



acoi NEWS

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

N. 30 LUGLIO-SETTEMBRE 2013



Inserito Redazionale al Supplemento CMN - Club Medici News numero 3/2013

30
ACOInews

TRENTA NUMERI DI ACOInews



- 3**
L'EDITORIALE
di Luigi Presenti
- 4**
PRIMO PIANO
Intervista a Fulvio Moirano
di Rodolfo Vincenti
- 7**
Cineas e Acoi:
le ragioni della collaborazione.
Intervista a Mauro Longoni
di Rodolfo Vincenti
- 9**
"Regolamento" del blocco operatorio.
Un termine desueto?
di Enrico Pernazza
- 11**
La legge Balduzzi.
Il rispetto delle linee guida riduce il rischio penale: ma è davvero così?
di Vito Pende
- 12**
VITA DELL'ASSOCIAZIONE
Passato e presente per un accettabile futuro
di Rodolfo Vincenti
- 14**
E sono 30!
di Rodolfo Vincenti
- 15**
Come sempre, sono quasi le due del mattino...
dalla redazione... Domitilla Foghetti
- 16**
Vita da Coordinatori regionali ACOI
di Giovanni Ciaccio e Lorenzo Mannino
- 18**
Quando un chirurgo corre davvero?
di Rodolfo Vincenti
- 19**
Il triathlon visto e vissuto da un chirurgo giubilato
di Agostino Ramella

- 20**
FESMED
Decreto sulle assicurazioni e proroga del blocco sugli stipendi: siamo in vigile attesa
di Carmine Gigli
- 22**
Intervista a Giambattista Catalini
di Rodolfo Vincenti
- 26**
Nuovi comportamenti nella pratica chirurgica...
di Piero Banna
- 28**
RUBRICHE
Libri da leggere
Come essere amico di una persona malata
di Rodolfo Vincenti
- Io... dopo**
lo adolescente... e la mia vita con il cancro
di Rodolfo Vincenti
- Rischio clinico e sicurezza del paziente**
di Rodolfo Vincenti
- Presentationzen**
Idee semplici su come progettare e tenere una presentazione
di Domitilla Foghetti



ACOInews n. 30 luglio-settembre 2013
Trimestrale dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani
Inserito Redazionale al Supplemento CMN Club Medici News numero 3/2013

Coordinatori
Rodolfo Vincenti
rodolfovincenti@hotmail.com
Domitilla Foghetti
domitilla.foghetti@gmail.com
Vito Pende
pende@libero.it

Collaboratori
Valeria Maglione
valeriamaglione@ospedale.al.it
Gianluigi Luridiana
gluridiana@gmail.com
Domenico Capizzi
domenicocapizzi@hotmail.it
Antonia Rizzuto
antoniarizzuto@libero.it
Francesco Feroci
fferoci@yahoo.it

CONSIGLIO DIRETTIVO
Presidente
Luigi Presenti
Past-President
Rodolfo Vincenti
Presidente Onorario
Gianluigi Melotti
Vicepresidenti
Mauro Longoni - Diego Piazza
Consiglieri
Ferdinando Agresta - Paolo De Paolis
Pierluigi Marini - Tommaso Pellegrino
Micaela Piccoli
Segretario
Stefano Bartoli
Tesoriere
Giambattista Catalini
Segretari Vicari
Luca Bottero - Vincenzo Bottino
Francesco Nardacchione - Graziano Pernazza
PROGETTO GRAFICO
Roberta Marzullo
adv@robertamarzullo.it
FOTOGRAFIE
Ivano Di Maria
Nelle foto in copertina,
Riunione di Redazione: Roberta Marzullo,
Domitilla Foghetti, Rodolfo Vincenti
IMPIANTI e STAMPA
Postel - Roma
L'inserito, stampato in 20.000 copie,
è stato chiuso il 5 settembre 2013
SEGRETERIA ACOI
via Costantino Morin 45, Roma
tel. 06-37518937 fax 06-37518941
segreteria@acoit

www.acoi.it



L'EDITORIALE



di Luigi Presenti

È assai difficile vivere nell'incertezza che domina il nostro tempo. Ancor più difficile lavorare, e non mi riferisco solo a chi cerca un lavoro, ma anche a chi lo ha già.

La sensazione diffusa è di una paralisi generale. Si ripetono gli appelli delle categorie professionali, dei sindacati, delle associazioni scientifiche sulla necessità di dare seguito alle tante idee di riforma, di riorganizzazione del sistema sanitario, che pure, in varie forme, sono state proposte, discusse, approvate. Tutti i temi sono ancora sul tavolo, intrappolati in un conflitto stato-regioni, che, pur nell'ottimismo derivato dagli apprezzamenti degli assessori regionali nei confronti dell'operato del ministro Lorenzin, resta, a mio avviso, il nodo più difficile da districare. Tutti abbiamo sentito tante volte critiche al *federalismo sanitario* che crea ventuno sistemi sanitari diversi nel nostro paese, così come gli appelli condivisi al recupero del ruolo centrale del Ministero e di Agenas nello stabilire, almeno, regole comuni.

Seguiamo con attenzione i lavori di commissioni parlamentari che, di audizione in audizione, (ascolteranno anche il WWF?), sentiranno ripetere fino alla noia concetti ovvi e risaputi, talvolta ripresi da ammuffiti libri di economia sanitaria, fino alla retorica del *potenziamento del territorio* che, in molte zone d'Italia, non è assolutamente preparato ad affrontare il *recupero* di attività oggi svolte negli ospedali.

Seguiamo con attenzione la proposta di

legge sulla responsabilità professionale ed il rischio clinico, presentata in luglio dall'On. Calabrò, integrando il precedente testo elaborato dall'On. Fucci, che contiene tutti i principi per cui da anni ci battiamo: ma quando la vedremo discussa ed approvata? Se pensiamo ai tempi normali di approvazione di una legge in Italia, ci ritroveremo fra un anno con le incertezze legate all'*obbligo assicurativo*, che tanta confusione ha generato, non delineando una chiara linea di

LA SENSAZIONE DIFFUSA È DI UNA PARALISI GENERALE. SI RIPETONO GLI APPELLI DELLE CATEGORIE PROFESSIONALI, DEI SINDACATI, DELLE ASSOCIAZIONI SCIENTIFICHE SULLA NECESSITÀ DI DARE SEGUITO ALLE TANTE IDEE DI RIFORMA, DI RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO, CHE PURE, IN VARIE FORME, SONO STATE PROPOSTE, DISCUSSE, APPROVATE

Gli italiani, generosissimi in tutto, non sono generosi quando si tratta di pensare.

Carlo Emilio Gadda

La cosa certa è che viviamo rimandando tutto ciò che può essere rimandato; forse tutti sappiamo nel profondo che siamo immortali e che, prima o poi, ognuno farà ogni cosa e saprà tutto.

Jorge Luis Borges

Dunque non diciamo male della nostra epoca, non è più disgraziata delle altre ... non ne diciamo neanche bene ... non ne parliamo.

Samuel Beckett

demarcazione tra medici dipendenti e liberi professionisti.

Seguiamo con attenzione i progetti di riordino della rete ospedaliera, che in qualche modo erano ben definiti dal documento sugli standard, ma che ancora sono ben lungi dall'essere approvati ed applicati; salvo vedere poi che regioni e province autonome sviluppano programmi di riordino in piena autonomia, accentuando quella sensazione di totale incoordinamento del sistema.

E così via, passando per una definizione seria della normativa sui dispositivi medici, basata non solo sul prezzo, ma sulla qualità; ad una disciplina chiara sull'intramoenia, che elimini storture di cui il solo sospetto getta ombre sulla professionalità dei medici; all'introduzione di una informatizzazione avanzata, che sia di vero supporto, e non di ostacolo, all'attività clinica; al gravissimo problema del precariato in sanità, che si connette intimamente con le carenze della formazione.

Restiamo in vigile attesa. Non manchiamo di far sentire la nostra voce, non ci stanchiamo di dire il nostro pensiero in tutte le sedi. Ma non vorremmo vivere una situazione analoga a quella dei due protagonisti del dramma di Samuel Beckett che, *aspettando Godot*, chiudono le loro battute con *Ebbene, andiamo?* - *Sì, andiamo*, mentre l'indicazione scenica che mette fine al dramma dice *Non si muovono*.

INTERVISTA

A FULVIO MOIRANO

Direttore dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - Agenas



● di Rodolfo Vincenti

Fulvio Moirano, Direttore dell'AGENAS, ha accettato cortesemente di rispondere, anche in un agosto torrido, ad alcune domande che ho rivolto a nome di ACOI, e noi approfittiamo della ghiotta opportunità fornitaci.

Sicurezza e qualità delle cure, un obiettivo sul quale convergono le iniziative che ACOI e Agenas, autonomamente, ma talvolta in partnership, conducono nell'area chirurgica.

Ricordo quando nel luglio 2009 iniziò la reciproca collaborazione per il *Progetto qualità e sicurezza nel blocco operatorio* con il quale abbiamo voluto proporre, con la ricerca, validazione e diffusione di Best Practices, uno strumento di supporto alle Organizzazioni ed agli Operatori per affiancarli in una corretta valutazione delle proprie performances, finalizzato ad individuare potenzialità di miglioramento, a definire obiettivi e percorsi di management oltre che a poterle misurare i risultati.

Il Programma Nazionale Esiti (PNE), felicemente introdotto ed implementato da Agenas, ad una prima lettura sembra essere una mera graduatoria, una sorta di *pagella* dell'efficacia della Azienda, U.O. o ASL.

Noi chirurghi speriamo che ciò non sia e vorrei che lei potesse ribadire ancora una volta quali sono gli obiettivi del progetto.

La ormai datata e proficua collaborazione tra Agenas ed ACOI nell'ambito della sicurezza in chirurgia non è casuale, ma la risultante di un incontro su obiettivi comuni.

Come più volte ripetuto il PNE non è una graduatoria per individuare buoni e cattivi ma uno strumento di valutazione finalizzato ad individuare, in modo più oggettivo e mirato, alcune potenziali criticità per consentire quindi, ad istituzioni e professionisti, di verificare con tecniche di auditing la loro reale esistenza ed entità onde eventualmente intervenire localmente e regionalmente per migliorarle. Il PNE è uno strumento tecnicamente raffinato che utilizza esclusivamente i data base nazionali delle SDO con tutti i vantaggi ed i limiti a queste legate.

Per questo il PNE non consente ulteriori e specifiche valutazioni in merito ad alcuni particolari aspetti inerenti la qualità e la sicurezza delle cure che necessitano invece di dati clinico organizzativi desumibili solo dalla cartella clinica di ogni paziente e che sono acquisibili solo con delle specifiche rilevazioni ad hoc. Il PNE, in altri termini, è un prezioso strumento la cui funzione principale è individuare alcune criticità che vanno però poi confermate ed analizzate nei dettagli con altri tipi di strumenti di valutazione al fine di consentire di mettere in atto interventi di miglioramento più *etiologici*, appropriati ed efficaci.

Quindi identificare le differenze e gli scostamenti dagli standard per poter poi supportare operativamente i processi di miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'equità del SSN. Allo

stato attuale sono riportate percentuali, sulla base di indicatori di performance, che riguardano globalmente l'area chirurgica della singola Azienda. Si arriverà (e se sì, come) alla valutazione quindi del singolo chirurgo?

In realtà nel PNE al momento non è stato individuato uno standard ex ante, ma sono state prese come riferimento le strutture sanitarie con performance migliori (benchmark); ciò ad ulteriore conferma che l'obiettivo del PNE è stimolare a capire *perché* alcune strutture hanno performance eccessivamente lontane da altre anche in termini di punti di forza e punti di debolezza organizzativi e clinici. Per quanto riguarda invece la valutazione della performance del singolo chirurgo non è attualmente (però sono in corso di approvazione modifiche delle SDO che possano consentire ciò) possibile realizzarla con i dati forniti dalle SDO, e quindi con l'attuale PNE, in quanto manca l'indicazione dell'operatore dell'intervento.

IL PNE È UNO STRUMENTO TECNICAMENTE RAFFINATO CHE UTILIZZA ESCLUSIVAMENTE I DATA BASE NAZIONALI DELLE SDO CON TUTTI I VANTAGGI ED I LIMITI A QUESTE LEGATE

Un merito del PNE è aver contribuito a rompere quello che nel nostro paese era di fatto (e forse in parte è ancora) il diffuso e radicato tabù culturale della valutazione delle attività sanitarie; misurare il più oggettivamente possibile per poi valutare altrettanto oggettivamente

cosa facciamo e come lo facciamo (cioè come siamo organizzati e quali sono i risultati del nostro lavoro) è un percorso ormai ineludibile e già diffuso nei paesi che, per altri aspetti forse meno spinosi, prendiamo da sempre come riferimento.

Il modello per la standardizzazione della chirurgia oncologica, messo a punto, dopo un lungo e corposo lavoro di collaborazione tra amministratori, manager della sanità, associazioni scientifiche e cittadini, dalla Provincia Autonoma di Bolzano (delibera che, prima in Italia, introduce delle soglie minime di standard e indicatori per le strutture) ha condotto, in buona sostanza, alla certificazione degli ospedali, delle U.O. ed in alcuni casi dei chirurghi con ricadute che potrei semplificare con: chi può operare che

alcuni aspetti indicativa di un possibile trend futuro dell'uso istituzionale della valutazione delle attività sanitarie a conferma di quanto detto in precedenza. Il concetto base è che in un contesto di contrazione delle risorse, di costi della tecnologia progressivamente crescenti e di incremento della domanda (aumento del numero e dell'età della popolazione) la risposta razionale non può che essere un drastico richiamo all'appropriatezza organizzativa e clinica e quindi necessariamente ancora una volta la valutazione ha un ruolo cruciale ed indispensabile. È evidente come la massima condivisione dello strumento tra gli stakeholder sia un passaggio fondamentale per un suo utilizzo corretto, capillare ed efficace. Per quanto riguarda l'esportazione del *modello Bolzano* è necessario tener

delle strutture sanitarie attualmente in fase di approvazione alla conferenza Stato Regioni) pone particolare attenzione ai volumi di quelle attività sanitarie in cui è scientificamente dimostrata la correlazione tra volume ed esito. Come si vede ancora una volta tutto ruota nell'ambito del concetto di appropriatezza clinica ed organizzativa. Dato che le società scientifiche sono la rappresentanza organizzata dei professionisti e che costoro sono i responsabili materiali dell'appropriatezza è evidente il loro ruolo chiave nell'ambito dei processi valutativi ma sempre ovviamente all'interno di un contesto più ampio di interesse istituzionale.

