



accoi **NEWS**

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

CHIRURGIE

IL FUTURO, I GIOVANI CHIRURGHI

NAPOLI 4-6 GIUGNO 2014

STAZIONE MARITTIMA - PIAZZA MUNICIPIO

OPPORTUNITÀ
VALUTAZIONI

CONFRONTI





- 3**
L'EDITORIALE
Elogio dell'imperfezione
di Luigi Presenti
- 4**
L'INTERVISTA
Il presidente del CIC risponde. Intervista a Nicola Surico
di Rodolfo Vincenti
- 6**
Riforma o Controriforma
di Rodolfo Vincenti
- 8**
PRIMO PIANO
La comunicazione nel rapporto medico-paziente
di Giampietro Vecchiato
- 12**
Dove va la medicina?
di Maurizio Benato
- 15**
Ascolto, comunicazione
di Rodolfo Vincenti
- 18**
VITA DELL'ASSOCIAZIONE
Chirurgie, il futuro, i giovani chirurghi
TIME TABLE
- 20**
News Fondazione Chirurgo e Cittadino
- 21**
FISM
Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario
- 22**
ACOI GIOVANI
Sveglia giovani chirurghi!
di Fulvio Manzi

- 25**
Obiettivo risarcimento
di Vito Pende
- 27**
ACOI NEL MONDO
Quando un paese è veramente lontano da noi
di Rodolfo Vincenti
- 29**
RUBRICHE
Curarsi con i libri
di Rodolfo Vincenti
Lo scafandro e la farfalla
di Ferdinando Agresta
- 31**
Sottoscritto l'accordo tra Club Medici e ACOI
di Vincenzo Pezzuti

FAI SENTIRE LA TUA VOCE,

STORIE DI CHIRURGIA BY ACOINEWS

Facciamo insieme ACOInews, aspettiamo la TUA STORIA!

Scrivi a:
rodolfovincenti@hotmail.com

- 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
REVISORI DEI CONTI
Vincenzo Blandamura
Feliciano Crovella
Marco Rigamonti
COORDINATORI REGIONALI
Valle d'Aosta Rosaldo Allieta
Piemonte Felice Borghi
Lombardia Ildo Scandroglia
Trentino Alto Adige Giuseppe Tirone
Veneto Valentino Fiscon
Friuli Venezia Giulia Antonio Cinque
Liguria Aldo Cagnazzo
Emilia Giampiero Uchino
Romagna Alberto Zaccaroni
Toscana Marco Scatizzi
Umbria Maurizio Cesari
Marche Angelo Cavicchi
Lazio Paola Addario Chieco
Abruzzo Vincenzo Vittorini
Molise Michele Malerba
Sardegna Sergio Gemini
Campania Marco De Fazio
Puglia Marco Ulivieri
Basilicata Nicola D'Alessandro
Calabria Giovanni Stoppelli
Sicilia Occidentale Lorenzo Mannino
Sicilia Orientale Giovanni Ciaccio



L'EDITORIALE



● di Luigi Presenti

ELOGIO dell'imperfezione

SCRIVE CARLO PERUCCI SU ACOINEWS 31: *IL SISTEMA SANITARIO NON È UN MERCATO PERFETTO, LO SQUILIBRIO TRA DOMANDA ED OFFERTA È ESTREMO, DOMINATO DA UNA, SOSTANZIALMENTE INCOLMABILE, ASIMMETRIA INFORMATIVA. QUESTE PAROLE PER ME SONO DIVENTATE LA CHIAVE DI INTERPRETAZIONE DELLE NOSTRE DIFFICOLTÀ*

