAVOLO INTERSOCIETARIO INTERPROFESSIONALE PER LA SALA OPERATORIA

di Enrico Pernazza

**T**utto è nato in occasione delle riunioni tecnico-scientifiche tenutesi presso l'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia relativamente al Progetto Ministeriale "Sicurezza in Chirurgia". Durante questo evento mi sono trovato fianco a fianco con i rappresentanti di altre Società Scientifiche, in particolare AICO, SIAARTI e SIC ed ho proposto loro, a nome di ACOI, di dare vita ad una struttura intersocietaria e interprofessionale per condividere strategie, progettualità e azioni sul tema qualità e sicurezza del percorso chirurgico, con particolare riferimento all'ambiente Sala Operatoria, al fine di avere una voce e una posizione comune e una maggiore forza e rappresentatività nel confronto politico. L'accordo è stato spontaneo cosicché abbiamo deciso di incontrarci in occasione del Congresso Nazionale ACOI di Videochirurgia a Cernobbio. Grande entusiasmo e tanta curiosità per un'esperienza fortemente innovativa che per la prima volta riuniva a dialogare sul problema sicurezza del percorso chirurgico Società a diversa professionalità, ma tutte ugualmente coinvolte ed esposte alla notevole rischiosità del percorso. Abbiamo steso un verbale dell'incontro da sottoporre ai consigli direttivi delle rispettive Società perché venisse ratificato e quindi potesse consentire la costruzione di successive riunioni operative. Nella stessa riunione si è anche deciso di estendere l'invito a partecipare ai lavori alla Associazione Italiana Ingegneri Clinici (AIIC) che ha accolto con entusiasmo la chiamata. La premessa nel verbale: "Il tema della qua-

lità e della sicurezza nelle sale operatorie è quanto mai pressante e coinvolgente, per l'integrità dei pazienti e per il rispetto di chi vi presta opera, per il volume crescente del contenzioso, per la "creatività" rilevante di interventi giudiziari, per la pressione massmediale, per una enorme massa di proposte formative, certamente meritorie ma troppo spesso autoreferenziali e non dialoganti tra loro." A seguito della ratifica dei Consigli Direttivi delle 5 Società, si è svolta a Roma nella sede ACOI il 12 Gennaio 2012 la prima riunione del Tavolo. È stato steso il verbale e si è definito il Documento programmatico dell'attività (tutti i documenti citati sono visibili sul sito ACOI). In particolare è opportuno sottolineare due aspetti dell'attività del TIISO: il primo riguarda il prodotto finale del lavoro del primo anno, vale a dire un "documento di raccomandazione congiunta delle Società Scientifiche aderenti sui contenuti individuati da sottoporre al Ministero della Salute per approvazione, con l'obiettivo che esso sia poi inviato alle Regioni attraverso l'ASSRR e quindi trasmesso alle singole realtà ospedaliere". Il secondo è il vantaggio atteso: "omogeneizzare i comportamenti adottati in chirurgia sul territorio nazionale, indipendentemente dalle diversità locali/regionali presenti, sulla base di requisiti minimi irrinunciabili, riducendo il rischio di eventi avversi e il contenzioso medico legale associato, diffondendo e incrementando la cultura della qualità e della gestione del rischio e condividendo intenti ed obiettivi di qualità e sicurezza con i cittadini-utenti del SS". Il TIISO, tavolo evidentemente aperto



**IL TEMA DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA NELLE SALE OPERATORIE È QUANTO MAI PRESSANTE E COINVOLGENTE, PER L'INTEGRITÀ DEI PAZIENTI E PER IL RISPETTO DI CHI VI PRESTA OPERA**

a tutte le Società Scientifiche che ne vogliano far parte nel rispetto delle premesse costitutive, “si propone di licenziare almeno un documento all’anno. Il primo documento, ad uso interno, sarà costituito proprio dal Regolamento di azione del tavolo stesso. Il secondo documento, da diffondere all’esterno entro il corrente anno, conterrà approfondimenti e commenti sul Manuale Ministeriale per la Sicurezza in Sala Operatoria e un position paper su un modello di acquisizione della tecnologia (HTA).”

