



accoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

NEWS

N. 29 APRILE-GIUGNO 2013



LE SFIDE DELLA CHIRURGIA DEL XXI SECOLO
Sostenibilità, Percorsi e Formazione
RESPONSABILITÀ IN AMBITO SANITARIO:
una proposta



Sommario



3
L'EDITORIALE
Pensiero e azione
di Luigi Presenti

4
PRIMO PIANO
La responsabilità medica
La responsabilità in ambito sanitario
Commento della legge Balduzzi
e una proposta di confronto
di Salvatore Aleo

8
Decreto Balduzzi e assicurazioni:
novità
di Paolo d'Agostino

12
Trust e fondo patrimoniale:
quali differenze?
di Marco De Angelis

13
VITA DELL'ASSOCIAZIONE
Congresso Nazionale ACOI
Le sfide della chirurgia
di Andrea Valeri

18
Ospedali ad intensità di cure:
gold standard per tutti?
di Gianluigi Luridiana

19
Ma qual è la notizia?
di Rodolfo Vincenti

20
Il progetto qualità e sicurezza
in chirurgia diventa strumento
e servizio
di Enrico Pernazza

21
Air Force One, Sarchiapone
e la Consensus Conference
sulla Colecistectomia
Laparoscopica
di Ferdinando Agresta

23
Spending revolution
Riflessioni di un vecchio chirurgo
innamorato dell'ACOI
di Piero Banna

24
FESMED
Si può separare la direzione clinica
da quella gestionale?
di Carmine Gigli

26
ACOI GIOVANI
Lettera aperta al Ministro della Salute
On. Beatrice Lorenzin
di Tommaso Pellegrino

28
RUBRICHE
Libri da leggere
Vite dopo la tempesta
di Rodolfo Vincenti

29
Disabling obesity: from determinants
to health care models
di Rodolfo Vincenti

30
L'allucinazione della modernità
di Rodolfo Vincenti



ACOInews n. 29 aprile-giugno 2013
Trimestrale dell'Associazione
Chirurghi Ospedalieri Italiani
Inserito Redazionale al Supplemento CMN
Club Medici News numero 2/2013

Coordinatori
Rodolfo Vincenti
rodolfovincenti@hotmail.com
Domitilla Foghetti
domitilla.foghetti@gmail.com

Vito Pende
pende@libero.it

Collaboratori
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 GRAFICO
Roberta Marzullo
adv@robertamarzullo.it

FOTOGRAFIE
Ivano Di Maria
Nelle foto in copertina:
Salone dei Cinquecento, Palazzo Vecchio,
Firenze - Andrea Valeri e Grazia Millan

IMPIANTI e STAMPA
Postel - Roma
L'inserito, stampato in 20.000 copie,
è stato chiuso il 5 giugno 2013

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

www.acoi.it



L'EDITORIALE



PENSIERO E AZIONE

● di Luigi Presenti

ACOI ha celebrato il suo 32° Congresso Nazionale ed il 23° Congresso di Videochirurgia, per la prima volta insieme, in una formula nuova, nata per fronteggiare la crisi economica che ha ridotto all'osso le risorse disponibili per l'attività congressuale. Ne è risultato un evento di grande livello culturale e, come sempre, di grande valore associativo. Grande merito va ascritto ad Andrea Valeri e ai suoi collaboratori, che hanno costruito un programma improntato ad una finalità autenticamente formativa, con percorsi capaci di integrare simposi e proiezione di video, modello che rappresenta un termine di paragone per le future iniziative congressuali; a Grazia Millan e alla sua squadra, per aver organizzato, a dispetto della scarsità di risorse, un contesto che ha incontrato il gradimento di tutti; a tutti i relatori che hanno ben interpretato il loro ruolo; ai tantissimi partecipanti che hanno riempito le sale; alla nostra ACOI, che ha dimostrato ancora una volta la sua forza.

Il neo-ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ci ha gratificati, se non della sua presenza, di una lettera di saluto non formale, in cui ha ribadito i concetti e le parole d'ordine che da molto tempo sentiamo a proposito di sanità, qualità, innovazione, umanizzazione. Abbiamo sentito, nelle prime interviste rese dopo la sua nomina, la sua idea di una riforma, di un ripensamento del sistema sanitario. Noi siamo favorevoli, e lo diciamo da tempo, ad una grande riforma del siste-

ma sanitario nazionale, che ne ripensi profondamente la struttura, per affrontare il bisogno di salute crescente dei cittadini, tenendo conto delle compatibilità finanziarie. Ma questo non deve essere un alibi per rinviare interventi correttivi urgenti, dalla ristrutturazione della rete ospedaliera secondo criteri di qualità e sicurezza, alla costruzione di un modello di formazione/certificazione professionale, dalla certezza sulla normativa delle coperture assicurative in tema di responsabilità professionale ad una risposta forte alla odiosa piaga del lavoro precario dei giovani medici.

.....
Non siamo, e non vogliamo essere, complici di un sistema che non sa utilizzare al meglio le risorse disponibili e che è accusato di essere corrotto e corruttore.
.....

Non siamo, e non vogliamo essere, responsabili di un sistema che non è orientato, come deve essere un servizio pubblico, a rispondere ai bisogni dei cittadini.
.....

Non siamo, e non vogliamo essere, vittime di un discredito mediatico che colpisce solo chi oggi è il motore vero del funzionamento del sistema.
.....

Non siamo, e non vogliamo essere, le comparse di un film in cui il soggetto, la sceneggiatura e la regia sono curati da altri, così come altri interpretano i ruoli principali.
.....

NOI SIAMO FAVOREVOLI AD UNA GRANDE RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE, CHE NE RIPENSI PROFONDAMENTE LA STRUTTURA, PER AFFRONTARE IL BISOGNO DI SALUTE CRESCENTE DEI CITTADINI, TENENDO CONTO DELLE COMPATIBILITÀ FINANZIARIE. MA QUESTO NON DEVE ESSERE UN ALIBI PER RINVIARE INTERVENTI CORRETTIVI URGENTI

Ho sempre creduto alla forza del pensiero e ACOI, specie in questi ultimi anni, ha elaborato idee e proposte, volte al miglioramento del sistema con un coinvolgimento forte delle categorie professionali. Abbiamo sempre cercato e offerto la collaborazione alle istituzioni per portare il nostro contributo di conoscenza ed esperienza. Da più parti, però, mi giungono voci di Colleghi esasperati da situazioni insostenibili che minano alle fondamenta i presupposti stessi del nostro delicato e difficile lavoro. Forse è giunto il momento di azioni forti ed incisive. ACOI non si sottrarrà al suo ruolo.

LA RESPONSABILITÀ IN AMBITO SANITARIO

Commento della legge Balduzzi e una proposta di confronto



● di **Salvatore Aleo**
Professore Ordinario di Diritto Penale,
Università di Catania

Nel decreto Balduzzi, sotto la stessa rubrica della *Responsabilità professionale dell'esercente la professione sanitaria*, si sono succedute diverse stesure normative.

In un primo testo si diceva che *L'esercente la professione sanitaria, nello svolgimento della propria attività con finalità terapeutica secondo le regole dell'arte e nel rispetto della normativa vigente, risponde, ai sensi dell'art. 1176 del codice civile, dei danni derivanti da tali attività solo nei casi di dolo e colpa grave*. Nel comma 4 della medesima disposizione era stabilito che, *Fatto salvo quanto previsto al comma 1, la responsabilità civile per danni a persone causati dal personale sanitario medico e non medico, occorsi in una struttura sanitaria pubblica, privata accreditata e privata, è sempre a carico della struttura stessa*.

Quello precedente era uno schema riconducibile al modello della responsabilità dell'impresa (cioè per l'esercizio dell'attività d'impresa), nonché ai criteri generali della responsabilità davanti alla Corte dei Conti che della legge sulla responsabilità dei magistrati. Il ri-

ferimento all'art. 1176 del codice civile, della *Diligenza nell'adempimento* delle obbligazioni in generale, va spiegato con la giurisprudenza consolidata nel nostro Paese di ricondurre la prestazione sanitaria al modello della responsabilità contrattuale, pure con il ricorso al criterio del *contatto sociale*. Secondo questo criterio, il contatto del sanitario col paziente costituisce appunto il fondamento del carattere contrattuale della prestazione e quindi della eventuale responsabilità.

Io trovo molto discutibile l'applicazione del criterio a questa materia, molto frequente in giurisprudenza: nella maggioranza dei casi il sanitario ha una relazione di natura contrattuale con la struttura ovvero col SSN e il paziente ha una relazione di natura affatto diversa con lo stesso SSN, a parte le situazioni peculiari.

Una nuova stesura della stessa norma è stata mantenuta entro lo schema della responsabilità civile-e-contrattuale. Art. 3 comma 1 del decreto: *Fermo restando il disposto dell'articolo 2236 del codice civile, nell'accertamento della colpa lieve nell'attività dell'esercente le professioni sanitarie, il giudice, ai sensi dell'articolo 1176 del codice civile, tiene conto in particolare dell'osservanza, nel caso concreto, delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale*.

(L'art. 2236 c.c. delimita al dolo e alla colpa grave la responsabilità quando la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà.)

È stato abbandonato, dunque, il riferimento al modello della responsabilità d'impresa e nel comma 2 si è previsto di determinare con d.P.R. fra l'altro i casi

nei quali, sulla base di definite categorie di rischio professionale, prevedere l'obbligo, in capo ad un fondo appositamente costituito, di garantire idonea copertura agli esercenti le professioni sanitarie. Il fondo viene finanziato dal contributo dei professionisti che ne facciano espressa richiesta e da un ulteriore contributo a carico delle imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività medico-professionale, determinato in misura percentuale ai premi incassati nel precedente esercizio, comunque non superiore al 4 per cento del premio stesso, con provvedimento adottato dal Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, sentite le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie. Alla fine del comma 4 è precisato che *Resta comunque esclusa a carico degli enti del Servizio sanitario nazionale ogni copertura assicurativa della responsabilità civile ulteriore rispetto a quella prevista, per il relativo personale, dalla normativa contrattuale vigente*. Non sembra particolarmente originale l'osservazione del profano che scrive che il provvedimento contribuirà a spingere verso l'alto l'entità dei premi assicurativi. Tutti.

Nel testo del decreto alla fine convertito in legge questo schema è rimasto identico, ma è stato profondamente modificato il comma 1 dell'art. 3, ove si è stabilito che *L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi*

resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo.

Sembra trattarsi di una norma prettamente dichiarativa, con un contenuto abbastanza ovvio, ma con una commistione discutibile fra penale e civile, che vorrebbe limitare verso l'alto la responsabilità penale e definire quella civile secondo i canoni della responsabilità per fatto illecito. Questi sono rilevanti sotto il profilo dell'onere della prova e della prescrizione, quinquennale anziché decennale.

Si tratta invero di una norma molto mal fatta, *tranchante*, comunque e secondo diversi profili.

NOI CREDIAMO CHE IL LAVORO DEI SANITARI NON SIA MENO DELICATO E COMPLESSO DI QUELLO DEI MAGISTRATI, CON TALUNE DIFFERENZE IMPORTANTI PERCHÉ È NORMALE CHE COLORO CHE COMPIONO UNA QUALSIASI ATTIVITÀ COMMITTANO ERRORI

La norma appare condizionata, come spesso accade, dalla volontà di costituire una soluzione per un caso concreto verificatosi di un evento infausto seguito alla dimissione del paziente effettuata nel rispetto delle indicazioni generali sia terapeutiche che di economia di gestione del servizio sanitario.

In primo luogo occorre chiedersi come possa configurarsi in sede civile colpa lieve nella condotta del sanitario *che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica*. Altresì sembra interessante capire come possa essere il medesimo responsabile, in sede sia civile che penale, per colpa non lieve. Ma soprattutto la norma va considerata osservandola

ESTRATTO DEL DOCUMENTO FINALE REDATTO DAL PROF. SALVATORE ALEO, IL 7 APRILE 2013 A BOLOGNA IN OCCASIONE DEL CONGRESSO DELLA FESMED

La tutela della salute è una funzione pubblica essenziale dello Stato democratico di diritto, sancita nell'art. 32 della Costituzione e garantita dal Servizio sanitario nazionale.

La nostra linea è che l'evento avverso e anche l'errore in sanità vada considerato "rischio tipico" della funzione sanitaria (ovviamente per quanto riguarda i sanitari afferenti a qualsiasi titolo al SSN, indifferentemente strutturati o convenzionati) e il danno che ne sia derivato debba essere considerato implicito, come "costo", dello stesso servizio sanitario nazionale e quindi assunto a titolo di "indennizzo" a carico dello Stato: salva la rivalsa nei confronti del sanitario che abbia agito con dolo o colpa grave, secondo i criteri generali della responsabilità davanti alla Corte dei conti...