Da molti anni ACOI ha aggiunto alle sue tradizionali attività formative una intensa attività politica per contribuire al miglioramento del nostro sistema sanitario. Il confronto con le istituzioni centrali e regionali è stato continuo e le proposte elaborate hanno spesso trovato nei canali di interesse. L'idea centrale che ci ha guidato in questi anni è stata sempre che il sistema sanitario dovesse avere un ripensamento profondo nella sua missione, nella sua struttura, nella sua organizzazione. Abbiamo condiviso questo pensiero con ministri assessori regionali intellettuali impegnati nella riforma della sanità. Oggi sembra che tutti abbiano acquisito questi concetti. A fronte però di una comune visione sul cambiamento che il sistema sanitario deve attuare, ci troviamo nel mezzo di una profonda crisi strutturale e ideale. È apprezzabile lo sforzo che il Ministro Lorenzin, con passione ed impegno, ha fatto per apportare cambiamenti in tutti i settori del sistema, e ci associamo al generale plauso per la sua riconferma nel nuovo governo. Riteniamo altresì che il dibattito sulle riforme sanità sia cresciuto di intensità e probabilmente di contenuti, ma ci troviamo ancora senza soluzioni. È esperienza comune che quando la distanza tra il reale e l'ideale è troppo grande, si viene presi da un senso di impotenza. Oggi il sistema è altamente

imperfetto. Nessuno dei grandi problemi che da tempo poniamo, e non siamo i soli, sul tappeto, ha trovato ad oggi soluzione. Il patto per la salute, panacea onnicomprensiva di tutti i mali, si è impantanato in conferenza stato-regioni. Dal patto ci aspettiamo la riorganizzazione della rete ospedaliera, che provi a superare anche il regionalismo dettore, in primis sulla rete dell'emergenza. Sul riequilibrio di competenze tra territorio ed ospedale siamo d'accordo, ma che non sia solo uno spostamento di risorse sull'assistenza primaria, senza che sia definito un percorso chiaro di continuità. Sarebbe paradossale dover gestire gli attuali volumi di attività, e penso al grande problema dei dea e delle strutture di pronto soccorso, con finanziamenti ridotti. Sul tema della responsabilità professionale sono stati scritti fiumi di parole, tutti d'accordo sulla responsabilità della struttura, assicurazioni, ma proprio questo è il famoso conto senza oste: siamo certi che troveremo compagnie assicuratrici disponibili a stipulare polizze alle singole aziende? Non sarebbe meglio pensare ad una gestione almeno regionale, ma ancor meglio nazionale, che consenta di rendere incentivante per le compagnie assicurare la sanità? E ancora, il tema del precariato, delle carriere, dell'accesso alle posizioni apicali, il grande tema della qualità e sicurezza delle cure, gli standard di perso-

nale, le competenze infermieristiche. Leggete bene le parole di Carlo Perucci sul numero 31 di ACOInews: *il sistema sanitario non è un mercato perfetto, lo squilibrio tra domanda ed offerta è estremo, dominato da una, sostanzialmente incolmabile, asimmetria informativa.* Queste parole per me sono diventate la chiave di interpretazione delle nostre difficoltà a confrontarsi con la realtà del nostro sistema, anche al di là del senso che Perucci vuole dar loro nel suo contesto. Dobbiamo imparare a confrontarci con un sistema altamente imperfetto, forse rinunciando a sognare. Ma l'impegno dentro questo sistema deve essere ancora più forte, recuperando il senso etico della nostra professione, il rigore scientifico alla base del nostro operare quotidiano, un corretto rapporto con i cittadini pazienti che in noi, ancor prima che in loro, si è profondamente logorato. Saper convivere con l'imperfezione, anzi con un mondo assai lontano dalla perfezione, è arte difficile. Ma non possiamo più aspettare che qualcun altro ci dia ciò che ci spetta. Dobbiamo essere capaci di riprenderci il nostro ruolo con la forza delle nostre idee e con la consapevolezza che solo una forte aggregazione dei professionisti sugli obiettivi comuni potrà permettere anche ai nostri giovani di credere ancora nel valore del nostro splendido lavoro.