È del tutto evidente la novità dell’iniziativa nella quale è altrettanto evidente riconoscere ad ACOI il merito della proposta. Nello stesso tempo è altrettanto doveroso riconoscere la disponibilità e l’entusiasmo delle altre Società coinvolte, segno di una comune sensibilità al problema e soprattutto la volontà condivisa di affrontare insieme problemi così importanti per il paziente, in primo luogo, per i professionisti, per il Sistema Sanitario, in una dimensione sociale globale, concretizzando dai vertici il concetto di “Teamwork”, fondamentale per ridefinire nuovi e moderni modelli di comportamento. Emerge ancora una volta, quanto mai evidente e decisivo il ruolo delle Società Scientifiche che debbono essere

interlocutori necessari degli organi istituzionali e dei programmatori delle politiche sanitarie senza peraltro sottrarsi alla loro identità e al loro ruolo istituzionale di ricerca e formazione, proponendosi come coprotagonisti e garanti nel percorso di affiancamento e di valutazione finalizzato all’accreditamento delle strutture erogatrici e dei professionisti. L’obbiettivo deve essere quello di definire scelte programmatiche capaci di coniugare la sostenibilità economica, strettamente legata al trend di crescita dei costi, con lo sviluppo incessante e vorticoso delle tecnologie e con il mutato scenario epidemiologico, operando per la qualità dei servizi e facendo leva, concretamente, su **appropriatezza, efficacia ed efficienza del sistema** al fine di rendere finalmente concreti questi ultimi tre concetti, ripetutamente invocati, ma rimasti ancora troppo scarsi di contenuti misurabili e valutabili. Proprio questa esigenza, ormai inalienabile, di concretezza e di trasparenza, ha spinto la nostra Associazione a modificare decisamente i propri modelli formativi tecnici, proponendo anche modelli di formazione sulle non technical skills, bandendo finalmente il pressapochismo e l’autoreferenzialità, introducendo

decisamente criteri indispensabili di misurazione e valutazione inevitabili per la certificazione del risultato. Per questo sono nati i Progetti “Qualità e Sicurezza in Chirurgia” e “Innovazione e Management” entrambi elaborati e gestiti in collaborazione con il MIP Area Sanità del Politecnico di Milano. Il primo, sviluppato su 50 Aziende Sanitarie Nazionali come studio osservazionale e di valutazione sulla applicazione delle Best Practices chirurgiche, vedrà i risultati conclusivi dopo 3 anni di attività nel 1° Congresso della Chirurgia Italiana del prossimo Settembre. Il secondo, incentrato sulle non technical skills per fornire competenze e supporti per l’organizzazione funzionale delle strutture sanitarie, è stato tanto apprezzato da essere indicato in alcune regioni come titolo vincolante per adire ai concorsi di Dirigente di II livello.

Infine, a integrazione di tutti i succitati progetti, per rendere sempre più incisivi i criteri di misurazione e valutazione, **il consiglio direttivo ACOI ha voluto l’Ufficio di Valutazione e Qualità** le cui ragioni e finalità sono riferite in altro articolo. Questo è il pacchetto formativo in tema di no-techs che ACOI offre non solo ai propri soci, ma potrei dire, anche a tutta la sanità italiana ed in ultima analisi al cittadino.



# UNA SFOGLIATELLA "RICCIA"

di Antonia Rizzuto

**E**ra un piovoso mercoledì pomeriggio quando, per la prima volta, mi accingevo a varcare il maestoso portone della sede ACOI, alle spalle del Vaticano, in uno di quei "palazzoni" romani, così imponenti che sembrano essere costruiti proprio per rimarcare la piccolezza dell'uomo di fronte alla maestosità di San Pietro.