...In tal modo la responsabilità civile nella società contemporanea è diventata da un canto vieppiù oggettiva e d'altro canto equivale in realtà alla distribuzione sociale dei rischi delle attività (pericolose: che comportano rischi) socialmente accettate: perché necessarie, utili o semplicemente ammesse (possono farsi gli esempi, rispettivamente, dalla medicina, dell'aviazione, del pugilato).

Tutte le ragioni precedenti possono essere riferite, ed a maggior ragione, agli eventi avversi, agli errori e ai danni prodotti dalla funzione pubblica sanitaria e dal servizio sanitario nazionale: perché è normale che coloro che compiono una qualsiasi attività commettano errori e producano o contribuiscano a produrre eventi avversi; perché in tal modo il costo verrebbe distribuito fra tutta quanta la collettività (che beneficia del servizio, come costo quindi del servizio medesimo); perché ciò equivarrebbe a costituire (sul sistema sanitario) la "responsabilità" della maggior sicurezza possibile del sistema stesso...

...Dopo il referendum sulla responsabilità civile dei magistrati, la legge intervenuta ha stabilito che per gli errori giudiziari il cittadino si rivolge allo Stato, che se paga si rivale sul magistrato nei soli casi di dolo e colpa grave, limitando la porzione del relativo prelievo sullo stipendio dello stesso. Di questa legge oggi nessuno mette in discussione i capisaldi, la discussione verte semmai su aspetti che comunque non riguardano il modello.

Noi crediamo che il lavoro dei sanitari non sia meno delicato e complesso di quello dei magistrati, con talune differenze importanti: che il magistrato ha più tempo e migliori condizioni per decidere e il suo errore è sempre rivedibile e correggibile, mentre il sanitario deve decidere spesso in un momento e il suo errore è spesso non rimediabile, perché ha già causato la morte o un danno irreversibile, e spesso è molto difficile distinguere sia in concreto che anche in astratto fra l'errore del sanitario, la *fortuità del caso* e l'*ineluttabilità dell'evento dalla malattia*...

...Un principio che riteniamo importante è che debba essere il sistema sanitario a valutare e mettere in sicurezza se stesso, considerate le straordinarie complessità e variabilità dei problemi che ne risultano coinvolti, per la complessità e i progressi scientifici e tecnologici della medicina e per le relative connesse problematiche organizzative, considerato l'interesse sociale primario di garantire la salute e massimizzarne l'efficienza diminuendone rischi e costi.

L'attribuzione della responsabilità risarcitoria all'azienda sanitaria presenta due controindicazioni: crea conflitti dentro l'azienda; non disinnesca la spinta verso il penale, concepito pressoché esclusivamente in chiave strumentale per ottenere il risarcimento attraverso la transazione...

...Riparazione dunque dell'errore sanitario mediante indennizzo del danno prodotto al cittadino a carico dello stesso sistema sanitario: di cui l'errore fa parte, di cui costituisce cioè elemento ineliminabile; ma controllabile nel sistema e da parte del sistema medesimo.

(n.d.r.) - A supporto dell'analisi di Aleo, più recentemente - giugno 2013 - il Procuratore aggiunto del Tribunale di Venezia ed ex presidente della Commissione per la riforma del Codice penale Carlo Nordio non ha esitato a paragonare la professione del medico a quella del magistrato: *dovrebbero essere tutelate allo stesso modo, perché entrambe vanno a incidere su beni primari come la vita, la salute, la libertà, l'onore*.

dal lato opposto o reciproco: costituisce la responsabilità del fatto in sé di non essersi attenuti alle linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica (!).

Ciò non può essere in alcun modo condiviso. Le linee guida sono criteri di orientamento dell'attività sanitaria, definite nell'ambito sanitario: un'attività e un ambito caratterizzati da estrema molteplicità, varietà e variabilità di casi e situazioni, molto difficilmente tipizzabili, normativizzabili in modo formale, e non possono essere considerate, quindi, definitorie - per il fatto stesso di non atterrarsi - della colpa, sia civile che penale, giuridica.

Le caratteristiche peculiari del caso concreto possono spingere (e perfino dovrebbero indurre) a discostarsi dalle indicazioni di carattere più generale. In tutti i casi possibili la situazione sembra rientrare però nei limiti (di garanzia) fissati nell'art. 2236 del codice civile, ove si richiede il dolo e la colpa grave per la responsabilità quando *la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà*, che non avrebbe senso non applicare proprio in sede penale.

Da un lato il riferimento all'art. 2043 del codice civile, della responsabilità per fatto illecito, è troppo fugace e superficiale nel contraddire le posizioni consolidate in giurisprudenza, della configurazione della responsabilità sanitaria secondo il modello contrattuale. Il legislatore ha trascurato comunque questo indirizzo. E se avesse voluto modificarlo avrebbe dovuto essere molto più incisivo. Dall'altro lato il legislatore non ha considerato l'esistenza nel nostro ordinamento del criterio dell'art. 2236 del medesimo codice civile, che sembra giustificato anche ma eminentemente dal riferimento all'attività sanitaria, di delimitazione al dolo e alla colpa grave della responsabilità nei casi, nelle prestazioni, che comportano «la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà».

Questa norma (di garanzia, da parte del legislatore del 1942) riguarda ovviamente (anche) l'attività sanitaria, relativamente all'imperizia (non anche per la negligenza e l'imprudenza), e delimita a maggior ragione la responsabilità penale che costituisce un ambito necessariamente più circoscritto e rarefatto di quello civile. (Criterio ordinario della

responsabilità penale è il dolo e la colpa in diritto penale è criterio relativo ai casi - gravi - di violazione della vita e dell'incolumità personale di singoli e di esposizione a pericolo della vita e dell'incolumità personale di pluralità indeterminate di persone).

In una sorta di dialogo tra sordi, ovvero di commedia degli equivoci, la Corte di Cassazione (sez. III civile, sent. 19.2.2013 n. 4030) è subito intervenuta, da un lato qualificando l'art. 3 sopra menzionato della legge Balduzzi come una *novella depenalizzatrice*, mentre qui ne sosteniamo la dimensione prettamente dichiarativa e peraltro dell'ovvio; dall'altro lato *mettendo a posto* lo stesso legislatore, perché *la materia della responsabilità civile segue le sue regole consolidate e non solo per la responsabilità aquiliana [ndr: per fatto illecito, ex art. 2043 c.c.] del medico, ma anche la cd. responsabilità contrattuale del medico e della struttura sanitaria, da contatto sociale*. Come dire che il legislatore non può *denaturare gli enti*, non può far diventare, per esempio, l'uomo donna e la donna uomo. Gli enti sono quelli definiti ovviamente dalla giurisprudenza della Cassazione. Prosegue infatti la Corte di Cassazione: *Punto fermo, ai fini della filomachia, gli arresti delle sentenze delle Sezioni unite nel novembre 2008, e tra queste la n. 26973, ed in particolare nel punto 4.3 del cd. preambolo sistematico, che attiene ai cd. contratti di protezione conclusi nel settore sanitario, ed agli incipit giurisprudenziali ivi richiamati, e seguiti da decisioni di consolidamento*.

Filomachia non c'è neanche nel vocabolario: l'uso del termine fa forse riferimento alla scuola dei *filomati* che nell'antica Grecia ricercavano la verità. Gli arresti, poi, non sono quelli eseguiti con le manette, ma bensì gli argomenti (così ritenuti) ormai fissati, consolidati, nelle sentenze della Cassazione, quindi definitivi: in-con-tro-ver-ti-bi-li.

Tale *novella depenalizzatrice* è stata perciò subito sottoposta al vaglio della Corte Costituzionale (Trib. Milano, sez. IX, ord. 21.3.2013), per contrasto fra l'altro con l'art. 3 Cost. (ove è sancito il principio di pari dignità e uguaglianza di tutti i cittadini di fronte alla legge), perché costituirebbe, infatti, una legge *ad professionem*, cioè di ingiustificato

irragionevole favore per i sanitari, anzi favoritismo, come asserito nella voluta ricercata assonanza con il concetto di legge *ad personam* (che ha nel nostro lessico un significato comprensibilmente spregiativo).

Può essere interessante rilevare, per contrasto (o per professionem?), che ai sensi della legge sulla responsabilità civile dei magistrati (voluta dai partiti principali dopo che il popolo aveva approvato il referendum sulla responsabilità civile dei magistrati), il magistrato può essere chiamato solo in sede di rivalsa (da parte dello Stato) e solo per dolo o colpa grave e *non può dar luogo a responsabilità l'attività di interpretazione di norme di diritto né quella di valutazione del fatto e delle prove*.

L'attività sanitaria non è meno delicata di quella giurisdizionale, con talune differenze: a) normalmente il magistrato dispone di più tempo e di migliori condizioni per riflettere e per decidere, mentre il sanitario deve decidere talvolta in un attimo, da cui dipende la vita di una persona; b) il giudizio del magistrato è soggetto al controllo e alla revisione di altri magistrati; c) il magistrato va tutelato rispetto alla possibilità di essere pressato o ricattato; d) l'operato sia del magistrato che del sanitario è giudicato ai fini della responsabilità da magistrati. Porre la rilevanza del valore primario della vita e della salute, garantiti dall'attività sanitaria, a (maggior) carico dei sanitari, in termini di responsabilità, non è né giusto, per i sanitari, né utile, per la salute di tutti quanti noi.

Grava sul giudizio di responsabilità sanitaria la priorità del giudizio di colpa in confronto a quello di causalità: la condotta è qualificata causale rispetto all'evento solo in quanto la stessa è ritenuta errata: infatti si parla di *causalità della colpa*. Causale, invero, nella maggior parte dei casi, è la relazione fra la malattia e la morte: la posizione del sanitario è funzionale, più propriamente, e quindi eventualmente disfunzionale (con tutto ciò che vi è connesso in termini di opinabilità, aleatorietà, incertezza, di questo giudizio), nel rapporto fra la malattia e le possibilità sia di guarigione che dell'evento infausto. La problematica appare dunque molto più di rapporto fra costi e benefici, tra fini e mezzi, che non prettamente causale.

Nella nostra giurisprudenza l'evento av-

verso da errore sanitario è stato considerato fonte di responsabilità civile di carattere prima extracontrattuale e poi lungamente contrattuale. In sede penale per molti anni (ottanta e novanta) s'è fatto valere l'argomento che la priorità del bene salute tutelato dal sanitario costituisce a carico di questo la responsabilità per l'aumento ovvero per la mancata diminuzione del rischio dell'evento infausto, in quanto potesse dirsi che la condotta omessa avrebbe avuto buone, apprezzabili, probabilità di successo (queste peraltro quantificate variamente dalla stessa giurisprudenza).

La Corte di Cassazione (sez. un. pen. 2002) ha poi circoscritto la responsabilità penale del medico ai casi in cui senza la condotta errata l'evento infausto non si sarebbe verificato con una elevata probabilità logica ovvero razionale. Non è questo il luogo per discutere e contestare la distinzione e anzi contrapposizione ivi sostenuta di tale probabilità logica o razionale rispetto a quella propriamente statistica: la nozione di probabilità è comunque statistica e serve d'altro canto a valutare situazioni singole concrete. Più avanti, la Cassazione (sez. un. civ. 2008) ha ritenuto per converso che in sede civile, dove si confrontano due interessi privati, in un giudizio che ha conseguenze di minor rilevanza rispetto a quello penale, sia sufficiente la dimostrazione della probabilità maggiore della contraria, che senza l'errore del sanitario l'evento infausto non si sarebbe verificato.

Questo criterio di differenziazione (della consistenza della motivazione e quindi anche della prova) tra giudizio penale e giudizio civile, adottato dalla giurisprudenza americana, ha comunque senso come criterio di carattere generale: del processo civile. Sembra utile sottolineare come nella nostra giurisprudenza sia stato seguito unicamente per la responsabilità sanitaria.

Il problema penalistico rimane largamente aperto per ciò che riguarda ovviamente lo svolgimento dell'indagine e del processo e l'iniziativa di carattere penale è per lo più strumentale a ottenere il risarcimento in sede transattiva.

Nella riflessione che stiamo conducendo su questi temi, indubbiamente complessa e difficile sia sul piano scientifico che su quello della comparazione degli interessi, nonché dei costi delle soluzioni adottate, riteniamo assai ragionevole

sostenere che l'errore sanitario e l'evento avverso in sanità dovrebbero essere considerati rischi tipici della funzione sanitaria e quindi (rischi e costi) del servizio sanitario nazionale, per quanto riguarda i medici strutturati ovvero convenzionati con il SSN e indennizzati dallo Stato, salva la rivalsa sul sanitario che abbia agito con dolo o colpa grave: secondo dunque i criteri generali della responsabilità davanti alla Corte dei Conti e della legge sulla responsabilità dei magistrati. A nostro avviso questo modello, in confronto a quello garantito

dal sistema assicurativo, sarebbe molto più equo nella distribuzione sia (sociale) dei rischi che degli indennizzi (dei danni da funzione e servizio di carattere pubblico) e probabilmente costerebbe nel complesso anche di meno; costituirebbe di per sé la responsabilità (in un senso nuovo, attivo, e quindi molto più ampio) del sistema sanitario di mettersi in sicurezza.