Il presidente del CIC risponde

Intervista a Nicola Surico



di Rodolfo Vincenti

Nicola Surico è il nuovo presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC). L'elezione per acclamazione è avvenuta lo scorso 27 settembre nel corso dell'Assemblea Nazionale a Roma. Surico, presidente Sigo, ha preso il posto di Marco D'Imporzano. Nella medesima tornata elettorale Luigi Presenti, presidente ACOI, è stato eletto vicepresidente.

La presidenza di un Collegio che raccoglie le istanze e rappresenta 59 società scientifiche chirurgiche richiede impegno e chiari punti programmatici. Attualmente le problematiche che incidono pesantemente sulla qualità del lavoro e della vita della nostra categoria sono molteplici e tutte di grande impatto sociale. Quali, secondo Lei, sono i punti da inserire nel calendario come priorità assolute?

Nel mio programma darò priorità assoluta al problema del rischio clinico e della assicurabilità delle Aziende. Ho già incontrato diverse personalità politiche riscontrando una buona disponibilità a risolvere il problema. Stiamo lavorando in gruppo sui disegni di legge in essere, avvalendoci della col-

laborazione di esperti legali al fine di contribuire al miglioramento di quelli che andranno in discussione alla Camera con delle proposte targate CIC. Altro punto del mio programma riguarda il miglioramento della comunicazione, mediante la scelta di media idonei e capaci di filtrare, soprattutto sulle maggiori testate nazionali, i messaggi corretti e più opportuni. Ciò al fine di evitare che qualsiasi episodio di presunto evento avverso venga sempre etichettato come malasanità, con la inevitabile ricerca di una responsabilità del professionista, senza invece evidenziare come il 62% delle richieste di risarcimento sia dovuto ad errori o dissidui creati da cattiva organizzazione, carenze strutturali o tecnologiche in realtà imputabili alla dirigenza responsabile dell'Azienda Ospedaliera. Infine, vorrei fare in modo che venga modificata l'attuale legislazione sull'intramoenia allargata che tanto penalizza la nostra professione, non solo come immagine ma anche dal punto di vista economico, compromettendo ancora di più il rapporto medico-paziente, al fine di contenere la diffidenza ormai instauratasi verso la figura del chirurgo che quotidianamente si impegna nel suo lavoro, anche in situazioni di scarsa tranquillità e disagio operativo.

La Chirurgia, tutta la Chirurgia, ha, negli ultimi 20 anni, usufruito di avanzamenti tecnologici di notevole efficacia che hanno permesso, attraverso la formazione continua del chirurgo e la tenacia nell'ottimizzare procedure e prestazioni, risultati clinici impensabili nel passato. Sono evidenti e certificati i risultati positivi che i cittadini hanno potuto ottenere in tema di minore invasività delle prestazioni, con un precoce ripristino dello stato di salute e con percentuali di guarigione note-

volmente incrementate. Il processo tecnologico però, è correlato ad alti investimenti nella ricerca e ad alti costi di realizzazione dei medical devices. In un periodo di spending review la difficoltà di conciliare risparmio e qualità in molti casi rende l'accesso ad una efficace e sicura tecnologia precluso o quanto meno non continuativo. Quale pensa che possa essere una strada percorribile per superare tale impasse e quindi offrire al malato le migliori tecnologie possibili?

Oggi in sanità non ci sono investimenti, i budget sono sempre più esigui e, non ultimo, c'è un forte ritardo nei pagamenti di alcune Regioni; queste condizioni mettono in forte rischio la salute del cittadino. È indubbiamente giusto affrontare con determinazione le difficoltà economiche in cui versa il nostro Paese, ma non è certamente corretto accanirsi contro i dispositivi medici! Continuando così nell'arco di pochi anni avremo tecnologie obsolete e non più rispondenti alle esigenze diagnostiche e terapeutiche dei nostri pazienti e, pur in carenza di risorse, ritengo che eliminando i tanti sprechi che ancora oggi ci sono in Sanità, e non mi soffermo su altro, si possa garantire la sostituzione delle tecnologie superate e l'acquisizione delle nuove. È indubbio che TAC, RM, ecografi vadano sostituiti dopo qualche anno per garantire un'assistenza di qualità e, laddove ciò non avvenga, occorrerà d'ora in poi responsabilizzare i Direttori d'Azienda e gli Assessori Regionali invocando sempre, in casi di contenzioso, la responsabilità di Struttura.