L'area chirurgica ha assistito a un fiorire di raccomandazioni, linee guida, modelli



Fulvio Moirano

cosa e dove. In un recente convegno Agenas ed ACOI hanno, ai più alti livelli, dibattuto sulla analisi del modello e sulle potenzialità di esportazione dello stesso nelle altre Regioni. Potremo quindi assistere ad un effetto domino? E quali potranno essere i ruoli delle società scientifiche maggiormente rappresentative come, credo di poter affermare con serenità, la nostra Acoi?

L'esperienza della Provincia Autonoma di Bolzano può essere considerata per

presente la grande variabilità e l'ampia autonomia dei vari contesti regionali pur restando nell'ambito della normativa nazionale. In altri termini dato che è dimostrato che alcuni volumi di attività delle strutture sanitarie incidono sugli esiti lo stesso concetto è verosimilmente trasferibile al singolo professionista; il tutto è però sempre da inquadrare in un ambito di programmazione regionale. A questo riguardo da notare come anche la recente normativa nazionale (cioè il Regolamento sugli standard

di comportamento; stiamo finalmente testando, vedi l'esperienza nella regione Abruzzo, con monitoraggio, valutazione, affiancamento, la reale applicazione di tutti questi buoni consigli. Esiste davvero un movimento magmatico di iniziative formative dedicate all'acquisizione di una maggiore qualità e sicurezza dell'intero percorso chirurgico. Si sta valutando la reale capacità e competenza dei chirurghi, stiamo iniziando a chiedere, anzi in certi casi a pretendere, la certificazione delle competenze del

professionista. ACOI è perfettamente in linea con tutte queste iniziative, tuttavia pongo una domanda proprio per la garanzia della qualità e sicurezza del futuro sistema: quando potremo avere un analogo comportamento delle istituzioni sui criteri di arruolamento dei direttori di struttura con la certificazione di competenza non più autoreferenziale, ma documentata oggettivamente? Quando si potrà misurare e valutare la reale capacità formativa delle nostre pletoriche Università? È una doverosa risposta che tutti, Istituzioni, associazioni dei cittadini, organizzazioni sindacali, comunità scientifica, devono ai nostri giovani come messaggio di concreta speranza.

L'esperienza del progetto congiunto *Sicurezza in Chirurgia* tra Agenas, Agenzia Regionale dell'Abruzzo ed ACOI è particolarmente indicativa perché, diversamente da altre iniziative meritevoli ma frammentate e monotematiche, è il primo esempio di un intervento con approccio veramente sistemico a livello regionale sulla sicurezza in ambito chirurgico attuato in piena sinergia tra istituzioni nazionali, regionali e società scientifiche avente come obiettivo prioritario l'implementazione della checklist operatoria (peraltro un obbligo LEA) e del Manuale per la sicurezza in chirurgia del Ministero della Salute in tutte le UO regionali. Allo stato attuale è stata effettuata la prima autovalutazione e ne è stato realizzato il riscontro con auditing tra pari nelle principali sale operatorie della regione stabilendo, dopo una breve fase iniziale di perplessità per la novità della metodica, un clima di reale interesse e collaborazione; attualmente sono in corso di definizione gli interventi di miglioramento personalizzati in base alle criticità riscontrate e condivise nelle singole sale operatorie.

La certificazione delle competenze dei professionisti è un tema non nuovo e piuttosto complesso anche se metodologicamente fattibile. Esso coinvolge infatti la formazione universitaria, altri tipi di formazione post-laurea, il normale training formativo dei neoassunti nelle UO chirurgiche ma anche, e forse maggiormente, molti altri aspetti legati al vero outcome formativo: la qualità, la sicurezza e quindi l'esito delle tecniche e delle competenze acquisite. Come detto il PNE non può ora tecni-

camente scendere nel dettaglio del singolo professionista e quindi nell'attuale forma non è utilizzabile a questo scopo. Ipotizzando di formulare un nuovo percorso per la valutazione del professionista per non correre il rischio potenziale di una certificazione formale e burocratica, ma tenendo come obiettivo finale la qualità, la sicurezza e gli esiti delle prestazioni sanitarie, in una fase iniziale si potrebbe concentrare la valutazione autorizzativa su alcune tipologie di intervento (rappresentative per complessità e diffusione) con dei focus specifici sui rispettivi volumi di attività e sui loro esiti e con standard correlati e proporzionali al livello di responsabilità del medico; il

tutto ovviamente inserito in un idoneo ed apposito percorso nell'ambito ECM e gestito da un ente tecnico terzo; tale attestazione dovrebbe essere periodicamente riverificata utilizzando gli stessi criteri di valutazione (volumi ed esiti ma anche l'eventuale introduzione di nuove tecniche e tecnologie).

L'applicazione di detta metodologia, utilizzando standard proporzionalmente più elevati, potrebbe essere una risposta alla sua domanda sulle competenze tecniche dei Direttori di UOC.

La valutazione della reale capacità formativa delle Università è un tema che non rientra nel mandato istituzionale di Agenas.



“ L'ESPERIENZA DEL PROGETTO CONGIUNTO SICUREZZA IN CHIRURGIA TRA AGENAS, AGENZIA REGIONALE DELL'ABRUZZO ED ACOI È PARTICOLARMENTE INDICATIVA PERCHÉ È IL PRIMO ESEMPIO DI UN INTERVENTO CON APPROCCIO VERAMENTE SISTEMICO A LIVELLO REGIONALE SULLA SICUREZZA IN AMBITO CHIRURGICO ATTUATO IN PIENA SINERGIA TRA ISTITUZIONI NAZIONALI, REGIONALI E SOCIETÀ SCIENTIFICHE ED AVENTE COME OBIETTIVO PRIORITARIO L'IMPLEMENTAZIONE DELLA CHECKLIST OPERATORIA (PERALTRO UN OBBLIGO LEA) E DEL MANUALE PER LA SICUREZZA IN CHIRURGIA DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN TUTTE LE UO REGIONALI

Cineas e Acoi: le ragioni della collaborazione

Intervista a MAURO LONGONI

● di Rodolfo Vincenti

“ CINEAS È UN CONSORZIO UNIVERSITARIO NON PROFIT CHE FA PARTE DEL POLITECNICO DI MILANO

Gestione del rischio clinico e assicurabilità degli operatori sanitari sono tra i temi caldi che, oggi come mai, infiammano il nostro mondo chirurgico. Mauro Longoni ricopre fin dal 2008 la carica di vicepresidente di ACOI e nel 2012 è stato nominato vicepresidente di CINEAS per il settore sanità; è quindi il soggetto adatto cui rivolgere qualche domanda per poter meglio conoscere quali siano gli obiettivi e le realizzazioni ed eventualmente gli sviluppi futuri della attuale ed importante collaborazione tra ACOI e CINEAS.

L'acronimo, non certo felice, può essere fonte di equivoco, ma anche la dizione estesa: Consorzio Universitario per l'Ingegneria nelle Assicurazioni non mi aiuta a capire. Che cosa rappresenta CINEAS e quali sono i suoi obiettivi?

CINEAS è un consorzio universitario *no profit* che fa parte del Politecnico di Milano e che ha come obiettivi prioritari la diffusione di cultura e di formazione manageriale nella gestione globale dei rischi e dei sinistri e la creazione di nuove competenze e professionalità altamente specializzate. Rappresenta inoltre una cerniera tra l'associazione che raccoglie tutte le imprese assicurative (ANIA), la galassia delle imprese e delle istituzioni e il mondo ospedaliero e accademico.

Il Consorzio è specializzato nelle tematiche legate alla cultura del rischio e realizza, tra gli altri, un programma formativo di alto valore: il master in Hospital Risk Management e, come hai ricordato, dal 2012, è attiva una stretta partnership con ACOI, testimoniata dal ruolo a me assegnato.

Sei vicepresidente del settore Sanità, quali sono state le azioni e quali saranno i progetti del settore?

Nell'anno accademico 2003-2004, CINEAS ha conferito i primi diplomi di



Mauro Longoni

Cineas e Acoi: le ragioni della collaborazione. Intervista a Mauro Longoni

Hospital Risk Manager in Italia e ha formato, a oggi, 110 professionisti, prevalentemente di estrazione medica.

Il manager formato da CINEAS è in grado di individuare, analizzare e prevenire i rischi legati all'attività sanitaria e ospedaliera in generale, di proporre e calibrare le azioni più opportune per ridurre sia il numero degli errori che le potenziali conseguenze.

Dal 2011, il Consorzio ha progettato anche una nuova proposta formativa, agile e flessibile, in grado di modellarsi in base alle esigenze delle strutture sanitarie in vista degli adempimenti legislativi previsti dall'ultimo CCNL dei professionisti della sanità, che rende obbligatori la formazione e l'aggiornamento in materia di gestione del rischio clinico.

Nel mese di gennaio 2014 partirà l'undicesima edizione del corso, patrocinata dalla Regione Lombardia. È inoltre in corso di definizione, in questo ambito, un progetto di moduli formativi per i soci ACOI.

Quindi una stretta collaborazione ACOI-CINEAS su obiettivi comuni e progetti bilaterali, quale potrà essere la road map condivisa?

Il legame tra CINEAS e ACOI è particolarmente forte e importante. L'obiettivo principale di questa cooperazione è la reciproca crescita nella cultura della prevenzione del rischio in sanità in modo da ampliare e rendere concreto il dialogo con le istituzioni, le aziende sanitarie-ospedaliere, le associazioni dei cittadini, le compagnie di assicurazione e le altre professioni sanitarie. In tal modo, si può fare sistema e si può cercare di trovare dei punti di incontro su questioni annose come l'aumento dei contenziosi medico-legali e la progressiva, drammatica difficoltà per i medici, in particolare di area chirurgica, ad assicurarsi.

Ecco un nodo dolente, ancora irrisolto e, per noi chirurghi, direi drammatico: il rapporto tra professionisti medici e assicurazioni.

Il rapporto tra sanità e assicurazioni è a un punto critico poiché le posizioni

di questi due mondi sono, oggi, molto distanti: i medici e le strutture sanitarie faticano ad assicurarsi per il fatto che la gran parte delle compagnie assicuratrici impone costi inaccettabili o diserta il settore perché lo considera in perdita. ACOI e CINEAS, insieme, possono ulteriormente valorizzare la professionalità dei chirurghi italiani e la qualità degli ospedali del nostro Paese diffondendo nella classe chirurgica la cultura della prevenzione del rischio. Questo arricchimento di importanza basilare permetterebbe, grazie proprio all'alleanza con CINEAS, di instaurare un dialogo nuovo con le compagnie di assicurazione rappresentate da ANIA, che con il Consorzio ha una strettissima collaborazione.

ACOI E CINEAS, INSIEME, POSSONO ULTERIORMENTE VALORIZZARE LA PROFESSIONALITÀ DEI CHIRURGI ITALIANI E LA QUALITÀ DEGLI OSPEDALI DEL NOSTRO PAESE DIFFONDENDO NELLA CLASSE CHIRURGICA LA CULTURA DELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO

CINEAS, nel 2012, ha effettuato un'indagine presso le strutture sanitarie pubbliche italiane per analizzare alcuni indicatori tra cui: l'attivazione o meno delle funzioni di risk management; l'eventuale presenza e le tipologie dei contratti assicurativi per la responsabilità civile professionale; la presenza, in alternativa, di un fondo per le richieste di risarcimento; il numero delle richieste di risarcimento ricevute negli ultimi tre anni.

I dati rilevati sono di estremo interesse per comprendere la realtà italiana e farne un punto di partenza.

L'evidente difficoltà di dialogo tra sanità e assicurazioni ha portato CINEAS a

istituire e attivare un tavolo tecnico di discussione e di confronto, con lo scopo di trovare soluzioni condivise in vista di una scadenza, per ora differita, che preoccupa molti professionisti della sanità: il DL 138/2011, con l'obbligo dell'assicurazione personale. Ma non solo: il lavoro verte anche sulle possibili soluzioni per il sempre più difficile e incompleto programma assicurativo che le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere mettono a disposizione dei propri dipendenti.

Del gruppo di lavoro su *Assicurabilità delle strutture sanitarie e del personale medico e infermieristico* fanno parte ACOI, AAROI, ANIA, Cittadinanzattiva, alcune delle principali compagnie di assicurazione e di riassicurazione, un medico legale, alcuni risk managers, un giurista, i vertici del Consorzio.

Il gruppo di lavoro ha già proposto delle *raccomandazioni* culturali e tecniche che sono state presentate alle istituzioni politiche e sociali, in particolare al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin.

Un lavoro lungo e complicato per un problema complesso. Noi chirurghi siamo delusi da questo *non voler risolvere della politica* e chiediamo di giungere a risultati tangibili. Che cosa c'è al momento di utile per la nostra categoria?

