

RIFORMA SANITARIA: APPROPRIATEZZA E VITA REALE



ACOI NEWS - N°2 Luglio-Settembre 2015, trimestrale

Direttore Responsabile Cristina Cosentino - **Condirettore** Andrea Alicandro**Direttore editoriale** Diego Piazza**Redazione** Diego Piazza, Cristina Cosentino, Andrea Alicandro, Gianluigi Melotti, Rodolfo Vincenti, Luciano Landa, Domitilla Foghetti, Valentina Giaccaglia, Gianluigi Luridiana, Gabriele Ricci, Vito Pende, Roberta Marzullo, Piero Marini, Stefano Bartoli, Francesco Nardacchione**Collaboratori** Luigi Conte (FNOMCeO), Barbara Mangiacavalli (IPASVI), Paola Balducci (CSM), Carmine Gigli (FESMED), Francesca Moccia (Cittadinanzattiva), Marina Davoli (AGENAS), Antonio Azzinnaro**Immagine e coordinamento** Roberta Marzullo - **Progetto grafico** Enzo Pancaldi**Foto** Ivano Di Maria; pag. 17 e 18 Umberto Battaglia; copertina olly@Fotolia.com**Stampa** PrimeGraf srl via Ugo Niutta, 2a - 00177 Roma - tipi.prime@gmail.com**Registrazione Tribunale di Roma n. 48/2015, data registrazione: 23 marzo 2015****Seguici su Web:** www.acoi.it **Twitter:** @chirurgi_ACOI**Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani A.C.O.I.** - Via C. Morin, 45 - 00195 Roma - Tel. 06.37518937 Fax 06.37518941 - P. IVA 10612941004 - C.F. 97015540582 - © Copyright, tutti i diritti riservati

Sommario

3

EDITORIALE

Appropriatezza e vita reale

di Diego Piazza

4

IL CONFRONTO SULL'APPROPRIATEZZA

Una mannaia per i cittadini e un assist ai privati

di Costantino Troise

Metodo sbagliato: coinvolgere medici e società scientifiche

di Carmine Gigli

7

IL TERRITORIO

Scatta una foto al tuo vecchio ospedale

di Gennaro Rispoli

Riforma regionale della sanità: in Sardegna la politica si confronta con i chirurghi

di Pier Luigi Tilocca

12

I CITTADINI

Chirurgie 2015: un punto di partenza!

di Rodolfo Vincenti

FCC: il programma formativo**Scriviamo in stampatello?**

di Luigi Ciccoritti

16

DAL PARLAMENTO

Una riforma a metà

di Dario Borriello

19

COSA ABBIAMO FATTO

Gruppo di studio congiunto SIT-ACOI:**un metodo scientifico per gestire le innovazioni tecnologiche digitali in chirurgia**

di Francesco Gabbrielli, Graziano Pernazza, Micaela Piccoli, Marco Ulivieri

22

BREVİ

26

LA PAROLA ALL'AGENAS

PNE e AUDIT sulla qualità dei dati: un ruolo per ACOI

di Marina Davoli e Alice Basiglioni

28

FORMAZIONE

2016: verso un nuovo piano formativo

di Francesca Vischini

30

DA PARTE NOSTRA

Lettera d(a) un chirurgo mai nato

di Massimo



CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Diego Piazza

Past-President

Luigi Presenti

Vicepresidenti

Pierluigi Marini

Paolo de Paolis

Presidente Onorario

Gianluigi Melotti

Consiglieri

Ferdinando Agresta

Micaela Piccoli

Ildo Scandroglio

Marco Ulivieri

Vincenzo Bottino

Segretario generale

Stefano Bartoli

Segretario tesoriere

Francesco Nardacchione

Segretari Vicari

Maria Grazia Attinà

Giovanni Ciaccio

Paolo Contini

Mario Campi

Luigi Ricciardelli

REVISORI DEI CONTI

Mauro Longoni

Tommaso Pellegrino

COORDINATORI REGIONALI**Valle d'Aosta** Rosaldo Allieta**Piemonte** Felice Borghi**Lombardia** Pierluigi Carzaniga**Trentino Alto Adige** Giuseppe Tirone**Veneto** Valentino Fisco**Friuli Venezia Giulia** Roberto Petri**Liguria** Aldo Cagnazzo**Emilia-Romagna** Alberto Zaccaroni**Toscana** Marco Scatizzi**Umbria** Maurizio Cesari**Marche** Angelo Cavicchi**Lazio** Graziano Pernazza**Abruzzo** Vincenzo Vittorini**Molise** Roberto Cristino**Sardegna** Nicola Cillara**Campania** Mariano Fortunato Armellino**Puglia** Michele Montinari**Basilicata** Nicola d'Alessandro**Calabria** Alfredo Cosentini**Sicilia** Lorenzo Mannino

APPROPRIATEZZA E VITA REALE

di **Diego Piazza**

I recente Decreto Legge 78 del giugno 2015 sui tagli alle prestazioni inappropriate e le sanzioni economiche ai medici prescrittori delle stesse hanno creato un vivace dibattito nella categoria dei medici, con posizioni diverse tra chi è favorevole al decreto come gli oncologi medici, e chi è decisamente sfavorevole, come la maggior parte delle categorie dei medici.

In linea teorica l'eliminazione di prestazioni inappropriate trova tutti d'accordo poiché ciò che è inappropriato non solo consuma tempo e danaro pubblico, ma in alcuni casi può essere anche dannoso per il cittadino che si sottopone all'esame clinico o strumentale inutile. Quindi, se si eliminassero la totalità degli esami clinici e strumentali inappropriati, avremmo una capacità diagnostica vicina alla perfezione senza falsi negativi o falsi positivi.

Avremmo creato dei medici mostruosamente bravi o forse solo dei mostri che prescrivono solo esami utili a formulare una diagnosi senza alcun margine di errore.

Ovviamente questa estremizzazione non può trovare riscontro nella vita reale perché a tutti noi è capitato di prescrivere esami che sono risultati per fortuna *negativi* e forse sarà anche successo di esserci rammaricati per non aver prescritto in tempi più brevi esami clinici o strumentali che sarebbero poi risultati positivi.

Tuttavia questo ragionamento, logico nella sua estremizzazione, non può portare al concetto che ogni medico possa prescrivere esami senza limiti in nome di un patto con il cittadino, poiché per onestà intellettuale il patto medico/cittadino dovrebbe prevedere la possibilità

di raggiungere o escludere una diagnosi con il minor numero di esami possibili. Per raggiungere questo obiettivo intervengono diversi fattori che proverò ad analizzare e agendo su questi si potrà migliorare l'appropriatezza diagnostica con i relativi vantaggi economici. Perseguire con il metodo delle sanzioni economiche i medici prescrittori avrà infatti come unico effetto quello di far ricadere sulle tasche dei cittadini i costi di esami che saranno costretti a pagare personalmente.

Primo fattore da analizzare è la formazione pre e post laurea. Siamo sicuri che in Italia abbiamo una formazione pre e post laurea mediamente ed uniformemente buona?

Un medico ben formato saprà giungere ad una diagnosi o saprà escluderla con il minor numero di esami possibili, mentre chi non ha avuto il privilegio di una buona formazione tenderà ad una maggiore lentezza diagnostica. Ma in Italia chi verifica i formatori di una scienza così nobile come la Medicina? E sempre in tema di formazione mi chiedo l'utilità del sistema ECM che a mio avviso forma solo in poche eccezioni mentre, nella stragrande maggioranza dei casi, serve solo da business per chi ruota intorno ai crediti formativi, che sono più credito economico per il sistema che formazione per i medici.

Secondo fattore che potrebbe positivamente modificare l'appropriatezza prescrittiva è il clima di esasperazione medico/legale nella quale i medici italiani si trovano a lavorare.

Gli svariati miliardi di euro spesi in medicina difensiva con esami, ricoveri e controlli inutili non spariranno neanche sotto la minaccia di sanzioni economiche, poiché i costi di eventuali procedimenti penali e civili supereranno sempre i costi di eventuali sanzioni economiche.

La politica sa bene che senza una legge idonea che limiti la litigiosità medico le-

EDITORIALE

M

gale in Italia, i costi della medicina difensiva e della medicina omissiva andranno ad aumentare. Non si può più tergiversare su questo punto e lo sciopero minacciato dai medici è un grido di allarme di un'intera categoria esasperata dal silenzio assordante della politica e dalle urla scomposte di chi ha trasformato il contenzioso medico legale in un business.

Terzo fattore che influenza l'accuratezza diagnostica dei medici è il livello qualitativo delle strutture nelle quali vengono effettuate le prestazioni.

Strutture con elevati standard qualitativi di diagnostica per immagini ad esempio permetteranno diagnosi più precise e con minor numero di ulteriori esami. Anche per la radiologia vale il discorso dei volumi di attività e dell'aggiornamento tecnologico, per cui un reparto di radiologia ad alti volumi e con un buon aggiornamento qualitativo degli apparecchi radiografici permetterà una diagnosi più precisa e con risorse minori. ACOI è stata da sempre impegnata in prima fila nella formazione post/laurea dei soci, ha ritenuto che il contenzioso medico legale se non contenuto e regolato con opportuni interventi legislativi, sarà l'elemento che contribuirà alla fine di un sistema sanitario pubblico ed universale, e ritiene che ogni singolo medico deve avere la possibilità di lavorare in strutture con un adeguato sviluppo tecnologico e con volumi di attività adeguati alle esigenze di cura dei cittadini.

Se nonostante tutto non sarà possibile agire sui fattori esposti sopra per il contenimento dell'appropriatezza diagnostica e si continuerà ad agire solo con minaccia di sanzioni economiche, lo sciopero sarà l'unico mezzo per farsi sentire ed evitare che, sfruttando il metodo sanzionatorio, si arrivi a punire economicamente tutte le prestazioni inappropriate del SSN, compresi i ricoveri e gli interventi chirurgici inappropriati.

IL CONFRONTO SULL'APPROPRIATEZZA

UNA MANNAIA PER I CITTADINI E UN ASSIST AI PRIVATI

di **Costantino Troise**

Segretario nazionale Anaa Assomed

Un attacco alla professione ed una mannaia per i cittadini: queste le caratteristiche del provvedimento del Ministro della Salute sulle condizioni di erogabilità di 208 prestazioni ambulatoriali.

La appropriatezza, è diventata la ricetta magica per risolvere tutti i problemi della sanità italiana, grazie a costi della medicina difensiva sparati a raffica, senza citare le fonti, in assenza di stime attendibili, assunti ad alibi per un ritiro della tutela pubblica a 22 milioni di prestazioni ambulatoriali, la cui prescrizione è giudicata *eccessiva*, in un settore in cui le stime sono complesse e spesso limitate ad indicazioni episodiche e valutazioni non accurate.

Un mantra di 13 miliardi, calcolati chissà come, che accompagna una invasione nel campo della autonomia professionale dei Medici con un atteggiamento intimidatorio che li addita al pubblico ludibrio come generatori di sprechi e li minaccia di sanzioni, pensate dalle Regioni ma dal Ministro accettate, che inquinano il rapporto medico paziente. Se oggi il paziente pensa che un esame è negato perché il medico non lo ritiene necessario, domani penserà che lo fa per non rischiare di suo.

Ma non è compito della politica definire i criteri della appropriatezza clinica quanto *promuovere e rispettare uno dei tratti essenziali della professionalità medica che è la capacità di discernere caso per caso i bisogni di salute dei pazienti e di assumere la decisione più appropriata in relazione alle condizioni della persona malata, scegliendo ciò che considera più conveniente in quel caso specifico e per quello specifico paziente (Dawsonn 2009).*

È una illusione tecnocratica pensare di sconfiggere la medicina difensiva attraverso protocolli di stato che pretendono di dire, dopo i giudici, ai medici come si fa il medico. Senza riguardo per il rischio civile, penale e patrimoniale insito in un esercizio professionale che, ancora colpevolmente privo di una idonea definizione di colpa medica e sanitaria, opera in organizzazioni che sempre meno operano per garantire al meglio la sicurezza delle strutture, dei processi clinico assistenziali e degli operatori stessi.

La mannaia che il governo si appresta a calare avrà il solo effetto di aumentare la spesa privata dei cittadini, sia legata al ticket per le rigidità e la moltiplicazione di accessi che produce, sia a totale pagamento, a causa dell'aumento dei tempi di attesa che ne deriverà per molte delle prestazioni interessate. Un assist eccezionale al privato.

Senza contare le incongruenze, evidenziate da alcune società scientifiche, in un elenco stilato da funzionari ministeriali, laureati in Medicina magari, ma al riparo dal campo minato della relazione medico-paziente. Nulla salva il visto del CSS che non è composto da tuttologi.

Per recuperare l'appropriatezza perduta senza appiattirsi sulla demagogia e sulla facile cassa, occorre reclutare le intelligenze professionali, perché la lotta contro gli sprechi, per il miglioramento delle cure ed una più adeguata allocazione delle risorse, comporta il coinvolgimento dei professionisti e la valorizzazione del loro lavoro.

Attraverso azioni che rafforzino le cure primarie, le reti cliniche e le comunicazioni tra MMG e specialisti, la program-

mazione della offerta diagnostica, le dotazioni organiche e quindi il tempo dei professionisti ed investano tutte le risorse disponibili per la formazione specifica. Interventi strutturali che, però, non pagano nell'immediato, cui tocca, soprattutto, ridisegnare i modelli organizzativi ponendo al centro le competenze e le conoscenze dei Medici. La governance non è neutrale rispetto alla appropriatezza. Ed una legge sulla responsabilità professionale che metta fine alla prescrizione eterna ed all'inversione dell'onere della prova.

Consapevoli, però, che si muovono dinamiche complesse. *I medici tutti i giorni temono di sbagliare una seria diagnosi e di far precipitare un loro paziente in una tragedia evitabile. Nelle nostre società sempre più punitive i medici temono di essere lapidati pubblicamente.*

Soprattutto i medici più giovani hanno paura dell'incertezza. Noi ordiniamo sempre più test per cercare, spesso invano, di essere sicuri di ciò che vediamo. La paura dei pazienti alimenta la paura dei medici e viceversa; specialmente nei sistemi sanitari frammentati che non presidiano la continuità delle cure. È solo all'interno di relazioni di fiducia che queste paure possono essere contenute. (Iona Heath, medico di famiglia inglese ed editorialista del BMJ).