Al chirurgo è sempre più richiesta la responsabilità dell'atto medico, della gestione delle risorse umane e mate-

riali, del rapporto con il malato ecc, ma l'autonomia a lui concessa è assolutamente gravata da vincoli economici e politici. Non crede che le società scientifiche di area dovrebbero con forza porre paletti e linee guida e di fatto diventare i referenti istituzionali sia nelle scelte dei dirigenti apicali che nel normare i requisiti per un efficace governo clinico, magari introducendo concetti simili al credentialing e privileging del chirurgo?

Al chirurgo, oltre i compiti istituzionali, vengono richieste sempre più funzioni di tipo burocratico che lo allontanano dal malato. Per quanto riguarda invece l'autonomia, questa, negli ultimi anni, è venuta meno proprio per l'incombere dei vincoli economici e politici. Soprattutto la politica ha continuato, con la sua invasività, a permeare le scelte importanti per le Direzioni Generali e per le nomine dei Direttori di Struttura Complessa che, a volte, nulla hanno a che vedere

con la meritocrazia. Ritengo che sia ora che le Società Scientifiche facciano sentire la loro voce riappropriandosi di tutto quanto attiene il governo clinico e diventando i referenti istituzionali per le scelte dei dirigenti apicali cosicché siano finalmente dei veri esperti a nominare dirigenti competenti che rispondono, di volta in volta, ai requisiti richiesti.



Nicola Surico



Il sistema ECM nazionale è focalizzato alla formazione e all'aggiornamento del medico, ma noi sappiamo bene che il momento della formazione specialistica post-laurea (oltretutto di durata oggi ridotta) ha peccato e insufficienze a macchia di leopardo e, certamente, nella globalità non ottempera ai canoni europei. Non crede che l'accertata professionalità e i volumi ospedalieri debbano maggiormente contribuire alla formazione specialistica del chirurgo, inserendo nella pianificazione formativa regionale l'ospedale e l'università con paritari riconoscimenti e doveri?

Il sistema ECM nazionale, a mio parere, non ha risposto ai fini che si prefiggeva; occorre pertanto rivedere la formazione post-laurea non omogenea in ambito nazionale e che non ottempera ancora a quelli che dovrebbero essere i canoni europei non ancora completamente recepiti.

Il presidente del CIC risponde - Intervista a Nicola Surico

Bisognerebbe creare strutture idonee alla formazione specialistica per numero di letti e casistica e, nel frattempo, avvalersi delle reti di formazione già esistenti, coinvolgendo i responsabili di struttura delle reti formative a pieno titolo e coinvolgendoli nella didattica non solo teorica. Se sino ad oggi questo non ha dato i frutti sperati, occorrerà anche andare verso l'istituzione di ospedali di insegnamento e, almeno per quanto riguarda le A.O.U. e i grandi ospedali, verso un ruolo unico del medico che abbia compiti non solo assistenziali e riconosciuti compiti di didattica e ricerca con pari opportunità di carriera.

A mio parere questo risolverebbe una parte dei problemi, ma non tutti, dovendo essere la formazione *continua*, pertanto credo che sia necessario restaurare nelle Strutture quella sana gerarchia che vigeva un tempo, in modo tale che il Dirigente anziano trasmetta quotidianamente al più giovane il suo sapere e la sua pratica.