Il gruppo di lavoro ha preparato e definito un prezioso vademecum:

Guida per la stipula del contratto di assicurazione sulla responsabilità civile professionale per gli operatori sanitari, che è già disponibile sul sito di CINEAS (www.cineas.it) e fornisce informazioni veramente utili che noi tutti dovremo conoscere.

I nostri lavori continuano a buon ritmo e sono fiducioso che, tramite la *forza* di CINEAS i chirurghi possano ottenere risultati di primaria importanza per una propria vita lavorativa più serena e gratificante.

“Regolamento” del blocco operatorio

UN TERMINE DESUETO?

di Enrico Pernazza

Tutti i Paesi sono chiamati ad affrontare ristrutturazioni profonde dei rispettivi sistemi sanitari e di welfare, per raggiungere un assetto nel quale il *trade off* tra copertura dei costi e sostenibilità della spesa sia governato in un'ottica di efficienza ed equità. Il nostro paese, paradossalmente, invece di centralizzare per meglio controllare, ha creato enormi differenze in termini di efficienza tra sistemi sanitari regionali che hanno portato a lungo ad assorbire risorse scarse senza che fossero erogate prestazioni adeguate minando nello stesso tempo il meccanismo di trasmissione tra investimenti, formazione della domanda e crescita economica.

Da un lato, quindi, una politica di sottofinanziamento della spesa sanitaria, anche per incentivare al miglioramento dell'efficienza, dall'altro differenze quanto mai significative nelle performance regionali. Presumendo che a maggior costo dovesse seguire migliore qualità, è invece emersa una diffusa relazione di segno opposto: nella Sanità italiana allegra gestione della spesa e bassa qualità delle prestazioni vanno di pari passo. Ne derivano quindi ampi margini di razionalizzazione e ottimizzazione lungo entrambe le dimensioni.

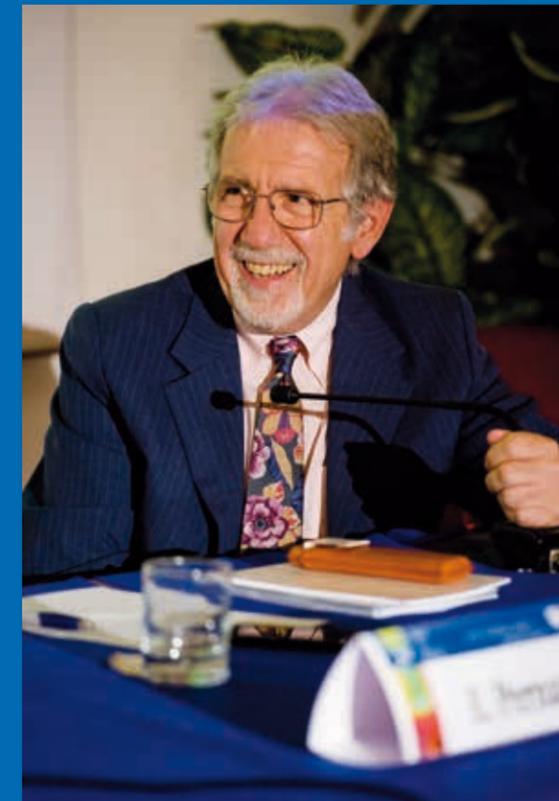
Partendo da questo e affrontando l'argomento *costi standard* in una recente intervista Ivan Cavicchi afferma: *non credo che un generico benchmark sia risolutivo a evitare le controindicazioni dei costi standard. Le sue tipologie sono tante e nessuno pone il problema di quella più adatta alla complessità sanitaria... In sanità da quel che sembra esso sarebbe impiegato per calcolare con strumenti statistici i costi. Ho il fondato timore che quello che pomposamente viene definito benchmark non sia altro che un raffronto ragionieristico tra bilanci più o meno in pareggio di Regioni scelte a cavolo. Altra cosa sarebbe se il benchmark prevedesse un cruscotto di indicatori sulle best practice ciascuno con nome e metrica, che siano*

oggettivi, comprensibili, misurabili, rappresentativi di valori da sviluppare e estendere... Per fare un buon benchmark le metriche devono essere uguali per tutte le Regioni oggetto del benchmark altrimenti salta la confrontabilità dei risultati... ma da quello che capisco in sanità il benchmark è un metodo spannometrico utilizzato per definire i target finanziari più bassi.

Tutte le riflessioni che investono il funzionamento delle Aziende Sanitarie mettono sempre più in evidenza l'aumento crescente di attenzione verso il fattore genericamente definito *fabbisogno di controllo*, intendendo con il termine da un lato l'insieme degli strumenti e delle condizioni che consentono il più completo e consapevole governo delle operazioni aziendali e della loro gestione, dall'altro l'insieme delle azioni atte a ridurre al minimo la possibilità che eventi inaspettati e/o indesiderati intervengano a deviare le finalità prefissate di azione. Nel gruppo ACOI di Facebook colgo messaggi che auspicano telecamere in sala operatoria, scatole nere e quant'altro,

senza che ancora nessuno si sia posto il problema, ipocritamente, della reale genesi del sempre crescente costo del contenzioso medico-legale e della mai troppo deplorata Medicina Difensiva. L'impressione è che, nonostante tutte le strombazzate buone intenzioni, la *blame culture* con oggetto l'operatore sanitario, sia esso medico o altra figura professionale, sia ben lungi da essere accantonata.

La realtà dice che per avere un controllo efficace, c'è bisogno di regole, poche, certe, uguali per tutti, monitorizzabili e valutabili in grado di sviluppare un reale *benchmarking* con metriche uguali come afferma Cavicchi, in grado di controllare e confrontare i risultati. Il progetto Agenas-ACOI sulla regione Abruzzo evidenzia pienamente come l'efficacia di una *raccomandazione*, nella fattispecie l'applicazione della Check list, nel momento in





cui diviene regola ed è sottoposta a verifica e monitoraggio, non solo ne evidenzia limiti e difficoltà, peraltro limitati sempre di più da affiancamento formativo e facilitativo, ma trova piena e concreta applicazione.

Il progetto dell'ACOI *Qualità e Sicurezza in Sala Operatoria* (Q&S) è nato fundamentalmente per dare risposta ad alcune domande: *le raccomandazioni, le linee guida sono concretamente applicate? Sono davvero efficaci? Sono monitorate e controllate nella loro applicazione e applicabilità? È possibile percepire la qualità e controllare la sicurezza senza ascoltare, senza misurare, senza avere chiari, definiti e trasparenti criteri di valutazione? Come intervenire e soprattutto chi deve farlo?*

Il progetto sta dando risultati importanti, soprattutto in tema di raccolta dati, elemento indispensabile e ancora troppo carente, dai quali partire. Analogamente il progetto Agenas-ACOI dedicato alla Regione Abruzzo, metodologicamente molto simile a Q&S, sta confermando la bontà dell'approccio. Una cosa è certa, se vogliamo davvero intervenire concretamente sui comportamenti e sulle organizzazioni non possiamo che recuperare una volta per tutte i criteri di *buona qualità*, vale a dire: misurabilità, riproducibilità, accettabilità, congruenza, specificità e soprattutto coinvolgere in modo reale tutti gli *stakeholders* di sistema.

Per questo abbiamo creato il Tavolo Intersocietario Interprofessionale per la Sicurezza di sala Operatoria (TIISO), nato come forma di collaborazione tra società scientifiche di differenti profili professionali per far fronte alle crescenti necessità di un approccio condiviso nella gestione di sistemi ad elevata complessità, come le sale operatorie. Lo scopo è quello di sviluppare azioni basate fundamentalmente sui principi della interdisciplinarietà, della proattività e dell'evidenza scientifica, per il miglioramento della sicurezza e della qualità, in una logica di alleanza con le istituzioni e con i cittadini.

In occasione del Congresso Nazionale ACOI di Firenze 2013, abbiamo presentato il primo documento prodotto: **Aspetti tecnici e clinici nel processo di acquisizione e valutazione delle tecnologie**, i cui concetti chiave si basano su: multidisciplinarietà, valutazione oggettiva degli aspetti principali della tecnologia, piena accettazione degli utilizzatori, efficacia terapeutica, con la proposta di uno *score system*.

Per l'anno in corso è in fase di completamento il 2° documento

incentrato sulla sicurezza del percorso chirurgico con una revisione delle raccomandazioni ministeriali e delle Best Practices perseguendo anche una corretta logica di semplificazione per alleggerire, senza perdere efficacia, azioni ancora troppo burocratizzate con una visione sempre più olistica del blocco operatorio.

In particolare intendiamo proporre in questo documento la necessità di introdurre una sorta di **Regolamento del blocco operatorio**, in quanto è del tutto evidente come un sistema complesso come il blocco operatorio necessiti di un articolato programma di analisi per controllare il maggior numero di variabili possibile.

La prima fase è la raccolta e l'analisi dei dati e dei problemi attraverso strumenti efficaci (Quality Improvement Tools). La tappa successiva del ciclo di valutazione si concretizzerà poi nella definizione e messa in atto di misure correttive (riunioni, sviluppo di protocolli e linee guida).

Le Strutture coinvolte saranno *affiancate* nel percorso di definizione della metodologia monitorandone nel tempo lo sviluppo sul modello di quanto Agenas e ACOI stanno facendo appunto in Abruzzo. Inoltre la consapevolezza di far parte di un processo monitorato porta a dei miglioramenti dei risultati ancora prima che le misure correttive siano state istituite a causa di una maggiore attenzione dei partecipanti (*effetto HAWTHORNE*). Chiaramente queste rilevazioni hanno valutazioni differenti per il Controllo di Gestione della Azienda, per le U.O. afferenti al blocco, per la Direzione Medica di Presidio. Per promuovere un impegno culturale costante su questi aspetti della attività di un Blocco Operatorio, saranno perciò coinvolte le professionalità delle varie specialità e le Direzioni Mediche ed Amministrative.

La terza fase della rilevazione e dell'analisi dei dati condurrà, alla elaborazione di un Documento, o come detto, del **Regolamento del Blocco Operatorio**, che consenta di razionalizzare le attività, salvaguardando la *Qualità* e la *Sicurezza* troppo spesso minacciate da una pressione aziendale, rivolta prioritariamente all'aumento della produttività che può invece condurre alle cause prime di criticità e eventi avversi quali le violazioni di procedure o all'errore umano.

Questo è quanto ACOI produce per la Qualità della Chirurgia e per la Sicurezza dei percorsi chirurgici per la tutela non solo del malato, ma anche del professionista.

LA LEGGE BALDUZZI

Il rispetto delle linee guida riduce il rischio penale: ma è davvero così?



● di Vito Pende

La legge 189/2012, nota come *Legge Balduzzi*, ha introdotto alcune rilevanti novità in ambito di responsabilità sanitaria allo scopo di regolamentare il sistema e di arginare il crescente contenzioso medico-legale. In sintesi:

- *Nel comma 1 dell'art 3, il giudice nell'accertare la colpa lieve del sanitario deve tener conto dell'osservanza delle linee guida nonché delle good practices accreditate dalla comunità scientifica. La loro osservanza costituisce (teoricamente) un'esimente della responsabilità penale. Da ciò deriverebbe dunque una più approfondita indagine nei procedimenti penali del grado della colpa, nonché la necessità che i CTU specifichino la conformità o meno della condotta del professionista alle linee guida.*

- *Per la liquidazione del danno biologico per lesioni di lieve entità (dall'1 al 9%) i giudici dovranno applicare le tabelle previste dall'articolo 139 del Codice delle Assicurazioni sul danno Rc auto con conseguente riduzione dei risarcimenti liquidati a titolo di danno biologico alla luce dei differenti valori monetari contenuti nella tabella di legge rispetto a quelli contenuti nelle tabelle elaborate dai singoli tribunali. È inoltre prevista l'applicazione della tabella di cui all'art 138 del Codice delle Assicurazioni per il danno biologico di non lieve entità (dal 10 al 100%). Ad oggi, tuttavia, non essendo stata ancora emanata la tabella unica*

Nazionale, si continua a risarcire il danno biologico come avveniva in passato, applicando le tabelle dei vari tribunali.

- **Albo dei Consulenti tecnici:** *l'albo dei consulenti tecnici d'ufficio di ciascun tribunale dovrà essere aggiornato ogni 5 anni. Al fine di ovviare alle carenze, denunciate più volte da autorevole dottrina (oltre che da ACOI a tutti i livelli, finanche in audizione presso la Commissione Sanità del Senato della Repubblica), in relazione alla mancanza di adeguati standard qualitativi degli esperti delle varie discipline specialistiche, al di fuori di quella medico-legale, la legge stabilisce che tali esperti vengano designati ogni 5 anni con il coinvolgimento delle società scientifiche.*

Tuttavia, a volte, la scrupolosa osservanza delle linee guida o delle *buone pratiche* da parte del medico, non lo esime da un comportamento colposo, qualora la condotta non si riveli la più appropriata in considerazione delle particolarità del quadro clinico concreto. È importante sottolineare, come ha evidenziato anche la giurisprudenza con alcune sentenze di Cassazione, che non tutte le linee guida sono dotate della medesima attendibilità scientifica e non tutte rispondono a logiche di ottimizzazione dell'attività terapeutica, perseguendo a volte anche finalità meramente economicistiche, con particolare riguardo al contenimento della spesa sanitaria (Cassazione penale 35922/2012; 4391/2011; 8254/2010).

Infatti la conformità della condotta del professionista alle linee guida non determina automaticamente un'esclusione della sua responsabilità professionale né, per contro, la mancata applicazione delle stesse è sempre censurabile in sede civile e penale, potendosi viceversa configurare una sua colpa in caso di piatta ed acritica adesione,

LA LEGGE 189/2012 HA INTRODOTTO ALCUNE RILEVANTI NOVITÀ IN AMBITO DI RESPONSABILITÀ SANITARIA

con omissione di quegli atti terapeutici imposti dalla peculiarità del caso clinico concreto. Insomma: un bel e direi consueto guazzabuglio.