Alla socievolezza che mi caratterizza e all'entusiasmo per un'esperienza del tutto nuova, si accompagnava quell'inconscio timore che tutti i giovani chirurghi provano quando ci si ritrova nella stessa stanza con illustri e rinomate personalità della chirurgia italiana. Ogni perplessità svaniva, però, già sulla porta, nel momento in cui Luigi Ricciardelli, presidente di questa "nuova" vecchia "ACOI Giovani" mi veniva incontro con un sorriso e una sfogliatella riccia, che a me è perfino sembrata ancora calda. Così, quasi senza rendermene conto, entravo a far parte di una grande famiglia allargata. Ecco, l'ACOI Giovani si delineava nella mia mente, non più come una semplice associazione di chirurghi, ma come un gruppo di vecchi compagni di scuola che, in un banco un po' più grande, condividevano ansie, problemi, ma anche gioie, nell'affrontare i temi del corposo ordine del giorno. Incredibile vedere come argomenti di grande rilevanza scientifica e problematiche organizzative inerenti agli impegni di quest'anno, siano stati affrontati con serietà, associata comunque ad una buone dose di spensieratezza e ironia. Un 2012 ricco di responsabilità per gli under 40, che li vedrà in prima linea a rimarcare i traguardi raggiunti dalla Commissione Giovani, punti di arrivo che diventano linea di partenza per la nuova ACOI Giovani.

Nella sala riunioni aleggia questo senso di responsabilità, il foscoliano "eroico furore giovanile", la voglia di non deludere se stessi e quel Presidente - Luigi Presenti - che, appena concluso lo spoglio elettorale che lo designava alla guida della più attiva associazione della chirurgia italiana, ringraziava i suoi giovani e con un sorriso abbracciava Tommaso Pellegrino, neo eletto consigliere nazionale proveniente proprio dalla vecchia commissione giovani e tra i fondatori, in Campania, della prima Associazione chirurgica giovanile. Con quel sorriso il Presidente è entrato nella sala riunioni, come un Pater familias. Non ci sono ruoli né cariche in questa variegata compagnia di chirurghi dagli accenti diversissimi. Le regole sono dettate dal rispetto, il principio unificante è la passione per una professione che, sebbene massacrata dal cambiamento epocale e schiaffeggiata quotidianamente dai mass media (e non solo), è fedele compagna di una vita. Quasi come in un quadro di Van Gogh eccolo l'amore per la chirurgia: alla mia sinistra Daniele Indiani, neo eletto presidente di Federspecializzandi (che negli ultimi cinque anni ha visto aspiranti chirurghi al proprio vertice, cosa che farebbe pensare ad una maggiore sensibilità e necessità per i chirurghi di percorsi formativi maggiormente incisivi), di fronte a me un febbricitante past-president Rodolfo Vincenti che, nonostante i sintomi dell'influenza stagionale illustra a noi matricole le ragioni, gli obiettivi e le necessità della Fondazione Chirurgo e Cittadino, pietra miliare in un momento di pura trincea tra un chirurgo sempre più oberato di responsabilità e con ridotta autonomia e un paziente a volte fin troppo esigente.



Creare unione è alla base della ACOI Giovani e ciò si concretizza nel cercare di fornire linee guida, come quelle rinomate sulla appendicectomia laparoscopica, nel tentativo di una migliore e più competitiva formazione del chirurgo da nord a sud. Per il raggiungimento di questi obiettivi solo uno il requisito: la voglia di crederci e la speranza di farcela. Questo è scritto a chiare lettere negli occhi attenti dei giovani chirurghi delle piccole neonate associazioni, calabrese, sarda e laziale e della decennale associazione campana. Indipendentemente dalla portata, fiumiciattoli o grossi corsi d'acqua, sono tutti affluenti del grande "fiume" ACOI, nel quale ogni singola goccia ha il suo significato e il suo valore. I più grandi mutamenti della storia sono il frutto della compenetrazione tra l'entusiasmo idealistico dei giovani e la saggezza che solo l'esperienza di una vita può donare. In ogni fiaba che si rispetti la forza bruciante della gioventù ridona vigore e rende immortali: è fondamentale dunque per la crescita di un'associazione, ACOI compresa, la presenza di una forte componente giovanile, senza la quale cesserebbe il rinnovamento della stessa. Questo è stato certamente compreso dal Consiglio Direttivo del triennio precedente, tanto da arrivare, con i nuovi mandati, ad un vero e proprio ringiovanimento della associazione. Certamente si è ancora all'inizio di un percorso lungo e non scevro di insidie...ma sembra quasi che quel raggio di sole alla finestra che infastidisce Ricciardelli e il lontano rintocco del "cupolone" vogliano essere un segno di buon auspicio!