L'equiparazione dirigenziale ed economica, assieme ad altri provvedimenti di tipo contrattuale che si sono succeduti negli ultimi anni, ha portato ad una certa individualizzazione del Dirigente di 1° livello in assenza di quella scala gerarchica che prima lo responsabilizzava maggiormente.

Nel leggere l'elenco delle società afferenti al Collegio balzano agli occhi società simili, con medesimi target, altre del tutto focalizzate, altre dalle attività collaterali, comunque tutte presenti nella calendarizzazione degli eventi congressuali. Sono anni che si parla di un sistema di accreditamento delle società scientifiche senza che si giunga a soluzione, Collegio e FISM forse potrebbero essere determinanti nell'intraprendere e portare felicemente a termine tale processo che noi riteniamo essere fondamentale.

Certamente ci sono molte società scientifiche, troppo spesso simili, ma questa è una delle conseguenze dell'alta specializzazione della chirurgia moderna. Nella mia lettera come presidente CIC concludo proprio con



Dal video "I chirurghi per la tua salute" promosso dal Collegio Chirurghi Italiani

la volontà di eliminare anacronistiche diversificazioni di ruoli universitari/ospedalieri onde arrivare alla fusione di Società che hanno gli stessi interessi culturali e scientifici al fine di facilitare il confronto tra specialisti della stessa disciplina o di settori molto affini e di ottimizzare anche la gestione delle piccole Società.

Sulla scia del programma nazionale esiti (PNE) dell'Agenas, la Formex srl di Milano, con un investimento di *qualche centinaia di migliaia di euro* (Walter Ricciardi, Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Cattolica - Roma), ha aperto il portale www.doveecomemicro.it, il primo motore di ricerca e una guida cui far

riferimento per scegliere dove curarsi individuando la struttura migliore.

I promotori sostengono che tale strumento di pubblicazione dei dati di performance delle strutture sanitarie dovrebbe aumentare il potere decisionale di cittadini e pazienti e consentire di migliorare la qualità dell'assistenza dei servizi sanitari, soprattutto nel contesto ospedaliero e la direttiva UE raccomanda ai Paesi membri di attivare strumenti, soprattutto su internet, per informare i propri cittadini e per incoraggiare quelli stranieri a spostarsi per utilizzare le strutture sanitarie di altri stati membri.

Quale è il suo commento su tali iniziative e quali i suoi suggerimenti affinché non si riducano ad una mera pubblicazione di *pagelle sanitarie* e quale eventuale ruolo di controllo potrà essere esercitato dalle società scientifiche?

Trovo molto utile recensire le strutture pubbliche e private accreditate, anche perché i parametri di valutazione sono veramente numerosi. Internet è uno strumento indispensabile e fa parte della nostra quotidianità, non possiamo ignorarlo, ma sarebbe opportuno che venissero esercitati dei controlli su quanto messo on-line. Ogni cittadino ha il diritto di ricevere informazioni per poter scegliere in serenità il luogo dove curarsi adeguatamente e di essere informato sui centri di riferimento per patologia così da essere dettagliatamente edotto anche sulla casistica e sui risultati di quel centro.

Questo non deve portare alla pubblicazione di pagelle sanitarie che in ogni caso andrebbero sottoposte preventivamente al vaglio delle Società Scientifiche.

Per quanto riguarda la medicina transfrontaliera ritengo che il nostro Paese, pur disponendo di professionalità eccellenti e quasi sempre di tecnologie adeguate, non disponga di Strutture alberghiere e di servizi paragonabili al resto dell'Europa.

LA COMUNICAZIONE

NEL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE



● di **Giampietro Vecchiato**
Senior Partner di P.R. Consulting srl,
Padova
Professore a contratto Università
degli Studi di Padova

Dottoressa mi ascolti ...