In considerazione dei dubbi interpretativi del comma 1 dell'art 3, sarebbe auspicabile che il Legislatore fornisca i dovuti chiarimenti, così da scongiurare il rischio di rendere più indefinito e copioso il contenzioso, con un risultato inevitabilmente contrario a quello perseguito. Per quanto riguarda la nostra comunità scientifica, penso che ACOI negli ultimi anni molto ha fatto, individualmente o in collaborazione con altre Società Scientifiche, nel produrre, secondo una metodologia rigida e riconosciuta valida un numero notevole di *linee guida*, specie se si ragiona sul fatto che i tempi di realizzazione spesso superano l'anno. L'obiettivo sarà comprendere quante più patologie chirurgiche possibile. Sarebbero auspicabili linee guida *congiunte* approvate dalle principali Società Chirurgiche, con la preziosa partecipazione non solo dei chirurghi più giovani ed aggiornati, ma anche e soprattutto con la grande esperienza dei più navigati.

Ciò a mio avviso consentirebbe di associare all'evidenza scientifica (Livelli di evidenza & Gradi di raccomandazione), anche quelle *good practices* da calare nei casi specifici. In tal modo saranno utili non solo ai tribunali per stabilire l'eventuale colpa professionale ed il suo grado, ma soprattutto a noi chirurghi per ottimizzare la gestione del malato e, certamente non per ultimo, per lavorare più serenamente e probabilmente maggiormente tutelati.

Passato e presente per un accettabile futuro



● di Rodolfo Vincenti

sono state negli anni troppo numerose per poterle riprendere, ma, in funzione del mio obiettivo, ne estrapolerò alcune riportando necessariamente soltanto le *parole chiave* utilizzate nei vari discorsi (chi vorrà potrà leggere i testi integrali negli archivi del sito Acoi):

Melotti 2006 ...*l'ACOI riceve dai suoi soci una pressante richiesta di intervento sulle tematiche della tutela della professionalità e sulla valorizzazione delle specificità dell'attività chirurgica, che trovano spazi significativi nei tavoli della contrattazione sindacale...-...Dobbiamo trovare nuove alleanze; la più naturale appare essere quella con i cittadini, nostri pazienti-utenti.*

2007 ...*Rivendichiamo un cambiamento che riporti in primo piano competenza e qualità... tutti a Bologna, a discutere di politica sanitaria, di temi etici e organizzativi... È arrivato il momento di contribuire in modo incisivo e cogente ad introdurre un'etica della competenza, della professionalità quale unico criterio per la selezione dei dirigenti...*

Vincenti 2008 ...*sintonia tra le Società Scientifiche Chirurgiche per l'individuazione di obiettivi comuni sui quali impegnarsi...*

2009 ...*dovranno essere tenuti in debita considerazione i principi della dichiarazione di Londra del 2006, Patients for Patient Safety...*

2010 ...*Le reti formative regionali devono essere pianificate su un tavolo dove Università, Ospedali (parità di diritti e doveri) e Politica... costruiscano l'offerta migliore... Che qualsiasi ipotesi USA-mediata di Credentialing e Privileging non si realizzi senza passare attraverso la nostra analisi e con le nostre regole.*

Mi fermo qui ed è più che sufficiente per una riflessione.

È evidente come, dagli inizi del millennio, l'ACOI si sia interrogata sul ruolo da svolgere in un contesto socio-politico-economico complesso e del tutto diverso dai decenni precedenti. Da Associazione Scientifica congressuale (lobby di pochi) a soggetto attivo per la tutela di tutti e per la formazione del chirurgo. Un cambiamento epocale in un mondo sociale in evoluzione. I processi di cambiamento però richiedono, oltre alle idee, tempi lunghi per l'elaborazione, la condivisione, la messa in pratica e la indispensabile verifica. Richiedono anche interlocutori stabili, apertura mentale senza pregiudizi, tavoli fra gli attori tutti, aperti e propositivi. Se soltanto penso a quanti differenti (per schieramento e finalità) interlocutori politici abbiamo incontrato, dai quali siamo stati *auditati* ufficialmente (albo dei periti, testamento biologico, formazione, sicurezza, qualità ecc), ai quali abbiamo consegnato progetti e documenti. Quanti abbiamo

invitato e quante volte siamo stati invitati da loro a discutere le nostre problematiche... Se soltanto penso a tutti gli innumerevoli incontri con Società Scientifiche di area per un'ipotesi di percorsi comuni... Se soltanto penso alle nostre pressioni per la revisione giuridica della colpa medica...

Questo per il passato, ma il nostro presidente attuale, Luigi Presenti, in piena unità di intenti con il Consiglio Direttivo, è ancor più attivo, se possibile, presente praticamente a tempo pieno, su tutti i numerosi tavoli istituzionali a portare la sua forte ed ascoltata voce, a nome di tutti noi, ed a raccogliere quei risultati possibili sui quali oggi si aprono degli spiragli che non molto tempo fa, erano assenti.

Insomma quello che vorrei affermare è che la visione comune dei problemi, la concordanza, pur nelle singole diversità, sulle grandi problematiche da affrontare e sulla metodologia da seguire sono state un *fil rouge* che ha caratterizzato le dirigenze degli ultimi 12 anni. Gli interlocutori intorno a noi si sono sempre avvicinati, ma hanno sempre trovato una voce *unica* e punti fermi. Non so se abbiamo agito in modo sufficiente a raggiungere risultati degni di nota, certamente però riteniamo di essere stati presenti, laddove necessario, su tutte le tematiche di interesse generale. La *Voce* in 12 anni è stata continua.

Le *parole chiave* sopra riportate sono state diverse e su vari campi. Ne analizzerò alcune.

Tutela della professionalità: siamo oggi rappresentati in FESMED (Giambattista Catalini è vicepresidente) che è sindacato riconosciuto presente sui tavoli della contrattazione.

Competenza e qualità in primo piano: il Programma Nazionale Esiti (con tutti i risvolti di cui è composto in tema di credenziali) vede ACOI presente come interlocutore privilegiato.

La Dichiarazione di Londra, con il progetto Patients for Patient Safety, elencò una serie di impegni da perseguire: *promuovere programmi per la promozione e l'empowerment dei pazienti, sviluppare un dialogo con tutti i partner per la promozione della sicurezza, identificare le best practices e diffonderle, ecc.* E allora?

La costituzione della Fondazione Chirurgo e Cittadino (ascolto, empowerment, condivisione) con le sue attività e soprattutto con i risultati della ricerca *La Settimana dell'Ascolto* (che si fregia del bollino di eccellenza 2012, nella quota Università e Fondazioni, della Public Affairs Association, quale esempio virtuoso riproducibile, modello di benchmark nazionale) è una realtà consolidata e riconosciuta che, tra l'altro, tramite un concetto di *nuova* relazione con il paziente, auspicherebbe quantomeno all'abbattimento di quel 33% di contenziosi sorti per *deficit di comunicazione*.

LA VISIONE COMUNE DEI PROBLEMI, LA CONCORDANZA, PUR NELLE SINGOLE DIVERSITÀ, SULLE GRANDI PROBLEMATICHE DA AFFRONTARE E SULLA METODOLOGIA DA SEGUIRE SONO STATE UN FIL ROUGE CHE HA CARATTERIZZATO LE DIRIGENZE DEGLI ULTIMI 12 ANNI

Non credo certo che per un caso fortunato il medesimo riconoscimento (per la quota Associazioni Scientifiche) sia stato concesso anche al pionieristico (ideato nel 2009!) *Progetto Qualità e Sicurezza nel Blocco Operatorio* che, coinvolgendo circa 50 U.O di Chirurgia e Direzioni, ha individuato le best practices del percorso chirurgico. Non credo che potrei essere smentito se dicessi che alcuni progetti Nazionali e Regionali ne hanno preso spunto e comunque vedono ACOI presente. Mi chiedo: non sono realizzazioni, ancorché alcune ancora in itinere?

Qualsiasi ipotesi USA-mediata di Credentialing e Privileging non si realizzi senza passare attraverso la nostra analisi e con le nostre regole. La recente delibera della Provincia Au-

tonoma di Bolzano *Accreditamento delle Strutture per la chirurgia oncologica* è stata realizzata con componenti di ACOI e discussa in convegno in sede Ministero, diffuso in streaming, organizzato da Agenas e ACOI.

Percorsi unitari finalizzati tra le Società scientifiche: qui le cose proprio non vanno. Malgrado gli sforzi e l'impegno a tutto campo (basti pensare al Congresso Unitario 2012), personalismi, visioni parcellari del mondo scientifico, assenza totale di analisi realistica del periodo economico-sociale attuale e forse qualche incomprensione han fatto sì che il molto, che con grande impegno si è costruito, venga messo da altri in discussione o addirittura apertamente contrastato. Il ruolo poco chiaro del Collegio Italiano dei Chirurghi, la volontà politica di non procedere ad un accreditamento delle Società Scientifiche certamente non facilitano e rendono il percorso collaborativo e rappresentativo complesso e *sic stantibus rebus*, forse non risolvibile positivamente:

I giovani chirurghi: le porte alle quali abbiamo bussato sono rimaste chiuse (Università, rete formativa regionale) per un adeguamento della formazione specialistica ai parametri europei con il pieno coinvolgimento della rete ospedaliera.

Ne siamo addolorati e sconcertati, perché, come dissi a Paestum, nella luce tiepida di un tramonto tra le colonne doriche dei templi, la formazione specialistica chirurgica non può più essere appannaggio di strutture didattiche dove i grandi numeri sono rappresentati dai docenti e non dai volumi chirurgici.

ACOI però, sul tema *giovani* ha le carte in regola: Gruppo istituzionalizzato ACOI Giovani (attivo, autonomo e propositivo), le borse di studio per la formazione manageriale, le scuole sempre ben frequentate, gli spazi congressuali, i processi formativi delle linee guida ACOI e intersocietarie (dove i giovani sono la quasi totalità), la ricca, unica e visitatissima videoteca del sito a disposizione ecc.

Insomma direi proprio che l'occhio dell'ACOI guarda al futuro.

Qualche tempo fa Enrico Pernazza inviò una sua riflessione sul ruolo di ACOI svolto nell'ultimo decennio. I destinatari fummo noi *past president* (Stancanelli, Melotti, Vincenti). In realtà più che una riflessione si era posto una serie di quesiti, ancorché non espressi in forma di domanda, che tendevano ad esplorare quanto fosse stato realizzato di quanto dichiarato, sia in discorsi che in scritti ufficiali. Momento di riflessione quanto mai opportuno al quale provo a rispondere, a titolo del tutto personale, come in una sorta di *audit* societario. Della invero lunga lettera di Pernazza, prendo spunto e riporto quanto in conferenza stampa, nel lontano 2003 il presidente Stancanelli, dopo aver denunciato l'insostenibile incremento del contenzioso medico-legale, l'ancora vigente *codice Rocco*, la designazione *politica* dei primari, l'assenza del chirurgo nella gestione delle risorse aziendali, dichiarava: *le Associazioni scientifico-professionali devono assumere un ruolo nuovo per confrontarsi anche con tali problematiche... è indispensabile una profonda trasformazione che si muova su precisi binari: - riorganizzazione interna per assicurare un forte collegamento tra la base e i vertici...- impiego diffuso e capillare di strumenti comunicativi...- convergenza tra le società mediche.*

Le denunce e le dichiarazioni di intenti

È EVIDENTE COME, DAGLI INIZI DEL MILLENNIO, L'ACOI SI SIA INTERROGATA SUL RUOLO DA SVOLGERE IN UN CONTESTO SOCIO-POLITICO-ECONOMICO COMPLESSO E DEL TUTTO DIVERSO DAI DECENNI PRECEDENTI. DA ASSOCIAZIONE SCIENTIFICA CONGRESSUALE (LOBBY DI POCHI) A SOGGETTO ATTIVO PER LA TUTELA DI TUTTI E PER LA FORMAZIONE DEL CHIRURGO

Per concludere vorrei sottolineare che il momento attuale, le diverse e numerose attività, i *tavoli* su cui si discute (non dimentichiamo quello con Asso-biomedica), l'attività florida di provider (con il piano formativo annuale) ed il rispetto delle regole connesse (documentazione, verifica e controllo), la verifica delle deleghe sindacali ecc, rendono la gestione della nostra

Società molto complessa, direi al limite delle possibilità umane di *volontari* la cui attività principale rimane quella di svolgere la propria attività professionale.

Credo che la Presidenza stia esercitando il massimo sforzo per ottenere i migliori risultati possibili a fronte delle risorse, umane e non solo, disponibili. Direi: efficienza massima. Se poi il

numero delle richieste di iscrizione alla associazione è realisticamente in incremento costante è segno che, quantomeno il grande impegno viene riconosciuto e se, ancora, un maggior numero di soci volesse essere parte attiva delle intraprese ACOI, il nostro futuro ci sorriderrebbe con maggiore intensità.