# ACOI GIOVANI RASSEGNA STAMPA



A cura di Gianluigi Luridiana, Elisa Lenzi, Alessia Garzi, Andrea Vannucchi

## FACTORS INFLUENCING THE QUALITY OF TOTAL MESORECTAL EXCISION

*Garlipp B., Ptok H., Schmidt U., Stübs P., Scheidbach H., Meyer F., Gastinger I., Lippert H. - Br J Surg 2012*

La total mesorectal excision (TME) è diventata la tecnica standard per il cancro del retto. Poiché una TME incompleta può essere causa di recidiva locale, la qualità del risultato può avere rilevanza prognostica. Esistono quindi degli indicatori, correlati sia al paziente che alla tecnica chirurgica, per valutare la qualità della TME: levigatezza della superficie del mesoretto, presenza, grandezza e profondità di soluzioni di continuo, presenza di "coning". Questo studio osservazionale

multicentrico è stato condotto in Germania dal 1 Gennaio 2005 al 31 Dicembre 2009 su tutti i pazienti sottoposti a resezione anteriore del retto con TME ed ha coinvolto 180 ospedali di diversi livelli. Sono stati esclusi dallo studio le amputazioni addomino-perineali, gli interventi di Hartmann, le proctocolectomie e le escissioni transanali. La qualità della TME è stata valutata sia dal chirurgo operatore che dal patologo secondo un sistema di classificazione a tre livelli attuato dal gruppo di studio MERCURY. È stata

definita come OTTIMALE solo quella di grado 1, mentre come SUBOTTIMALE quelle di grado 2 e 3. Per verificare come la qualità della TME influenzi l'outcome oncologico è stata calcolata la curva di sopravvivenza; successivamente è stato calcolato il rischio di recidiva dopo TME ottimale vs TME subottimale. Da un totale di 6179 pazienti è stato possibile raccogliere in maniera completa i dati in 4606 pazienti (74.5%). Una TME ottimale è stata eseguita in 4046 (87.8%) e una subottimale in 560 (12.2%). La mediana di follow-up è stata 3.5 anni e il tasso di recidiva locale a 5 anni del 6.6% per pazienti con TME sub ottimale e 3.3% con TME ottimale ( $p=0.019$ ). Alcuni dei parametri valutati sono risultati essere delle variabili indipendenti associate ad una qualità

più bassa di TME: stadio di malattia localmente avanzato (>T2), distanza dall'orificio anale < 8 cm, età avanzata, presenza di complicanze intraoperatorie, utilizzo della corrente bipolare come tecnica di dissezione ed una minore esperienza dell'operatore (<20 procedure/anno). Analizzando i parametri che hanno un potenziale impatto sulla qualità della TME si evince, come regola generale, che qualsiasi condizione renda difficoltosa la dissezione pelvica si traduce in una TME sub ottimale, tra cui: conformazioni anatomiche con bacini particolarmente stretti, neoplasie avanzate che occupano spazio, complicanze intraoperatorie come il sanguinamento presacrale causa di inquinamento del campo operatorio. Vi rientra anche la distanza dall'orificio anale che sembra

essere legata più alla difficoltà tecnica che alle caratteristiche del tumore. Altro fattore di rischio indipendente è l'esperienza del chirurgo. È stato usato come metodo di classificazione un cut-off numerico di 20 procedure annue. Tale dato deve però essere preso con cautela poiché non riflette accuratamente l'esperienza acquisita per una buona riuscita nella TME. Inoltre è strettamente legato al background su cui è stato condotto lo studio. Per tale motivo è stata effettuata l'analisi confrontando centri di diversi livelli. Sebbene non ci siano differenze significative in termini di deiscenze anastomotiche e tasso di reinterventi, si osserva spesso un più basso livello di qualità di cure negli ospedali regionali che nei maggiori centri universitari. Ad ogni modo questo dato non

sembra influenzare la qualità della TME.