Uno studio pubblicato sul *Journal of The American Medical Association* ha rivelato come, alla base delle denunce dei pazienti, vi sia, in gran parte, una comunicazione inadeguata (anziché il numero di incidenti effettivi). I medici che stabiliscono un'intesa migliore sono meno a rischio di denuncia. Oggi si è compreso che la relazione e la comunicazione tra medico e paziente hanno un profondo impatto sulla salute di quest'ultimo, sul suo benessere, sulla capacità di prendersi cura di sé, sul decorso e l'esito della malattia.

Il paziente deve essere messo al centro del processo decisionale e gestionale della cura. Ma nonostante gli sforzi compiuti, spesso la comunicazione medico-paziente risulta insoddisfatta, per la mancanza da parte del terapeuta della disponibilità psicologica a porsi in un rapporto paritetico e orizzontale. È pertanto auspicabile un ulteriore sforzo della classe medica, in termini di formazione e

sensibilizzazione, per interagire con spontaneità e coscienza professionale, migliorando la capacità di ascolto e interpretazione dei segnali. I pazienti, dal canto loro, dovrebbero agevolare questo processo abbandonando pregiudizi e preconcetti.

È necessario passare a una modalità relazionale basata sulla relazione, la trasparenza, la collaborazione e la condivisione delle decisioni. Umanizzare la medicina significa capire che per essere un buon medico è necessario essere anche buoni ascoltatori ed è essenziale il tempo che si investe nella relazione.

Comunicare con efficacia

Il Gesuita e il Domenicano stanno facendo esercizi spirituali e il Gesuita, mentre recita il breviario, fuma beatamente. Il Domenicano gli chiede come possa fare così e quello gli risponde che ha chiesto il permesso ai suoi superiori. L'ingenuo Domenicano dice che anch'egli ha chiesto il permesso e che gli è stato negato. "Ma come lo hai domandato?" gli chiede il Gesuita. E il Domenicano "Posso fumare mentre prego?". Era ovvio che gli fosse stato risposto di no. Invece il Gesuita aveva chiesto "Posso pregare mentre fumo?" e i suoi superiori gli avevano detto che si può pregare in qualsiasi circostanza. Dal breve racconto si può desumere che nelle relazioni interpersonali il *come* poniamo le cose è fondamentale, sia dal punto di vista dei contenuti sia dal punto di vista del linguaggio non verbale. La comunicazione efficace richiede lo sviluppo di skill e competenze nel formulare chiaramente e senza ambiguità i nostri messaggi, in funzione dell'effetto che si vuole ottenere sul ricevente (ascoltatore). Va precisato che l'autenticità

“ L'EFFETTO DEI MESSAGGI SUGLI ALTRI NON DIPENDE SEMPLICEMENTE E SOLAMENTE DAL SIGNIFICATO DI QUELLO CHE SI DICE (IL CONTENUTO), MA DA COME LO SI DICE (TONO DELLA VOCE, GESTUALITÀ, POSTURA, ECC.) LO SI DICE, DAL RAPPORTO PREESISTENTE TRA GLI INTERLOCUTORI, DAL CONTESTO E DA MOLTI ALTRI ASPETTI

e i contenuti della comunicazione possono però essere *traditi* con estrema facilità, anche se in modo inconsapevole. Un movimento della mano, una smorfia non controllata, un sorriso appena accennato, uno sguardo sfuggente, una incerta stretta di mano, un improvviso cambiamento nel tono della voce e così via, possono infatti modificare, in modo determinante, il *senso* di un messaggio verbale che può essere interpretato in maniera distorta, ambigua, opposta alla volontà dell'emittente. La visione è che l'effetto dei messaggi sugli altri non dipende semplicemente e solamente dal *significato* di quello che si dice (il contenuto), ma da *come* lo si dice (tono della voce, gestualità, postura, ecc.), dal rapporto preesistente tra gli interlocutori, dal contesto e da molti altri aspetti. **I medici oggi sono sempre più efficienti, produttivi, tecnologizzati, ma spesso sono anche frettolosi e distratti ai bisogni dei pazien-**