E SONO

● di Rodolfo Vincenti

Con l'editoriale *La difesa della professione* a firma Gianluigi Melotti, allora presidente ACOI, si aprì il numero 1 di ACOInews nel marzo 2006. Melotti ebbe l'intuizione di comprendere come fosse giunto il momento di abbandonare *Il Bollettino ACOI* per dare spazio ad un *magazine* articolato nel quale riportare sì la cronaca ed i resoconti delle attività dell'Associazione, ma anche, e direi soprattutto, che potesse rappresentare una vetrina-salotto dove evidenziare e discutere le problematiche più pressanti insite nel nostro mondo di chirurghi. Il Consiglio Direttivo dette a me (uscivo dal Consiglio e dalla vicepresidenza ACOI) e a Domitilla Foghetti (membro della segreteria nazionale), l'incarico di coordinarne l'aspetto editoriale; ruolo ricoperto con evidente preoccupazione (non ci si *inventa* direttore editoriale!), ma con soddisfazione, convinto della giusta causa. E non a caso il mio articolo introduttivo fu: *Progetto ACOI: formazione, informazione, comunicazione*, mentre la nostra prima intervista toccò una tematica esiziale (e purtroppo ancora irrisolta!): *Rischio clinico e contenzioso medico-paziente: riflessioni di un giurista* (Giuseppe Battarino, magistrato di spicco e componente del gruppo Medicina e Legalità). In precedenza *Il Bollettino* (un foglio in monocromia formato A3 di 4 pagine, talvolta di 8) era gestito *di fatto* da Luigi Presenti, che in modo quasi miracoloso è riuscito a pubblicarlo anche con una certa regolarità, ed era postalizzato

come supplemento di Ospedali d'Italia - Chirurgia. La nuova realizzazione non poteva fare a meno di un apporto professionale adeguato per cui il CD decise di avvalersi, per composizione e grafica, della competenza di Roberta Marzullo e del suo staff, per penetrare con successo nei meandri dell'editoria. Quindi da dilettanti volontari a semi-professionisti. Da un *magazine autocopertinato di 16 pagine*, siamo passati alle attuali 32. Da una tiratura di 5000 copie siamo giunti a 20000. L'indirizzario è stato esteso anche alle Istituzioni (Assessorati, Direzioni Aziendali, Commissioni parlamentari). Quest'ultima recente estensione è stata possibile grazie alla partnership con ClubMedici con costi notevolmente contenuti rispetto al passato. Questa è la nostra storia. Che poi il testimone della direzione sia passato nei trienni societari da Presenti a me e viceversa penso che possa testimoniare, se ancora ce ne fosse necessità, la grande unità di azione e continuità tra le ultime presidenze.

Con questo numero 30 vogliamo fe-

steggiare con i nostri lettori, che ci piace credere assidui, l'impegno di coloro (troppi per nominarli tutti) che, negli anni, hanno collaborato alla ideazione, alla ricerca dei contributi, alla diretta composizione degli articoli.

“ VOGLIAMO FESTEGGIARE CON I NOSTRI LETTORI, L'IMPEGNO DI COLORO CHE, NEGLI ANNI, HANNO COLLABORATO

A tale proposito voglio ricordare a tutti i Soci la nostra apertura ad accettare qualsiasi loro contributo, in linea con gli obiettivi editoriali, che la redazione sarà felice di pubblicare. È un invito che ha anche come finalità quella di poter guardare serenamente al futuro del nostro *magazine* che avrà bisogno di nuove ed ulteriormente innovative forze. Tanti auguri a tutti noi.

COME SEMPRE, sono quasi le due del mattino...



● ...dalla redazione
Domitilla Foghetti

Per il mio 18° compleanno mi hanno regalato una stilografica di pregio. Era l'ultimo tentativo dei miei genitori, padre giornalista e madre professoressa di lettere, per farmi cambiare idea sulla scelta della facoltà universitaria. Ho sempre nutrito un grande amore per la scrittura e la letteratura, ma la passione per la medicina è stata *travolgente!* Quale occasione migliore per unire i miei interessi di quella di far parte della redazione del magazine dell'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri? Occasione che non ho esitato a prendere al volo, nonostante mi trovassi al mio primo Consiglio Direttivo, in veste di segretario vicario, e quasi cercassi di scomparire sotto il grande tavolo da riunioni che mi vedeva di fronte a per-

sonaggi che rappresentavano le eccellenze della chirurgia italiana. A diversi anni di distanza e dopo 30 numeri di ACOInews, sono tuttora grata di aver ricevuto questo incarico che mi ha dato la possibilità, giovane chirurgo di una piccola città, di vivere le politiche societarie, di conoscere le imprese umane e professionali dei soci ACOI, di poter porre le domande ed elaborare le risposte riguardanti le problematiche più attuali e più sentite. Ciò testimonia anche come l'ACOI sia veramente una società a misura d'uomo (e di donna...) in cui veramente ognuno può far sentire la propria voce, proporre le proprie idee e mettere in campo nuove iniziative. Durante le prime riunioni a Modena, con la guida di Roberta Marzullo, ab-

biamo imparato a creare una *strategia editoriale* e per un giorno intero svestivamo il camice e ci reinventavamo in un mestiere nuovo e affascinante, in cui le espressioni *colophone* e quarta di copertina non potevamo cercarle nel dizionario medico. Oggi riusciamo a confrontarci anche solo tramite mail e skype, per forgiare una rivista che ha cambiato più volte aspetto e contenuti, non per mancanza di continuità, ma per la volontà di cercare di rispondere il più possibile alle esigenze dei lettori, non solo soci ACOI e di spaziare da argomenti di attualità ad approfondimenti più tecnici, a momenti di evasione.

Come in una *vera* redazione giornalistica viviamo la ricerca della notizia, la scelta del tema conduttore, la frenesia della *dead line* per la consegna dei contributi e l'inevitabile corsa al momento della chiusura del numero, mentre le ultime correzioni vengono inviate dall'iPhone, tra un intervento e l'altro, direttamente in tipografia. Non è solo un dovere ma soprattutto un piacere ringraziare i Direttori di ACOInews che mi hanno più volte riconfermato in questo ruolo. Così anche mio padre sarà contento, quando verrà pubblicato un mio articolo, mentre mia madre vedrà applicati i suoi insegnamenti nel correggere, con tanto di matita rossa e blu, le bozze prima della stampa! Solo una cosa non è mai cambiata in questi anni: da *vera* giornalista-chirurgo, il lavoro migliore è quello svolto di notte! E allora, visto che sono quasi le due...

LA VITA



da Coordinatori regionali ACOI

● di *Giovanni Ciaccio e Lorenzo Mannino*

A più di metà percorso è forse il tempo di cominciare a stendere un primo bilancio di quello che è stato e sarà, ancora per poco meno di un anno, un entusiasmante periodo associativo, vissuto con la consapevolezza di avere ricevuto un grande onore con la nomina a Coordinatore Regionale ma anche l'onere delle responsabilità correlate. Fin dal primo momento (Congresso Nazionale ACOI, Maggio 2011), un misto di gioia e timore pervase due *giovani* chirurghi siciliani con funzione non apicale (fatto nuovo per il ruolo di Coordinatore Regionale in Sicilia). Focalizzammo subito l'attenzione sul *taglio* da dare al triennio che stava per iniziare e concordammo facilmente sul fatto che la collaborazione reciproca e l'integrazione tra le due sezioni (Orientale ed Occidentale) sarebbe stato il filo conduttore unico delle nostre attività.

Ruoli e compiti del Coordinamento sono molteplici e tutti di importanza fondamentale per una Società dalle mille attività. Fulcro, ma anche il tallone di Achille di ogni associazione che accoglie un gran numero di soci (oltre 500 in Sicilia) è l'*aggiornamento del database* e la ricognizione delle diverse strutture ospedaliere presenti nel territorio di competenza, al fine di comporre un elenco delle Unità Operative, dei Direttori e Dirigenti Medici operanti all'interno di esse.

Le indicazioni del nuovo Consiglio Direttivo caldeggiarono un piano formativo con eventi monotematici *one day*, in sostituzione del congresso regionale vecchia formula, i cui temi

e luoghi avrebbero però dovuto essere comunicate, per l'inserimento nel piano formativo nazionale del provider ACOI, entro l'autunno! Il tempo stringeva e non restava altro che rimboccarsi le maniche e mettersi subito all'opera.

L'estate 2011 è stata quindi veramente intensa: fin da subito una mailing list per le necessità immediate e future. Poche settimane per ideare e costruire un calendario compatibile, sono un periodo molto breve, ma diventa compito enorme se si considera la necessità di farsi conoscere dai numerosi colleghi siciliani delle altre province, per spronarli e sostenerli oltretutto in un momento di crescenti difficoltà economiche. Da sempre, in ACOI, alla Sicilia, per struttura geografica e in considerazione delle distanze tra una provincia e l'altra, è stata assegnata una doppia coordinazione. Se da una parte

“ L'ESTATE 2011 È STATA QUINDI VERAMENTE INTENSA: FIN DA SUBITO UNA MAILING LIST PER LE NECESSITÀ IMMEDIATE E FUTURE. POCHE SETTIMANE PER IDEARE E COSTRUIRE UN CALENDARIO COMPATIBILE, SONO UN PERIODO MOLTO BREVE

questa duplicità e la divisione dei compiti agevolano il ruolo del Coordinatore, dall'altra relazionarsi con chi talvolta si è appena conosciuto, pone mille interrogativi: come potersi ricordare a distanza, e soprattutto, se le personali impostazioni del futuro potranno essere condivise.

Potevamo andare ognuno per conto proprio, ma abbiamo scelto di incontrarci e collaborare. Sinergia per fare dei due Coordinamenti una voce sola, con un unico calendario regionale di appuntamenti scientifici di ottimo livello, gestiti da colleghi delle varie province e con un *censimento di tutti* i chirurghi delle U.O. chirurgiche regionali (pubbliche e private), per raggiungere con le nostre abituali comunicazioni non solo chi è associato, ma soprattutto chi non lo è, nella speranza (fortunatamente confermata dai fatti, visto il numero delle nuove iscrizioni nei primi due anni) che pure chi non è socio ACOI lo possa diventare.

L'azione comune ci ha consentito di interagire con l'Assessorato Regionale alla Sanità per modificare in tempo un DL sugli interventi chirurgici per patologie della parete addominale venendo così incontro a tutti i chirurghi e i cittadini siciliani. Crediamo di aver rispettato, pur tra mille difficoltà, i piani formativi annuali, dando la doverosa visibilità alla Fondazione Chirurgo e Cittadino e coinvolgendo chirurghi e città diverse, informando sempre tutti su convegni, congressi, simposi, incontri, forum (ACOI e non solo, e ovunque venga svolto) di cui siamo venuti a conoscenza, in modo che anche i colleghi siciliani potessero partecipare. Informazioni molto gradite perché i canali delle singole organizzazioni congressuali raramente riescono a coprire, e per tempo, il 100%, del territorio. Per questo e per dar voce a tutti abbiamo costruito anche una pagina ACOI Sicilia su facebook dove è possibile raccogliere utili notizie sulla vita associativa.

Una osservazione gratificante è stata quella di poter rilevare che, mentre il primo anno si è incontrata qualche difficoltà nel trovare colleghi disposti ad organizzare le prime giornate ACOI (grazie a Giovanni Spinnato, Peppino Tornambè ed Enzo Fazio per la fiducia *al buio*), adesso, visti i successi in termini

di partecipazione, di spessore scientifico e culturale dei vari eventi alle spalle, accade esattamente l'opposto, cioè abbiamo un overbooking di richieste che supera l'offerta, con una specie di lista di attesa congressuale che attende solo di essere smaltita!

Dietro tutto questo c'è però tanto lavoro, tanto impegno, tanto tempo sottratto a noi stessi, alla propria famiglia, nonché alla professione considerando che tanti contatti, tante mail, tante riunioni operative avvengono di necessità in coincidenza con l'attività quotidiana professionale per cui indispensabili sono state la pazienza e la disponibilità dei Direttori delle nostre rispettive U.O. e dei colleghi di reparto (quanti cambi turno!).

Certamente aver avuto l'indispensabile supporto del Vicepresidente Nazionale Diego Piazza (consigli sapienti) e la costante presenza, anche se a distanza, del Presidente Nazionale Luigi Presenti (incoraggiamento e stimoli) ha reso la strada meno accidentata.

Ma non solo Sicilia! I numerosi incontri tra tutti i coordinatori ci hanno fatto percepire uno straordinario senso di collaborazione e coesione specie nei difficili momenti degli eventi *a costo zero*. Ma non solo lavoro! Grazie all'ACOI e alla incredibile mole di contatti abbiamo allargato le nostre conoscenze e sono fiorite nuove amicizie, prima fra tutte quella tra noi due, a riprova che non è vero che un palermitano ed un catanese non possano andare d'accordo!

“ MA NON SOLO SICILIA! I NUMEROSI INCONTRI TRA TUTTI I COORDINATORI CI HAN FATTO PERCEPIRE UNO STRAORDINARIO SENSO DI COLLABORAZIONE E COESIONE SPECIE NEI DIFFICILI MOMENTI DEGLI EVENTI A COSTO ZERO. MA NON SOLO LAVORO!



QUANDO UN CHIRURGO corre davvero!

di Rodolfo Vincenti

Una rilassante nuotata, un po' di bici ed una *corsetta* defatigante. Sì, sembra facile, ma così non è quando la nuotata è lunga centinaia di metri, sul sellino si sta per oltre 20 km e si corre per più di 5000 metri. Il tutto condito da una buona dose di sano agnismo e di controllo dei tempi con tanto di classifica finale. Questo è il triathlon. Sport duro per donne e uomini compatibili con la fatica, costanti negli allenamenti, ricchi di determinazione. In una lettura pigra e soleggiata di inizio agosto, nella cronaca del Corriere della Sera, a piena pagina e con una grande foto, il cuore sobbalza con gioia nel riconoscere Agostino Ramella (socio ACOI, ex primario di Chirurgia) e Gabriella (moglie) che, mano nella mano, tagliano il traguardo. Certamente le loro espressioni tradiscono l'intensità dello sforzo, ma anche la felicità immensa di essere riusciti, di avercela fatta. L'articolaista aggiunge notizia a notizia: *si svolgerà a breve il World Master Games, la mini Olimpiade per amatori* proprio nella

città di Agostino: Torino. E non crediate che sia una cosa da poco! 107 nazioni per più di ventimila atleti, 30 sport, 165 specialità. Età media 52 anni. Ho molte volte avuto la fortuna di incontrare, in vari eventi congressuali, la coppia *mano nella mano*, spesso con la loro inseparabile bici, asciutti, amichevoli e ricchi di spontaneo sorriso. Agostino è uno che ha creduto nell'ACOI e nei suoi intenti formativi, molte le idee comuni e ne ho condiviso critiche e ascoltato suggerimenti. Ha ragione Agostino: il triathlon sarà faticoso, ma quando tagli il traguardo, non importa con quali tempi, l'applauso è garantito e l'autostima giganteggia.