### COMMENTO

Un limite importante di questo studio, riconosciuto dagli autori stessi, è che la qualità della TME è stata valutata dai patologi degli ospedali che partecipavano allo studio. Questo può spiegare l'alta percentuale di TME ottimali rispetto ad altri report dove i campioni venivano analizzati a livello centrale. Un'ulteriore critica può essere espressa sul tasso di follow up relativamente basso (59.1%). Tuttavia lo scopo non era incentrato in modo esplicito nell'esito a lungo termine, ma i dati sulla recidiva locale sono stati utilizzati solo per dimostrare che la qualità della TME può essere considerata un fattore prognostico.

## PARTIAL PATHOLOGIC RESPONSE AND NODAL STATUS AS MOST SIGNIFICANT PROGNOSTIC FACTORS FOR ADVANCED RECTAL CANCER TREATED WITH PREOPERATIVE CHEMORADIOTHERAPY

Huebner M., Wolff B. G., Smyrk T.C., Aakre J., Larson D.W. - *World J Surg.* 2012.

La risposta patologica completa (pCR) dopo radiochemioterapia (CRT) preoperatoria nei tumori del retto in stadio avanzato è associata ad un aumento della sopravvivenza libera da malattia, mentre il valore predittivo sulla sopravvivenza di una risposta patologica non completa non è ancora conosciuto. Poiché non tutti i pazienti riportano una risposta patologica completa dopo il trattamento neoadiuvante, l'indice di regressione tumorale (TRG) ed altre caratteristiche anatomopatologiche, sono stati proposti come metodo alternativo per predire la sopravvivenza libera da malattia. Lo scopo di questo studio è quello di individuare il valore predittivo di riscontri anatomopatologici dopo chirurgia curativa post radio-chemioterapia neoadiuvante. Questo studio valuta l'impatto dell'indice di regressione tumorale (TRG), del tumor budding, dell'invasione venosa, della negatività dei margini radiali e dello stato linfonodale sulla sopravvivenza libera da malattia (RFS)

e sulla sopravvivenza tumore-specifica (CSS). Lo studio è stato condotto in maniera retrospettiva su 237 pazienti con cancro del retto di stadio I,II,III, tutti sottoposti a CRT preoperatoria seguita, dopo 6-8 settimane, da intervento chirurgico curativo e chemioterapia adiuvante, tra il 1996 e il 2006. Gli outcomes misurati sono stati la sopravvivenza libera da malattia e la sopravvivenza tumore-specifica. Il follow-up medio è stato di 3,5 anni. Da questo studio è emerso che un indice di regressione tumorale < 25% influenza negativamente sia la sopravvivenza libera da malattia che la sopravvivenza cancro-specifica, così come la positività linfonodale. Il tumor budding è risultato associato a una minor sopravvivenza cancro-specifica. In conclusione questo studio dimostra che ypN, TRG e tumor budding sono indici prognostici importanti per la sopravvivenza libera da malattia e la sopravvivenza cancro-specifica. In particolare la risposta alla CRT neoadiuvante