In modo particolare, servirebbe a disinnescare il fenomeno dell'iniziativa di carattere penale per ottenere il risarcimento in sede transattiva.

“ RITENIAMO ASSAI RAGIONEVOLE SOSTENERE CHE L'ERRORE SANITARIO E L'EVENTO AVVERSO IN SANITÀ DOVREBBERO ESSERE CONSIDERATI RISCHI TIPICI DELLA FUNZIONE SANITARIA E QUINDI (RISCHI E COSTI) DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, PER QUANTO RIGUARDA I MEDICI STRUTTURATI OVVERO CONVENZIONATI CON IL SSN E INDENNIZZATI DALLO STATO, SALVA LA RIVALSA SUL SANITARIO CHE ABBA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE: SECONDO DUNQUE I CRITERI GENERALI DELLA RESPONSABILITÀ DAVANTI ALLA CORTE DEI CONTI E DELLA LEGGE SULLA RESPONSABILITÀ DEI MAGISTRATI.

Decreto Balduzzi e assicurazioni: NOVITÀ

di **Paolo d'Agostino**
Dipartimento di Scienze Giuridiche,
Università degli Studi di Torino



La norma

Come è noto il Decreto Balduzzi (DL 158/2012 convertito, con modificazioni, nella Legge 8 novembre 2012, n.189), ha inserito una nozione di responsabilità professionale per le professioni sanitarie (per altro molto discussa), inserendo, al secondo comma, una disposizione dedicata al problema dal punto di vista assicurativo. In tal senso, l'art.3 secondo comma dispone: 2. Con decreto del Presidente della Repubblica, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, da emanare entro il 30 giugno 2013, su proposta del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze, sentite l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, anche in attuazione dell'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, sono disciplinate le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei relativi contratti, in conformità ai seguenti criteri:

a) determinare i casi nei quali, sulla base di definite categorie di rischio professionale, prevedere l'obbligo, in capo ad un fondo appositamente costituito, di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie. Il fondo viene finanziato dal contributo dei professionisti che ne facciano espressa

richiesta, in misura definita in sede di contrattazione collettiva, e da un ulteriore contributo a carico delle imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività medico-professionale, determinato in misura percentuale ai premi incassati nel precedente esercizio, comunque non superiore al 4 per cento del premio stesso, con provvedimento adottato dal Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, sentite la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie;

b) determinare il soggetto gestore del Fondo di cui alla lettera a) e le sue competenze senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

c) prevedere che i contratti di assicurazione debbano essere stipulati anche in base a condizioni che dispongano alla scadenza la variazione in aumento o in diminuzione del premio in relazione al verificarsi o meno di sinistri e subordinare comunque la disdetta della polizza alla reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario accertata con sentenza definitiva.

Problemi interpretativi

Tralasciando ogni giudizio in merito all'articolo 3 (ultimamente oggetto di analisi critiche anche sotto il profilo della legittimità costituzionale) e limitando ogni approfondimento al solo secondo comma su citato, si prende atto che si fa riferimento alla necessità di definire quali dovrebbero essere i requisiti ideali di una polizza tipo in materia di responsabilità professionale. Sul punto, però, non si può non osser-

vare che la norma su citata utilizza una formulazione normativa assolutamente confusa e foriera di contraddizioni e perplessità.

Nella prima parte della disposizione il legislatore fa riferimento alla *copertura assicurativa* chiedendo al tavolo tecnico di definire *i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei relativi contratti*, utilizzando espressamente una terminologia tipica dei c.d. contratti assicurativi, non si può non evidenziare che la stessa norma indica con chiarezza che il tutto deve essere conforme a determinati criteri e, in particolare, la lettera a) in cui si fa richiamo espresso ad un *fondo* che dovrà essere (giustamente) finanziato con dei *contributi*.

“ O SI DEVE DEFINIRE UNA POLIZZA TIPO (CON TUTTO QUELLO CHE NE CONSEGUE) O SI FA RIFERIMENTO AD UN FONDO COSTITUITO CON CONTRIBUTI E NEL QUALE VALGONO REGOLE ASSOLUTAMENTE DIVERSE, RISPETTO ALLA DISCIPLINA TIPICA DEL MERCATO ASSICURATIVO

Ma come se non bastasse, nella successiva lettera c) si torna a far riferimento ad un linguaggio tipicamente dedicato alle polizze assicurative: si parla espressamente di *contratti di assicurazione*, di *premio* e di *disdetta della polizza*.

Ora delle due l'una: o si deve definire una polizza tipo (con tutto quello che ne consegue) o si fa riferimento ad un fondo costituito con contributi e nel quale valgono regole assolutamente diverse (*rectius*: opposte), rispetto alla disciplina tipica del mercato assicurativo. Senza parlare di come sono stati definiti i contributi che andrebbero richiesti sia ai professionisti che, soprattutto, alle imprese di assicurazione. Da ciò emergono le evidenziate perplessità che minano profondamente

tutto l'impianto proposto. In tale prospettiva, fermi restando i rilievi critici interpretativi su evidenziati, di seguito si indicano i punti fondamentali che una *polizza tipo* dovrebbe contenere per poter seriamente fronteggiare il problema dell'assicurazione obbligatoria imposta ai professionisti sanitari, consapevoli però, che tutto quanto indicato andrebbe completamente rivisto (e stravolto) qualora invece di *polizze*, di *premi* e di *disdette* si dovesse decidere di costituire un *fondo*.

Requisiti minimi da inserire nelle polizze tipo in materia di responsabilità professionale in ambito sanitario.

a) Massimale

Le polizze dei professionisti devono prevedere un massimale minimo pari a Euro 2.000.000 (due milioni di Euro) inteso per sinistro/persona/anno. *Se questo è il minimo diventa difficile stabilire quale debba essere il massimo di massimale previsto, considerando che fra le bad specialties ci sono gli ostetrici, per i quali diventa difficile stabilire un criterio di adeguatezza: in special modo se operano come liberi professionisti.*

b) Forma della polizza

Questo è un punto assolutamente nodale. Per mia esperienza l'operatività in *Claims Made*¹ delle attuali polizze assicurative è una delle violenze meno accettate e comprese dai professionisti della sanità.

Inoltre giuridicamente ha subito alcuni anni fa seri attacchi da parte della Corte di Cassazione (riconducendola fra le clausole vessatorie) in una *querelle* sulla sua legittimità che, a mio parere, non ha ancora esaurito i suoi effetti in quanto da un lato è una clausola senza la quale non è possibile addivenire ad alcuna stipula contrattuale (in quanto non viene offerta in tal senso una alternativa anche se più cara), e dall'altro richiede delle clausole di corredo (di retroattività e di ultrattività) realizzate con una serietà ed efficacia che, di fatto, non esistono oggi sul mercato assicurativo.

In tal senso ritengo sia *giusto* tornare ad una formulazione dei contratti con operatività c.d. in *Loss Occurrence*². Certo che oggi non è cosa facile (in

quanto i contratti assicurativi operano tutti in *Claims Made*) e occorre porre particolare attenzione ad evitare dei *buchi di copertura*. Per questa ragione è indispensabile introdurre nei contratti - in prima battuta - una operatività in *Loss Occurrence*, prevedendo anche una operatività in *Claims Made* per il passato, unitamente ad una clausola che preveda (in modo chiaro ed espresso) una retroattività illimitata.

c) Franchigia

Non si deve prevedere alcuna franchigia.

d) Ambito di copertura

La polizza *tipo* deve prevedere la copertura di *tutti* i fatti colposi compiuti dal professionista: una colpa intesa nel senso *ampio e completo*, comprensiva anche della *Colpa Grave* ma non limitata solo ad essa per il personale dipendente pubblico. Altrimenti, come le ultime vicende evidenziano, si espongono i professionisti della sanità a rischi enormi sia nei confronti delle chiamate in causa da parte del terzo (per altro favorite dalla stessa dizione usata nella formulazione del primo comma della norma ora in esame, in cui si fa *nuovamente* riferimento all'art. 2043 del codice civile³), sia nei casi di responsabilità solidale ex art. 2055 codice civile⁴.

e) Definizione di sinistro

L'esperienza evidenzia con quale scaltrezza vengono formulate le norme definitorie nelle polizze assicurative, per cui occorre prevedere che per *sinistro* si debba fare riferimento a qualsiasi richiesta di risarcimento da parte di un terzo, incluso l'Ente di appartenenza e a qualsiasi comunicazione ricevuta dal professionista o a lui inviata anche in ambito penale.

f) Fatti presistenti

È legalmente corretto escludere dalla copertura i c.d. *fatti noti* ma per tali devono intendersi - solo ed esclusivamente - i fatti per i quali l'Assicurato (il professionista) abbia ricevuto una comunicazione *formale e scritta* con data certa.

g) Coesistenza di altre assicurazioni

In caso di sinistro deve trovare applica-



zione quanto disposto dall'art. 1910 del codice civile⁵.

h) Disdettabilità in caso di sinistro

Se il Ministero intende porre le basi per consentire al professionista di adempiere all'obbligo di copertura, tale disciplina è assolutamente inconciliabile con la previsione di una disciplina per la *disdettabilità* (sic!) del contratto di assicurazione stipulato.

O il professionista perde completamente la possibilità di svolgere la sua attività professionale, oppure non è nemmeno pensabile di prevedere una sua disdettabilità, indifferentemente dal numero dei sinistri realizzati o per i quali sia stato condannato. Al limite si potrà prevedere un aumento dei premi in misura, comunque, non superiore al quinto dello stipendio percepito.

i) Questionario

Essendo a *libera adesione* e caratterizzata dalle indicate finalità, tale polizza non può prevedere alcun questionario in sede di sottoscrizione della polizza.

Il Tavolo Ministeriale

Dopo un primo timido approccio con i sindacati di categoria, all'inizio di aprile si è aperto il tavolo ministeriale di cui alla norma sopra citata, al quale sono state invitate solo le Federazioni nazionali delle professioni sanitarie.

In tale riunione si è deciso di suddividere il tavolo in due gruppi di studio: il primo, orientato alla realizzazione di un Fondo (coordinato dalla Consap: Capofila Carlo D'Andrea) ed un secondo volto alla definizione dei requisiti minimi per le polizze assicurative a protezione dalla responsabilità professionale (coordinato dalla Ania: Capofila Roberto Manzato).

Curiosamente il Ministero non ha chiamato al tavolo tecnico le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, nonostante tale partecipazione fosse espressamente prevista nella norma (su riportata). Eppure è a tutti noto che la maggior parte dei professionisti sanitari svolge la propria attività in regime di rapporto di lavoro subordinato e che proprio questi professionisti sono particolarmente esposti in materia. Sul punto, occorre osservare che, nonostante la responsabilità di chi svolge

la propria attività come dipendente pubblico sia limitata ai soli casi di *colpa grave* (ex artt.22 ss. Del DPR n.ro 3 del 1957), in realtà tali professionisti sono direttamente esposti alle richieste di risarcimento da parte dei terzi per sopperire alle carenze assicurative degli Enti presso cui svolgono la loro attività professionale.

A riprova dell'assunto basta ricordare gli effetti devastanti derivanti dal fallimento della Faro Assicurazioni SpA (a cui si sono affidate moltissime Aziende ospedaliere italiane e anche il Fondo regionale piemontese): un caso che evidenzia la scarsa attenzione alla qualità, stabilità e solvibilità, operato in questo caso dai numerosi organi deputati al controllo.

A questo esempio si potrebbe aggiungere quanto occorso in occasione della gara assicurativa della Regione Veneto (con le lamentate possibili infiltrazioni della criminalità organizzata) e che ormai la quasi totalità delle gare svolte dagli Enti operanti nel settore sanitario vengono ormai assegnate a Imprese di assicurazione straniere con (piccole) rappresentanze in Italia.

Tutti elementi che evidenziano in modo chiaro e lampante la particolare instabilità in cui versa la gestione pubblica del rischio sotto il profilo assicurativo e che hanno portato (e porteranno sempre di più) ad incrementare la chiamata in giudizio (anche) dei professionisti con titolo autonomo di responsabilità: scelta giuridicamente ulteriormente avvalorata anche dal richiamo all'art. 2043 del codice civile contenuto nell'art. 3, primo comma, del DL 158/2012 convertito, con modificazioni, nella Legge 8 novembre 2012, n.189. Con tutte le conseguenze che ne derivano anche sotto il profilo della responsabilità solidale ex art. 2055 codice civile già citato.

Un nuovo governo: un nuovo stile?