IL CUORE SOBBALZA NEL RICONOSCERE AGOSTINO RAMELLA E GABRIELLA CHE, MANO NELLA MANO, TAGLIANO IL TRAGUARDO



Il triathlon visto e vissuto da un chirurgo *giubilato*

di Agostino Ramella



Il triathlon, sport sconosciuto a tanti o conosciuto solo come disciplina impossibile, consiste in cimentarsi in tre differenti discipline senza interruzione. Il triathlon più accessibile (sprint) consta di 750 m di nuoto, 20 km di bicicletta e 5 km di corsa.

Il mio approccio non è stato casuale; è stata la logica evoluzione di un percorso di sport all'aria aperta in compagnia di mia moglie. Sci di fondo, bicicletta, gite in montagna, compatibilmente con la mia attività lavorativa. In alcuni Congressi siamo arrivati... in bicicletta (bagagli appresso!)

Quando mia moglie, abile nuotatrice, a 60 anni ha iniziato a gareggiare non potevo essere da meno, ma non essendo bravo nuotatore ho dovuto impegnarmi per un lungo inverno a colmare le mie lacune. Quando poi a 63 anni ho terminato il primo triathlon è stato subito amore e passione. E poiché le passioni senili sono coinvolgenti, totalizzanti e profon-

de ci siamo trovati in un mondo giovane (come età potremmo essere i genitori o i nonni della maggioranza dei triatleti) e gratificante.

Impegno fisico in qualsiasi condizione meteorologica, concentrazione continua anche nelle fasi di transizione per velocizzare tutti i cambi perché il cronometro si ferma solo quando arrivi al traguardo, e poi assoluta individualità: il regolamento esclude ogni aiuto esterno, anche da tuoi compagni di squadra. Addirittura all'estero è proibita anche la scia durante la frazione ciclistica. Dopo un paio d'anni dalla prima esperienza di gara siamo approdati al triathlon olimpico (1500 m, 40 km, 10 km) e al winter triathlon (5 km corsa sulla neve, 12 km mountain bike sulla neve e 10 km sci di fondo). E qui pausa, perché in gara sulla neve ho sacrificato il femore con successiva protesi totale d'anca. Mia moglie nel frattempo ha aumentato le distanze raggiungendo il mezzo ironman (1900 m, 90 km, 21

km) prima donna italiana della sua età a terminarlo. Dopo 18 mesi di sosta riesco faticosamente a terminare uno *sprint* e a luglio di quest'anno un *olimpico* ai Campionati Italiani dove giungo 2° di categoria. In dieci anni avremmo fatto quasi 150 gare, e continuiamo a divertirci tutte le volte che ci tuffiamo in acqua (mare, lago, fiume o piscina) per una nuova impresa. Credo che questa comune passione abbia aiutato il rapporto di coppia. E non è cosa da poco.

Ultima fatica sono stati i World Master Games a Torino, nostra città, ai primi di agosto dove abbiamo vinto io il bronzo e mia moglie l'oro nelle rispettive categorie. Grande soddisfazione perché siamo stati alla ribalta per essere coppia, per la longevità del matrimonio (42 anni) e per l'età (142 anni in due) in una disciplina... faticosa. Che dire? Passione, impegno, concentrazione, intraprendenza sono anche peculiarità del chirurgo. Perché non provare?

Decreto sulle assicurazioni e proroga del blocco sugli stipendi: siamo in vigile attesa

● di Carmine Gigli Presidente nazionale - FESMED



Carmine Gigli

I FATTI PIÙ RILEVANTI DI QUESTA ESTATE SINDACALE SONO STATI: LA PROROGA DEL BLOCCO DELLE RETRIBUZIONI A TUTTO IL 2014 E LA MANCATA PUBBLICAZIONE DELL'ATTESO DPR RIGUARDANTE LE ASSICURAZIONI DEI MEDICI, CHE AVREBBE DOVUTO VEDERE LA LUCE ENTRO IL 30 GIUGNO 2013 E SUL QUALE ABBIAMO SOLO POCHE INDISCREZIONI

I fatti più rilevanti di questa estate sindacale sono stati: la proroga del blocco delle retribuzioni a tutto il 2014 e la mancata pubblicazione dell'atteso DPR riguardante le assicurazioni dei medici, che avrebbe dovuto vedere la luce entro il 30 giugno 2013 e sul quale abbiamo solo poche indiscrezioni.

Il Consiglio dei Ministri dello scorso 8 agosto ha prorogato il blocco degli stipendi sino al 31 dicembre 2014, giustificandolo con la particolare contingenza economico-finanziaria che richiede interventi non limitati al solo 2013. Inespiegabilmente, il blocco della contrattazione economica e degli automatismi stipendiali non è stato esteso a tutto il contratto di lavoro ma, esclude e rende possibile la contrattazione normativa per il pubblico impiego. Si tratta di una decisione senza precedenti, sulla quale le OO.SS. stanno riflettendo e di cui parleremo in un'altra occasione.

Veniamo al decreto sulle assicurazioni. Molti di voi ricorderanno che la *Legge Balduzzi* (189/2012) stabiliva che dovesse essere emanato, entro il 30 giugno 2013, il decreto del Presidente della Repubblica finalizzato ad agevolare l'accesso alla copertura assicurativa degli esercenti le professioni sanitarie. A tale decreto viene affidato il compito di disciplinare le procedure e i requisiti minimi e uniformi dei contratti assicurativi dei sanitari ed inoltre, di regolamentare il funzionamento del *fondo appositamente costituito*.

Questo *fondo*, un po' misterioso, dovrà garantire l'idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, tenendo conto di *definite categorie di rischio professionale*. La legge non ne definisce chiaramente il funzionamento e lo affida ad una proposta che deve essere avanzata dal Ministro della salute, di concerto con i Ministri dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze, sentite l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), la Federazione nazionale degli ordini dei

medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Per questo motivo il Ministero della salute ha costituito un Tavolo tecnico sulla *Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie*, al quale ho preso parte in rappresentanza delle organizzazioni sindacali.

Com'era da attendersi il tavolo si è diviso su diversi punti, soprattutto perché il rappresentante dell'ANIA, non avendo obblighi di legge ai quali sottostare, si è potuto rifiutare dall'assumere qualsiasi impegno su nuove polizze, sostenendo che le polizze attualmente sul mercato sono sufficienti a soddisfare le richieste e che gli attuali costi elevati sono dovuti agli onerosi esborsi che le compagnie devono pagare per indennizzare i danneggiati.

Le Organizzazioni sindacali hanno chiesto che nel decreto venga espresso chiaramente che il professionista dipendente risponda solo per la colpa grave, mentre di tutto il resto deve rispondere l'Azienda, come è stabilito dal CCNL. Ne dovrà derivare che i medici dipendenti saranno tenuti a stipulare soltanto la polizza per la colpa grave. L'interesse della FNOMCeO e dei rappresentanti delle professioni sanitarie si è concentrato maggiormente sulle clausole che possono contribuire in qualche modo ad abbassare i costi delle polizze.

Non sono stati molti i punti d'intesa e solo dopo lunghe disquisizioni si è raggiunto un accordo sulla definizione di sinistro: *Per sinistro si intende qualsiasi richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'assicurato, anche per il tramite dell'Ente di appartenenza, in cui il terzo richieda all'assicurato il risarcimento dei danni subiti come conseguenza di un'attività professionale; qualsiasi atto giudiziario (compresi avvisi di garanzia e comunicazioni invia-*

DOCUMENTO DI SINTESI

Requisiti minimi e criteri

- 1 Ambito di applicazione: personale libero professionale e dipendente.
- 2 Definizioni
- 3 Categorie di rischio professionale: correlate allo scostamento del premio e delle condizioni dallo standard dei contratti della categoria
- 4 Requisiti minimi per l'idoneità dei contratti di assicurazione:
 - a massimale pari a euro 1.000.000,00;
 - b variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa al verificarsi o meno di sinistri;
 - c periodo di retroattività: da sottoporre a valutazione politica;
 - d franchigia: non è opponibile al terzo danneggiato; indicazione in cifra assoluta della franchigia massima;
 - e scoperto: indicazione in cifra assoluta dell'importo massimo scoperto.
- 5 Convenzioni collettive da parte di categorie di esercenti le professioni sanitarie

Istituzione del fondo

- 1 Fondo presso CONSAP (concessionaria servizi assicurativi pubblici)
- 2 Gestione, amministrazione e rappresentanza legale CONSAP s.p.a.
- 3 Assistenza comitato di gestione del fondo e valutazione del rischio
- 4 Vigilanza ministeriale

Ipotesi di accesso al fondo

- 1 Premio offerto superiore ai parametri e condizioni standard rimborso integrazione del premio
- 2 Rifiuto espresso della copertura - ricerca sul mercato
- 3 modalità di accesso definite dal comitato:
 - a principali categorie e profili di rischio professionale
 - b ulteriori condizioni oggettive e soggettive.
- 4 Comitato stabilisce parametri e condizioni standard
- 5 Comitato gestisce istruttoria domande

Contribuzione e rendicontazione

- 1 4% massimo su polizze imprese che esercitano attività
- 2 Contributo professionisti che accedono al fondo
- 3 Norme sulla rendicontazione e patrimonio separato

Comitato

- 1 Rappresentanti ministeriali
- 2 Rappresentanti associazioni professionisti e imprese
- 3 Ulteriori professionalità tecniche (attuari)

te all'Ente di appartenenza), di cui l'assicurato venga a conoscenza, che possa dare origine ad una richiesta di risarcimento nei confronti dell'assicurato. La questione non è secondaria poiché, equivocando sul momento in cui può essere aperto il sinistro e attivata la garanzia della polizza, accade con una certa frequenza che delle richieste di indennizzo finiscano fuori garanzia. Inevitabilmente, sono rimasti da sciogliere diversi nodi sui requisiti minimi, ai quali le polizze dovranno adeguarsi: la franchigia, la durata del pregresso e la durata delle polizze, per indicare i più rilevanti.

A conclusione dei lavori del Tavolo tecnico, il Ministero della salute, il cui rappresentante per tutta la durata degli incontri non ha assunto alcuna posizione, ha inviato ai partecipanti questo stringato documento conclusivo che, in pratica, si limita a elencare i punti che dovranno essere affrontati dal decreto. Questo documento, verosimilmente corredato da una relazione (che non ci è stata trasmessa), verrà consegnato ai Ministri della salute e dello Sviluppo economico, per le loro valutazioni e integrazioni. Successivamente, sarà sottoposto all'esame del Ministero del Tesoro, per approdare infine in Consiglio dei Ministri.

Anche a causa di tutte queste lungaggini, la scadenza dell'assicurazione obbligatoria per i medici, prevista dal Decreto-Legge n. 138, del 13 agosto 2011 e già rinviata al 13 agosto 2013, è stata prorogata sino al 13 agosto 2014, dalla Legge di conversione del decreto-legge 21 giugno 2013, noto anche come *decreto del fare*.

Le FESMED auspica che questo rinvio, unito all'occasione offerta dalla pubblicazione del DPR, possano consentire al Governo di sanare la palese contraddizione contenuta in questa legge, che obbliga i medici ad assicurarsi e nello stesso tempo li lascia in balia di un avido mercato assicurativo.

INTERVISTA A GIAMBATTISTA CATALINI

Presidente Nazionale Vicario - FESMED

● di *Rodolfo Vincenti*

Da pochi mesi sei stato nominato vicepresidente della FESMED a coronamento di un lungo periodo che ti ha visto protagonista a difesa del ruolo del chirurgo. E' naturale che innanzitutto ti chieda quali pensi siano attualmente le problematiche maggiormente rilevanti per noi chirurghi?

Il problema che affligge la sanità Italiana del 21° secolo è la perdita del rapporto di fiducia alla base di una sana interazione tra Medico e Paziente, dovuta in gran parte alla progressiva aziendalizzazione ed all'impovertimento della stessa perpetrato ad opera della politica mediante le varie riforme sanitarie succedutesi dal 1968, anno della legge *Mariotti*, che istituiva l'ente ospedaliero pubblico, sino al recente decreto Balduzzi, che a nemmeno un anno dalla sua comparsa sulla scena sanitaria risulta già reso obsoleto da recenti sentenze della Corte di Cassazione, nonché inapplicabile in alcune sue parti, come dimostra chiaramente la recente posticipazione del termine del 13 di agosto per l'obbligo assicurativo. L'ingente taglio di risorse perpetrato allo scopo di migliorare l'efficienza della *macchina* ha portato nel tempo ad una diminuzione della qualità del servizio offerto. Il Ministro Beatrice Lorenzin in una recente intervista su Panorama (24 luglio 2013) ha detto *o si cambia o si chiude. Riusciremo a offrire cure migliori spendendo meno*. Incoraggiante, ma di oscura realizzazione.

Cosa intendi per perdita del rapporto di fiducia tra Medico e Paziente?