Continuando ad evitare ogni forma di interlocuzione con i professionisti, meri destinatari di norme e sanzioni, incuranti della loro stanchezza fisica e psichica per un lavoro divenuto oltremodo gravoso e rischioso, in strutture che sempre meno investono sulla sicurezza delle cure, si semina vento. Nessuno si stupisca se si raccoglierà tempesta.



di **Carmine Gigli**

Presidente FESMED

Le polemiche insorte sull'appropriatezza della prescrizione degli esami hanno creato una serie di contrapposizioni e hanno coinvolto argomenti non sempre coerenti con il problema, come spesso accade con le questioni che insorgono su materie oggetto di legislazione concorrente, previste dalle modifiche apportate a suo tempo al Titolo V della Costituzione e che vedono divergere gli interessi che muovono il Ministero della Salute da quelli delle Regioni.

Per rendere meglio comprensibile la questione ritengo sia utile ricapitolare i termini, a partire dal d.l. 78/2015, che all'art.9 quater prevede la *Riduzione delle prestazioni inappropriate* e delega il Ministro della Salute ad adottare le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui al decreto 22 luglio 1996.

Dopo aver specificato che le prestazioni erogate al di fuori delle condizioni previste dal decreto sono a totale carico dell'assistito, la norma detta le sanzioni economiche che l'ente deve applicare al medico che prescrive in maniera non conforme alle indicazioni stabilite dal decreto del Ministro della Salute. Per rendere il tutto più cogente è previsto anche che la mancata adozione dei provvedimenti nei confronti del medico

METODO SBAGLIATO: COINVOLGERE MEDICI E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

prescrittore comporti la responsabilità del direttore generale.

A questo punto il Ministro della Salute non ha fatto altro che aggiornare l'elenco degli esami riportato nel decreto del 1996, aggiungendo le *note di erogabilità* e le *indicazioni di appropriatezza prescrittiva*, dopodiché lo ha inviato per un parere al Consiglio Superiore di Sanità, il quale lo ha arricchito di integrazioni e modifiche e per finire, lo scorso 22 settembre, il Ministro ha presentato il tutto alle OO.SS. mediche.

Nella riunione al Ministero della salute la discussione si era incentrata soprattutto sulle sanzioni previste per i medici (secondo il Ministro su precisa richiesta delle Regioni) ma, nei giorni successivi, il dibattito si è allargato al finanziamento del Servizio sanitario, ai tagli alla Sanità, alle liste d'attesa, alle apparecchiature obsolete, alle linee guida delle società scientifiche, sino a comprendere la medicina difensiva e la libera professione. Tanta confusione richiede di ritornare all'essenza della questione, per consentire una corretta analisi e la ricerca di una possibile soluzione. Da molti anni molti medici e diverse società scientifiche hanno segnalato l'eccesso di esami che vengono prescritti senza una corretta indicazione clinica, non solo per le indagini di laboratorio ma soprattutto, per le tecniche di diagnostica per immagini. Quindi, secondo la maggioranza dei medici ben venga una norma che

richiami all'appropriatezza delle prescrizioni delle indagini diagnostiche.

Altrettanto non si può dire per il metodo scelto per raggiungere questo obiettivo. I medici non possono accettare di essere guidati da altri nella scelta delle indagini cliniche, tantomeno se si tratta di burocrati che lo fanno in maniera clinicamente irrazionale, assoggettando la scelta delle prescrizioni a criteri che subordinano le competenze degli specialisti a criteri economici, al solo scopo di ridurre la possibilità di prescrivere alcuni esami: vedi la scelta di riservare alla prescrizione del genetista medico una serie di esami, creando i presupposti per lunghe liste di attesa dato lo scarso numero di questi specialisti.

Ma l'errore di metodo non si è fermato qui, c'è di peggio: si vogliono perseguire degli obiettivi clinici attraverso le sanzioni. In pratica, viene esplicitata nella legge la sfiducia nei confronti dei medici, come se fossero i responsabili degli sprechi in sanità.

Con questi presupposti era inevitabile uno scatto di orgoglio da parte della nostra categoria, tanto maggiore per il fatto che un simile atteggiamento provenisse dalle Regioni, i cui rappresentanti sono sulle cronache quotidiane per episodi di sperpero del denaro pubblico, di corruzione, di plateale rifiuto a rinunciare ai loro privilegi.

Il punto chiave della questione è quindi,

la volontà politica di ridurre il numero delle prestazioni da erogare a carico del S.S. e che si vorrebbe ricondurre a quelle ritenute *appropriate*, per utilizzare un termine abusato e quanto mai ambiguo, poiché riporta inevitabilmente a ricercare chi ha titolo per individuare l'appropriatezza. Il principio non è sbagliato di per sé ma la strada per raggiungerlo non è semplice e non può essere banalizzata con delle sanzioni. Probabilmente la questione risente del fatto che negli ultimi anni la medicina non ha fatto grossi passi in avanti nella cura delle malattie più gravi e l'attenzione si è spostata sempre di più dalla cura del paziente alle prestazioni da erogare al paziente: *non ti guarisco ma ti presto tante cure*. È chiaro che seguendo questa tendenza la richiesta di prestazioni è destinata ad aumentare sempre di più, con un allungamento delle liste di attesa e quel che è peggio, senza che ne derivi un reale beneficio per la salute.

Secondo il mio punto di vista, solo le linee guida ed i protocolli diagnostici, stilati e tenuti aggiornati dalle società scientifiche, possono fornire una corretta indicazione sull'appropriatezza delle prescrizioni e delle prestazioni. Se si decidesse di seguire questa via, le sanzioni previste dal decreto non sarebbero necessarie, poiché l'inappropriatezza della prescrizione costituirebbe una questione deontologica, per la quale i medici sono già attrezzati con un proprio codice, il quale prevede anche delle sanzioni ma, da erogare dopo il giudizio operato da altri medici. In tal modo si eviterebbe di fornire ai burocrati delle regioni un nuovo potere sanzionatorio nei confronti dei medici e si impedirebbe il ripetersi degli effetti dirompenti, che hanno avuto nei rapporti di lavoro le sanzioni introdotte nella Aziende del S.S. con le norme sulla *Responsabilità Disciplinare*.

Concludo con le parole pronunziate di recente dal presidente del Comitato di Settore Sanità delle Regioni **Massimo Garavaglia**, a proposito della provvedimento sull'appropriatezza prescrittiva: *non servono sanzioni, ma collaborare con i professionisti del settore*.



N IL TERRITORIO

SCATTA UNA FOTO AL TUO VECCHIO OSPEDALE

**Cosa è un vecchio ospedale?
È la memoria di un Maestro o di una corsia
dove abbiamo mosso i primi passi come medici
o una sala operatoria che ha visto
le nostre prime esperienze.**

di **Gennaro Rispoli**

Primario Chirurgo Ospedale *Ascalesi*
Direttore del Museo delle Arti Sanitarie

È raro che un chirurgo o un medico, inseguendo il posto di lavoro o sogni di carriera, trascorra tutto il percorso professionale tra le stesse mura ed ognuno di noi ha conosciuto più luoghi di cura.

La nostra generazione in particolare, in base ai nuovi decreti sulla sicurezza degli ambienti sanitari, ha assistito, quasi mai da protagonista, a sventramenti e costruzioni di nuovi padiglioni o di nuovi ospedali con una edilizia sanitaria più adatta ai tempi ed ai bisogni assistenziali. Certo le nostre sale operatorie somigliano sempre di più alla cabina di pilotaggio di un aereo, dall'atmosfera ben diversa da quegli stanzoni quadrati ri-

vestiti di piccole piastrelle con i bollitori e le autoclavi negli angoli della stanza. Però le pietre degli ospedali antichi e monumentali restano autentici pilastri della salute e della storia sanitaria del paese. Il medico trascorre certamente più tempo in ospedale che non a casa e quando pensa e riflette sulle sue origini e sulle sue tradizioni di scuola va col pensiero ai ricordi dell'antica casa.

Parte così, con una vena romantica, il ricordo dei *luoghi e le vie storiche della salute* che diventa un progetto forte dell'Associazione "Il Faro d'Ippocrate" e del Museo delle Arti Sanitarie di Napoli che raccoglie da anni le immagini degli antichi ospedali storici e monumentali del paese.

Nell'ottobre dello scorso anno presso l'ospedale "Incurabili" di Napoli è stata realizzata una mostra fotografica sugli ospedali storici e monumentali del paese. Tante le immagini degli antichi ospedali italiani, corredate da piantine architettoniche, molte anche di complessi ospedalieri europei. Un Convegno satellite sul tema segnalò, accanto alla valorizzazione del patrimonio artistico sanitario, la necessità di un progetto pilota in collaborazione con il Ministero dei Beni e delle Attività Culturali e del Turismo, avente l'obiettivo di catalogare gli Ospedali Antichi, le Spezierie, le Università storiche, i Sanatori, le Terme, gli Ospedali Psichiatrici, insomma tutti i luoghi eretti a beneficio dei sofferenti, partoriti dallo spirito solidale di una comunità.

Nel Medioevo ed oltre, accanto ad ogni chiesa sorgeva un ospizio con l'intento di offrire assistenza, più che cura, ai pellegrini e agli ultimi reietti della società: uno spirito ben diverso dall'edilizia dei complessi monumentali che si sviluppa per tutto il Rinascimento nel nostro paese da Roma a Milano, da Palermo a Firenze, da Genova a Bologna, in un quadro di situazione culturale e scientifica stimolante.

Nel Settecento gli edifici eretti a beneficio dei sofferenti rappresentano autentiche opere d'arte e l'Ottocento vedrà i nosocomi italiani rielaborare le necessità della cura con una edilizia



IL TERRITORIO



Ospedale Galliera, Genova: sala operatoria di fine '800 (gentilmente fornita dal dr. Serventi)

sempre più attenta ai bisogni della popolazione e ai principi attuali della medicina moderna. I luoghi sono spesso il quadro complessivo della situazione culturale, politica ed economica con differenze collegate ai diversi stati italiani: allora come ora le università e gli ospedali sono frutto di una mediazione tra bisogni sanitari, economia e politica. Analizzando gli statuti e i regolamenti degli antichi stabilimenti ospedalieri e delle università e delle spezierie, si apprezza un rigore amministrativo ed una attenzione a verifiche e controlli degni di un moderno management e governo clinico.

Lo storico tradizionale spesso non considera i luoghi di cura e di salute quali prove tangibili della storia passata e della cultura: invece l'ottica della storia della medicina ci consente, attraverso l'analisi delle malattie, delle epidemie e delle scoperte scientifiche, di tracciare una storia più autentica delle città e del paese. Presso il Museo delle Arti Sanitarie è attivo un Centro di Documentazione che ha già catalogato oltre quattrocento ospedali storici italiani: molti di essi non sono più luoghi di cura e svolgono funzioni ancillari dell'assistenza e della prevenzione o peggio ancora sono sta-

ti saccheggiati, oltraggiati da abusi ed hanno perso la loro anima. L'ospedale è un luogo speciale: luogo di sofferenza per gli infermi e palestra del guarire con l'amore e la passione di chi ha devoluto il tempo dell'intera vita alla ricerca ed all'assistenza.

Ecco perché abbiamo intrapreso questa ricerca sui luoghi della memoria che è una ricerca delle proprie radici ed anche un omaggio a generazioni di colleghi che per disciplina, conoscenza e rigore etico hanno fondato numerose scuole nel paese. In un tempo come quello odierno, con pochi valori etici e

una domanda di salute che trova solo risposte tecniche ed economiche, forse c'è voglia di certezze più antiche come lo spirito che animò i nostri predecessori. Una sfida interessante è la ristrutturazione e la fruizioni di questi antichi ospedali, spesso situati nel centro storico delle città, autentici capolavori d'arte da preservare, ma anche attivi e necessari luoghi di cura. A Genova, nell'ambito del Congresso Nazionale, per la disponibilità dei Presidenti Ferdinando Cafiero e Marco Filaurò, sono state proiettate immagini dello schedario del centro, con in testa le foto storiche dell'Ospedale Galliera fornite

dal dr. Serventi. L'entusiasmo del presidente ACOI Diego Piazza e di tutto il Consiglio Direttivo ha consentito di presentare, nell'ambito della Assemblée ACOI, il progetto **Le vie e i luoghi della Salute** chiedendo ad ogni chirurgo italiano di scattare una foto del suo vecchio ospedale, raccontare una storia che lo ha caratterizzato e perché no anche le sue riflessioni sul tema.

Ne verrebbe fuori una documentazione originale e straordinaria della cultura scientifica del paese ed un omaggio alle antiche corsie, pietre miliari della storia dell'assistenza.

Foto e riflessioni personali...

possono essere inviate ai seguenti indirizzi:

gennaro.rispoli@acoi.it
info@ilfarodippocrate.it

Coloro che invieranno materiale sono ovviamente coinvolti e citati nel progetto **Le vie e i luoghi della Salute**.



Ospedale S. Maria del Popolo degli Incurabili, Napoli: facciata della farmacia

RIFORMA REGIONALE DELLA SANITÀ:

IN SARDEGNA LA POLITICA SI CONFRONTA CON I CHIRURGHI

di Pier Luigi Tilocca

Coordinatore regionale Sardegna ACOI giovani



Con la promulgazione della legge regionale n. 23 del 17 novembre 2014 e le successive delibere attuative si cercherà di apportare un profondo cambiamento all'assetto assistenziale sardo.

Il provvedimento dispone quanto condiviso a livello nazionale, con la proposta di Regolamento approvato dalla Conferenza Stato Regioni del 5 agosto 2014, successivamente tradotto nel Decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015.

I capisaldi della proposta, attualmente oggetto di fitta discussione e contrattazione nelle sedi preposte, mirano alla riorganizzazione del servizio mediante l'istituzione di un sistema all'anglosassone, articolato in Hub (elevata com-

È al via in Sardegna la riforma della sanità e, a discutere di obiettivi e modalità, insieme all'assessore regionale c'erano i rappresentanti di Acoi.

plexità di diagnosi e cura) e Spoke (media e bassa complessità di diagnosi e cura).

In sostanza si prevede una rete ospedaliera molto articolata, con punti di eccellenza e parallelamente ospedali di livello territoriale, con lo scopo di mantenere il giusto equilibrio tra qualità dell'assistenza erogata e utilizzo razionale delle risorse.

Tra gli obiettivi finali della riforma, oltre quello del risparmio di risorse pubbliche, è trattare in ospedale casi più complessi e in poco tempo, evitando che i pazienti rimangano troppo a lungo in ospedale per casi non complessi, e correggere una rete ospedaliera eccessivamente diffusa, che rappresenta quasi l'unico riferimento con ospedali deboli nei quali il trattamento viene frazionato.

È chiaro che in questo scenario anche le chirurgie subiranno, necessariamente, un rimaneggiamento.

Stando a quanto indicato nella delibera attuativa del 28/07/2015 i criteri che lo guideranno mireranno a perseguire la specializzazione dell'offerta ospedaliera e, solo secondariamente, la riduzione dei posti letto chirurgici, regolata in base ai tassi di occupazione e alla programmazione.