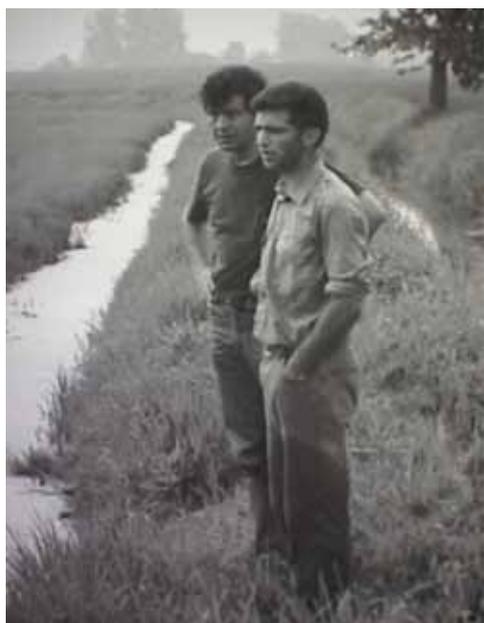
con un TRG > 25% è associata con una migliore CSS e RFS, rendendo quindi questo indice un miglior predittore di sopravvivenza rispetto alla risposta patologica completa.

### COMMENTO

Alcuni limiti di questo studio, riportati dagli stessi autori, riguardano il fatto che alcune caratteristiche anatomopatologiche studiate non sono sempre presenti in tutti gli esami istopatologici (lo studio infatti è stato condotto in maniera retrospettiva), inoltre non tutti i pazienti dello studio avevano completato il follow-up a 5 anni, dato che può portare ad una sottostima della ripresa di malattia a distanza. Anche i pazienti affetti da cancro del retto in stadio I sono stati trattati con CRT preoperatoria ed inclusi nello studio, quindi la presenza di questi può aver influenzato positivamente l'outcome, anche se gli autori affermano che escludendo questi pazienti i risultati non cambiano. A nostro parere le analisi statistiche avrebbero dovuto essere effettuate distinguendo l'influenza dei vari fattori sulla prognosi secondo lo stadio iniziale e/o dopo CRT neoadiuvante, in maniera da evidenziare in quale misura lo stadio del tumore influenza la significatività delle caratteristiche anatomopatologiche studiate.

# BASTA CHIACCHIERE, VENIAMO AI FATTI

L'esperienza di Francesco Trotta volontario in Perù.



Francesco Trotta nella risaia

**ASCOLTARE E CONFRONTARMI  
CON VOLONTARI E COLLEGGI  
TORNATI IN ITALIA DAL PERÙ  
MI HA FATTO NASCERE  
LA CURIOSITÀ DI ANDARE  
A VEDERE DI PERSONA,  
DI TOCCARE CON MANO  
LA REALTÀ CHE PER DIVERSI  
ANNI AVEVO VISTO  
IN DIAPOSITIVA E CHE HO  
SEMPRE SOSTENUTO CON  
DIVERSE INIZIATIVE IN ITALIA**

**N**ei mesi di novembre e dicembre 2001 ho avuto occasione di lavorare come chirurgo volontario presso l'Ospedale Mama Ashu di Chacas sulle Ande peruviane.

L'opportunità è maturata nell'ambito del movimento giovanile Operazione Mato Grosso, che ho conosciuto a Pavia negli anni dell'università. L'Operazione Mato Grosso, nata nel 1967 per iniziativa del salesiano valtellinese padre Ugo Dè Censi, si basa sul lavoro gratuito di giovani che desiderano spendere tempo ed entusiasmo per i poveri dell'America Latina (Perù, Ecuador, Bolivia, Brasile): il suo motto è chiaro, *"basta chiacchiere, veniamo ai fatti"*.

Ascoltare e confrontarmi con volontari e colleghi tornati in Italia dal Perù mi ha fatto nascere la curiosità di andare a vedere di persona, di toccare con mano la realtà che per diversi anni avevo visto in diapositiva e che ho sempre sostenuto con diverse iniziative in Italia (lavori vari, raccolte di viveri, farmaci e materiale sanitario...).

Per partire naturalmente ho dovuto prepararmi: ho studiato il castigliano, salvo scoprire che sulle Ande si parla un dialetto di origine incaica (il quechua) e che il mio spagnolo, almeno per le prime due settimane, era decisamente zoppicante; mi sono informato sulle patologie più frequenti (TBC, parassitosi, ustioni, malnutrizione, intossicazioni da pesticidi, traumi...); ho cercato soprattutto di capire lo "spirito" che anima chi lavora nei Paesi in via di sviluppo mediante diversi incontri con volontari e colleghi che mi avevano preceduto in questa esperienza.