Dati alla mano, assistiamo ad un aumento esponenziale dei sinistri assicurativi e dei contenziosi giudiziari. Non entro nei

numeri, peraltro da tutti conosciuti, ma il costo di questo degenerato rapporto tra medico e tra struttura sanitaria - in cui il medico si identifica - e paziente è stimato in un 10% della spesa sanitaria nazionale per anno. Per cercare, anche se spesso inutilmente, di prevenire un atteso contenzioso il medico è purtroppo indotto a prescrivere esami diagnostici spesso inutili e costosi o ad astenersi da interventi che, seppur gravati da complicanze, rappresenterebbero la migliore opzione terapeutica. Meccanismo perverso e da combattere, ma conseguenza di un non ulteriormente sostenibile attacco frontale. Inoltre, il meccanismo dei tagli lineari e la regionalizzazione della Sanità hanno portato ad enormi disparità nell'accesso alle cure creando di fatto Sistemi Sanitari Regionali molto differenziati, trasformando la salute in un diritto *finanziariamente condizionato*. Serve una politica alta, che ridisegni il servizio sanitario eliminando le differenze tra il nord ed il sud del paese. Che torni a considerare la tutela della salute un diritto costituzionalmente garantito ed i medici del servizio pubblico i garanti di tale diritto ed in quanto tali, qualificarli e difenderli. Laddove il federalismo fiscale ha miseramente fallito, occorre la centralizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, in nome del rispetto del principio di uguaglianza di tutti i cittadini.

Queste le denunce, ma quali sono le tue proposte?

Le soluzioni ci sono e sono tutte percorribili, a cominciare dall'allineamento del nostro paese alla giurisprudenza della maggior parte dei paesi dell'OCSE nei quali la colpa professionale non è perseguibile penalmente. E poi proseguire, come ACOI fa, nei progetti di prevenzione e gestione del rischio clinico, e ancora con la ineludibile definizione di

atto medico e di colpa grave; con trasparenti e chiari standard per la definizione del danno anche dei non patrimoniali, alla istituzione di un fondo *bad risks* a copertura di determinate categorie a rischio che non trovano piena capacità nel sistema assicurativo privato.

Se il rapporto tra paziente e struttura ha carattere contrattuale, l'inadeguatezza della prestazione non può che fare capo direttamente alla struttura stessa il cui dipendente dovrà essere mantenuto estraneo ad ogni genere di controversia. Le coperture assicurative hanno funzione di garanzia, servono cioè a tranquillizzare sia l'utente che l'operatore.

Chi salirebbe in un taxi sapendo che non è assicurato?

Le soluzioni normative adottate con il decreto Balduzzi (ma poi a quando i piani attuativi?) restano distanti dalla realtà quotidiana dove gli *esercenti le professioni sanitarie* si trovano ad operare.

Sono convinto che un forte freno alla deflagrazione del contenzioso giudiziario, porterebbe alla naturale riduzione del fenomeno della medicina difensiva e aumenterebbe l'efficienza del sistema con l'abbattimento dei costi relativi.

Ma poi c'è tanto altro da fare: imple-

MA POI C'È TANTO ALTRO DA FARE: IMPLEMENTARE SISTEMI DI GESTIONE DEL RISCHIO ANALIZZANDO GLI ERRORI PER AREE CRITICHE; INDIVIDUARE COLLEGI PERITALI DI AREA CERTIFICATI O VALIDATI DALLE RISPETTIVE SOCIETÀ SCIENTIFICHE...



mentare sistemi di gestione del rischio analizzando gli errori per aree critiche; individuare collegi peritali di area certificati o validati dalle rispettive società scientifiche; introdurre la responsabilità del legale rappresentante dell'ente per le aziende che non rispettano le norme contrattuali sulla copertura assicurativa e sul patrocinio legale; predisporre un contratto unico per tutto il territorio nazionale al fine di garantire uguale tutela a tutti i medici dei S.S. Regionali. È insopportabile per l'operatore sanitario come per il cittadino sentir parlare di tagli alla sanità italiana (sono previsti tagli per altri 30 miliardi sino al 2015), la meno costosa d'Europa (sia in termini di percentuale di spesa rispetto al P.I.L. che in termini di spesa pro-capite - come ripor-

tato da questo giornale recentemente), soprattutto in un paese in cui la tassazione reale è superiore al 50%.

Sono dell'inizio dell'estate i recenti scioperi del nostro comparto. Segnali di contrasto e di generale malcontento. Quale pensi sia la ricetta per migliorare il nostro rapporto con la pubblica amministrazione?

Sono anni che i vertici di ACOI chiedono di azzerare o almeno limitare l'attuale ingerenza della politica nella gestione tecnica delle strutture sanitarie. Il ruolo del direttore generale monocratico, diretta espressione della Giunta regionale,

ha esasperato la politicizzazione delle aziende negli aspetti più deteriori. I dirigenti di struttura complessa sono nominati dai direttori generali attraverso una selezione basata su criteri *aziendali* in una rosa di candidati dichiarati idonei da una commissione e la recente parziale modifica introdotta dalla legge Balduzzi non modifica sostanzialmente la procedura lasciando ampi spazi a escamotage. È necessario procedere ad una riforma del ruolo del medico che abbia come principio centrale il fatto che soltanto al medico compete la responsabilità e la direzione dei processi di prevenzione, diagnosi e cura, attività che deve svolgere in autonomia e con la collaborazione di altro personale sanitario laureato o non. Occorre riconoscere uno *status* giuridi-

co autonomo per il medico: non si può ignorare la specificità del lavoro medico applicando contratti nazionali che hanno privilegiato la restante dirigenza pubblica che è essenzialmente amministrativo-gestionale. È pertanto indispensabile ed auspicabile per tutti che i medici abbiano una loro area contrattuale autonoma ed un modello di trattamento economico e di valutazione diverso dal resto della pubblica amministrazione: da questo punto di vista la riforma Brunetta ha ulteriormente mortificato la professione medica con la previsione di una valutazione di *performance* solo su obiettivi gestionali ed escludendo dal confronto con i sindacati, con le rappresentanze dei cittadini, materie come l'organizzazione del lavoro che in sanità vuol dire attribuzione di funzioni e di modelli organizzativi (guardie, pronta disponibilità etc...) cioè gli strumenti per organizzare insieme cure appropriate.

Un paese è grande solo se ognuno reggia secondo regole chiare, se ognuno ha le opportunità giuste secondo il proprio sano merito, se ciascuno si prende la sua parte responsabilità riscoprendo che prima dei diritti esistono i doveri e che entrambi devono essere equi e giusti. Occorre anche che i compensi siano correlati al grado di responsabilità del *prodotto* trattato.

Lungo percorso e irto di ostacoli. La nostra forza può essere soltanto l'unità e la fiducia nelle nostre azioni. Se vogliamo dare forza ad ognuno di noi e ad ogni nostra aspettativa, diamo forza alla FESMED. Il passato non lo possiamo cambiare, ma lo conosciamo bene, il presente lo dobbiamo interpretare con dignità se vogliamo dare valore al futuro per noi e per i cittadini, forse futuri medici, magari qualcuno di area chirurgica. Non possiamo permetterci di perdere la speranza.

È per questo che combattiamo.

SEGUE **Intervista a Giambattista Catalini**

I PUNTI DI CATALINI

- La progressiva aziendalizzazione e l'impoverimento della stessa perpetrato ad opera della politica ha generato la perdita del rapporto di fiducia alla base di una sana interazione tra Medico e Paziente.
- Costo di questo degenerato rapporto è stimato in un 10% della spesa sanitaria nazionale.
- I tagli lineari e la regionalizzazione della Sanità hanno portato ad enormi disparità nell'accesso alle cure creando di fatto Sistemi Sanitari Regionali molto differenziati, trasformando la salute in un diritto *finanziariamente condizionato*.
- Il federalismo fiscale ha miseramente fallito, occorre la centralizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, in nome del rispetto del principio di uguaglianza di tutti i cittadini.
- La colpa professionale non deve essere perseguibile penalmente.
- Giungere alla definizione di atto medico e di colpa grave; con standard per la quantizzazione dei danni anche non patrimoniali e alla istituzione di un fondo *bad risks* a copertura di determinate categorie a rischio che non trovano piena capacità nel sistema assicurativo privato.
- Collegi peritali di area certificati o validati dalle rispettive società scientifiche.
- Limitare l'attuale ingerenza della politica nella gestione tecnica delle strutture sanitarie.
- Riconoscere uno *status* giuridico autonomo per il medico.
- Compensi correlati al grado di responsabilità del *prodotto* trattato.
- Valutazione di *performance* non solo su obiettivi gestionali, e col pieno coinvolgimento dei sindacati e delle rappresentanze dei cittadini.
- Dare forza alla FESMED.

CONGRESSO NAZIONALE
NAPOLI
4-6 GIUGNO 2014

CONFRONTI

RISCHI

VALUTAZIONI

OPPORTUNITÀ

www.bobrefamabruzzo.it







Nuovi comportamenti nella pratica chirurgica...

● di Piero Banna



Ho partecipato recentemente, in rappresentanza della classe chirurgica, ad un dibattito su **La responsabilità penale del sanitario dopo il decreto Balduzzi**. Ero accanto ad illustri giuristi - tra cui il Prof. Gabrio Forti, Preside di Giurisprudenza alla Cattolica - magistrati ed avvocati penalisti.

Il recente decreto Balduzzi (che in altra parte del presente numero di ACOInews è analizzato a più voci e profondamente) ha introdotto in buona sostanza l'assunto che il rispetto di buone pratiche e linee guida validate svincolerebbe il medico dalla colpa lieve. Dinanzi tale preciso e puntuale richiamo ne deriva immediatamente l'importanza attribuita al ruolo delle *linee-guida* nella pratica professionale ed in particolare in quella chirurgica.

La medicina non è una scienza esatta, ma è caratterizzata da un'ampia incertezza. Così può succedere che un problema di salute possa essere affrontato e curato in modi diversi.

Per esercitare al meglio questa scelta è necessario conoscere le principali proposte diagnostiche e terapeutiche e scegliere di adottare quella più appropriata, raccomandata e corrispondente alla soluzione della particolare problematica che si presenta al chirurgo. Cosa che il medico ha sempre automaticamente messo in pratica.

Pertanto, nell'evoluzione temporale, per ogni malattia lo stato dell'arte delle cure è dato da un insieme di strumenti (linee guida, *consensus conference*, ecc.) che sono in fase di continuo aggiornamento. In teoria questi strumenti dovrebbero essere il frutto di un lavoro condiviso fra medici, pazienti e associazioni e altre professioni sanitarie, anche se a tutt'oggi questo accade assai di rado. Dopo il De-

creto Balduzzi la conoscenza (ed anche la partecipazione alla nascita) di questi documenti è diventata obbligatoria ed ineludibile, poiché essi consentono una scelta più consapevole e più sicura, ed anche tenuta in considerazione al momento di un eventuale contenzioso giudiziario.

Un ruolo importante e fondamentale viene riconosciuto, nell'elaborazione e controllo delle Linee Guida, alle Società Scientifiche. L'ACOI si è impegnata da tempo (soprattutto per l'impegno e l'abnegazione di colleghi dedicati ed esperti delle metodologie da seguire) in una proficua attività di studio, approfondimento ed elaborazione sulle problematiche più attuali che il chirurgo deve affrontare nella quotidiana esperienza producendo, pubblicando e divulgando una discreta serie di linee guida per l'area chirurgica, alcune delle quali sono state recepite dal Ministero della Salute nel SNLG.

Non credo sia pleonastico, data l'importanza della situazione, riportare alcune informazioni che possono risultare utili per la lettura ed interpretazione necessarie ad ogni chirurgo per adeguare consapevolmente i propri comportamenti nella pratica professionale quotidiana.

Secondo la definizione dell'Institute of Medicine statunitense, le linee guida sono **raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche.** (www.pnlg.it).

Questa definizione permette di distinguere le LG da altri strumenti proposti

per migliorare la pratica clinica. Il termine linea guida, infatti, è spesso usato in modo impreciso e scambiato con altri quale, protocollo, standard, procedura e percorso diagnostico terapeutico.

In modo sintetico per **protocollo** si indica uno schema di comportamento predefinito nell'attività clinico-diagnostica, descrivendo una rigida sequenza di comportamenti, come avviene nel caso della sperimentazione di farmaci o nel campo della ricerca. È un documento dove si formalizza la sequenza delle azioni che debbono essere fatte per conseguire l'obiettivo dato.

Il termine **standard** si riferisce a valori espressi da un indicatore con cui si definisce la frequenza di attività o di servizi resi o le performances dell'intervento individuato con l'utilizzo di una scala come misura di riferimento.

Questo termine ha un significato normativo associato ad un giudizio esplicito di qualità dell'assistenza.

La **procedura** è un insieme di azioni di carattere professionale finalizzate all'obiettivo prefissato ovvero una sequenza di azioni definite in modo più o meno rigido che descrivono singole fasi di processo per uniformare attività e comportamenti riducendo la discrezionalità del singolo.

Il **percorso diagnostico-terapeutico** è la descrizione di interventi medici o infermieristici nella loro sequenza cronologica, messi in atto nell'ambito di una specifica patologia, per conseguire il massimo livello di qualità con i minori costi e ritardi nel contesto organizzativo nel quale si opera.