Come già sottolineato è in corso proprio in questi giorni un acceso confronto tra le organizzazioni sindacali e comitati di cittadini da una parte e i rappresentanti sia della Regione che

delle aziende ospedaliere dall'altra. E in quest'ottica, **l'assessore regionale alla sanità Luigi Arru ha ricevuto il 7 Ottobre, presso gli uffici dell'assessorato a Cagliari, una delegazione di chirurghi formata dai direttori delle unità operative complesse facenti parte di ACOI, ma nella quale hanno trovato posto anche gli esponenti regionali dell'Associazione: i coordinatori nazionale e regionale della sezione giovani e il coordinatore regionale.** Durante l'incontro, nel suo discorso introduttivo l'assessore Arru, ha sottolineato che al momento parliamo di una delibera ad approvazione preliminare aperta al dibattito pubblico. Dibattito ancor più reso necessario dal fatto che il concetto di "rete" assistenziale starebbe entrando con difficoltà nel vocabolario della classe medica regionale. Egli stesso è infatti consapevole che si tratti di nuova cultura della modalità del lavoro assistenziale, il cui cuore pulsante sarebbe rappresentato dalla nuova rete dell'emergenza-urgenza. In questo senso **Arru ha invitato le società scientifiche, e nello specifico ACOI, a farsi garanti dei percorsi e della valutazione dell'attività chirurgica delle unità operative.**

Questo per evitare, nelle intenzioni dell'assessore, che nessuno dei chirurghi senta svilite le capacità professionali maturate negli anni. Perché è chiaro che la necessaria riorganizzazione dovrà basarsi su dati obiettivi come,

IL TERRITORIO



ad esempio, il rapporto volume-esiti. Appunto per moderare ciò che da questi emergerebbe, e per evitare tagli, si sono poste le basi per la creazione di un consiglio sia delle professioni che delle società scientifiche, che siano il perno della riforma.

Su quanto affermato dall'assessore si è inserito **Luigi Presenti, past-president di ACOI e direttore ad Olbia, che, accogliendo la proposta di Arru, ha invitato i colleghi primari ad un confronto franco, auspicando che i chirurghi sardi abbiano il coraggio di mettersi in discussione, producendo in tal modo una proposta credibile e per far sì che le modalità di attuazione della riforma derivino il più possibile dalla condivisione con il mondo della professione.**

Il coordinatore regionale di ACOI Nicola Cillara ha messo in luce come nella bozza di riforma manchi attualmente, a fianco alla creazione delle altre

reti specialistiche, un programma che riguardi nello specifico la realizzazione della rete chirurgica.

Questa dovrebbe dare una risposta adeguata su ogni patologia di interesse chirurgico, oncologica e non, pur con la consapevolezza della necessità della riduzione e redistribuzione dei posti letto a fronte di garanzie sulla conservazione degli organici. Tra le criticità sottolineate dal coordinatore regionale, l'impossibilità della gestione dei ricoveri urgenti provenienti dai PS e il conseguente numero elevato di ricoveri impropri e l'annoso problema della formazione dei chirurghi, affidata solamente alle università, e che il più delle volte non conferisce al professionista l'autonomia necessaria per operare in sicurezza una volta impiegato nel territorio.



Auspiciando, pertanto, che la nuova rete chirurgica preveda programmi efficaci per la formazione.

La decisione di intavolare la discussione con la categoria chirurgica è segno di sensibilità e attenzione da parte dei vertici politici regionali e indica, per quanto possa emergere in questa fase preliminare, la volontà di condurre una riforma che tenga in considerazione le specificità e le criticità del territorio. Elementi che solo chi vive quotidianamente l'assistenza può mettere in luce al meglio.

N I CITTADINI

CHIRURGIE 2015:

di **Rodolfo Vincenti**
Presidente Fondazione Chirurgo
e Cittadino

UN PUNTO DI PARTENZA!

Ferdinando Cafiero e Marco Filairo, ben coadiuvati da Aldo Cannizzo e da tutti i referenti delle 13 Società Scientifiche chirurgiche che hanno costruito il grande evento scientifico di giugno 2015, possono essere soddisfatti:

innovazione, tecnica e tecnologia all'avanguardia sono stati ampiamente proposti e dibattuti durante il Congresso Nazionale e hanno rappresentato lo stato dell'arte chirurgica aggiornato con ampi sguardi sulle potenzialità future: se questa è la premessa, siamo più ottimisti per il prossimo Congresso unitario di tutte le Società Chirurgiche previsto a Roma nel 2016.

Per la FCC il successo, se possibile, è stato ancora più eclatante: Chirurgie 2015 è stato il primo congresso nazionale nel quale i temi correlati alla comunicazione chirurgo-paziente, all'handover clinico sono stati ampiamente trattati, quale importante no-technical



skill, all'interno delle numerose sessioni tecniche. I dati della letteratura parlano chiaro e dimostrano come l'handover con il paziente e quello clinico siano essenziali per la sicurezza del percorso di cura: un chirurgo moderno 2.0 non può non avere nel proprio bagaglio professionale tali concetti e deve pianificare,

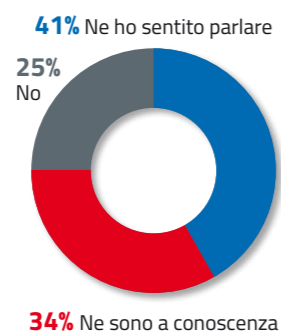
costruire e standardizzare i relativi sistemi organizzativi al fine che la macchina sicurezza funzioni con efficacia. In un'ottica del tutto promozionale, volendo sensibilizzare i chirurghi alle tematiche di FCC, si è voluto organizzare una lotteria aperta a tutti i partecipanti al Congresso (medici e non) dando la possibilità di ottenere gratuitamente un biglietto numerato utile per l'estrazione, ma chiedendo di rispondere a un breve questionario, sottoposto sia per via web che in sede Congresso.

Il premio in palio è stata una splendida bicicletta a pedalata assistita. I biglietti ritirati dai concorrenti sono stati 298. L'estrazione dall'urna del tagliando vincente, da parte di due gentili hostess, è avvenuta in corso del CdA della FCC alle ore 13 del 25 giugno. Una giovane chirurga, la dr.ssa Simona Ghisio (foto), in organico presso l'A.O. di Vercelli, è stata la fortunata vincitrice e in pochi giorni ha ricevuto il premio presso il proprio domicilio.

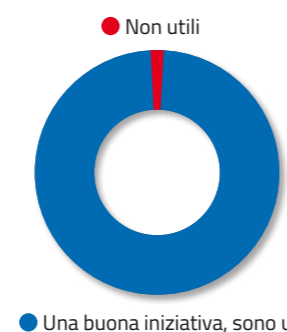
Il sondaggio

I dati risultanti dai questionari sembrano essere di conforto e di sostegno alle attività e ai progetti formativi sulla comunicazione in equipe e con il paziente, che FCC ormai da anni organizza in ambito ECM. Il 75% dei rispondenti è a conoscenza dei progetti di FCC (tab 1), praticamente tutti ritengono utili tali attività (tab 2), e il 73% si dichiara disponibile alla partecipazione attiva (tab 3). È soprattutto a questi ultimi che rivolgiamo l'invito a seguire le nostre attività e farsi promotori di attività formative similari per le quali la FCC sarà in grado di fornire tutto il supporto necessario.

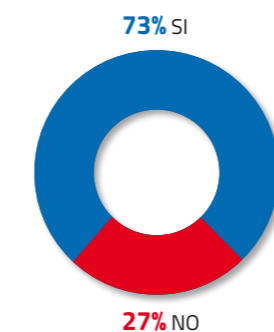
Tab 1. FCC ogni anno rinnova il programma delle attività realizzate a favore dei propri sostenitori; volevamo sapere il suo grado di conoscenza del programma. È a conoscenza del programma?



Tab 2. FCC organizza periodicamente programmi di formazione e di aggiornamento in ambito territoriale. Volevamo sapere se lei le ritiene:



Tab 3. Sarà presente alle prossime giornate di formazione che FCC organizzerà nel suo territorio?



IL PROGRAMMA FORMATIVO



24 - 26 ottobre, Ferrara
17° Congresso nazionale Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e delle nuove tecnologie - SICE
Tavola Rotonda:
La comunicazione delle buone pratiche chirurgiche: tra l'emozione ed il linguaggio della linee guida

2 ottobre, Parma
41° Congresso Nazionale Associazione Nazionale dei Medici Dirigenti Ospedalieri ANMDO
Il cittadino e la digitalizzazione sanitaria: rischi ed opportunità

7 ottobre, Firenze
International Society for Communication Science and Medicine ISCOME
Regional Conference
Building Bridges: Communication for Patient Safety

17 ottobre, Benevento
Lectio Magistralis:
Dall'ascolto al dialogo

20 - 22 novembre, Rimini
IV Congresso Nazionale della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute
Dipartimento Dispositivi medici

11 dicembre, A.O. Cardarelli - Napoli
2° Corso Campano di Formazione
Competenze di comunicazione e counselling in chirurgia

12 dicembre, A.O. S. Eugenio - Roma
Corso di Formazione
La comunicazione critica in chirurgia



Sostieni la FCC

Diventa un socio sostenitore o effettua una

Donazione

Dona con PayPal: è rapido

I CITTADINI

SCRIVIAMO IN STAMPATELLO?



di **Luigi Ciccoritti**
Fondazione Chirurgo e Cittadino

Italiana degli Ingegneri Clinici) ed è il risultato dell'impegno e della determinazione del coordinatore Enrico Pernazza, responsabile della qualità dell'ACOI. A Pernazza quindi, rivolgiamo alcune domande perché possa meglio spiegare presupposti, obiettivi e potenzialità di tale iniziativa.

lista delle priorità di azione negli ambiti formativo e applicativo. La strategia associativa ha preso inizialmente forma con l'iniziativa *Qualità e sicurezza nel percorso chirurgico* che ebbe l'apprezzamento del ministro per la Salute Ferruccio Fazio e dell'allora direttore generale dell'Agenas Fulvio Moirano oltre ad un importante riconoscimento di qualità da parte del "Public Affairs Awards 2012". Il progetto si è sviluppato con il contributo e l'adesione di 45 Aziende sanitarie, omogeneamente distribuite sul territorio nazionale, identificando sei obiettivi operativi precisi. Non a caso al primo posto dell'elenco dei traguardi da raggiungere c'è la *comunicazione*, che come abbiamo accennato fa da leitmotiv in tutti i progetti proposti. A seguire, strettamente apparentate con il primo punto-chiave, *documentazione e tracciabilità. La verifica delle apparecchiature, dei presidi e dei farmaci, l'identificazione del paziente per sito, lato e procedura. Empowerment del paziente e gestione clinica* sono le ultime, ma non certo meno rilevanti, tappe della roadmap.

In quale contesto nasce il TIISO e quali presupposti?

È nato a partire da una nostra proposta, ma ha interessato da subito altre quattro realtà. L'aspetto più importante è che le società coinvolte condividono l'idea che ciascun membro di una équipe debba essere consapevole della sua importanza e delle responsabilità che ha in materia di sicurezza: riteniamo che proprio questo sia un aspetto decisivo del progetto. Il fattore che ha fatto scattare il nostro impegno sono i dati, provenienti da tutto il mondo scientifico, che parlano di cifre allarmanti nel descrivere il fenomeno degli eventi avversi in sanità. Si ha l'impressione che il problema sia, al momento, troppo sottovalutato.

Come giudica la situazione in Italia?

In Italia la questione è trascurata e soprattutto poco analizzata: mancano dati precisi ed attendibili e quindi c'è l'impossibilità di una valutazione dettagliata degli errori in modo da consentire le opportune correzioni. Ricordo che tra le motivazioni principali degli eventi avversi, i soccorsi tardivi rappresentano il 5,4%, il 33% di incidenti è riconducibile alle strutture sanitarie, ma ben nel 48,2% dei casi il fattore umano è responsabile del danno.

Di fronte ad un simile quadro, cosa sta facendo l'ACOI?

ACOI ha posto, sin dal 2008, le istanze della *Qualità* e della *Sicurezza* in cima alla

reiterazione del termine *team work*, nei 10 obiettivi dell'Oms per la chirurgia sicura, ha avuto origine il TIISO.

L'OMS nel 2013 nella "Medical malpractice claims analysis" ha messo in luce i danni delle cattive pratiche fornendo uno spaccato degli ambiti, degli interventi o terapie, che maggiormente risultano esposte a errori e come essi in gran parte risultino evitabili attraverso strumenti di controllo di sistema.

Il problema non riguarda solo la raccolta di questi dati, peraltro abbastanza lacunosi, bensì la proposta di azioni correttive che ne misurino l'efficacia, con un monitoraggio, un controllo e una valutazione costanti. I medici hanno istintivamente una cultura e un modo di lavorare individualistico. E questo ha funzionato bene fino a quando la medicina è stata semplice e poco tecnologizzata. Oggi, in situazioni sempre più complicate e complesse, la tecnologia rischia di costituire non già un vantaggio, ma un importante fattore di rischio, se non è governata a dovere. Intuizione e capacità di iniziativa sono ancora assolutamente necessarie, ma, in un sistema complesso, se non inserite in un contesto di *équipe*, rischiano di aumentare il rischio di errori. Le checklist, rappresentano uno strumento di grande efficacia perché aumentano la sicurezza dei pazienti, migliorano la comunicazione e il coinvolgimento delle varie professionalità afferenti nel team e soprattutto costituiscono un elemento di garanzia anche per il professionista. Possono non essere sufficienti a indurre un reale cambiamento, ma continuare a lavorare come si è sempre fatto può divenire molto più pericoloso. Le *checklist*, consentono di non disperdere memoria, attenzione ed energie su attività banali, semplici, reiterate e ovvie (ma da considerarsi ugualmente come *elementi chiave* la cui dimenticanza può però provocare un danno gravissimo), permettendo invece agli operatori di concentrarsi sulle attività più complesse; quelle cioè che richiedono il massimo dell'attenzione.

Quali sono i dati disponibili sull'utilizzo di checklist nelle A.O. italiane?

Purtroppo, non infrequentemente il ricorso a esse è inibito dalla struttura ancora fortemente gerarchica del sistema. Le evidenze delle quali ACOI e TIISO sono in possesso, mostrano che il loro utilizzo è nel complesso ancora troppo marginalizzato. Inoltre, stando ancora a quanto verificato nella pratica di ogni giorno, i dati di *feedback* sulla loro adozione non sono sottoposti a un monitoraggio autenticamente affidabile. Il che contribuisce a mettere in dubbio e, nella sostanza, in crisi, una metodologia che la letteratura mondiale considera vincente.