Inoltre, ricordando che la Scuola per Infermieri annessa all'Ospedale, pur riconosciuta dal Ministero della Sanità del Perù, non ha mai ricevuto fondi da parte dello Stato, mi sono impegnato a preparare un progetto formativo intitolato "Corso didattico sull'assistenza infermieristica al paziente chirurgico", che è stato finanziato dall'Ordine dei Medici di Pavia e i cui fondi sono stati investiti per far fronte alle esigenze della Scuola e delle allieve più bisognose.

L'ospedale Mama Ashu, entrato in funzione nel 1994, è gestito da un gruppo di medici italiani, che operano a titolo di volontariato.

È dotato di sessanta posti letto e offre i servizi di Pronto Soccorso, Radiologia, Laboratorio Analisi, Microbiologia, Odontoiatria. Sono operanti il reparto di Medicina Interna, di Ostetricia e Ginecologia, di Malattie Infettive e di Chirurgia Generale.

Il bacino di utenza è rappresentato dalla vasta regione andina di Ancash

**CREDO CHE SIA IMPORTANTE NON SOLO RESTARE IN CONTATTO CON LE PERSONE INCONTRATE, MA ANCHE RIUSCIRE A CONSERVARE LO STESSO SLANCIO NEL FARE LE COSE E LA STESSA VELOCITÀ NEI RAPPORTI INTERPERSONALI**



*Ospedale Mama Ashu*



*Sala d'attesa ambulatoriale*

con una popolazione di circa 50.000 abitanti, che vivono oltre i 3000 metri di altitudine. La popolazione indigena pratica un'agricoltura di pura sussistenza e vive in condizioni socio-economiche molto precarie. Viene quindi prestata assistenza sanitaria a titolo di assoluta gratuità a favore di gente estremamente povera e senza altre possibilità di soccorso sanitario. Ogni giorno giungevano all'osservazione fino a 60-70 persone per visite ambulatoriali che venivano eseguite tutte perché in molti giungevano dopo ore e ore di cammino (anche 10-12), a piedi o con qualche mezzo di fortuna, per trovare una risposta concreta ai loro problemi.

Durante la mia permanenza era presente un collega di Tradate, Marco Zanaboni, chirurgo molto esperto e versatile. Grazie alla sua presenza sono stati effettuati circa 70 interventi, alcuni prenotati da alcuni mesi in attesa del suo arrivo, che hanno spaziato dalla chirurgia generale (appendicectomia, ricanalizzazione intestinale, ernioplastica, anche una gastrectomia subtotale con successiva nutrizione parenterale), alla ginecologia e ostetricia (isterectomia, parto cesareo), all'urologia (nephrectomia, adenomiectomia prostatica), all'ortopedia (osteosintesi con placca). Sono proprio la versatilità e la disponibilità le due caratteristiche richieste in situazioni come questa: "mettersi al servizio" delle esigenze dell'ospedale, mettere al centro dell'attenzione chi ha bisogno di aiuto, accontentarsi delle risorse presenti - a Chacas, comunque, c'erano laboratorio, radiologia tradizionale ed ecografo, reti protesiche e qualche suturatrice meccanica - e rendersi disponibili per compiti diversi da quelli ricoperti di solito - a me, per esempio, è capitato di riaccompagnare in reparto i pazienti operati o preparare le sacche di nutrizione parenterale, al mio collega, invece, è toccato condurre l'anestesia con la sola assistenza dell'infermiera di sala (naturalmente, come dicevo all'inizio, per partire bisogna prepararsi: il mio collega ha dovuto imparare l'anestesia di base dai colleghi anestesisti del suo ospedale). Infine, due riflessioni sul ritorno a casa, che non deve rappresentare la fine dell'esperienza. Credo, infatti, che sia importante non solo restare in contatto con le persone incontrate, ma anche riuscire a conservare lo stesso slancio nel fare le cose e la stessa velocità nei rapporti interpersonali che ci animano in quei Paesi lontani; potremmo così evitare di dire o ascoltare frasi del tipo "in missione è tutto più semplice".