Chiaramente le problematiche su esposte e le esigenze di tutela (anche sindacale) menzionate, impongono la necessità di porre particolare attenzione da parte dell'ACOI a cosa succederà svolgendo quanto è necessario nei confronti della FnomCEO (sia dei sindacati) al fine di garantire ai propri iscritti la rappresentanza delle peculiari e rilevanti esigenze dei chirurghi italiani in

“ L'UNICA VIA SOSTENIBILE È CHE L'ACOI PONGA SU QUESTA SITUAZIONE E SU QUESTI TEMI LA MASSIMA ATTENZIONE CONTROLLANDO TUTTO QUELLO CHE SUCCEDE

un tema ormai non solo rilevante ma, ormai assolutamente insostenibile.

Nel frattempo la formazione del Governo (eliminando quello in *prorogatio*) ha inevitabilmente frenato quanto si stava realizzando.

È curioso che un Paese che vuole farsi carico di un problema così rilevante per centinaia di migliaia di professionisti della Sanità decida di farlo affidando a chi rappresenta le Imprese di Assicurazioni la direzione del tavolo tecnico più importante sui requisiti minimi formato da Enti pubblici (quali i Federazioni di Ordini e di Collegi e Sindacati).

È veramente curioso!

Il timore è che chi rappresenta le Imprese di assicurazioni possa tentare di utilizzare questa occasione preziosa per realizzare incontri *riservati* (recitius: *inter nos*), apparentemente per conoscere meglio le esigenze e confrontare le posizioni ma, di fatto, per tentare di legittimare grazie al dividi et impera ciò che non può proprio essere legittimato da parte dei professionisti della Sanità.

Per queste ragioni, l'unica via sostenibile è che l'ACOI ponga su questa situazione e su questi temi la massima attenzione controllando tutto quello che succede.

Ora vedremo se il nuovo Governo porterà (speriamo) un nuovo stile.



Occhi puntati al monitor

¹ Con la clausola *Claims Made* (letteralmente *a richiesta fatta*), assicuratore e assicurato pervengono ad una definizione convenzionale della nozione di sinistro rilevante ai fini dell'art. 1917, c. 1 c.c., che è fatta coincidere con la richiesta di risarcimento del danno avanzata dal terzo e non più, dunque, col comportamento del danneggiante-assicurato generativo della responsabilità. L'applicazione di una simile opzione, il rischio assunto dall'assicuratore risulta più circoscritto nel tempo, con conseguente vantaggio sotto il profilo dei costi di polizza. Per converso, però, occorre segnalare che polizze strutturate sulle *Claims Made* nascondono pericolose insidie per l'assicurato, in quanto egli rischia di vedersi recapitare la richiesta di risarcimento in un'epoca in cui non gode più della copertura assicurativa.

² La clausola *Loss Occurrence* (letteralmente *epoca di accadimento*) è la clausola tradizionale di operatività dei contratti assicurativi e considera operante l'assicurazione per i sinistri avvenuti nel corso del periodo di assicurazione. In tale disposto contrattuale si considera che il sinistro (*causa/effetto*) si verifichi nello stesso momento in cui vi è l'illecito dal che determina la responsabilità che determina la garanzia assicurativa stipulata. Cessata l'assicurazione i sinistri reclamati in data successiva sono compresi sino alla prescrizione del

³ Art. 2043 *Risarcimento per fatto illecito* - Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno (Cod. Pen. 185).

⁴ Art. 2055 *Responsabilità solidale* - Se il fatto dannoso è imputabile a più persone, tutte sono obbligate in solido (1292) al risarcimento del danno. Colui che ha risarcito il danno ha regresso contro ciascuno degli altri, nella misura determinata dalla gravità della rispettiva colpa e dall'entità delle conseguenze che ne sono derivate (1299). Nel dubbio, le singole colpe si presumono uguali.

⁵ Art. 1910 *Assicurazione presso diversi assicuratori* - Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

TRUST E FONDO PATRIMONIALE: quali differenze?

● di **Marco De Angelis**
Consulente Patrimoniale,
Operatore Fiduciario, Product Manager - MPS

Per il chirurgo si alzano in misura esponenziale i rischi di dover far fronte a *titolo personale*, a richieste di risarcimento danni per la propria attività professionale.

Il Chirurgo che opera in strutture pubbliche o nel privato non solo è talvolta, a sua insaputa, scoperto nelle garanzie assicurative, ma è anche sempre più frequentemente nel mirino della procedura di *rivalsa per danno erariale* da parte della Amministrazione Aziendale.

Il rischio di essere chiamato a rispondere in proprio per l'assenza o l'inadeguatezza di una copertura assicurativa, obbliga pertanto a trovare una soluzione per difendere il proprio patrimonio, la propria famiglia e le persone a Lui più care. Le strade giuridiche che l'Ordinamento italiano offre per la protezione del patrimonio sono numerose e molto articolate ma, spesso, non permettono di raggiungere compiutamente l'obiettivo desiderato. Tra le varie opzioni, dopo un'analisi degli aspetti fondanti e delle vie legali percorribili, il cosiddetto *Trust* sembra offrire le migliori garanzie.

Con il *Trust* si dà corpo a un'idea o a un programma con cui un soggetto (detto *DISPONENTE* - il Medico) si spossa di uno o più beni trasferendoli ad un soggetto terzo (detto *TRUSTEE* - una *Trust Company*), affinché questi li amministri nell'interesse di un *BENEFICIARIO* (o per uno specifico fine), secondo quanto programmato dal disponente nell'atto costitutivo del *Trust* stesso.

È opportuno specificare che, in vista delle modifiche che saranno in vigore dal 2014, sarà consigliabile utilizzare una *Trust Company* di *Primo livello*, ossia quel livello che consentirà, attraverso la procedura di *adeguata verifica*, un'ulteriore garanzia di riservatezza, anche verso le autorità preposte, dell'operazione di protettiva.

Conferendo i beni posseduti in un *Trust*, si soddisfa la necessità del soggetto disponente di segregare definitivamente gli stessi (ad esempio lo studio medico e/o la propria abitazione) per poi destinarli a uno o più beneficiari finali (genericamente i figli).

Si istituisce così un *Trust* di *PROTEZIONE* del *PATRIMONIO*, con particolare riguardo ai rischi legati all'attività lavorativa del Medico, rendendo inattuabile il patrimonio del Disponente semplicemente alienando le sue proprietà, ma lasciando che i beni conferiti possano rimanere nel pieno godimento del Disponente che, in qualità di *GUARDIANO* del *Trust*, controllerà la loro gestione da parte del *Trustee*.



Per questo motivo tali beni conferiti in un *Trust* in *tempi non sospetti* non potranno essere oggetto di aggressione o pignoramento né da parte dei creditori personali del disponente e né, tantomeno, di quelli dei beneficiari.

“ IL TRUST SEMBRA ESSERE LO STRUMENTO PIÙ SODDISFACENTE PER TUTELARE IL PROPRIO PATRIMONIO, SUPERANDO DI GRAN LUNGA GLI STRUMENTI CHE L'ORDINAMENTO GIURIDICO HA, FINORA, OFFERTO

Erroneamente si può pensare che il fondo patrimoniale abbia la stessa efficacia del *Trust*, ma non è così. In effetti ci troviamo anche con il fondo di fronte a un patrimonio separato e destinato a uno scopo, ma con delle cruciali differenze:

- nel fondo patrimoniale non tutto il patrimonio può essere conferito, ma solo ciò che serve ai bisogni della famiglia, mentre nel *Trust* ciò è possibile, anche se con gradualità;
- la costituzione di un fondo patrimoniale presuppone l'esistenza della famiglia legittima e si estingue con l'eventuale cessazione del matrimonio, mentre il *Trust* vive di vita propria, indipendentemente dai rapporti familiari;
- i coniugi restano titolari del patrimonio, mentre col *Trust* ce se ne spossa;
- eventuali atti di cessione dei beni o costituzione in garanzia sono ammissibili con il consenso di ambedue i coniugi e l'autorizzazione del giudice in presenza di figli minori; cosa non prevista nel fondo, ma prevedibile col *Trust*;
- sui beni che fanno parte del fondo i creditori dei coniugi possono agire forzatamente solo a fronte di obbligazioni contratte nell'interesse della famiglia;
- non è possibile stabilire che allo scioglimento del fondo i beni siano attribuiti ai figli, peculiarità propria di un *Trust*;
- non è consentito conferire nel fondo patrimoniale semplice liquidità, mentre con l'altro istituto giuridico può essere conferita ogni tipologia di bene.

Il *Trust* sembra essere lo strumento più soddisfacente per tutelare il proprio patrimonio, superando di gran lunga, in termini di efficacia, efficienza e sicurezza del raggiungimento dell'obiettivo *protezione*, gli strumenti che l'ordinamento giuridico ha, finora, offerto.

Le sfide della chirurgia



● di **Andrea Valeri**

Le *Sfide della Chirurgia del XXI secolo: Sostenibilità, Percorsi e Formazione* questo è il titolo con cui ho voluto marcare il XXXII congresso nazionale della Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani, quest'anno per la prima volta inclusivo del XXIII congresso di Video-Chirurgia, che si è svolto presso le Aule dell'Istituto di Scienze Militari Aeronautiche di Firenze.

Il taglio è stato decisamente orientato nel senso della educazione medica continua: ogni sessione scientifica ha rappresentato un vero e proprio corso accreditato di formazione professionale, abbracciando tematiche sia di chirurgia oncologica che non. Otto sono stati i corsi ECM dedicati a differenti patologie chirurgiche e rivolti non solo a chirurghi, ma anche ad infermieri. I circa 1000 partecipanti hanno potuto essere coinvolti a sessioni riguardanti problematiche di tecniche chirurgiche e di protocolli diagnostico-terapeutici, a workshop su qualità e sicurezza in chirurgia (*Progetto ACOI Qualità e Sicurezza in Chirurgia*), a percorsi di implementazione del rapporto medico-paziente e di umanizzazione dell'assistenza (*Fondazione Chirurgo e Cittadino*).

Una vetrina di rilievo hanno avuto le sessioni e le singole relazioni sulle tecnologie emergenti: la robotica, la visione tridimensionale, le tecniche diagnostiche di ultima generazione, i trattamenti ultra-mini-invasivi o alternativi alla chirurgia, quali le tecniche

di ablazione percutanea. Innovativi aspetti approfonditi con estrema accortezza e prudenza, discutendone vantaggi e svantaggi, trattandosi di tecniche e tecnologie il cui utilizzo non risulta essere ancora del tutto validato dalla comunità scientifica.

Ho voluto rimarcare il peculiare indirizzo scientifico verso la chirurgia oncologica con la presentazione e la diffusione del testo *What's new in Surgical Oncology* (ed. Springer Verlag) editato insieme a Carlo Bergamini, Ferdinando Agresta e Jacopo Martel-

lucci (in collaborazione con moltissimi altri chirurghi di varie scuole italiane). Un così articolato evento scientifico certamente non avrebbe potuto realizzarsi senza l'ampia partecipazione di quelle Aziende che, sulla base di investimenti e ricerca, rendono possibile la disponibilità di innovative e tecnologicamente adeguate strumentazioni per la chirurgia, ma di sicuro non posso non menzionare il grande supporto ottenuto dal comando dell'Istituto di Scienze Militari Aeronautiche e dalla direzione dell'Ente Cassa di Risparmio di Firenze che unite alla efficace regia della signora Grazia Millan, mente fattiva della Segreteria Organizzativa, ed alla comprensione e disponibilità dei chirurghi convenuti verso una organizzazione molto attenta ai costi, senza nulla togliere alla qualità, ha fatto sì che la nostra fatica abbia prodotto un evento, credo, di grande successo partecipativo e qualitativo e che abbia rappresentato un modello per gli Eventi futuri...



IL NEO-MINISTRO DELLA SALUTE, BEATRICE LORENZIN, CI HA GRATIFICATI, SE NON DELLA SUA PRESENZA, DI UNA LETTERA DI SALUTO NON FORMALE, IN CUI HA RIBADITO I CONCETTI E LE PAROLE D'ORDINE CHE DA MOLTO TEMPO SENTIAMO A PROPOSITO DI SANITÀ, QUALITÀ, INNOVAZIONE, UMANIZZAZIONE

RICEVIAMO E VOLENTIERI PUBBLICHIAMO




Al Ministro della Salute

Roma, 21 maggio 2013

39/Cov/Ex/13
Caro Professore,

La ringrazio per il cortese invito al 32° Congresso Nazionale dell'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani, che si terrà a Firenze il prossimo 22 maggio. Purtroppo concomitanti impegni istituzionali con mi consentono di intervenire.

Sono certa che l'evento rappresenterà un'importante occasione di dialogo e di confronto scientifico, ponendo al centro i temi della qualità professionale, dell'innovazione, della trasmissione delle conoscenze.

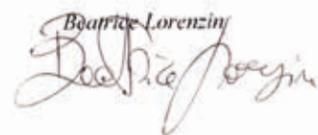
Il lungo percorso che consente oggi alla chirurgia di celebrare tanti successi e di offrire avanzamenti scientifici ed assistenziali non è stato privo di ostacoli, ma sempre ha catalizzato intorno a sé importanti energie intellettuali.