Quali sono le vostre proposte sul tema qualità e sicurezza?

Sono più di una. La prima, alla quale ho già accennato è il *Progetto Q&S nel percorso chirurgico* (proposta da ACOI, realizzata in collaborazione con il Politecnico di Milano) e sulla quale verrà a brevissimo presentato un *report*, trattandosi certamente di una raccolta dati statisticamente molto significativa. La seconda è un progetto di ricerca (*Operating Room Management System*) ideato e proposto dal Dr. Buccilli, ingegnere clinico, che ha come suo obiettivo specifico quello di costruire una analisi di *benchmarking* di differenti realtà operative chirurgiche italiane, con tre ulteriori, e distinti, traguardi: quello di disegnare un percorso chirurgico *standard*, definire coefficienti di efficienza a loro volta standardizzati, analizzare i rischi legati ai flussi di lavoro in sala operatoria in modo da evidenziare le eventuali aree critiche di inefficienza e incremento del rischio clinico.

La comunità scientifica in tal modo entra direttamente in gioco anche in fase di controllo degli sprechi. Quanto alla terza, in una visione ossessivamente tecnologica, può essere anche giusta la **proposta di scrivere i documenti sanitari in stampatello**, come ha recentemente suggerito il co-presidente della Società Italiana di Cardiologia Geriatrica (SICGE) Alessandro Boccanelli. Tuttavia è innegabile che essa appaia anche datata e, inevitabilmente, foriera di più di un commento ironico. Meglio invece utilizzare la tecnologia per ottenere anche la sicurezza. TIISO

ha valutato consapevolmente la proposta dell'autore di OGC di affidare al Tavolo la promozione e l'organizzazione di un progetto formativo, all'interno delle strutture ospedaliere, relativo alla simulazione da parte degli operatori sanitari dell'approccio ad un percorso virtuoso e virtuale realizzabile grazie alla metodologia OGC "

Digitalizzazione in tema di sicurezza clinica?

È fissata per il 26 ottobre prossimo a Napoli, nel contesto di un *meeting* nazionale presso l'Ospedale Monaldi, (A.O. dei Colli di Napoli,) la presentazione dei risultati di uno studio osservazionale multicentrico nazionale, attivato dall'AO dei Colli di Napoli, già giudicato esecutivo dal Ministero della Salute (CCM2013) dal titolo: Pianificare, Umannizzare, Misurare: Una Smart Clinical Pathway per una Sanità giusta: *Online guided checklist (OGC)*.

La digitalizzazione rappresenta un vero passo in avanti verso il futuro, per supportare gli operatori nell'intricato processo comunicativo, minimizzando la possibilità di insorgenza di errori di comunicazione ed eventi avversi al paziente.

Minimizzare gli sbagli; evidenziare i quasi-errori.

Nella attuale realtà di parcellizzazione dei sistemi sanitari, nella giungla di sistemi informativi che spesso non sono dialoganti tra loro neppure nell'ambito di singole aziende, il bisogno di centralizzazione e soprattutto il bisogno di controllo si fanno ogni giorno più pressanti. È evidente che per avere successo (massimo livello di qualità e sicurezza della chirurgia nell'interesse sovrano dei pazienti e degli operatori), sono necessari tanto un confronto quanto soprattutto l'attivazione di sinergie con le istituzioni nazionali e regionali. Il riconoscimento internazionale delle nostre società scientifiche passa non certo attraverso l'eccellenza tecnica, che per quel che concerne la chirurgia è, nel Paese, decisamente molto elevata, bensì attraverso l'eccellenza organizzativa e la qualità percepita: aspetti in merito ai quali si denotano ancora numerose lacune.

DAL PARLAMENTO

UNA RIFORMA A METÀ



Tagli per 5-6 miliardi, ma Renzi alla Camera rassicura: Sanità è unico settore che si sta incrementando. Opposizioni all'attacco, il M5S annuncia mobilitazioni.

di **Dario Borriello**

Giornalista parlamentare e scrittore

Stringere la cinghia non comporta necessariamente la fine del Servizio Sanitario Nazionale, così come fare attenzione alle spese non migliorerà per forza il sistema del welfare italiano.

O, almeno, quello che siamo abituati a conoscere. Perché nei piani del governo, che ha annunciato una Legge di stabilità da circa 25 miliardi di euro - parole del premier, **Matteo Renzi** - anche il Ssn avrà il suo giro di vite. Tagli che nei business plan degli economisti dovrebbero permettere di risparmiare un bel po' di risorse alle casse dello Stato, all'incirca 5-6 miliardi, sommando anche la spending review nei ministeri e la razionalizzazione degli acquisti nella Pubblica amministrazione.

Il dossier è stato affidato ad uno dei consiglieri più ascoltati dal presidente del Consiglio, **Yoram Gutgeld**, che ha ereditato il compito di proseguire nel piano di razionalizzazioni creato da **Carlo Cottarelli**, e uno dei capitoli più corposi su cui il team di Palazzo Chigi sta lavorando è proprio la sanità. Il deputato del Partito democratico ha più volte parlato di una razionalizzazione

del costi. L'obiettivo, infatti, è sempre quello di ridurre i centri di spesa, dunque tagliando le possibili fonti di spreco. Innanzitutto rinegoziando i contratti già stipulati, con l'obiettivo di ridurre i costi di un 5% rispetto agli accordi iniziali. In secondo luogo limitando le prestazioni a quelle di stretta necessità (il famoso, o famigerato, *Decreto Appropriately*), mentre il resto dovranno essere a carico del cittadino. Il giro di vite riguarda anche i medici, che pagheranno di tasca propria (sul salario accessorio) per ogni violazione a queste nuove regole. La spending sanitaria riguarderà ovviamente anche i ricoveri ospedalieri e spese per farmaci e macchinari.

Il tema è delicato, dunque ogni minimo rumore provoca una valanga. Solo per fare un esempio, le parole pronunciate dal presidente del Consiglio, Renzi in una puntata di *Otto e Mezzo* hanno acceso il fuoco della polemica con le organizzazioni sindacali. Il premier ha detto infatti che *sulla sanità, se le cose vanno in un certo modo, male che vada nella legge di Stabilità ci saranno le stesse cifre di quest'anno.*

Le fiamme alte della protesta hanno costretto il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** a fare il pompiere, chiarendo che *il Fondo sanitario nazionale non può andare sotto i 112 miliardi. Aggiungendo, poi, che non ci saranno più tagli lineari. Anzi, il comparto sanità non ha un decremento del finanziamento, ma invece*

comincia a crescere autonomamente. È stato poi lo stesso primo ministro a rafforzare il concetto nel corso di un question time alla Camera: Nel 2002 erano 75 i miliardi del Fondo sanitario nazionale, quest'anno 110, l'anno prossimo 111. Questo per essere chiari che non si sta tagliando sulla sanità. Se c'è da cambiare qualcosa siamo pronti, c'è una disponibilità totale a discutere. Ma questa è la base di partenza, non raccontiamo che siamo in presenza di tagli perché l'unico settore dove si sta incrementando è la sanità.

Le rassicurazioni del ministro non convincono però le opposizioni. Il Movimento 5 Stelle ha addirittura annunciato una mobilitazione contro gli *ulteriori tagli*. I pentastellati avvertono: *Se Lorenzin non darà le dovute garanzie rispetto all'ammontare del Fsn per il 2016, pianifichiamo attività e manifestazioni di protesta su tutto il territorio nazionale.* La Lega, invece, parte all'attacco con il governatore del Veneto, **Luca Zaia**: *Si chiamano tagli lineari, la spending corretta non sanno nemmeno dove sta di casa, se non avrebbero usato i costi standard da applicare rigorosamente e immediatamente.* Perché con la revisione *tanto cara al governo e al ministro della Salute, le Regioni virtuose come il Veneto finiranno per dover tagliare servizi, e gli spreconi continueranno a sprecare. Errare è umano, perseverare è diabolico.*

Di spending review ha parlato anche il titolare dell'Economia, **Pier Carlo Pa-**

doan, con una frase che comunque non chiarisce del tutto i dubbi. L'economista, infatti, ha affermato in un'intervista a SkyTg24 che nella sanità *si può spendere meno e meglio.*

Lorenzin, ad ogni modo, ha garantito in diverse occasioni che la black list sarà *condivisa* con i camici bianchi e riguarderà circa 180 esami *inappropriati* previsti nel decreto sugli enti locali approvato il 4 agosto scorso in via definitiva dal Parlamento. Nel mirino dell'Esecutivo non ci sono solo le prestazioni, però. Nell'Atto di indirizzo per l'individuazione delle priorità politiche per l'anno 2016 del ministero della Salute, infatti, sono inseriti anche altri capitoli di spesa da tenere sotto controllo e, se possibile, alleggerire. *Con l'intesa del 2 luglio 2015, governo e Regioni hanno condiviso la necessità di introdurre misure di governance, che concorreranno all'efficiamento del sistema e dovranno essere sviluppate nell'ambito dei lavori della Spending review.* I punti messi sotto la lente sono quattro: la *riorganizzazione e ripensamento del sistema aziendale pubblico in una logica di valutazione e miglioramento della produttività, intesa quale rapporto tra il valore prodotto (in termini quantitativi ed economici) ed i fattori produttivi utilizzati (in termini quantitativi ed economici), la individuazione e l'utilizzo di indicatori standard relativi alla gestione degli immobili, strumentali e non, delle aziende sanitarie pubbliche, la valutazione e valorizzazione delle esperienze ed iniziative in ambito di servizi sovra-aziendali, allo scopo di diffondere rapidamente ed efficacemente le migliori pratiche e la valutazione della possibilità di realizzazione di un centro di competenza nazionale in materia di stesura dei capitolati per l'acquisizione di beni e servizi.*

Nel piano del ministero, che dovrà poi diventare triennale, è interessante anche il paragrafo relativo ai *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario.* Perché, come è scritto nel documento, *le attività saranno finalizzate a rivedere, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica e con gli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, i criteri di riparto delle risorse destinate al finanziamento del Sistema sanitario nazionale, sebbene l'intesa sancita in Conferenza Stato-Re-*

gioni il 2 luglio 2015 abbia stabilito che, sia per l'anno 2015 che per l'anno 2016, le risorse disponibili saranno ripartite in base agli attuali criteri previsti dal decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 681, in materia di costi e fabbisogni standard.

Dunque per ora non cambiano, sostanzialmente, le cifre, ma nei prossimi mesi saranno individuati nuovi criteri di ripartizione delle risorse, e *occorrerà definire nuove modalità di pesatura secondo i criteri indicati dall'articolo 1, comma 34, della legge n. 662/1996 (popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici terri-*

di residenze sanitarie assistenziali. Ecco perché per il ministero della Salute *l'innovazione digitale costituisce un fattore determinante per la realizzazione di modelli sia assistenziali che organizzativi rispondenti ai nuovi bisogni di salute della popolazione.* Che ha il suo obiettivo più importante nella *previsione, contenuta nel Patto per la Salute 2014-2016, del Patto per la Sanità Digitale, con l'obiettivo di disegnare un Master Plan triennale (2015-17) per la sanità elettronica, identificando i possibili ambiti di attivazione di iniziative di partenariato pubblico-privato capaci di innescare un circuito virtuoso di risorse economiche destinate a finanziare gli investimenti necessari.*

L'atto di indirizzo politico stilato dal dicastero di Lungotevere Ripa dedica poi



toriali), tenendo conto anche del percorso di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità. I primi effetti di questa revisione della spesa si dovranno vedere, nelle intenzioni del governo, già dal 2017.

Proseguirà il *programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie previsto dall'art. 20, della legge 11 marzo 1988 n. 67, finalizzato, alla riqualificazione del patrimonio edilizio e tecnologico pubblico e alla realizzazione*

un ampio paragrafo alle *Iniziative in materia di personale del Ssn.* Che è un'altra delle questioni più spinose del tema Sanità. Il passaggio che più preoccupa è quello relativo alle *stringenti disposizioni che a legislazione vigente comportano limitazioni alle disponibilità finanziarie e che pongono l'ulteriore esigenza di assicurare lo sviluppo di adeguati modelli per una razionale programmazione di fabbisogni di professionisti nell'ambito del sistema sanitario.*

DAL PARLAMENTO



Il ministero auspica un dialogo costante con gli Ordini e le associazioni maggiormente rappresentative dei professionisti, oltre che con le Regioni, per favorire un'interpretazione omogenea delle disposizioni statali in materia di risorse umane e assicurare la vigilanza sul ruolo e le competenze delle professioni sanitarie. La qualità del servizio resta comunque uno degli obiettivi principali del governo. Nell'anno 2016 la Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale - si legge infatti nel documento - sarà ancora impegnata nella realizzazione dell'obiettivo della valorizzazione delle competenze dei professionisti, ponendo particolare attenzione alla esigenza della

loro integrazione funzionale, anche attraverso una adeguata formazione, finalizzata all'incremento dell'efficacia e della qualità delle prestazioni sanitarie, anche in considerazione del processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale in atto. Ma occorrerà, altresì, adottare ogni opportuna iniziativa volta ad assicurare la mobilità dei professionisti sanitari nel rispetto della legislazione europea vigente in materia. Così come, considerata l'essenzialità del lavoro interdisciplinare e multi-professionale, occorrerà continuare ad affrontare le problematiche derivanti dalla interdipendenza dei rapporti interprofessionali, dall'attività svolta in equipe e dalle conseguenti responsabilità.

In sintesi, nell'immediato futuro le istituzioni si stanno dotando di strumenti che dovranno razionalizzare le spese, ma nel frattempo saranno impegnate in un lavoro di osservazione e valutazione delle prestazioni da iscrivere come essenziali.

Ciò significa, stando alle carte ufficiali, che nel 2016 il Sistema sanitario nazionale non subirà particolari scossoni, ma dal 2017, per usare una frase cara al presidente del Consiglio, dovrà necessariamente cambiare verso per garantirsi la sopravvivenza e mantenere inalterato il giudizio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che lo colloca tra i primi in Europa e nel mondo.

COSA ABBIAMO FATTO

GRUPPO DI STUDIO CONGIUNTO SIT-ACOI: UN METODO SCIENTIFICO PER GESTIRE LE INNOVAZIONI TECNOLOGICHE DIGITALI IN CHIRURGIA

di **Francesco Gabrielli**
Dirigente Medico Chirurgo,
Umberto I Policlinico di Roma,
Vice Presidente nazionale Società Italiana di Telemedicina

Graziano Pernazza
Dirigente Medico Chirurgo,
Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma,
Coordinatore ACOI Lazio

Micaela Piccoli
Direttore ff., Struttura complessa
Chirurgia Generale, d'Urgenza e
Nuove Tecnologie. NOCSAE Modena,
Consigliere nazionale ACOI

Marco Olivieri
Direttore del Reparto Chirurgia
dell'Ospedale Tatarella di Cerignola,
Consigliere nazionale ACOI

Introduzione
È noto a tutti che l'innovazione tecnologica ha accompagnato sempre il progresso in Chirurgia.