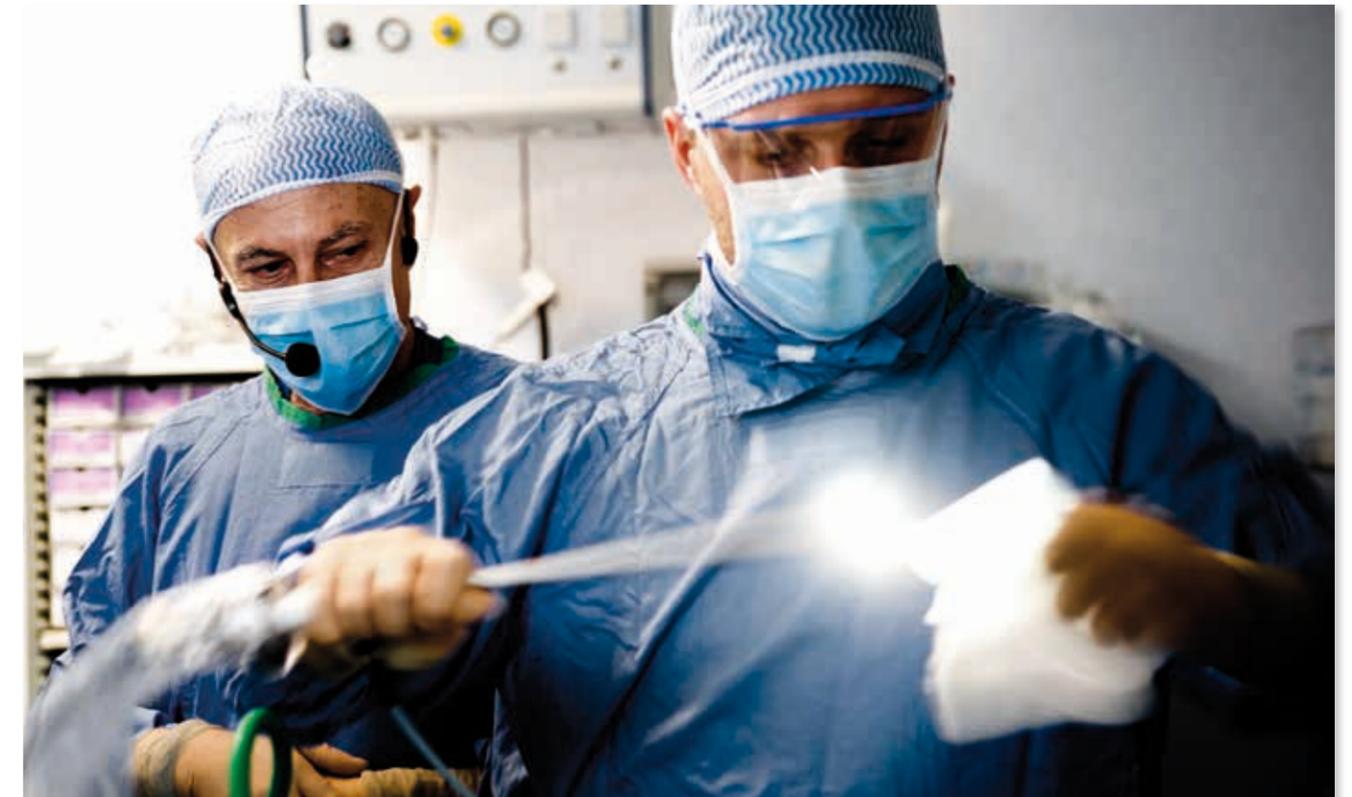
Una LG per la pratica clinica si deve basare sulle migliori prove scientifiche disponibili e deve includere una dichiarazione esplicita sulla qualità delle informazioni utilizzate (*Levels of evidence*) e importanza/rilevanza/fattibilità/priorità della loro implementazione (*Strenght of recommendation*). Costruirla è percorso lungo, complesso, multidisciplinare e continuativo nel tempo e, a complicare il tutto, non sempre sono rintracciabili nella letteratura scientifica le evidenze ricercate.

Nella stesura di una linea guida la forza delle evidenze utilizzate è l'elemento che garantisce la migliore qualità nei contenuti presenti e l'EBM il mezzo utile per ricondurre a sintesi le criticità prima elencate e a minimizzare i rischi di un utilizzo delle linee guida esclusivamente finalizzato a ridurre i costi con comportamenti imposti per conseguire questo risultato.

Certamente non tutto semplice nell'uti-

lizzo nella pratica clinica. **La forza della raccomandazione** che riguarda la probabilità che l'applicazione nella pratica di una raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione, dipende da molti fattori tra cui la valutazione dell'applicabilità dello specifico comportamento contenuto nella raccomandazione; il tipo di difficoltà e le barriere previste nella sua applicazione; l'accettabilità culturale e sociale del contesto. E non è finita qui! Dalla teoria alla pratica: la necessità di introdurre i cambiamenti di comportamento proposti per mezzo delle raccomandazioni, utilizzando strategie di intervento appropriate superando barriere di tipo strutturale e organizzativo che sono spesso fonte di disuguaglianze sociali e geografiche nella Sanità. Implementare la linea guida nel contesto lavorativo significa anche agire attivamente rispetto alla soluzione di un problema; le esperienze relative all'implementazione delle linee guida cliniche indicano che non basta semplicemente presentarle e diffonderle; è necessario adottare strategie attive per promuovere il loro ingresso nella pratica e per radicarle in un cambiamento culturale complessivo. E noi ben sappiamo quanto *il cambiamento* trovi strade impervie.

LA MEDICINA NON È UNA SCIENZA ESATTA, MA È CARATTERIZZATA DA UN'AMPIA INCERTEZZA. COSÌ PUÒ SUCCEDERE CHE UN PROBLEMA DI SALUTE POSSA ESSERE AFFRONTATO E CURATO IN MODI DIVERSI





Come essere amico di una persona malata



Letty Cottin Pogrebin
Ed. Corbaccio - Milano 2013

● di Rodolfo Vincenti

Di fronte a chi soffre non siamo tutti uguali: ruoli, amicizia, equilibri, dinamiche sono influenzati dalla malattia. I nostri comportamenti possono divergere da ciò che eravamo: c'è chi diventa ipercritico, giudice, dispensatore di facili consigli o, al contrario, iperprotettivo. Non pochi schivano le situazioni, non sapendo come comportarsi, altri reagiscono con nervosismo, sintomo di imbarazzo. D'altro canto non tutti i malati sono identici: c'è chi si rifugia nel silenzio, rinchiodandosi a riccio schivo da contatti e chi ama le gentili attenzioni da protagonista.

Letty Cottin Pogrebin, giornalista femminista statunitense, fondatrice di *magazine*, autrice prolifica di saggi in tema di diritti umani, donna che ha lottato e vinto contro il cancro, ha raccolto personalmente e direttamente nelle sale di attesa degli ambulatori, ascoltando dalla voce dei pazienti, testimonianze di vita vissuta che sono lo spunto per suggerimenti comportamentali di fron-

te al *malato* (non far pesare le proprie preoccupazioni sullo stato di salute del familiare, tenere a conto che disponibilità non deve trasformarsi in invadenza, e così a seguire) certamente utili a tutti, ma soprattutto a noi chirurghi.



Io... dopo Io adolescente... e la mia vita con il cancro



Lorenzo Spaggiari
Il Pensiero Scientifico Editore - Roma 2013

● di Rodolfo Vincenti

La tematica più che seria e, in alcuni esempi, drammatica potrebbe suggerire un'idea di morte. In realtà è un libro d'amore: per la professione, per l'Uomo. Si tratta di storie di ragazzi capaci di affrontare a viso aperto ciò che la vita ha loro riservato, che non sfuggono di fronte a dure e talvolta crudeli realtà cavalcandole con forza e determinazione, talvolta con un pizzico di cinismo. Storie autografe raccolte nei lunghi anni di esercizio. Storie di ragazzi, storie di vita.

Quando un malato si affida ad un medico, soprattutto per una malattia grave, la sua anima si presenta nuda e l'intensità e la profondità del rapporto che si crea sono uniche e difficilmente raggiungibili in altre circostanze.

Il mosaico che Spaggiari ha raccolto unisce personaggi straordinari e ricchi di interiorità che considerano la vita come valore unico. Una considerazione personale: su un recente numero del *British Medical Journal* uno studio ha riferito

che il 73% dei pazienti *terminali* vorrebbe trascorrere gli ultimi giorni della propria vita a casa, ma solo il 29% riesce ad ottenerlo. Che la malattia non sia mai disgiunta dell'essere umano che è l'unico soggetto di terapia.





Rischio clinico e sicurezza del paziente



A cura di **Sabina Nuti, Riccardo Tartaglia, Francesco Nicolai**
Edizioni Il Mulino - Bologna 2013

● di **Rodolfo Vincenti**

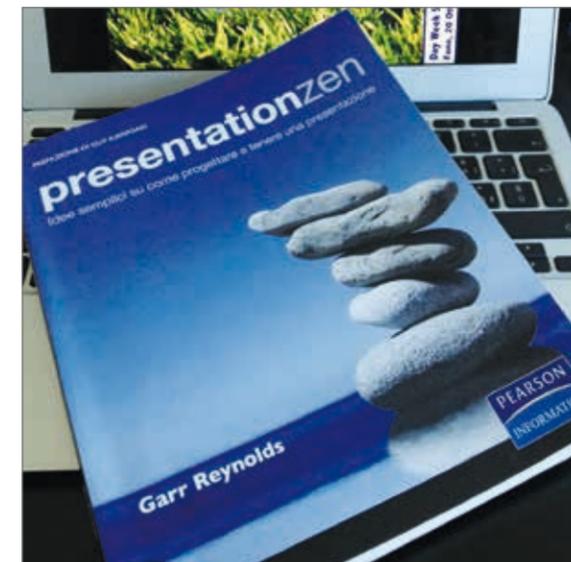
Il tema della sicurezza nei sistemi organizzativi sanitari e di conseguenza la sicurezza del paziente sono diventati un argomento sempre più presente nei processi manageriali: rendere il sistema sanitario più affidabile e sicuro è una sfida con la quale il chirurgo sempre più è tenuto a confrontarsi. L'analisi delle criticità del percorso assistenziale, la vigilanza e il riconoscimento degli eventuali errori, realmente verificatisi o latenti, che si nascondono dietro un evento avverso permettono di migliorare la pratica clinica riducendo al massimo gli incidenti. In tale profondo e difficile cambiamento, la cultura della qualità e della sicurezza deve attraversare tutti gli attori della Salute: non solo gli operatori sanitari, ma anche i manager aziendali, le istituzioni politiche e gli stessi cittadini, sia come individui che come associazioni rappresentative. Il volume fornisce una disamina delle diverse realtà nazionali occidentali (Gran Bretagna, Francia, Danimarca, Germania e Stati Uniti) e si inoltra nelle

numerose esperienze e sperimentazioni italiane sottolineando come ormai è giunto il tempo per identificare, sulla base di risultati ricchi di evidenze, quali possano essere i modelli maggiormente efficaci ed efficienti ai fini di una gestione a basso rischio del governo clinico. Il libro, scritto a tre voci, scaturisce dalle esperienze del *Centro per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente* della Regione Toscana in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore di Sant'Anna di Pisa.



Presentationzen

Idee semplici su come progettare e tenere una presentazione



Garr Reynolds
Ed. Pearson Informatica - Torino 2008

● di **Domitilla Foghetti**

Capita a tutti di annoiarsi di fronte ad una presentazione PowerPoint. Ora meno frequentemente, visto il preponderante utilizzo di filmati di sala operatoria, ma assistere ad una relazione che cattura la nostra attenzione dalla prima all'ultima slide e ci lancia veramente un messaggio nuovo, ben articolato e ben presentato non è la norma. Come la comunicazione in generale, così anche l'arte di elaborare una presentazione ha le sue regole. Abbiamo mai pensato all'effetto spiazzamento, alla regola dei due terzi o ad avere un buon *handout* prima di intraprendere la preparazione di una relazione? La soluzione alla ricerca di una strada che non renda l'incarico di relatore un giogo insopportabile per noi e non equivalga alla sperimentazione di un'efficace sonnifero per l'uditorio, può essere cercata in questo accattivante volume: *Presentationzen*. Un libro scritto in realtà per le presentazioni aziendali ma adatto, a mio parere, a qualunque contesto, per i principi e le pratiche che suggerisce. A partire dalla prefazione di

Guy Kawasaki (Manager Director, Garage Technology Ventures), fatta anch'essa sotto forma di slides, breve ed incisiva, il testo scorre quasi come un romanzo e ci porta non solo a cambiare le modalità tecniche delle nostre presentazioni, prima di tutto, a cambiare noi stessi. L'Autore vive e lavora in Giappone. Dopo aver ricoperto l'incarico di manager per le relazioni di gruppo a livello mondiale per la Apple, è attualmente una delle principali autorità in materia di progettazione ed esposizione delle relazioni. Per questo i richiami alla filosofia zen si uniscono sapientemente alla pragmaticità occidentale ed alla necessità di centrare l'obiettivo in modo semplice e in breve tempo, come se dovessimo ogni volta superare il *test dell'ascensore* (e qui vi lascio nella curiosità...). Kansa (semplicità), Shizen (naturalità) e Shibumi (eleganza), sono le parole guida del nostro percorso. Creatività, capacità di sorprendere e concretezza saranno le caratteristiche che faranno ricordare la nostra relazione e la renderanno non un atto dovuto e quindi

subito da chi ci ascolta, ma un'occasione di crescita e di proficuo confronto. *...utilizzare una presentazione è un'occasione per fare la differenza, seppur piccola, nel mondo (o nella vostra comunità, azienda, scuola e così via). Una presentazione andata male può avere un effetto devastante sul vostro stato d'animo e sulla vostra carriera, ma una presentazione andata bene può essere estremamente appagante, per voi e per il vostro pubblico. Secondo alcuni, siamo nati per significare e viviamo per esprimerci, quindi avere un'opportunità per condividere ciò che sentiamo è fondamentale. Se siete fortunati, fate un lavoro che vi appassiona. In questo caso, sarete entusiasti di avere la possibilità di condividere la vostra competenza - la vostra storia - con gli altri. Poche cose sono più gratificanti di entrare in contatto con qualcuno per insegnargli qualcosa di nuovo, oppure nel condividere con gli altri ciò che per noi è davvero importante.*



acoi NEWS

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

N. 30 LUGLIO-SETTEMBRE 2013

TRENTA NUMERI DI ACOInews