Grazie a tecniche operatorie sempre più perfezionate, alla stretta collaborazione con altre discipline, all'informatizzazione degli strumenti, si sono compiuti in questi ultimi decenni enormi passi in avanti. Si sono così salvate tante vite e si è migliorata la qualità di vita di tante persone di ogni età e classe di rischio.

La tecnica è importante, ma decisiva resta la professionalità del chirurgo, la sua preparazione, l'esperienza, l'abnegazione, la sensibilità e capacità di osservazione e di ascolto. Anche i pazienti sono cambiati: in passato essi si "affidavano" alle sapienti mani degli operatori, oggi sono molto più attenti, informati e consapevoli dei loro diritti. L'umanizzazione di una medicina fortemente tecnologizzata è diventata il banco di prova della qualità delle strutture sanitarie.

Le sfide che nei prossimi anni attendono la nostra sanità richiederanno lo sviluppo di forme di collaborazione internazionale, di innovazione scientifica e professionale, di disseminazione delle conoscenze e delle migliori pratiche, come quella da voi oggi intrapresa in modo così apprezzabile.

Nel formulare, pertanto, i migliori auguri di buon lavoro. La prego di porgere agli ospiti e a tutti i presenti i miei più cordiali saluti.

Beatrice Lorenzin


Prof. Luigi Presenti
Presidente ACOI
segreteria@acoi.it



La consegna del premio Il Chirone



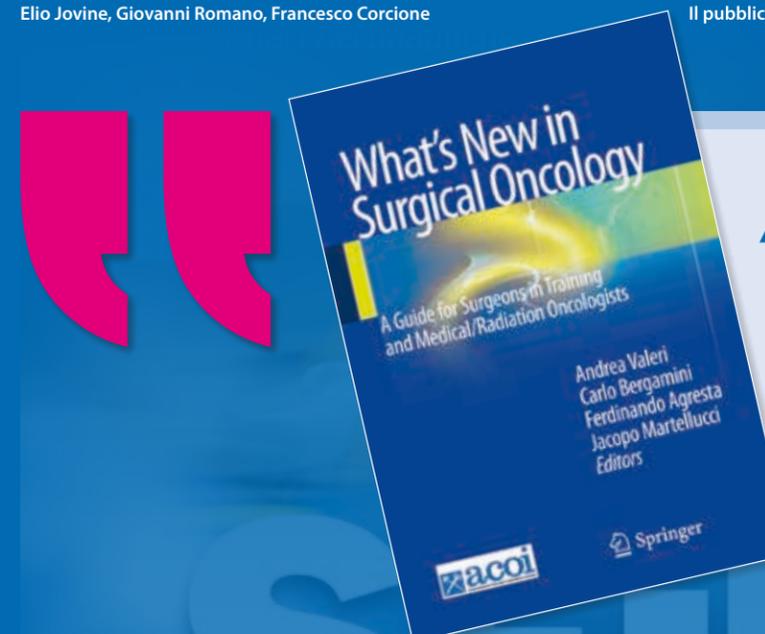
Ferdinando Cafero con il Presidente



Elio Jovine, Giovanni Romano, Francesco Corcione



Il pubblico alla cerimonia inaugurale



A margine del 32° Congresso Nazionale ACOI è stato presentato il recente contributo scientifico in tema di chirurgia oncologica **What's new in Surgical Oncology** (ed. Springer Verlag) realizzato da Andrea Valeri, Carlo Bergamini, Ferdinando Agresta e Jacopo Martellucci, con il contributo delle più importanti realtà chirurgiche italiane. I tempi stretti non ci hanno consentito una adeguata recensione, ne vogliamo però segnalare la pubblicazione.



Cerimonia Inaugurale



Assemblea Ordinaria



Luigi Presenti, Andrea Valeri, Paolo de Paolis



Areonautica e chirurgia; un ottimo connubio



Ospedali ad intensità di cure: gold standard per tutti?

● di Gianluigi Luridiana

Nuovi modelli operativi negli ospedali per intensità di cure: strumenti per migliorare ulteriormente un metodo organizzativo di assistenza ospedaliera che ha già mostrato la sua efficacia o occasione per aumentare la burocratizzazione del sistema e la proliferazione di figure professionali superflue?

Di questo si è parlato nella tavola rotonda che ha aperto il 32° Congresso Nazionale ACOI nella splendida cornice del Salone dei Cinquecento di Palazzo Vecchio a Firenze. La discussione, moderata da Antonio Panti, presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze, ha visto la partecipazione dei rappresentanti delle diverse figure professionali, sia nel campo medico che infermieristico, coinvolte nella gestione e nel funzionamento della rete di assistenza ospedaliera.

Un modello, quello degli ospedali per intensità di cure, adottato ormai da quasi un decennio dalle regioni Toscana ed Emilia Romagna, che prevede la strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti secondo la disciplina specialistica. In buona sostanza, si prevede di rispondere in modo diverso in quanto a tecnologie, competenze, quantità e qualità del personale assegnato ai diversi gradi di instabilità clinica e complessità assistenziale del paziente.

Vale la pena ricordare questi concetti dal momento che tale realtà è sconosciuta in gran parte delle regioni italiane: i vari sistemi sanitari regionali si muovono infatti in totale autonomia, in ordine sparso, in contrasto con il concetto di Sistema Sanitario Nazionale tuttora in vigore, fino a prova contraria. Questa evidente disomogeneità rappresenta un punto di grande criticità per il nostro Paese dove molte regioni, alle prese con un sistema sanitario male organizzato e insostenibile dal punto



Cerimonia inaugurale

di vista finanziario, non adottano modelli collaudati altrove e dimostratisi efficienti, oppure li abbandonano dopo sperimentazioni condotte in maniera confusa e superficiale.

La disparità di accesso alle prestazioni sanitarie su base geografica è stato un punto ripreso da Gianluigi Melotti nel suo intervento: le scelte politiche operate all'inizio dello scorso decennio hanno determinato l'accentuarsi di queste disuguaglianze, tanto che sarebbe auspicabile il ritorno ad una authority sanitaria nazionale che sovrintenda al coordinamento e all'attuazione delle direttive in campo assistenziale nei vari sistemi sanitari regionali. Melotti ha auspicato tra l'altro che il sistema sanitario venga sgravato dal peso del mostruoso apparato burocratico-amministrativo che ne condiziona pesantemente l'efficienza e che ha fatto abortire il decreto Balduzzi. Non si deve poi sottovalutare il rischio che l'adozione di nuovi modelli assistenziali comporti una moltiplicazione di figure professionali, dirigenziali e non, ed un eccesso di riferimenti normativi che determinino un ulteriore fardello di burocrazia a carico del sistema. Senza dimenticare che una proliferazione di regole e di modelli rischia di essere inutile e magari controproducente in realtà dove l'assistenza funziona in maniera efficace. I partecipanti all'incontro hanno poi convenuto che due elementi siano indispensabili per il funzionamen-

to degli ospedali ad intensità di cura: l'interdisciplinarietà e validi indicatori di misura. Per quanto riguarda la prima, Carlo Nozzoli, direttore del DEA dell'Ospedale Careggi, ha rimarcato come l'abbattimento degli steccati tra le varie specialità non sia solo un dovere ma anche un'opportunità di arricchimento per la classe medica, rendendola una componente più credibile davanti alla politica. Mario Cecchi, responsabile dell'Osservatorio permanente sull'intensità di cura della regione Toscana, ha rimarcato come degli indicatori di misura affidabili possano aiutare a modificare e a migliorare i vari modelli assistenziali, consentendone l'adattamento alle diverse realtà geografiche e strutturali senza rimanere dogmaticamente attaccati a modelli preconstituiti. Su tutto il dibattito ha aleggiato costantemente uno spettro: quello dei pesantissimi tagli lineari che il sistema sanitario del nostro paese sta subendo negli ultimi anni. In campo sanitario difficilmente le migliorie si possono realizzare a costo zero. Gli sprechi, che quasi sempre non stanno all'interno delle sale operatorie e nelle corsie ospedaliere, non vengono minimamente intaccati dai tagli lineari. Le poche risorse disponibili vanno pertanto concentrate, mai come oggi, su quegli aspetti essenziali e irrinunciabili per il funzionamento di un ospedale. Non c'è modello di assistenza che funzioni senza garze, siringhe e fili di sutura.

Ma qual è la NOTIZIA?

● di Rodolfo Vincenti



Di fronte al vigile sguardo dei presidenti Luigi Presenti e Vincenzo Stancanelli e dei moderatori Stefano Bartoli e Tonino Aceti (coordinatore di Cittadinanzattiva) ho illustrato, al numero pubblico di colleghi e non, i risultati dell'analisi dei dati della ricerca nazionale

LA SETTIMANA DELL'ASCOLTO, LE OPINIONI DEI PAZIENTI SULLA QUALITÀ DEL RICOVERO...

La Settimana dell'Ascolto, le opinioni dei pazienti sulla qualità del ricovero, il rapporto con i chirurghi, la comunicazione, l'informazione, l'umanizzazione. Un'indagine sugli utenti della Chirurgia con cui la Fondazione Chirurgo e Cittadino ha inteso aprire un dibattito pubblico su come migliorare e incentivare il dialogo tra medico e paziente, per una nuova relazione nella quale ascolto, modalità di

comunicazione, umanizzazione dell'assistenza siano parti fondative.

La rilevazione è stata realizzata inviando un questionario a risposte chiuse a 240 reparti chirurgici italiani e sottoponendolo, con l'assistenza di un tutor, a cittadini presenti nelle sale di attesa ambulatoriali. Con un tasso di ritorno del 63% abbiamo potuto esaminare le risposte di circa 2.500 cittadini. Il 75% degli intervistati ha subito almeno un intervento chirurgico, il 22% è stato sottoposto soltanto a visita specialistica, il 3% non ha avuto mai contatti con ambienti chirurgici. Tra i numerosi dati disponibili per i quali si rimanda alla lettura del testo completo della stessa, risulta evidente e con alte percentuali (oltre il 90%), il giudizio complessivamente positivo nei riguardi dei chirurghi curanti ai quali i cittadini riconoscono grande competenza e conoscenza tecnica, mentre sugli aspetti relazionali e comunicativi, sul livello di sensibilità ai bisogni della persona si riscontrano più critiche: frequenza e durata delle visite non soddisfano pienamente, non sotto l'aspetto clinico, ma per la mancanza di rassicurazione e sostegno al

benessere psicologico del malato. Insomma riflettori puntati sul rapporto medico-paziente che non è soltanto uno degli elementi per la buona riuscita dell'intervento, ma il perno di una relazione dapprima umana e poi professionale attraverso un rapporto trasparente e sincero.

Questo è quanto! E l'evento non poteva non avere la logica diffusione mediatica con lunghi e, alcuni tra essi esaustivi, articoli sui media. Ancora una volta però dobbiamo prendere atto, con rammarico e senso di impotenza, che la notizia viene da taluni, non certo meritevoli giornalisti, titolata secondo le proprie necessità o scopi, risultando così un'informazione falsata. Da un lato la realtà: *Chirurghi. I pazienti li promuovono, ma chiedono più attenzione ai bisogni psico-sociali; i pazienti suggeriscono maggiore disponibilità all'ascolto...* (quotidiano-sanità.it), dall'altra: *Salute: 10% pazienti boccia chirurghi, insensibili e freddi* (yahoo/salute).

MA QUAL È LA NOTIZIA: IL 90% DI GIUDIZI POSITIVI O IL 10% DEI NEGATIVI?

Ma qual è la notizia: il 90% di giudizi positivi o il 10% dei negativi?

Forse è meglio non rimarcare come la malpractice riguardi molte professionalità, bensì guardare con fiducia ad un futuro dove il chirurgo sia più attento alle aspettative psicologiche del malato, ma dove anche il cittadino sia consapevole e partecipe non solo delle decisioni, ma anche delle situazioni di lavoro nelle quali il chirurgo oggi si trova ad esercitare (nella maggior parte dei casi anguste, negli spazi e soprattutto nei tempi, con carichi di lavoro sopradimensionati e con risorse umane e strumentali spesso ridotte).



Un momento di relax

Il progetto QUALITA' E SICUREZZA IN CHIRURGIA diventa strumento e servizio

● di Enrico Pernazza



di essere supportate nel percorso di miglioramento continuo. L'Analisi delle BP adottate nel campione

disciplinare comprendendo tutte le figure professionali coinvolte in un'ottica ben più attuale di *team work*. A tale scopo



Il Consiglio Direttivo ACOI "allargato"

In occasione del XXXII Congresso Nazionale ACOI di Firenze, nella sessione *Qualità e Sicurezza* abbiamo orgogliosamente annunciato la prosecuzione con nuova veste del progetto *Qualità e Sicurezza del percorso chirurgico*, che ACOI aveva già messo in campo con MIP e Cittadinanzattiva e che aveva ricevuto il prestigioso riconoscimento della *Public Affairs Association*.