Tuttavia, il chirurgo è abituato anche alla prudenza nell'introduzione di un'innovazione, che viene accolta quando si dimostra la ragionevole possibilità con essa di affrontare meglio una o più delle principali problematiche pratiche quotidiane. È facile citare numerosi esempi nella storia pre-digitale della Chirurgia: i mezzi di contrasto radiopachi; le leghe metalliche speciali e le plastiche dure; i fili di sutura con differenti caratteristiche fisiche e biologiche; gli elettrobisturi.

Nel tempo il lavoro dei chirurghi ha forgiato progressivamente le metodologie di ricerca per validare l'uso delle suddette innovazioni, partendo dalle esperienze cliniche e poi ricercando conferme con gli studi randomizzati [1], non senza grandi difficoltà pratiche e resistenze culturali [2] [3].

Le tecnologie digitali hanno però messo in crisi l'usuale modello di ricerca e sviluppo in Chirurgia, perché esse hanno introdotto cambiamenti nella pratica chirurgica non riconducibili completamente nell'alveo delle sperimentazioni tradizionali [4] [5] [6] [7] e le attività chirurgiche che si sono sviluppate attraverso tali innovazioni presentano caratteristiche diverse da tutte le altre sviluppate in precedenza [8].

Infatti, tali nuove soluzioni tecniche presentano tre caratteristiche fondamentali del tutto inedite: inducono rapi-

di turn-over delle tecniche chirurgiche e talvolta anche delle metodiche, determinano direttamente rilevanti impatti organizzativi [9] [10] [11] e necessitano di progettazioni medico-tecniche specifiche in cui la competenza chirurgica tradizionale in senso stretto non è più sufficiente [12]. In pratica, c'è bisogno dell'azione coordinata dell'intera organizzazione dove il chirurgo opera, con l'apporto di competenze specialistiche in Telemedicina, ICT e Robotica. Ciò che interessa veramente, e che rende interessante un simile sforzo, è costruire dei sistemi che consentano ai chirurghi di raggiungere soluzioni terapeutiche impossibili in mancanza di tecnologie digitali, senza che essi debbano trasformarsi in tecnologi.

C'è però un ulteriore fondamentale elemento nell'evoluzione digitale della Chirurgia, che riguarda a ben vedere tutta la Sanità e che spesso viene sottovalutato per la sua importanza pratica: la possibilità di dare origine a innovazioni realmente utili alla cura è legata strettamente alla capacità di rendere pervasive le tecnologie digitali all'interno dell'organizzazione sanitaria. Affinché ciò avvenga è necessario prima di tutto che tutti i professionisti della Sanità percepiscano i fenomeni d'innovazione come processi che travalicano i confini del proprio ambito specialistico, imparando a gestire il proprio ruolo all'interno di essi.

Dalle esperienze d'innovazione digitale svolte fino ad oggi, appare evidente che i migliori modelli di sviluppo hanno come punto di partenza l'analisi quan-

COSA ABBIAMO FATTO

to mai accurata delle esigenze di cura e assistenza poste dai diversi quadri clinici, presi però ciascuno singolarmente, a differenza di quanto è in uso fare con le indagini statistiche per gruppi omogenei [13] [14] [15].

Tale personalizzazione del trattamento rappresenta attualmente il contributo più importante che le tecnologie digitali possono dare al progresso clinico, ovvero alla soluzione dei problemi concreti che riguardano i pazienti. Tuttavia, l'immediata conseguenza di ciò è che l'organizzazione sanitaria basata su servizi divisi per specialità, siano esse mediche o chirurgiche, è disarmonica rispetto alle possibilità offerte dalla digitalizzazione. Per avviare a questo, il sistema sanitario deve uscire dalla logica dell'organizzazione per funzioni, che nel mondo sanitario corrisponde all'organizzazione per unità operative specialistiche. Altrimenti si giunge al paradosso di ottenere elevata qualità all'interno di una singola struttura del sistema organizzativo e l'inefficienza dello stesso nel suo insieme.

È anche necessario da parte di tutti, compresi i pazienti e i gestori istituzionali, comprendere che non si tratta di un'innovazione digitale applicata alla Sanità, ma di una innovazione della Sanità che si appoggia al progresso delle tecnologie digitali [16].

Il Chirurgo che ruolo ha nel processo d'innovazione digitale?

L'evoluzione sopra descritta è già in atto, è già irreversibile e riguarda principalmente il modo stesso di concepire il lavoro dei chirurghi, più che le tecnologie. Dunque, è logico che la questione del ruolo del chirurgo in tale processo d'innovazione ricorra sempre più spesso ed è anche illogico rimandarne la trattazione come se fosse elemento marginale.

Per affrontare correttamente un mutamento così imponente, e di necessità anche rapido, occorre avere dei punti di riferimento ben saldi. Questi si trovano ovviamente nelle radici dell'atto medico, ovvero nell'attività clinica, la quale

infatti da sempre guida il progresso della Medicina. Questa è anche la posizione della Società Italiana di Telemedicina (SIT) circa la strategia di sviluppo della Sanità digitale. Non si tratta di un'affermazione puramente teorica. Essa ha vari motivi molto pratici che la sostengono e che si possono riassumere nel concetto di *project design*.

In sintesi, per realizzare un servizio che usi tecnologie digitali serve un progetto che disegni ogni passaggio del processo di cura ed assistenza relativo al servizio da realizzare. Solo così, poi, si possono decidere correttamente le tecnologie da usare per ottenere gli obiettivi previsti e tutelare la sicurezza del paziente e della riservatezza dei suoi dati.

Se si parte dalle suddette premesse, il contributo scientifico che è ragionevole aspettarsi dai chirurghi non è difficile da delineare:

- definizione delle migliori procedure cliniche per ottimizzare il percorso diagnostico e terapeutico, suddividendo i pazienti per intensità di cura e studiando le interazioni con le altre specialità;

- individuazione dei punti del suddetto percorso migliorabili attraverso nuove possibilità tecnologiche, ricercando l'eliminazione degli sprechi;

- adeguamento delle tecniche chirurgiche alle nuove possibilità offerte dalle tecnologie digitali, cercando di arrivare a risultati altrimenti impossibili da realizzare;

- ideazione di soluzioni alternative, sia nelle tecniche chirurgiche che nell'erogazione dei servizi, per garantire la sicurezza dei pazienti;

- collaborazione per la standardizzazione del flusso dati che sarà generato, per mettere i tecnici in condizione di sviluppare adeguati sistemi software.

Meno facile è invece definire il ruolo del chirurgo nella nuova organizzazione sanitaria. Da una parte è vero che questi nuovi sistemi di cura e assistenza,

una volta costruiti, devono funzionare a prescindere da particolari competenze tecnologiche da parte degli operatori, i quali comunque devono essere formati all'uso appropriato. D'altra parte, è altrettanto vero che per la loro realizzazione e gestione servono invece chirurghi che abbiano esperienza e formazione professionale nel settore delle tecnologie digitali, in grado di armonizzarle correttamente alle necessità cliniche ed operatorie, e che sappiano gestire, per quanto attiene loro, gruppi di lavoro specifici per la progettazione, lo start-up e l'aggiornamento dei nuovi percorsi di cura.

Gruppo di Studio SIT-ACOI sulla gestione dell'innovazione tecnologica in Chirurgia: costituzione, obiettivi e priorità.

SIT da alcuni anni ha approfondito questi delicatissimi temi di sviluppo delle innovazioni tecnologiche digitali e della Chirurgia stessa, promuovendo dal 2009 una partnership specifica con l'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI). Dopo un'iniziale fase di confronto, nel 2012 fu elaborato un primo documento congiunto di posizionamento rispetto alle Linee d'indirizzo nazionali sulla Telemedicina, allora ancora in discussione presso il Consiglio Superiore di Sanità. Venne definito e condiviso un elenco, riportato per completezza nella tabella 1, di sei argomenti fondamentali da affrontare scientificamente quale base efficace per la digitalizzazione dei servizi chirurgici, ovvero per sviluppare la Chirurgia Telematica.

Poi il percorso di approfondimento, svoltosi con svariate iniziative di studio e di confronto fino ad oggi, ha dato priorità agli elementi 2, 3 e 4 del suddetto elenco, che sono stati ritenuti propedeutici a creare le migliori condizioni per lo sviluppo dei rimanenti punti, per i quali invece è necessario costruire progetti di ricerca e sviluppo sostenuti da più ampi partenariati. Il risultato di tale prima fase è stato di indurre nella comunità chirurgica la maturazione di una sensibilità nuova rispetto alla gestione dell'innovazione tecnologica digitale in Chirurgia.

Da tutto ciò è originata la proposta di

Tabella 1

Gli elementi fondamentali come definiti nel documento

Lo sviluppo della Chirurgia Telematica

elaborato dal Gruppo Nazionale di Chirurgia Telematica SIT.

Il documento fu annunciato al Congresso Nazionale SIT a Bologna il 18 maggio 2012 e presentato al CSS il 21 giugno 2012.

1. Sviluppo consensuale di Robotica e IT dedicate alla Chirurgia a partire dalle esigenze cliniche e su indicazione chirurgica
2. Creazione di percorsi assistenziali di Chirurgia Telematica
3. Uso costante di gruppi di lavoro interdisciplinari per l'implementazione di servizi di Chirurgia Telematica
4. Aggiornamento degli strumenti e dei metodi di formazione dei chirurghi per la Chirurgia Telematica
5. Valutazione dell'utilità del Safety Manager in sala operatoria
6. Necessità di approfondire gli studi sulla gestione dei sistemi di imaging in sala operatoria (Augmented Reality)

costituire un gruppo di studio intersocietario particolarmente dedicato a tale argomento, fondato ufficialmente il 15 aprile 2015 in una riunione congiunta durante il Congresso nazionale SIT a Roma. Del gruppo fanno parte sei medici affiliati alle due organizzazioni: tre membri nominati da SIT, esperti nella progettazione, conduzione e sicurezza di servizi di Telemedicina, e tre membri, con particolari esperienze in Chirurgia robotica e nella sperimentazione chirurgica di innovazioni tecnologiche, nominati da ACOI.

Dunque, è evidente che il significato generale dell'iniziativa è riuscire a mettere in comune le esperienze professionali in modo da condurre studi specifici, mantenendo, oltre al necessario rigore metodologico e scientifico, una stretta aderenza alla realtà clinica chirurgica.

L'obiettivo generale consiste nel promuovere lo sviluppo della Chirurgia Telematica e Robotica, prendendo in esame tutti gli aspetti del percorso di cura. Non soltanto quindi le problematiche chirurgiche in sala operatoria, ma anche quelle relative alla fase diagnostica e al follow-up post-operatorio. Il fine ultimo è quello di incrementare la mini-invasività chirurgica e la sicurezza delle procedure di trattamento. Il gruppo darà inizialmente priorità alla produzione di documenti di analisi tec-

nico-scientifica relativi alle tematiche di maggior rilievo nella gestione delle innovazioni digitali in Chirurgia.

Gli argomenti sui quali il gruppo intende porre inizialmente l'attenzione sono: metodologia di raccolta ed analisi dei dati per rendere confrontabili le innovazioni digitali nei servizi di Chirurgia; strategie di centralizzazione delle procedure di trattamento chirurgico; standardizzazione della descrizione degli interventi chirurgici in database; standardizzazione dei processi di qualità e sicurezza per l'introduzione di innovazioni tecnologiche in Chirurgia.

Tali documenti saranno poi oggetto di specifiche consensus conference congiunte tra SIT e ACOI.

A partire da tali basi scientifiche condivise saranno poi elaborate apposite Linee Guida che verranno confrontate con simili esperienze internazionali e discusse con le Istituzioni nazionali ed europee nelle sedi appropriate. Esse saranno infine validate da entrambe le due organizzazioni.

Tutto questo lavoro di studio costituirà successivamente il materiale di base per lo sviluppo di innovativi sistemi di formazione e aggiornamento professionale che saranno definiti dal gruppo stesso e promossi congiuntamente da SIT e ACOI in favore di tutta la comunità chirurgica italiana.

Bibliografia

1. O'Flynn Kieran J. *On the need for evidence-based surgery*. Evid Based Med 1999;4(1):6-8.
2. Wentz MN, Seiler CM, Uhl W, Büchler MW. *Perspectives of evidence-based surgery*. Dig Surg. 2003;20(4):263-9.
3. Cook JA. *The challenges faced in the design, conduct and analysis of surgical randomised controlled trials*. Trials 2009;10:9.
4. Ashrafian H, Rao C, Darzi A, Athanasiou T. *Benchmarking in surgical research*. Lancet. 2009 Sep 26;374(9695):1045-7.
5. McCulloch P, et al. *No surgical innovation without evaluation: the IDEAL recommendations*. Lancet 2009; 374: 1105-12.
6. Meakins JL. *Surgical research: act 3, answers*. Lancet 2009;Vol 374 Sep.26:1039-1040.
7. Hüttner FJ, Doerr-Harim C, Probst P, Tenckhoff S, Knebel P, Diener MK. *Study methods in evidence-based surgery: methodological impediments and suggested approaches for the creation and transfer of knowledge in surgery*. Eur Surg Res. 2014;53(1-4):86-94.
8. Satava RM. *Disruptive visions: a robot is not a machine... systems integration for surgeons*. Surg Endosc. 2004 Apr;18(4):617-20. Epub 2004 Mar 19.
9. Joseph JV, Arya M, Patel HR. *Robotic surgery: the coming of a new era in surgical innovation*. Expert Rev Anticancer Ther. 2005 Feb;5(1):7-9.
10. Heemskerck J, van Gemert WG, de Vries J, Greve J, Bouvy ND. *Learning curves of robot-assisted laparoscopic surgery compared with conventional laparoscopic surgery: an experimental study evaluating skill acquisition of robot-assisted laparoscopic tasks compared with conventional laparoscopic tasks in inexperienced users*. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2007 Jun;17(3):171-4.
11. Brody F, Richards NG. *Review of robotic versus conventional laparoscopic surgery*. Surg Endosc. 2014 May;28(5):1413-24.
12. Paul S, McCulloch P, Sedrakyan A. *Robotic surgery: revisiting "no innovation without evaluation"*. BMJ. 2013 Mar 11;346:f1573.
13. Hamine S, Gerth-Guyette E, Faulx D, Green BB, Ginsburg AS. *Impact of mHealth chronic disease management on treatment adherence and patient outcomes: a systematic review*. J Med Internet Res. 2015 Feb 24;17(2):e52.
14. Ekeland AG, Bowes A, Flottorp S. *Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews*. Int J Med Inform. 2010 Nov;79(11):736-71.
15. Ward MM, Jaana M, Nataf N. *Systematic review of telemedicine applications in emergency rooms*. Int J Med Inform. 2015 Sep;84(9):601-16.
16. Topol EJ. *Transforming medicine via digital innovation*. Sci Transl Med. 2010 Jan 27;2(16):16cm4.