## I libri da leggere



## MANI CALDE

di Ferdinando Agresta

Giovanna Zucca (\*)

Fazi Ed. - 2011

ISBN: 886411274X



L'ho letto tutto di un fiato! E pensare che quando me lo hanno regalato - le mie infermiere del mio vecchio ospedale - avevo storto il naso. Lo sanno: mi piace leggere, ma è mia abitudine staccare la spina dal contesto lavorativo quando leggo dei libri, per cui l'ho messo in disparte, sul comodino a prendere polvere. Poi una sera quel titolo mi ha preso: "Mani Calde". Ho cominciato a sfogliarlo, a leggere la presentazione dell'autrice, Giovanna Zucca, infermiera di sala operatoria, filosofa... ed ho cominciato a leggere. Bello, leggero, vero, simpatico, commovente, coinvolgente: e così ho letto la storia di Davide, "moccioso" che conquista il "cafone", bravissimo neurochirurgo che gli salva la vita, nonostante tutto e tutti, ma per il quale, come uomo, l'appellativo di cafone è già troppo gentile. E il loro parlare nella mente, perché Davide è in coma, e solo il "cafone" può capirlo perché gli ha aperto il cervello e il mondo ospedaliero che gira intorno a loro, così vero, a volte così mio, ed i genitori di Davide con le loro storie, e i nonni, e i singoli infermieri e i singoli medici, tutti caratterizzati da Davide per il calore delle loro mani: calde o fredde, ed è facile capire il significato del calore. È il "cafone" che salva Davide ed è il "moccioso" che insegna al neurochirurgo ad essere uomo, padre e... il lieto fine vi consiglio di leggerlo direttamente dal libro.

Brava Giovanna: non è facile, credo, scrivere una storia così vera e contestualizzarla senza cadere nel facile, troppo facile, sentimentalismo... davvero brava; e te lo dice un chirurgo speriamo con le mani calde!

(\*) Giovanna Zucca presta servizio come infermiera strumentista/aiuto-anestesista in sala operatoria. Fra un turno e l'altro, si è laureata in Filosofia, una disciplina che coltiva con grande passione.

## I MONDI POSSIBILI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

### Le logiche del cambiamento

di Rodolfo Vincenti

Ivan Cavicchi

Ed. McGraw-Hill Co.

ISBN 8838626901



Per chi come me segue la pubblicistica di Ivan Cavicchi, questa recentissima opera rappresenterà il suggello propositivo di un modo "nuovo" di ripensare la Sanità e la Salute degli operatori sanitari e dei cittadini. Dal 2005 con "Sanità. Un libro bianco per discutere", passando attraverso "Malati e governatori. Un libro rosso per il diritto alla salute", "Autonomia e responsabilità. Un libro verde per medici e operatori della sanità pubblica" e con il successivo "Il pensiero debole della sanità" (e ho citato solo quelli da me letti) oggi entra nel dettaglio della necessità di un cambiamento radicale: non a caso il volume termina con il capitolo: "Conclusioni operative- suggerimenti".

Non avendo ancora potuto avere "fisicamente", prima di andare in stampa, quest'ultimo saggio, in quanto ancora non in libreria, ho voluto comunque segnalarne la prossima uscita in quanto credo che, in un momento davvero complesso, poter ragionare sulle scelte possibili sarà per noi chirurghi una opportunità da non perdere.

Cito dalla quarta di copertina "l'autore propone di ripensare la programmazione come metodo e come strumento configurandola dentro una nuova funzione riformatrice andando oltre il suo tradizionale impiego di pura gestione dei limiti economici o di teorica definizione di obiettivi di salute". Buona e costruttiva lettura.



## 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**<sup>™</sup>  
Curved Cutter Stapler



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

TRANSFORMING  
PATIENT CARE  
THROUGH  
INNOVATION<sup>™</sup>