Le difficoltà economiche, determinate fondamentalmente dal momento di crisi, ci hanno costretto a interrompere momentaneamente lo sviluppo del progetto. Tuttavia l'attuale Presidente Luigi Presenti e il Consiglio Direttivo di ACOI, nonostante le oggettive difficoltà, convinti della estrema validità della iniziativa, hanno deciso di finanziarne autonomamente la prosecuzione.

La precedente edizione del progetto ha visto coinvolte e testate 42 Aziende stratificate in modo uniforme nel territorio nazionale. Questa azione, capillare e puntuale, ha permesso di identificare tre evidenze:

1. La necessità di strumenti di analisi e monitoraggio sull'uso di Best Practise (BP) per la sicurezza del paziente.
2. L'adeguatezza dell'approccio metodologico e come i contenuti del programma siano adeguati allo scopo e in grado di fornire risposte concretamente utilizzabili.
3. La necessità per le UO di Chirurgia

di aziende mostra come ci sia una bassa percentuale di Aziende che adottano BP Tecnologiche (Tecnologie per la conta corpi estranei, Tecnologie IT per identificazione sito, lato e procedura, Clinical Decision Support Systems, Gestione del Workflow operatorio).

Poco adottato anche il *Time Out* e la *Check list* intervento (solo 50% del campione circa).

Tra le BP più diffuse (più dell'80% del campione) risultano, in particolare: il lavaggio mani chirurgico e sociale, le profilassi antibiotica e anti TVP e la gestione del dolore postoperatorio. Questo ha consentito pertanto, non solo di identificare le priorità di intervento, ma anche e soprattutto come sia necessario implementare ancor più la raccolta dati e strutturare un approccio multidisciplinare comprendendo tutte le figure professionali coinvolte in un'ottica ben più attuale di *team work*. A tale scopo

il potenziamento degli strumenti di lavoro è risultato l'elemento chiave per la sostenibilità e l'estensione del programma. Infatti il coinvolgimento di altre professionalità, che è stato implicito e parziale in Q&S, che prevedeva la partecipazione di un rappresentante della direzione sanitaria, di un risk manager e di un chirurgo, ha fatto sì che la partecipazione della compagine infermieristica risultasse episodica e lasciata alla scelta aziendale.

La prima fase del progetto ci ha consegnato un vero patrimonio da capitalizzare:

- Mappatura del processo sulle 85 azioni del percorso chirurgico
- Manuale digitale delle BP
- Check list di analisi del percorso chirurgico, al fine di individuare le proprie

criticità e le aree di miglioramento

- Analisi dei requisiti minimi per la corretta adozione delle BP
- Sistema di indicatori per il monitoraggio dell'efficacia.

Partendo da questa base abbiamo fissato l'obiettivo della nuova fase: sviluppare ed erogare un'applicazione Web mediante la quale le UO di chirurgia possano:

- Autovalutare il grado di conformità organizzativa ad obiettivi di sicurezza e requisiti di BP documentate
- Accedere a informazioni certificate su requisiti e modalità di implementazioni di BP per la sicurezza in chirurgia
- Proporre campagne di monitoraggio di efficacia delle BP adottate attraverso un cruscotto di indicatori e una reportistica pre-configurata
- Realizzare a livello aggregato analisi di gap e benchmarking.

In tal modo sarà possibile fornire uno strumento efficace per relazionarsi/in-

terloquire con il Ministero della Salute, per raccogliere ed analizzare dati base per pubblicazioni scientifiche e divulgative, per acquisire una eccellente *dote* da spendere per progetti europei.

Il Team ACOI ha provveduto ad aggiornare i contenuti delle BP e della Knowledge-base (obiettivi ministeriali, requisiti minimi, indicatori), ora è impegnativo che tutti, dal Presidente al consiglio direttivo, dai Coordinatori regionali ai componenti delle varie Commissioni, si attivino per promuovere e divulgare questo straordinario strumento di formazione Notechs e le modalità di utilizzo della nuova piattaforma.

L'interfaccia sarà facile e snella. ACOI si farà carico di:

- rendere disponibile l'accesso all'applicazione dal portale Web dell'associazione
- autorizzare il rilascio di account di accesso all'applicazione
- aggiornare e validare i contenuti (in

continuità con Team ACOI delle passate edizioni)

- arruolare le aziende.

È del tutto evidente l'impegno di ACOI sia in termini di persone che di risorse finanziarie. Tuttavia, come è stato più volte sottolineato nella discussione seguita alla presentazione della nuova veste progettuale, la constatazione che nel mondo chirurgico rischio e sicurezza non trovano ancora molta attenzione e di conseguenza la necessità di proporre strumenti di formazione in notechs sempre più efficaci caratterizzati da fasi di monitoraggio, controllo e valutazione della applicazione delle BP e in grado di innescare contemporaneamente dinamiche di benchmark, così da consentire ulteriori sviluppi di miglioramento, ha orientato decisamente la scelta del Presidente e di tutto il Consiglio Direttivo di ACOI ai quali va certamente riconosciuta grandissima sensibilità al riguardo.



● di Ferdinando Agresta

Grande taglio grande chirurgo, con quest'idea la mia generazione si è affacciata al mondo del lavoro. La tua bravura era direttamente proporzionale al taglio che eseguivi sul tuo paziente, a prescindere dalla patologia da trattare. E poi la rivoluzione con la laparoscopia, dove tutto viene ribaltato, dove i millimetri dei *buchini* fanno la differenza. Una moda quasi, a cui tutti hanno aderito ed aggiunto particolari e variazioni sul tema. Una moda sicura, tanto, forse troppo sicura fino al 2011, quando l'AGENAS pubblica i famosi dati SDO sulle colecistectomie laparoscopiche e la stampa, il quinto potere, li fa propri, tanto da stilare una classifica di bravi, meno bravi e non bravi. E la confusione di chi credeva in qualcosa come un *gold standard* in ogni dove, dalle Alpi alle Piramidi, dal Manzanarre al Reno. E la voglia di rivedere un po' il tutto, desiderio di fermarsi e di capire e leggere in modo evidente, ma soprattutto - e questo è e deve essere un must - parlando una stessa unica e comprensibile lingua, lasciando fuori assiomi e *ex cattedra*.

Colecistectomia laparoscopica: *gold standard* così sicuro che l'unica vera Consensus a riguardo è targata EAES e datata

Air Force One, Sarchiapone e la Consensus Conference sulla Colecistectomia Laparoscopica

1994. Poi bisogna saltare al 2007 al solo capitolo delle urgenze di Tokyo ed al 2010 con la SAGES prima, e l'EAES dopo sulla calcolosi della via biliare, per arrivare a quella nostra, italiana, del 2012 sempre sulle urgenze. Vent'anni quasi di un silenzio affermativo se volete, ma sempre silenzio.

Un'idea ed una voglia di rivedere quello che si è fatto in questi venti anni, se da *case series* abbiamo prodotto qualcosa di più sostanziale ed evidente.

Voglia di discutere e di mettersi in discussione.

E LA NOVITÀ, FORSE QUELLA PIÙ IMPORTANTE: IL DESIDERIO DI FARE QUESTO NON È DEI GRANDI (IN SENSO ANAGRAFICO) CHIRURGI, QUELLI NATI SOTTO L'IDEA DEL GRANDE TAGLIO, MA DEI GIOVANI COLLEGHI, I FIGLI DI QUEST'EPOCA DELL'INNOVAZIONE



Lavoro di gruppo

E la novità, forse quella più importante: il desiderio di fare questo non è dei grandi (in senso anagrafico) chirurghi, quelli nati sotto l'idea del grande taglio, ma dei giovani colleghi, i figli di quest'epoca dell'innovazione.

Ed è iniziata quasi in sordina l'avventura con le regole direi di sempre: Società Chirurgiche che uniscono i propri sforzi (ACOI, SICE, SICOP e Fondazione Chirurgo e Cittadino), otto esperti, ciascuno con il compito ben specifico di analizzare dall'indicazione all'outcome della colecistectomia laparoscopica, passando attraverso i dettagli di tecnica, le nuove tecnologie, le complicanze, la calcolosi della via biliare, le urgenze e ultimo ma non ultimo la *learning curve* e la definizione di esperto. Anche Società non chirurgiche sono state coinvolte nell'avventura, perché interessate direttamente alla problematica: l'IPASVI, la SIED, la medicina d'urgenza, la SIRM e naturalmente i rappresentanti dei pazienti tramite CITTADINANZATTIVA. I metodologi ad aiutarci in questo lavoro a noi non proprio avvezzo appartengono all'Istituto Mario Negri e all'AGENAS). Un giorno *face to face* per analizzare insieme il lavoro svolto sia prima, ma soprattutto dopo, via internet, con migliaia di email inviate, per arrivare a Firenze a presentare un iniziale *work in progress*. E sì, proprio *work in progress*, perché con Firenze siamo solo a metà del lavoro.

Abbiamo ancora la tappa di Napoli (Congresso SICE), ma anche quella dei revisori esterni dell'EAES e quelli interni, ma soprattutto quella di tutti quei colleghi che ci hanno seguito e che hanno voglia di *parlare* con noi su questa Consensus ancora via mail (presto le diapositive e le relazioni saranno disponibili sul sito ACOI). Da *stiamo lavorando per voi a stiamo lavorando con voi*, motto di recente politica memoria, ma che rende bene l'idea.

E su tutto questo gli *angeli* che ci hanno aiutato con la loro serietà, la loro professionalità, la loro preparazione e dedizione, unita a quella umiltà che fa davvero grandi: i *nostri* giovani chirurghi dell'ACOI.

Loro hanno fatto la vera differenza in tutto. Mi viene in mente la poesia di Sarchiapone di Totò: il cavallo che fu un *inglesino* vanitoso da giovane, ora si trova ronzino a tirar la carretta... E Ludovico, l'asino che gli propina la sua filosofia sull'uomo (peraltro purtroppo esatta per molti versi).

Spesso quando i giovani si impongono, chi è maturo ha paura di finire come Sarchiapone. Ma con i nostri giovani no, anzi il

« DA STIAMO LAVORANDO PER VOI
A STIAMO LAVORANDO CON VOI, MOTTO
DI RECENTE POLITICA MEMORIA,
MA CHE RENDE BENE L'IDEA

contrario. Ti stimolano, ti coinvolgono, ti scuotono anche fino a provocarti se serve, ma sempre con quel rispetto che li caratterizza. Ed allora ti senti come in quella scena di *Air Force One* dove si prendono decisioni epiche nella stanza dei bottoni. E noi tutti intorno ad un tavolo da stanza dei bottoni simile a quella del film, alla Scuola di Scienze Aeronautiche di Firenze, prima della Consensus, a prendere sicuramente decisioni non epiche, ma a condividere idee da portare poi a tutti, perché *stiamo davvero lavorando con voi*.

E quella di Sarchiapone rimane una bella poesia, ricordo della tua gioventù da studente.
Bravi ragazzi.



Il Gruppo della Consensus

SPENDING REVOLUTION

RICEVIAMO E VOLENTIERI PUBBLICHIAMO



● di Piero Banna

Il Congresso Nazionale ACOI appena concluso mi induce a proporre alcune considerazioni che mi sembrano positive come innovazioni, non solo organizzative, ma anche e soprattutto di tipo socio-culturale.

Spending review è ormai una parola d'ordine invocata ed abusata per giustificare lacune, difetti e sacrifici richiesti o imposti in tutti i campi della nostra vita nazionale e quindi anche in quello della sanità, sia da un punto di vista clinico-assistenziale che in quello dell'aggiornamento e della formazione dei chirurghi che, alla fine, potrebbero essere ormai ineluttabilmente destinati al sacrificio di sé, sino al martirio, per garantire ai poveri malati, il minimo indispensabile per evitare loro sofferenze e atrocità...

Due considerazioni sul Congresso di Andrea Valeri (e nomino lui per tutti, perché è stato vero protagonista e responsabile primario di una grande *squadra* che comprende tutta la chirurgia ospedaliera italiana, che a lui si è rivolta ed affidata per questo Congresso).

La prima riguarda la sede: invece del faraonico e supertecnologico Centro Congressi siamo stati ospiti dell'Istituto di Scienze Militari Aeronautiche, immerso nel verde del Parco delle Cascine; bellissimo, ma soprattutto ricco di tanti militari in divisa, sorridenti ed accoglienti. Per risparmiare (vi ricordo che vivo di pensione) ho preso il bus dalla Stazione sino alle Cascine ed al capolinea mi sono accostato ed accompagnato ad un giovane poco più che ventenne, che rientrava in Istituto. Mi ha fatto da guida...Veniva dalla Puglia, da Lecce, ed era all'ultimo anno dell'Accademia. Era contento degli

Riflessioni di un vecchio chirurgo innamorato dell'ACOI

studi che faceva, della disciplina che seguiva convintamente ed anche per il fatto che al compimento degli studi sarebbe stato arruolato come ufficiale... Insomma un giovane bello, simpatico e volenteroso, contento di quello che stava facendo, anche se con sacrifici.