BREVI

BREVI

BREVI

TRAPIANTI:**A TORINO IL PRIMO TRAPIANTO DI RENE SENZA ANESTESIA GENERALE****T** rapianto di rene senza anestesia generale.

È successo per la prima volta in Italia a Torino, presso l'ospedale Molinette della Città della Salute. Con la sola anestesia combinata peridurale e spinale, tecnica mai utilizzata prima per un trapianto, è stato trapiantato un rene di un donatore di 41 anni su un uomo di 38 anni di Napoli, affetto da sindrome di Alport.

Nel corso dell'intervento, durato 4 ore, il paziente era sveglio; la tecnica spino-peri, termine per definire un'anestesia combinata peridurale e spinale, ha dunque permesso al paziente di ridurre al minimo i rischi anestesiológicos e di non avere necessità di rianimazione post operatoria.

Il ricevente non sarebbe mai potuto essere trapiantato per impossibilità all'effettuazione di anestesia generale, a causa di una grave insufficienza respiratoria ostruttivo-restrittiva. L'anestesista artefice della suddetta tecnica è il dottor Fabio Gobbi dell'Anestesia Rianimazione 3, diretta dal dottor Pierpaolo Donadio.

L'intervento è stato effettuato inoltre dai chirurghi vascolari Piero Bretto e Federica Giordano e dall'urologo Giovanni Paquale.

CANCRO:**IL LASER SVELA CELLULE DURANTE CHIRURGIA AL CERVELLO**

C hirurghi londinesi hanno usato il laser per individuare il tessuto anomalo durante un intervento per rimuovere un tumore al cervello. Si tratta del primo intervento simile in Europa.

La tecnica non invasiva misura la luce riflessa dal tessuto per capire se questo è sano o malato. La speranza, riferiscono i sanitari, è che questa tecnica possa rendere l'intervento più rapido e accurato. *Le tecnologie ottiche come questa sono il futuro* - spiega il neurochirurgo Babar Vaquas, che ha eseguito l'operazione - *Sono veloci e non distruggono i tessuti, inoltre possono essere usate in veri tipi di chirurgia oncologica.* Il trial al Charing Cross Hospital punta a coinvolgere 30-40 pazienti con tumori cerebrali.

Durante l'intervento i chirurghi utilizzano anche un bisturi innovativo e intelligente, che fornisce un'analisi molecolare dettagliata del tessuto sezionato. La combinazione dell'IKnife con il laser rivoluzionerà la neurochirurgia, almeno a detta degli specialisti.

ACOI:**BUROCRAZIA OCCUPA METÀ DEL TEMPO DI LAVORO DI 4 CHIRURGI SU 10**

L'attività burocratica soffoca e svilisce il lavoro dei chirurghi. È quanto emerge da una ricerca Acoi - Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani, su un campione di oltre 700 chirurghi, presentata a Genova durante il Congresso Nazionale delle Chirurgie 2015.

Il 40% dei chirurghi occupa più della metà della propria attività lavorativa in pratiche burocratiche, mentre per un altro 30% il tempo usato è poco meno di quello impiegato per la propria attività medica.

Per due chirurghi su tre, dunque, circa metà della giornata è dedicata alla compilazione di moduli. *La burocrazia sottrae tempo non solo all'attività chirurgica, ma agli stessi malati che spesso avvertono la necessità di trascorrere più tempo con il proprio chirurgo per chiarimenti sulle scelte terapeutiche o anche solo per una parola di conforto. Nessun malato è mai stato guarito dalla "chirurgia cartacea"* - Così Diego Piazza, presidente Acoi e capo dipartimento emergenza urgenza nell'azienda Policlinico Vittorio Emanuele di Catania, commenta i dati emersi dalla ricerca effettuata dall'Associazione - La ricerca Acoi ha inoltre evidenziato che nel 12% dei casi, quindi in almeno un intervento su dieci, il chirurgo non dispone delle tecnologie in grado di assicurare il massimo della garanzia per il paziente.

Alla domanda *in un intervento di medio-alta complessità hai sempre avuto a disposizione le tecnologie in grado di assicurarti il massimo delle garanzie?*, il 2,7% dei chirurghi ha risposto *mai* - 0% dei casi, il 9,3% *quasi mai* - 30% dei casi, il 25,4% *spesso* - 50% dei casi. Una carenza diffusa che talvolta ha determinato un cambio di strategia a causa dell'inadeguatezza dei presidi ospedalieri. *"I tagli lineari hanno depauperato le sale operatorie italiane di beni e servizi spesso indispensabili per la perfetta riuscita di un intervento chirurgico.*

Inoltre - spiega il presidente Acoi - *aumentando la complessità tecnologica delle nostre sale operatorie i presidi devono essere "calibrati" per l'intervento, infatti basterebbe uno scarto di un millimetro per non poter utilizzare uno strumento. Se la precisione chirurgica viene mitizzata nella vita comune essa non può essere poi svilita al tavolo operatorio in nome di un risparmio il più delle volte inesistente perché* - conclude Piazza - *nel campo medico spesso corrisponde a verità il detto che chi spende meno compra due volte.*

BREVI

BREVI

BREVI

SALUTE:**ACOI, 12 RACCOMANDAZIONI PER SICUREZZA INTERVENTI ADDOME**

I chirurghi italiani si sono confrontati al più alto livello internazionale su un tema ancora poco definito: il trattamento dell'addome complesso, ovvero come tenere aperta la parete addominale in caso di traumi e ferite gravi o di malattie come la peritonite.

Un anno di studio per definire 12 raccomandazioni che i chirurghi, ma non solo, anche anestesisti, internisti, infermieri, di tutto il mondo seguiranno come fosse un protocollo, in attesa di una più compiuta letteratura scientifica sull'argomento. Significa che si morirà di meno per peritoniti, occlusioni oncologiche e per tutti quei motivi che costringono i medici a non chiudere la parete addominale al momento dell'intervento.

Il risultato finale è stato presentato al congresso Acoi di Genova, al termine di una *consensus conference* iniziata un anno fa con l'esame, da parte di una settantina di esperti, di tutta la letteratura scientifica degli ultimi dieci anni, proseguita con la comparazione di migliaia di casi e la disamina delle complicanze esistenti. In Italia, dunque, si definisce una nuova frontiera dell'applicazione fino a qualche anno fa neanche presa in considerazione a causa delle numerose difficoltà.

Una delle principali medica - spiega Gianluigi Melotti, presidente onorario Acoi - *consisteva nella difficoltà di chiudere l'addome. Una pratica che si è evoluta velocemente grazie alla tecnologia, passando da sistemi di chiusura con la plastica a nuovi materiali sintetici e biologici.* Il trattamento dell'addome aperto è una tecnica giovanissima, nata negli Usa una quindicina di anni fa e poi approdata in Italia. Si è lentamente affermata come risposta alla *sindrome compartimentale*, la compressione degli organi interni dopo la chiusura, che aveva un'incidenza nefasta molto alta.

Questa pratica riguarda, solo in Italia, tra i cinquemila ed i diecimila casi ogni anno.

Con la nuova linea di trattamento terapeutico dei chirurghi italiani, i pazienti saranno più garantiti e aumenterà la sicurezza in un campo ancora poco definito da parte della scienza medica. *Malgrado i tempi, i tagli, le difficoltà, ancora i chirurghi italiani lavorano ad alto livello scientifico nell'interesse dei propri pazienti, confermando che la disponibilità di accesso alle tecnologie più avanzate è un fattore imprescindibile per il mantenimento degli altissimi livelli di qualità raggiunti dal mondo chirurgico nazionale.*

CHIRURGIA:**200 MILIONI DI OPERAZIONI L'ANNO, 10 MILIONI A RISCHIO COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI**

T ra i 200 milioni di adulti in tutto il mondo che si sottopongono a chirurgia non cardiaca ogni anno, più di 10 milioni subiranno una complicanza cardiovascolare nei primi 30 giorni dopo l'intervento.

E nonostante la grandezza del problema, nessun intervento ha dimostrato di essere sicuro ed efficace nella prevenzione di questi eventi.

A dirlo è stato Pj Devereaux della McMaster University, in occasione del congresso della Società europea di cardiologia. Nel corso del meeting di Londra una ricerca ha acceso la speranza per questi milioni di pazienti: somministrare statine prima dell'operazione chirurgica si associa a una riduzione del 17% delle complicanze cardiache e a un calo del 43% della mortalità dopo la chirurgia non cardiaca. Sono i risultati dello studio Vision presentati da Otavio Berwanger, direttore dell'Istituto di ricerca HCor dell'Ospedale do Coração di San Paolo, in Brasile.

Il lavoro ha incluso un totale di 15.478 pazienti di oltre 45 anni sottoposti a chirurgia non cardiaca, reclutati da 12 centri in 8 Paesi di Nord e Sud America, Africa, Asia, Australia ed Europa, fra agosto 2007 e gennaio 2011. Il gruppo di pazienti che ha ricevuto statine prima dell'intervento ha giovato anche di un rischio del 52% inferiore di morte per cause cardiovascolari e del 14% minore di danni del miocardio.

La ricerca suggerisce che ci possa essere una nuova indicazione per questi farmaci, anche se non dovrebbe ancora essere considerata come una raccomandazione formale di usarli prima dell'intervento chirurgico, ha raccomandato Devereaux che ha guidato il trial. Si tratta di un'ipotesi - ha aggiunto - che potrebbe portare a un grande e definitivo studio randomizzato per valutare l'efficacia e la sicurezza delle statine in ambito perioperatorio.

BREVI

BREVI

BREVI

NEUROCHIRURGIA: IN ITALIA MANCANO CADAVERI PER ESERCITARSI

In Italia mancano cadaveri sui quali i neurochirurghi possono esercitarsi. Il nostro Paese deve importare i preparati anatomici dall'estero, sostenendo spesso alti costi. In Italia manca ancora la cultura della donazione del corpo per fini scientifici o didattici, per questo, la Società italiana di Neurochirurgia sta pensando ad una campagna di sensibilizzazione su questo tema.

In Italia la donazione del corpo è ammessa - ha spiegato il professor Roberto Delfini, past-president della SINch - ma nel nostro Paese questo tipo di cultura non esiste e non è diffusa. L'Istituto di anatomia della Sapienza di Roma, per esempio, riceve uno o due corpi l'anno, con i quali non è possibile però organizzare nessun tipo di corso. Per l'esercitazione dei neurochirurghi italiani, invece, servirebbero una decina di cadaveri per ciascun centro; così, calcolando che in Italia i centri di specializzazione sono 25, in totale ne servirebbero 250. Per esercitarsi un neurochirurgo o partecipa a corsi organizzati da centri specializzati, che sono comunque obbligati ad acquistare i preparati anatomici all'estero, oppure se ne va all'estero, dove però deve sostenere, oltre ai costi di iscrizione ai corsi, anche quelli di permanenza.

MEDICINA: 3 MILIONI PER TASSE DI ISCRIZIONE AI TEST DI ACCESSO

Quasi 3 milioni di euro sono entrati nelle casse delle università pubbliche con le tasse di iscrizione ai test di accesso alle facoltà di Medicina e Chirurgia. Le prove sono uguali per tutti e la graduatoria è nazionale, ma la tassa varia da ateneo ad ateneo con una forbice compresa tra i 10 euro di Milano Bicocca e 100 euro per la Federico II e la Seconda Università di Napoli, l'Università del Piemonte Orientale Vercelli-Avogadro e quella di Salerno.

In mezzo tutte le sfumature: per le università sarde Cagliari e Sassari il costo è, rispettivamente, 22 euro e 25 euro, a Padova 27 euro, al di sotto la media, che si attesta intorno ai 50 euro a candidato per le università pubbliche, ci sono anche Tor Vergata di Roma e l'Università de L'Aquila, che chiedono 35 euro. Si sono candidati circa 57 mila aspiranti camici bianchi per 9 mila posti disponibili, e svolgere il test costa 10 euro, dunque l'incasso per le università pubbliche ammonterebbe a poco meno di 3 milioni di euro. Una cifra destinata a lievitare - osserva il portale *skoola.net*, che ha stimato l'ammontare - perché 3 candidati su 4, contemplando l'opzione fallimento, si sono iscritti anche ad altri test di ammissione.

CHIRURGIA: IL BISTURI CONTRO IL DIABETE

I Diabetes Research Institute (Dri) dell'Università di Miami, diretto dall'italiano Camillo Ricordi, ha trapiantato con successo il primo paziente all'interno di una sperimentazione clinica con una nuova tecnica di trapianto delle isolepancreatiche.

Lo studio di fase I/II, approvato dalla Food and Drug Administration (FDA), si basa su decenni di progresso nel trapianto di isole pancreatiche condotti dal DRI con collaboratori internazionali, compresi in Italia l'ospedale Niguarda, il San Raffaele di Milano e l'Ismett di Palermo e rappresenta un primo importante passo verso lo sviluppo del BioHub, un mini organo bioingegnerizzato che imita il pancreas nativo per ripristinare la naturale produzione di insulina nei pazienti con diabete di tipo 1.

Questo è il primo caso - spiega Camillo Ricordi - in cui le isole sono state trapiantate con tecniche di ingegneria tissutale all'interno di una impalcatura biologica e riassorbibile sulla superficie dell'omento, tessuto che riveste gli organi addominali. Il sito è accessibile con la chirurgia minimamente invasiva, ha lo stesso apporto di sangue e le stesse caratteristiche di drenaggio del pancreas e permette di minimizzare la reazione infiammatoria e quindi il danno alle isole trapiantate.

Inoltre la capacità della chirurgia di garantire un ottimale controllo glicemico e una riduzione della necessità di insulina e altri farmaci dimostra che approccio chirurgico al diabete possa avere vantaggi anche sotto il profilo del rapporto costo-beneficio.

Lo sostiene Francesco Rubino, direttore della cattedra di Chirurgia bariatrica e metabolica del King's College di Londra e senior author dello studio sul bisturi metabolico contro il diabete di tipo 2, eseguito in collaborazione dall'Università Cattolica, dal Policlinico Gemelli di Roma e dal King's College di Londra.

Già altri studi avevano dimostrato che la chirurgia bariatrica può migliorare il diabete di tipo 2, con risultati superiori a quelli della terapia medica nel breve termine (1-2 anni). Ma non esistevano studi con risultati a lungo termine, come ha fatto questa ricerca, che ha seguito per 5 anni 60 pazienti diabetici, fra i 30 e i 60 anni.

BREVI

BREVI

BREVI

CAMERA: I PROGETTI SU GIOVANNI BATTISTA MORGAGNI

Giovanni Battista Morgagni è una pietra miliare per la medicina mondiale. Con i suoi studi e le sue scoperte, nel '700 ha aperto le nuove frontiere della medicina, guadagnandosi un ruolo di grandissimo rilievo nel suo comparto ma anche per il Paese. Per questo abbiamo deciso di presentare qui alla Camera una serie di progetti che hanno lo scopo di valorizzare la sua figura e farlo conoscere, anche per risvegliare un certo tipo di orgoglio rispetto al nostro sistema sanitario.

Lo ha detto il deputato Pd Marco Di Maio intervenendo alla conferenza stampa di presentazione di iniziative su Morgagni organizzata dalla Ausl Romagna, in collaborazione con l'Irst di Meldola, la Regione Emilia Romagna e il Comune di Forlì. Con la Fondazione Cassa dei Risparmi di Forlì stiamo organizzando un grande evento culturale che vedrà la partecipazione di storici e studiosi del settore, spiega la dottoressa Tiziana Rambelli, dirigente dell'Ufficio Comunicazione Ausl Romagna-Forlì e tra i promotori del progetto. Un altro ambizioso progetto sarà quello di realizzare un docufiction storico sulla sua vita - prosegue - grazie al contributo dell'Istituto Oncologico Romagnolo, dell'Irst di Meldola. Il regista Cristiano Barbarossa girerà le riprese nei luoghi del Morgagni, tentando di narrare la vita davvero "favolosa" di un personaggio che ha influenzato con il suo carisma anche il fondatore della medicina americana, che si chiamava proprio John Morgan.

SCUOLE: SUTURARE CHE PASSIONE

Ancora una volta intorno ai simulatori della pelvi e del retto, messi a punto dalla Scuola ACOI di Coloproctologia, si sono cimentati i giovani chirurghi per realizzare suture ed anastomosi manuali e meccaniche. Questo evento, realizzato grazie alla disponibilità dei presidenti del Congresso Nazionale Chirurgie di Genova, Ferdinando Cafiero e Marco Filauro, ha avuto l'obiettivo di offrire uno spazio formativo pratico e informale per i giovani, dove apprendere l'arte di suturare in aree di difficile accesso.

Infatti i giovani si sono avvicendati sui diversi simulatori, ognuno dedicato ad una delle tecniche di sutura in chirurgia coloproctologica, per eseguire suture per via transanale, suture nella pelvi, in laparoscopia ed anastomosi intestinali, affrontando le difficoltà legate agli spazi angusti della regione ano rettale e pelvica. In questo percorso i giovani chirurghi sono stati affiancati e guidati entusiasticamente da tutor e docenti della Scuola ACOI di Coloproctologia (Massimiliano

Varriale, Bruno Marra, Vincenzo Bottino, Corrado Rispoli, Mariano Fortunato Armellino) oltre che da Gennaro Rispoli Direttore della Scuola.

L'ambiente informale e l'entusiasmo dei giovani partecipanti è stato talmente contagioso ed anche chirurghi meno giovani hanno partecipato al corso e si sono volentieri cimentati sui simulatori ad eseguire le anastomosi colo rettalci fianco a fianco ai giovani e a loro volta hanno elargito consigli e trucchi del mestiere ai colleghi meno esperti.

Questa commistione tra tutor, chirurghi esperti e giovani chirurghi è stata coinvolgente è stimolante non solo per i discenti ma anche per i tutor ed il tempo a disposizione è rapidamente volato via lasciando il desiderio in tutti di voler riprendere e ripetere tale esperienza.

Di Rispoli - Direttore Scuola ACOI di Coloproctologia

LIBRI: ZONA ROSSA, DA LEGGERE IN SPIAGGIA, LA SERA, IN VIAGGIO... MA DA LEGGERE!

Roberto Satolli, Gino Strada. Con la testimonianza di Fabrizio Pulvirenti. Feltrinelli (collana Serie Bianca) 2015.

Sono molto scettico sui libri di medicina o pseudo tali *off-label* quelli che ci propinano storie più o meno vere di successi sicuri con lacrime (di gioia) o storie di impossibili vite tutte *casa e bottega*: quelli alla via col vento *domani è un altro giorno*. Ma conosco gli autori, conosco Emergency, conosco la serietà e la passione che li contraddistinguono.

Conosco ed è conosciuta. Ed ho iniziato a leggere, e non sono riuscito a fermarmi. E più leggero e più vi veniva in mente il motto del nostro ultimo congresso ACOI: il chirurgo per l'uomo: la mente, le mani ed il cuore. Nessun testimonial più *azzeccato* di questo libro. Le mani: capisci (e ti ricordi) quanto sia importante il contatto diretto e fisico con chi curi, in Africa per l'Ebola come nella nostra *civilizzata* quotidianità; la mente: che deve cercare di essere, anche nella baraonda più totale, presente, cosciente, rigorosa; ed il cuore che non può cedere, che deve essere la connessione continua proprio tra quelle mani e quella mente di medico ed uomo.

Bello e lo consiglio: se sei un medico, perché ti ricorda chi sei e cosa fai o dovresti fare. Se non sei un medico, perché ti fa conoscere quella realtà così lontana apparentemente di una disuguaglianza di fronte alla malattia.

Bello, da leggere. Lo consiglio!

Ferdinando Agresta

LA PAROLA ALL'AGENAS



PNE E AUDIT

SULLA QUALITÀ DEI DATI: UN RUOLO PER ACOI

di Marina Davoli e Alice Basigliani

Le stime prodotte da PNE possono, come tutte le misure scientifiche, essere affette da errori sistematici e campionari.

PNE utilizza metodologie di disegno di studio e di analisi statistica, basate sulle migliori e più aggiornate conoscenze metodologiche disponibili, che rendono esplicite le possibilità di errore e, dove possibile, mirano a controllarne gli effetti. Le misure di PNE si basano, tuttavia, sull'utilizzo dei dati dei sistemi informativi sanitari e di conseguenza la validità delle stime prodotte dipende fortemente dalla qualità dei dati.

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) dà sempre più spazio e sviluppo alle attività di verifica della qualità dei dati, segnalando ogni anno le strutture con valori anomali di alcuni indicatori per i quali esistono chiare evidenze scientifiche di una relazione con la qualità delle cure erogate ma per i quali l'interpretazione dei risultati è fortemente influenzata dalla qualità dei dati utilizzati per l'elaborazione.

Obiettivo delle attività di audit è la valutazione, rispetto ai criteri definiti nei protocolli degli indicatori PNE, della potenziale misclassificazione delle diagnosi utilizzate nella selezione dei ricoveri, delle variabili utilizzate nei modelli di aggiustamento e dei criteri utilizzati per la misura dell'esito.

Nell'Edizione 2014, PNE ha segnalato per attività di audit 316 strutture per un totale di 447 indicatori da verificare,

di cui 116 di chirurgia oncologica.

Tra gli indicatori per i quali è stata prevista la verifica della qualità dei dati, sono stati inseriti la mortalità a trenta giorni dall'intervento chirurgico per carcinoma del colon e la mortalità a trenta giorni dallo stomaco, le cui stime nel 2013 variano, rispettivamente, da un minimo del 0,5% a un massimo del 18,7 e da un minimo dello 0,9% a un massimo del 19,2%.

Per il tumore maligno del colon, sono state segnalate per audit quelle strutture che, a fronte di un valore medio del 4,2% mostravano valori di mortalità a 30 giorni superiori al 9% e con differenze importanti tra il rischio grezzo e il rischio aggiustato tali da suggerire possibili problemi di sovra o sottocodifica dei fattori confondenti.

I tassi di mortalità elaborati da PNE sono aggiustati per caratteristiche individuali (età, genere), comorbidità nel ricovero indice e nei due anni precedenti e per altri fattori confondenti quali il grado di invasività dell'intervento (laparoscopia o laparotomia, colectomia totale o parziale) e l'estensione della malattia (presenza di metastasi (Tab. 1). Come si può vedere dal modello predittivo, il rischio di morte a 30 giorni per una persona sottoposta a intervento chirurgico per carcinoma del colon aumenta del 6% per ogni anno di età e del 63% nel caso di metastasi, a parità di tutti gli altri fattori di rischio inclusi nel modello (Tab. 1). Chiaramente, le relative stime di associazione con l'e-

sito possono variare in funzione delle diverse distorsioni che intervengono nella registrazione dei fattori di rischio nei ricoveri ospedalieri.

L'identificazione di queste distorsioni può contribuire a spiegare lo scarto tra il valore assunto da un indicatore e il risultato atteso o medio: è il caso, ad esempio, di una struttura segnalata per alta mortalità a trenta giorni dopo intervento per TM del colon, la quale ha rilevato problematiche di sottocodifica dei fattori di rischio nel 70% della documentazione verificata.

In altri casi, l'identificazione di problematiche relative ad errata o mancata codifica di fattori di rischio, può contribuire a spiegare lo scarto tra rischio grezzo e rischio aggiustato.

Gli effetti distorsivi in termini di validità delle stime sono diversi e dipendono dalla stima dell'associazione del fattore sovra o sottocodificato con l'esito.

Ad esempio, una struttura ha riscontrato un'elevata percentuale di tumori del colon dovuta a un errore sistematico di codifica della sede del tumore maligno dello stomaco, fattore di gravità che non esercita un importante effetto di confondimento nel confronto tra ospedali o popolazioni e che non concorre a una forte variazione tra rischio grezzo e aggiustato; altre strutture hanno invece rilevato distorsioni nella registrazione sulle SDO di informazioni cliniche, incluse tra i fattori confondenti che determinano variazioni apprezzabili della stima dell'associazione tra

Tab. 1 - Modello Predittivo per mortalità a 30 giorni dopo intervento per TM del colon

Modello predittivo per TM colon: mortalità a 30 gg dopo intervento				
CONDIZIONE	N	OR GREZZA	OR ADJ	P
Età	-	1,08	1,06	0.000
Genere (donne vs uomini)	22148	0,85	0,8	0.000
Resezione parziale del colon	46566	1	1	666.000
Resezione totale del colon vs resezione parziale	880	2,32	1,93	0.000
Tipologia di accesso (laparoscopica vs laparotomica)	12597	0,17	0,33	0.000
Progresso chemio o radioterapia	549	1,99	2,56	0.000
Altre patologie del cuore	2393	2,25	1,25	0.013
Disturbi circolatori dell'encefalo e periferici	4156	2,55	1,36	0.000
Emiplegia e altre paralisi (ric. indice)	42	3,78	2,9	0.027
Emiplegia e altre paralisi	220	2,28	1,22	0.443
Patologia cronica del rene (ric. indice)	743	6,22	3,79	0.000
Patologia cronica del rene	1502	3,52	1,29	0.009
Epatopatia moderata/grave (ric. indice)	520	2,84	2,59	0.000
Epatopatia moderata/grave	868	2,09	1,3	0.075
Compromissione psico-fisica (ric. indice)	519	4,39	2,32	0.000
Compromissione psico-fisica	550	3,97	1,59	0.001
Insufficienza cardiaca	1785	3,27	1,34	0.002
Anemie o coagulopatie (ric. indice)	2497	1,11	0,78	0.015
Pregressa anemia o coagulopatia	4025	1,7	1,06	0.479
Malattia polmonare cronica ostruttiva	2383	2,82	1,42	0.000
Diagnosi di tumore colo-rettale nei 6 mesi precedenti l'intervento	7188	1,07	1,18	0.021
Metastasi	11101	1,6	1,63	0.000
Tipologia dell'intervento (emergenza vs elezione)	15503	4,75	3,28	0.000

esposizione ed esito (i fattori confondenti in grassetto nella Tab. 1).

A titolo esemplificativo, si riporta, per una struttura segnalata per audit per l'indicatore di mortalità a trenta giorni dall'intervento per tumore maligno del colon, la tabella di distribuzione dei fattori confondenti *tipologia di intervento* e *tipologia di accesso*, entrambi fattori in grado di modificare le stime di almeno il 10% e in relazione ai quali sono stati rilevati errori di codifica (Tab. 2).

Il rischio di morte è infatti maggiore di circa due terzi nel caso di procedura laparotomica anziché laparoscopica e di tre volte e mezzo superiore nel caso di intervento in emergenza, anziché in elezione. Chiaramente, le relative stime di associazione con l'esito possono variare in funzione delle diverse distorsioni che intervengono nella registrazione dei fattori di rischio nei ricoveri ospedalieri.

L'identificazione di queste distorsioni può contribuire a spiegare lo scarto

tra il valore assunto da un indicatore e il risultato atteso o medio: è il caso, ad esempio, di una struttura segnalata per alta mortalità a trenta giorni dopo intervento per TM del colon, la quale ha rilevato problematiche di sottocodifica dei fattori di rischio nel 70% della documentazione verificata.

I risultati di verifica della qualità dei dati sottolineano l'importanza della codifica delle caratteristiche legate all'intervento e delle relative comorbi-

dità. Considerato che l'uso dei dati dei sistemi informativi sanitari per le valutazioni di esito sarà sempre più diffuso, è necessario che le società scientifiche promuovano iniziative di sviluppo e diffusione di linee guida per la codifica delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Questo ancor di più in vista della prossima approvazione del Decreto Ministeriale sulla integrazione delle informazioni contenute nella SDO con informazioni di carattere clinico.

Tab. 2
Esempio di distribuzione fattori *tipologia di intervento*, *tipologia di accesso* in una struttura segnalata per TM del colon: mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico

Distribuzione fattori confondenti		
	Tipologia di intervento emergenza vs elezione	Tipologia di accesso laparoscopica vs laparotomica
Italia	32,7	26,6
Struttura segnalata	68,9	7,8

FORMAZIONE

2016: VERSO UN NUOVO PIANO FORMATIVO

di **Francesca Vischini**

Siamo al termine del 2015 e, come ogni anno, a tutti i Provider viene richiesto, dal Ministero della Salute una pianificazione della formazione per l'anno a venire.