L'esperienza di questo incontro tra chirurghi e militari è stata davvero preziosa! Ci siamo ritrovati insieme, uomini tra uomini, e tanti pregiudizi - talora sostenuti e alimentati ad arte da certa stampa e televisione - sono subito caduti e sostituiti da sincere e simpatiche strette di mano al posto dei saluti di ordinanza.

Insomma è stata un'esperienza unica e straordinaria di un reale avvicinamento umano tra istituzioni, tra l'associazione scientifica dei chirurghi e l'Istituto di Scienza Aeronautica: entrambe nella propria missione hanno in comune la ricerca e l'impegno professionale per il bene dell'uomo, della società, del Paese. E tutto questo a costo zero, senza intaccare l'esiguo bilancio del Congresso, costretto in altri casi ad investire notevoli risorse per l'individuazione e l'allestimento dei locali congressuali.



La seconda osservazione riguarda la *cena rustica toscana*, in sostituzione della trita, barbosa e costosissima *cena di gala* dei precedenti congressi. *Peposo, pappa col pomodoro, finocchiona e pecorino toscano, ribollita, fagioli e lampredotto, torta del Bischerò*, tutti prodotti tipici della *cucina povera* toscana che mi hanno davvero soddisfatto. È nota la mia golosità ma quello che mi ha coinvolto ed entusiasmato è stato che tutte quelle prelibatezze mi erano ignote

« SPENDING REVOLUTION:
QUELLA DI SAPERE E RIUSCIRE
A SPENDERE MENO E MEGLIO

e praticamente le gustavo per la prima volta. Invece del lussuoso ristorante con camerieri in guanti bianchi e tempi infiniti da matrimoni, con piccoli piccoli assaggi di disgustosi cabasisi di elefante all'agrodolce, una cena rustica informale *senza cravatta*.

Insomma, alla fine, anche in questa circostanza abbiamo gustato piatti nuovi e straordinariamente gustosi... e facendoci i conti *alla finimmina* (come diciamo in Sicilia per valorizzare la concreta efficacia delle nostre donne), si è speso meno, molto meno, e si è mangiato molto e molto bene!

Siamo stati insieme in grande simpatia, senza orchestra, bensì con un gracchianate, ma discreto giradischi che suonava gradevolissimi vinilici dei nostri tempi, mentre scoprivamo e gustavamo stupiti la straordinaria identità e l'indimenticabile cultura gastronomica toscana.

Anche in questa occasione abbiamo goduto di una *location* unica ed istituzionale, concessa gratuitamente dal Comune di Firenze: il Mercato Generale di San Lorenzo, quello dove ogni mattina, alle cinque, si affollano i banchi di macellai, pescivendoli, verdurai, fornai di tutto il ben di Dio che potete immaginare e desiderare a prezzi popolari!

In conclusione Andrea Valeri e Grazia Millan hanno mostrato in maniera unica e creativa una nuova forma di *spending revolution: quella di sapere e riuscire a spendere meno e meglio*, offrendo un'accoglienza indimenticabile, ricca della toscana verace, che questo Congresso ha riservato a tutti noi. Grazie a tutti, grazie per questo nuovo modo di essere e di offrirsi dell'ACOI che riprende e intraprende nuove ed importanti strade ed interlocuzioni con enti ed istituzioni, oltre a quelli soliti ed in parte desueti dei rappresentanti politici ed industriali della sanità italiana in crisi verace.

SI PUÒ SEPARARE

la direzione clinica da quella gestionale?



● di **Carmine Gigli**
Presidente FESMED

Il blocco dei contratti rallenta inevitabilmente l'attività sindacale, ma ci dà l'opportunità di riflettere su problemi di grande portata, a lungo trascurati, come quello degli incarichi professionali della dirigenza medica. Su questa materia si possono ipotizzare dei cambiamenti, sempre che la politica sia disposta a fare quel passo indietro che chiediamo da tempo e che, più volte promesso, ancora non si intravede. A mio avviso, l'ottica in cui dovremmo muoverci è quella di favorire maggiormente gli stimoli professionali e creare i presupposti per un ambiente di lavoro più sereno per i medici e più soddisfacente per i cittadini-utenti.

Situazione attuale

Com'è noto, il D.Lgs. 502/92 e s.m.i., oltre a stabilire per la dirigenza sanitaria un unico ruolo ed un unico livello, ha riconosciuto al medico dirigente una maggiore autonomia tecnico-professionale rispetto alla legislazione precedente (DPR 761/79). Infatti, il decreto stabilisce che *l'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale*. Nello stesso tempo, la legge ha conservato al dirigente con incarico di direzione di struttura complessa, le specifiche competenze professionali, aggiungendovi le funzioni di direzione e organizzazione della struttura e la gestione delle risorse attribuite (vedi box).

Il riconoscimento dell'autonomia tecnico-professionale a tutti i medici era la naturale conseguenza dell'attribuzione del ruolo dirigenziale. Non è concepibile una dirigenza senza autonomia. Tuttavia, alcuni hanno interpretato *tout*

court l'autonomia al pari dell'indipendenza da qualsiasi autorità e controllo professionale, compreso quello del direttore della struttura e, in alcuni casi, i confini fra le competenze professionali del direttore e quelle dei dirigenti medici si sono praticamente annullati.

Come accade nel nostro paese, quando il legislatore non si esprime con la dovuta chiarezza, prima o poi il potere giudicante interviene per dettare le regole. La Cassazione penale, con la sentenza n. 47145/2005, è intervenuta sulle competenze del Direttore di struttura complessa, riattribuendogli tutte le responsabilità di ordine tecnico-professionale previste dal DPR 128/1969, che molti ritenevano superate dal citato D.Lgs. 502/92. Successivamente la Cassazione civile, con sentenza n. 24144/2010, ha confermato che il primario ospedaliero deve essere sempre a conoscenza delle condizioni cliniche di tutti i degenti, perché ha la responsabilità dei malati della divisione e l'obbligo di definire i criteri diagnostici e terapeutici che gli assistenti devono seguire. Inoltre, deve vigilare sulla corretta impostazione delle terapie, prevenire errori e adottare tempestivamente i provvedimenti richiesti da eventuali emergenze: in pratica quanto stabiliva il DPR 128/1969.

Se a tutto questo aggiungiamo che al direttore di struttura complessa viene attribuita, con il contratto individuale, la responsabilità dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse, dobbiamo riconoscere che si chiede un po' troppo ad una sola persona. Ed i fatti lo provano. Se andiamo a verificare i comportamenti tenuti nella pratica dai direttori di struttura complessa, ci accorgiamo che alcuni si occupano prevalentemente delle specifiche competenze profes-

sionali. Questo, per le branche chirurgiche, si traduce nel passare gran parte dell'orario di servizio in sala operatoria e delegare tutta la parte gestionale. Altri direttori, invece, privilegiano l'organizzazione della struttura e la gestione delle risorse, lasciando ai componenti dell'equipe la gestione clinica dei pazienti. Fra questi due estremi osserveremo tutte le possibili varianti e solo in rari casi, troveremo un direttore che riesca ad assolvere appieno le funzioni professionali insieme a quelle gestionali.

Proposta per il cambiamento

Partendo da queste basi, l'idea di scindere la funzione professionale da quella gestionale diventa degna di attenzione, specialmente se consideriamo le difficoltà che si incontrano per tenersi al corrente delle continue acquisizioni della scienza medica, aggiornare gli accreditamenti e le linee guida locali, seguire l'emissione delle nuove leggi, valutare le offerte del mercato sanitario, esaminare le nuove apparecchiature, etc.

Già alla fine degli anni '90 si era cominciato a discutere su questa possibilità ma, alla fine, venne preferita l'organizzazione dipartimentale *edulcorata*. In pratica, invece di razionalizzare i compiti affidandoli a due distinte figure professionali, si preferì aggiungere l'onere della gestione del dipartimento al direttore di struttura complessa. Senza togliere a costui nulla delle attribuzioni e delle responsabilità della stessa struttura complessa, compreso l'aspetto professionale. In qualche modo la cosa ha funzionato, perché, nella maggior parte dei casi, questo incarico è stato svuotato di contenuti. In pratica, si è preferito elargire un emolumento aggiuntivo in cambio di un impegno solo formale. Intanto la gestione effettiva delle risorse, in termini di acquisti, assunzioni e scelte strategiche, è rimasta saldamente in mano ai rappresentanti del potere politico. In verità, ci sono state delle esperienze regionali, nelle quali il direttore del dipartimento lascia la struttura complessa di provenienza per dedicarsi solo alla gestione del dipartimento ma, sono stati casi rari e l'autonomia gestionale è rimasta modesta. Inoltre, in questi casi, non è stato regolamentato come dovrebbe avvenire il possibile rientro nella struttura di origine. In pratica, nessuno si è posto il problema di come si pos-

sano conservare le abilità proprie della professione e nello stesso tempo, non esercitarla per un periodo prolungato. Nelle Aziende dove il direttore lascia la struttura per assumere il ruolo di responsabile di dipartimento, la soluzione è stata trovata affidando l'incarico a direttori di provata fedeltà politica e prossimi alla fine della carriera. In pratica, costoro vengono avviati attraverso un percorso che li porterà a non esercitare più clinica.

È chiaro che, al di fuori di queste soluzioni che definirei sperimentali e dove la discrezionalità del direttore generale assume dei livelli non accettabili, la questione si potrebbe affrontare istituzionalizzando la separazione degli incarichi di direzione clinica da quella gestionale, già a livello di Unità Operativa. Questo consentirebbe ai medici più portati per gli aspetti gestionali, di acquisire nel tempo le competenze in campo economico che sono necessarie per una corretta gestione delle risorse. Conoscenze

che andrebbero ad aggiungersi a quelle proprie della specialità. Quindi, non una carriera per medici-amministratori, con specializzazioni in igiene, tecniche sanitarie e simili, bensì medici specialisti in una delle branche del dipartimento che dovranno gestire. La presenza di una simile figura a livello delle singole strutture complesse, libererebbe il direttore clinico da tutte le incombenze non assistenziali, consentendogli di dedicarsi esclusivamente alla cura dei pazienti e alla formazione dei giovani medici.

Chiaramente l'intesa fra queste figure dovrà essere massima e, in ogni caso, le rispettive competenze dovranno essere ben regolamentate, perché andranno anche a delimitare gli ambiti delle rispettive responsabilità. Ovviamente, la mia non può essere una proposta definitiva ma solo uno spunto per aprire una discussione e, come chi lancia un sasso in uno stagno, attendo le onde di ritorno, con suggerimenti, critiche e osservazioni, che saranno comunque benvenute.

DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, N. 502

Art.15, commi 3 e 6

3. L'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati. L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multi-professionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale ed aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità. Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare ed alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito.

6. Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione.

LETTERA APERTA al Ministro della Salute On. Beatrice Lorenzin



● di **Tommaso Pellegrino**
Chirurgia Generale, AUO Policlinico
Federico II di Napoli,
Consigliere Nazionale ACOI

Gentile Ministro Lorenzin, innanzitutto Le formulo gli auguri per il prestigioso incarico, per il quale è chiamata a rappresentare il Paese in un settore particolarmente delicato e sensibile come quello della Sanità. Tante e troppe sono le problematiche della Sanità Italiana che si troverà ad affrontare e che quotidianamente hanno conseguenze negative sia per i Chirurghi, sia per tanti pazienti. Tengo a precisare e a premettere che la Sanità italiana è ancora in grado di fornire prestazioni di ottimo livello e questo succede nonostante l'inadeguatezza delle politiche sanitarie.

Una prima e importante iniziativa dovrebbe essere quella di uniformare le cure, a prescindere dalla Regione di appartenenza e garantire le stesse condizioni di lavoro a tutti gli operatori della Sanità. Per far sì che ciò si realizzi, a mio avviso, andrebbe rivisto il Titolo V della Costituzione.

La demotivazione e in alcuni casi anche la rassegnazione di tanti colleghi Chirurghi sono in continuo aumento. Questo, spesso, è dovuto ad un sistema che non premia certamente i più virtuosi, ad un sistema che piuttosto che risolvere i problemi spesso li crea e che troppo spesso non tutela i professionisti che vi operano. Un esempio è rappresentato dalla scelta dei primari o dalla gestione di alcuni concorsi, dall'assegnazione di alcune borse di studio, dalla valutazione di alcuni titoli o dalle possibilità o meglio dalle non possibilità, che hanno tanti giovani di pubblicare su riviste scientifiche, dall'assenza di programmazione in molte Regioni o da un precariato imperante che non crea nessuna certezza per quei giovani che hanno affrontato numerosi sacrifici per conseguire prima la laurea e poi il titolo di specializzazione.