Dal 2013 ACOI ha deciso di strutturare, il proprio piano formativo, attraverso lo sviluppo di un argomento di interesse chirurgico da parte di tutte le regioni, oltre alla formazione che ogni singolo coordinatore vorrà proporre in relazione alle esigenze formative della regione stessa. La finalità, nella trattazione di un argomento da parte di ciascuna regione, è quella di creare un momento formativo, che generalmente coincide con l'evento nazionale, che permetta di portare a confronto, nello stesso tempo: metodi, risultati e problematiche annesse all'argomento prescelto, con una visione utile ad indentificare le specificità delle singole realtà ospedaliere presenti sul territorio nazionale.

Poter evidenziare le criticità nella trattazione di un determinato evento chirurgico, così come analizzare le statistiche in relazione ad eventi e regioni, permette di avere una forza nell'analisi del problema che può essere portata all'attenzione delle autorità, là dove possono essere individuate linee guida, progetti, studi o protocolli, per possibili azioni di miglioramento.

Nel congresso nazionale del 2015, svoltosi questo anno a Genova, c'è stata la chiusura della tematica affrontata nel 2014, con la stesura della *Consensus sulle linee guida della Chiusura dell'addome complesso*, un lavoro impegnativo che ha messo in luce le grandi capacità scientifiche possedute dall'Associazione.

Per il 2016 il Consiglio Direttivo, ha ritenuto di grande interesse l'analisi diffusa della *La Laparoscopia in Urgenza* ed ha pertanto proposto questo argomento come argomento comune per

gli eventi regionali, chiedendo a tutte le regioni una sua trattazione nei diversi suoi aspetti che ciascun coordinatore riterrà più opportuno sviluppare in relazione alle problematiche della regione stessa.

Con la conferenza nazionale della formazione continua in medicina, svoltasi a novembre 2014, il piano formativo che proporrà A.C.O.I nel 2016, avrà una particolare attenzione nello svilupparsi in relazione alla creazione del curriculum professionale (Dossier Formativo), richiesto dal Ministero della Salute a tutti i professionisti sanitari.

In ogni dossier del singolo professionista è richiesto, nel triennio 2014-2016, una formazione che preveda tre aree di competenza, che devono essere svolte in questa percentuale:

- Competenze tecnico professionali (30%)
- Competenze di processo (30%)
- Competenze di di sistema (40%)

Ciascuna area di competenza com-

Obiettivi formativi tecnico-professionali

- Epidemiologia - Prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni tecnico professionali (10)
- Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica. Malattie rare (18)
- Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà (19)
- Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione (21)
- Fragilità (minori, anziani, tossico dipendenti, salute mentale) tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali (22)
- Sicurezza alimentare e/o patologie correlate (23)
- Sicurezza ambientale e/o patologie correlate (26)
- Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate (27)
- Sanità veterinaria (24)
- Farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza (25)
- Implementazione della cultura della sicurezza in materia di donazione trapianto (28)
- Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Health technology assessment (29)
- Tematiche speciali dei SSN e SSR e a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di tecnico-professionali (20)

Obiettivi formativi di processo

- Documentazione clinica, percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura (3)
- Appropriately prestazioni sanitarie nei LEA. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia (4)
- Integrazione interprofessionale e multiprofessionale interistituzionale (8)
- Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera (9)
- Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali (11)
- Aspetti relazionali (la comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione delle cure (12)
- La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. la privacy ed il consenso informato (7)
- Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria (13)
- Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria (15)
- Tematiche speciali del SSN e SSR e a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo (32)
- Accredimento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità (14)
- Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni di processo (30)

Obiettivi formativi di sistema

- Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP) (1)
- Linee guida - protocolli - procedure (2)
- Principi, procedure, e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie (5)
- La sicurezza del paziente. Risk management (6)
- Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni di sistema (31)
- Etica, bioetica e deontologia (16)
- Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del SSN (17)
- Tematiche speciali del SSN e SSR a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema (33)

prende circa 10 obiettivi formativi, che possono essere schematizzati in questo modo.

Al momento della partecipazione ad un evento formativo è quindi importante verificare l'obiettivo formativo con cui questo è stato accreditato, per riuscire a sviluppare e completare il proprio curriculum formativo nelle percentuali previste dal Ministero.

La numerosità degli eventi che annualmente propone ACOI, sia in termini di tipologia di formazione sia in termini di argomenti trattati, permette la realizzazione del dossier formativo professionale, tenendo conto di tutti i parametri richiesti dal sistema sanitario nazionale. Ad oggi non sono ancora previste sanzioni in merito al mancato raggiungimento del numero di crediti formativi annui o in relazione alla mancato aggiornamento del curriculum formativo, ma già nella sanità pri-

vata, la mancanza di questo requisito, risulta essere di ostacolo per il raggiungimento di ruoli di direzione.

ACOI propone quindi ai suoi associati non solo l'informazione in merito cogente ministeriali, ma propone un piano formativo che possa essere di supporto per la realizzazione di questo, abbracciando tutte le tipologie formative previste dal Ministero attraverso:

Corsi residenziali: corso regionali in cui sono trattati gli argomenti di interesse chirurgico e non, attraverso relazioni e tavole rotonde condotte da esperti e rappresentatività della realtà del territorio.

Formazione sul campo: eventi formativi riguardanti dei veri e propri training per l'acquisizione delle competenze per utilizzo di macchine di ultime generazioni o tecniche innovative in ambito chirurgico.

Corsi blended: eventi formativi di cui le scuole ne sono l'esempio per eccellenza, in cui oltre alla formazione residenziale, si affiancano periodi di tirocinio sia in sala operatoria che in reparto.

Corsi f.a.d: corsi di formazione a distanza, che permettono la visione di filmati di sala operatoria su argomenti di particolare interesse chirurgico.

Nel 2016, attraverso il rinnovato sito dell'associazione, sarà possibile migliorare l'interazione con gli associati e, fra le varie attività, potranno essere raccolte le esigenze formative dei soci, per essere poi analizzate al momento della stesura del piano formativo che, ACOI, presenta annualmente al Ministero della Salute. L'appartenenza ad un'Associazione, quale ACOI, deve essere il valore aggiunto dato da tutti coloro che ne fanno parte.

DA PARTE NOSTRA

LETTERA (D)A

UN CHIRURGO MAI NATO



Chirurghi lasciati soli, formazione carente, direttori latitanti. Lo sfogo di chi ogni giorno lavora per rendere migliore il nostro sistema sanitario nazionale.

di Massimo

Egregio Signor Ministro, è da tanto che volevo farlo. Prendere carta e penna e scriverle. Poi la stanchezza o forse di più la sfiducia e la certezza dell'inutilità del gesto mi hanno sempre fatto desistere.

Ma adesso, dopo le sue doverose esternazioni, dopo le interviste televisive, gli spot pubblicitari del 5 per 1000 alla radio, martellanti, ultima, ma non ultima, la sua lunga intervista su ACOI News, la voglia, o meglio la rabbia moderata del coraggio fine a se stesso, mi spinge a provarci.

Ho quasi 55 anni, vengo da una famiglia della piccola borghesia di una cittadina qualsiasi. Famiglia numerosa, sacrifici ben celati dai miei per permettermi d'intraprendere degli studi lunghi e senza fine per una carriera bella ma incerta nella sua realizzazione. La laurea nei tempi canonici e con la lode. La specialità in Chirurgia Generale.

Ai miei tempi non retribuita. E poi piccoli lavoretti per mantenermi (guardie, sostituzioni, ambulanze, ecc.) fino a quando il Professore ti nota per le tue conoscenze di statistica e di inglese e ti chiede... di portare la sua borsa. Con lui in clinica, con lui ai congressi (la mia fortuna è che non avevo una macchina, altrimenti anche l'autista). Per lui a scrivere articoli, capitoli, preparare comunicazioni (il mio nome compare ovviamente, ma lo deve cercare con la lente d'ingrandimento tra tanti che neanche

conosco. Ma il Professore si!!!). Con la promessa costante de *il primo posto sarà tuo*. Finisce la specializzazione, ma la promessa non si realizza. Ed allora il ripiego: Dottorato di Ricerca. Per qualcuno il biglietto da visita per la carriera Universitaria. Per i molti, almeno del mio tempo, il contentino per anni di sacrificio. Tre anni ed il solito tran tran di cui sopra. Ma poi tutto finisce. Le promesse non si realizzano, ed i contentini sono finiti. Ti trovi così più che trentenne a metterti in discussione.

E ci provi. In fondo hai titoli, hai lavori, hai un buon Curriculum Vitae, vieni da una grande e famosa Università. Ma l'unica cosa che riesci a vincere, da solo - e per fortuna -, è un posto da ripescato in un pronto soccorso di un medio ospedale.

Mi perdoni, solo adesso mi accorgo che non mi sono presentato. Mi chiami anche Massimo e perdoni la confidenza. Massimo come lo sforzo fatto per aver il famoso pezzo di carta, Massimo come l'impegno messo per cercare di realizzare le mie speranze; Massimo come l'entusiasmo che cerco di continuare a mettere nel mio lavoro; Massimo come il non ritorno morale, professionale ed economico che ho dallo stesso. Massimo è un nome che suona potente, maestoso. Massimo siamo noi medici. Ho appena letto, anzi riletto, *Lettera ad un bambino mai nato* della Fallaci. Lei che parla al suo bambino che non

nascerà, le sue confidenze, le sue gioie, le sue paure...

Ecco, io chirurgo mai nato professionalmente, scrivo a Lei, il mio Ministro, delle mie gioie, delle mie paure...

Pronto Soccorso le dicevo: naturalmente non ho mai lasciato il sogno di diventare chirurgo, ho continuato a frequentare la Sala Operatoria, ad aggiornarmi a mie spese (pensi, sono iscritto a tre diverse Società scientifiche chirurgiche). E questo è il primo problema, Signor Ministro. Aggiornamento!

Cosa c'entra con la medicina difensiva e con gli esami inutili, dirà Lei?

Vuole che si smetta di stare sulla difensiva, vuole che si risparmi in modo scientificamente corretto? Ma per far questo bisogna studiare ed aggiornarsi. Confrontarsi, vedere come e dove si fa il meglio. Lo spieghi alla mia Amministrazione: in loco il massimo della scientificità dei corsi che si organizzano sono sul Basic Life Support-D (solo quello base, per l'avanzato non sono certificati, e lo stesso vale per il pediatrico). Per far vedere che *si fanno i crediti*, allora, si organizzano corsi su corsi sì, ma amministrativi. E se si chiede di andare ad un corso importante, allora i soldi non ci sono. E poi devi incastrare i turni con gli altri, fare turni su turni. O meglio, come l'Amministrativo capo ha pubblicamente detto: vai con le tue ferie a spese tue. E ci sono andato, mi creda, a spese della

mia famiglia. Ma adesso no, basta. Già, l'Amministrazione, questo poi è un altro problema. Bravi ragazzi, non voglio dire altro: anche tra loro dei Massimo. Ci chiamiamo Azienda, con tanto di organigramma, di Mission e così via. Ma se volessi vedere non dico il Direttore Generale (mi sentirei allora tanto Fantozzi), ma anche solo il Direttore Sanitario, dovrei forse andare alla trasmissione televisiva *Chi l'ha visto*. O, stavo pensando, perché no?, *Striscia la notizia*. Mai visti venire durante il giorno a vedere le cose come vanno, a cercare di capire dal vivo la situazione, e non da report più o meno veritieri.

Ho avuto l'onore di ricevere delle lettere dalla triade direzionale solo in occasione delle Sante Festività: per invitarmi alla cerimonia religiosa. Naturalmente organizzata in piena mattinata di una qualsiasi giornata festiva. Certo, suona meglio dire *il Dottore è fuori stanza per motivi religiosi* che *il Dottore è fuori stanza per un caffè*.

Direzione, perdoni se torno sull'argomento. La mia direzione si vanta di aver risparmiato nella gestione, di essere in attivo. Bravi, complimenti. Ma noi non siamo un'azienda che deve far profitti, vero Signor Ministro? Noi dobbiamo reinvestire ciò che si risparmia per dare l'utile al paziente, vero? Lo spieghi alla mia direzione: non serve rifare l'entrata

dell'ospedale, ma far crescere chi deve dare un servizio primario ai cittadini.

Carne da cannone, come i nostri nonni della grande Guerra. Presi e buttati lì, a caso. Venga a vedere per esempio il mio qualsiasi pronto soccorso di un qualsiasi ospedale: siamo in 6 e sulla carta dovremmo essere in nove. C'è poi il solito *nonno* che non fa certi turni.

E poi i turnisti, i giovani, pieni di voglia di fare, di entusiasmo che a un certo punto vorrebbero andar via.

Ed arriva invece il cittadino/paziente convinto, perché l'ha detto alla televisione il grande professore, che bisogna fare una TAC, ma fatta bene. Ho provato allora a spiegarlo ai colleghi radiologici. Anche loro bravi, anche loro tutti Massimo. Ma a prescindere che spesso la TAC non funziona, molti di loro sono come tutti quanti gli altri: operati di lavoro, non aggiornati (c'è chi sa fare solo le ecografie, benissimo, e non leggere una TAC... e viceversa...), molti sono gettonasti e tutti cercano di dare il meglio con quello che c'è.

Sa qual è la voce più *pesante* del budget della mia Uoc? Le lettere di protesta/segnalazione: meno ne hai, più bravo sei. Giusto, dirà lei, ma non si tiene conto di ciò che si scrive nella lettera. Come quello che si lamenta perché ha dovuto aspettare troppo (tre ore). Peccato però che eravamo tutti occupati con un grave codice rosso. Così, per fare un esempio. Sono giunte poi lettere di ringraziamento. Ma queste non contano, non fanno notizia. Buona Sanità, ma quando mai farà notizia? Vedo che sbadiglia, Signor Ministro. Mi sono fatto prendere la mano, mi perdoni, non voglio più tediare. Ritorno all'augurio di prima: che proprio per questo suo lieto evento, possa incontrare - od aver incontrato - tutti quei Massimo che fanno, nonostante tutto, grande la nostra Sanità.

Ascolti queste lamentele e ne faccia tesoro. Poi magari venga in incognito a fare un giro nei nostri ospedali, senza televisioni e fanfare. Venga e si presenti come un qualsiasi cittadino e parli con noi. Questo sarebbe il Massimo. Vedrà che poi la soluzione la troviamo insieme.





TURNI MASSACRANTI? **NON TENERTI TUTTO DENTRO.**

Solo per i medici violata la **direttiva 88/2003 CE** che stabilisce un orario settimanale massimo di 48 ore (compreso lo straordinario) e un periodo di riposo giornaliero di 11 ore: l'Europa ci dà ragione. Lo Stato - e non la tua azienda sanitaria - ti deve **fino a 80.000 € esentasse**. La nuova azione di rimborso parte il **20 luglio**.

www.consulcesi.it

Per i soci Acoi l'azione di rimborso è a **costi ridotti**



800.122.777

Consulcesi