Che senso ha il numero chiuso dei corsi di laurea se poi tanti neolaureati hanno difficoltà ad accedere alle Scuole di Specializzazione; che senso ha il numero programmato nelle Scuole stesse se non c'è nessuna possibilità di accesso nel mondo del lavoro per tanti neo specialisti che spesso per guadagnare qualcosa si devono adattare mettendo completamente da parte la Specializzazione che hanno conseguito. Molte di queste cose, purtroppo consolidate nel nostro Paese, andrebbero decisamente *rottamate*, iniziando a mettere in cam-

**SONO CERTO CHE
IL NOSTRO PAESE
MERITI POLITICHE
SANITARIE ALL'ALTEZZA
DELLA TRADIZIONE,
DEL PRESTIGIO
E DELLE COMPETENZE
DELLA CHIRURGIA**

**L'ACOI SI PROPONE PER UNA COLLABORAZIONE
COMPETENTE E COSTRUTTIVA ATTRAVERSO L'INTERAZIONE
E IL CONFRONTO CON LEI SIGNOR MINISTRO...
ATTRAVERSO I NOSTRI COORDINATORI REGIONALI**



Vincenzo Bottino, Tommaso Pellegrino, Luigi Ricciardelli

po politiche che creino le condizioni per avere professionisti motivati e pazienti più fiduciosi.

Negli ultimi anni stiamo assistendo ad un numero di risarcimenti che è esponenzialmente aumentato e non certo per una diminuzione delle capacità dei chirurghi e dei medici Italiani, ma per una condizione di isolamento che spesso gli stessi vivono, tale da renderli facili bersagli da parte di chi vuole trarne benefici e facili guadagni. Con questo non voglio certamente dire che chi commette degli errori non debba pagare, anzi, al contrario, ritengo che qualora ci siano degli errori che determinano condizione di rischio o di danno, bisogna mettere in atto tutte quelle azioni che possano tutelare i pazienti stessi.

Tra i provvedimenti da affrontare con estrema urgenza c'è quello di rendere obbligatoria la sottoscrizione di un'assicurazione da parte delle Aziende Sanitarie per i medici e per i chirurghi che

in essa lavorano ovvero, ancor più coerentemente, considerare il lavoro all'interno del SSN sotto un'ottica di *rischio d'impresa*. Se sbaglia un Magistrato, è lo Stato che subentra per il risarcimento; se sbaglia un operaio è l'Azienda che interviene per il risarcimento e così tanti altri possono essere gli esempi, non si capisce perché nel caso dei medici le condizioni debbano essere diverse. Altra problematica è rappresentata dal fatto che spesso si viene giudicati da periti e da consulenti poco competenti; sarebbe opportuno istituire un albo che ne possa garantire in modo trasparente il livello professionale e le competenze, al fine di evitare che non specialisti possano esprimere pareri tecnici su interventi di chirurgia maggiore, come spesso è accaduto in numerose occasioni.

L'ACOI si propone per una collaborazione competente e costruttiva attraverso l'interazione e il confronto con Lei Signor Ministro, con le Commissioni dei

due rami del Parlamento e con le Regioni, attraverso i nostri Coordinatori Regionali.

Troppo spesso la politica è stata sorda alle esigenze e ai bisogni dei pazienti e dei Chirurghi; troppo spesso la politica è rimasta distante da quelli che erano gli interessi effettivi di pazienti e medici; troppo spesso la politica non ha saputo dare risposta alla domanda di salute presente nei vari territori. L'assenza di programmazione e di controlli, la presenza di interessi di parte e di logiche clientelari hanno determinato l'attuale situazione di sfiducia e di profonda difficoltà che quotidianamente viviamo.

Confido nella sua sensibilità e nella sua dinamicità per dare un segnale che tanti chirurghi, medici, operatori della sanità e tanti cittadini si aspettano da Lei.

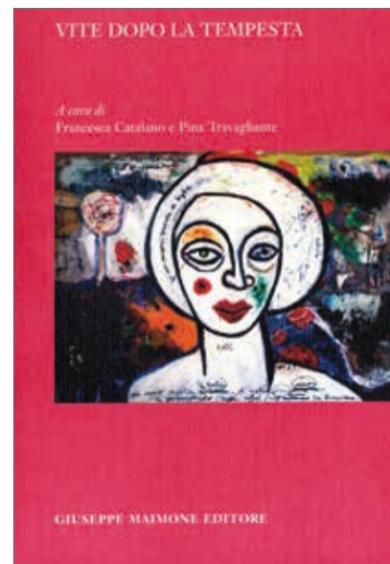
Nel ringraziarLa per la disponibilità e nell'attesa di incontrarla presto, Le invio i miei più cordiali saluti.



Chirurghi del Gruppo ACOI Giovani



Vite dopo la tempesta



A cura di **Francesca Catalano e Pina Travagliante**
G. Maimone Edizioni - Catania 2013

● di **Rodolfo Vincenti**

Vite dopo la tempesta racconta segmenti di esistenze femminili che assumono traiettorie nuove ed imprevedibili in seguito ad una diagnosi di cancro della mammella.

Ventidue storie di vita, testimonianze di rabbia e di speranza, di incredulità, difficoltà e riconsiderazione di sé.

Tra le reazioni comuni iniziali, quella della colomba di Kant, convinta che, in mancanza della resistenza dell'aria, potrebbe volare molto meglio e alla fine prende consapevolezza che è proprio questa resistenza che rende possibile trasformare in volo il battito delle ali.

E così l'evento della malattia fa pensare che all'improvviso la felicità sia perduta e ormai irraggiungibile... La successiva reazione è quella di riconoscere e dare nuove risposte al valore delle cose, al senso del vivere, al privilegio di amare più che di essere amati.

Le autobiografie di queste donne rappresentano un importante strumento di ricerca all'interno di sé, alla rivisitazione del proprio passato decantando

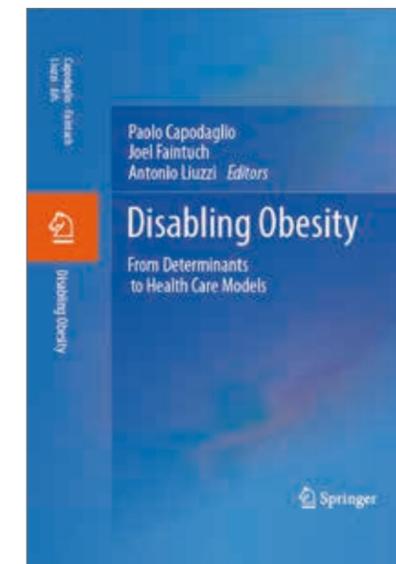
i particolari caduchi sino a ricollocare ed amare in modo nuovo e vero valori, affetti, persone e cose.

Il libro è stato curato da Francesca Catalano, Direttore dell'UOC di Senologia all'Ospedale Cannizzaro di Catania e presidente del Comitato provinciale ANDOS (Associazione Nazionale Donne Operate al Seno), e da Pina Travagliante, professore ordinario di Storia del pensiero economico presso l'Università di Catania.

L'ultimo capitolo è curato da Piero Banna, chirurgo, amico nostro e dell'ACOI e da sempre attento nell'intrecciare la qualità della chirurgia all'umanizzazione della cura. *Una storia di chirurgia tra sentimenti e tecnologia* racconta, con efficacia e per una piacevole lettura, l'esperienza dell'evoluzione e dei progressi avvenuti in quarant'anni di chirurgia del cancro della mammella. Testimonianze di vita di un *anziano* chirurgo che mostra come sia cambiato e possa ancora cambiare l'approccio alla cura di questa malattia.



Disabling obesity: from determinants to health care models



P. Capodaglio, A. Liuzzi, J. Faiuntuch
Springer Verlag, 2013

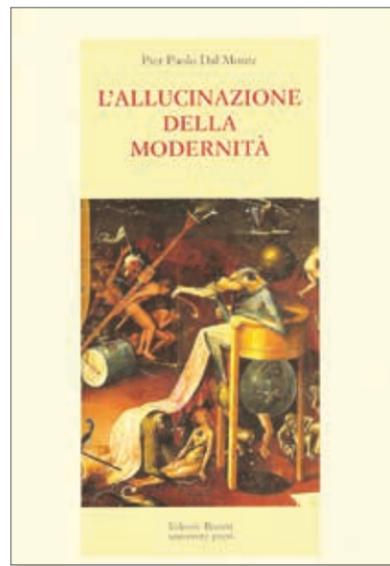
● di **Rodolfo Vincenti**

L'obesità severa con comorbidità rappresenta un fardello economico per i sistemi sanitari in tutto il mondo. Negli ultimi decenni la chirurgia bariatrica ha migliorato le tecniche e le strategie, ottenendo brillanti risultati con benefici sia primari che secondari, quali la remissione del diabete. Dal punto di vista epidemiologico però non tutto è risolto: per migliaia di soggetti tali interventi *salvavita* rappresentano grandi vantaggi, ma tutti dovranno in seguito affrontare lo *stato di post-obesità*. Interventi restrittivi o malassorbitivi sono efficaci se correttamente indicati e condotti, tuttavia non costituiscono la fine della battaglia perché i pazienti devono essere istruiti e seguiti per tutta la vita. Un regime di follow up continuo, interventi successivi, spesso finalizzati al *rimodellamento del corpo*, fisioterapia, regime dietetico, sostegno psico-sociale sono spesso necessari e sempre opportuni. Questi pazienti possono avere delle fasi di disabilità che richiedono un approccio *hic*

et nunc riabilitativo multidisciplinare per minimizzare il progressivo peggioramento clinico-funzionale. La presenza di comorbidità multiple rappresenta spesso un ostacolo all'ammissione in unità cliniche per il trattamento delle malattie metaboliche. D'altra parte unità cliniche con standard ottimali per pazienti normopeso risultano spesso strutturalmente e tecnologicamente inadeguate per la cura di pazienti con obesità severa. La valutazione e il trattamento di pazienti con obesità disabilitante richiedono strutture cliniche dedicate, protocolli riabilitativi condotti da operatori specificatamente formati ed ambienti congrui dal punto di vista ergonomico sia per il paziente che per gli operatori. Lo scopo di questo libro è quello di focalizzare gli aspetti riabilitativi dell'obesità, sottolineando come, in tale ambito, la multidisciplinarietà sia la chiave per contrastare le disabilità correlate all'obesità patologica.



L'allucinazione della modernità



Pier Paolo Dal Monte
Editori Riuniti Univ. press - Roma 2013

● di **Rodolfo Vincenti**

Più di quattrocento pagine suddivise in XI capitoli: questa è la recente fatica di Pier Paolo Dal Monte, chirurgo, bioetico e da sempre attento alle problematiche relative ai modelli socio-economici delle società industriali. La prima parte del libro consiste di una disamina critica dell'ideologia che sottosta al nostro modello di sviluppo, dove si pone in evidenza l'insostenibilità dal punto di vista energetico e ambientale dell'attuale modello della crescita produttiva, con esempi che trattano della produzione di cibo, del consumo di idrocarburi e del riscaldamento globale. La seconda parte presenta una trattazione storico-filosofica della genesi del pensiero moderno e un'analisi storica della civiltà industriale. La terza parte analizza la *mitologia della modernità*, ovvero il complesso di *idee guida* che informano il pensiero moderno e, nella fattispecie, il mito economico e quello dello *scientismo*.

Nella quarta e ultima parte viene analizzata, dal punto di vista sociologico-

filosofico, l'alienazione dell'uomo nella moderna società dei consumi fino alle ultime fasi di grave crisi del nostro modello economico. L'ultimo capitolo tratta di come l'immaginazione sia importante nel plasmare la nostra concezione del mondo e nel dare forma a questo mondo. In quest'ultima parte vengono affrontati anche il concetto di *decrescita* e il concetto di immaginazione dal punto di vista storico-filosofico, cercando di fornire qualche suggestione su come potrebbe essere una diversa immaginazione per costruire un mondo diverso da quello attuale.

La ricognizione storico-filosofica e sociologica è davvero molto ben documentata. Quello che sembra mancare è un'adeguata riflessione sul fondamento filosofico della decrescita. Tuttavia tale trattazione sarà un ottimo punto di partenza per le discussioni future, che potranno scaturire proprio dalla lettura di questo prezioso saggio.

È online il nuovo portale www.acoi.it



Completamente revisionato nella sua struttura e ridisegnato nella grafica, per essere sempre più un utile strumento di informazione e di partecipazione alla vita associativa ACOI. Vuole essere il portale di tutti i soci, aperto ad ospitare

le notizie inerenti alla nostra complessa attività di Chirurghi Ospedalieri Italiani e a informare tempestivamente su tutto ciò che accade o è in programma: Congressi, Formazione, Regioni, News, ACOI TV.