ti e dei familiari. Va però precisato che le cose stanno cambiando e si moltiplicano i corsi, le iniziative, le pubblicazioni, per insegnare ai medici a comunicare con i pazienti. Quali sono, in sintesi, le regole d'oro per una comunicazione efficace in ambito medico? Innanzitutto, mettere a proprio agio il paziente (facendo attenzione sia al linguaggio verbale che a quello non verbale). Seconda regola: dare ascolto. Terza regola: dare empatia ed esprimere accettazione. Quarta regola: infondere fiducia e offrire sostegno. Comunicare con efficacia è quindi fondamentale per il medico: per favorire la responsabilizzazione, per sviluppare la fiducia reciproca, per condividere l'alleanza terapeutica, per ridurre eventuali conflitti.

Non è facile diventare comunicatori efficaci

Afferma H.E. Chambers che *non è facile diventare comunicatori di talento.* Gli elementi di base di una comunicazione efficace corrispondono, sinteticamente, alle seguenti capacità: saper ascoltare; saper comunicare; saper capire gli elementi di servizio della professione (*customer service*); saper gestire gli inevitabili conflitti; saper gestire la diversità (ogni persona-cliente è diversa, unica e irripetibile); saper collaborare efficacemente e attivamente con il proprio team e con gli altri professionisti. I sei passi appena delineati partono da un'abilità *esterna* al professionista-comunicatore: *saper ascoltare l'altro.* È ciò che S.R. Covey definisce come *cercate di capire e poi di essere capiti.* Ogni messaggio è infatti costituito da due elementi che si evidenziano e si rafforzano reciprocamente: il contenuto del messaggio stesso ed il suo impatto emotivo. Spesso diamo per scontato il secondo

aspetto e riteniamo che il contenuto sia sempre chiaro, sufficiente, completo. Invece l'impatto emotivo, condiziona, esplicita, qualifica il contenuto e sulla base di questi elementi ognuno di noi *legge* il contenuto stesso. La comunicazione è efficace solo quando riesce a costruire un ponte tra contenuto e impatto emotivo e assegna alle due componenti la stessa importanza.

Per questo la comunicazione non è una scienza ma una disciplina. Perché ha al suo interno una forte componente personale non riconducibile a nessuna scienza esatta. Il buon comunicatore è quindi un artista-artigiano che ha riflettuto sugli effetti che la comunicazione ha sui singoli (compreso l'emittente) e, contemporaneamente, sugli altri (sui destinatari). **Ci vogliono impegno e senso di responsabilità, uniti ad un lungo e costante allenamento, per diventare comunicatori efficaci.**

La guarigione passa per la relazione

Il rapporto tra medico e paziente è fondamentale nella terapia e nella riabilitazione.

La cultura scientifica occidentale ha condotto a immensi miglioramenti nelle condizioni di vita dell'essere umano e nel suo stare in società. Ma il rischio che si corre è quello di avere una fiducia cieca nella scienza che porti a dimenticare la dimensione emotiva e relazionale delle donne e degli uomini.

Il grado di adesione del paziente alle cure, la *compliance*, è strettamente legato alle dinamiche relazionali. Comprensione, modalità di comunicazione delle informazioni, qualità di interazione con lo staff: tutte queste voci rispondono alle esigenze del paziente e ad esse si legano altri concetti che solo apparentemente esulano dal contesto medico-scientifico come *ascolto attivo, osservazione, empatia e capacità comunicative.* Questa è la strada che la medicina deve seguire: mantenere la sua scientificità e autorevolezza, ma stabilire una connessione con i pazienti. È chiaro che il rapporto di interazione che si instaura non è un rapporto alla pari, ma asimmetrico: una parte è portatrice di bisogni, l'altra di risposte e cure. Eppure è proprio questa asimmetria che favorisce l'adesione alla terapia e facilita la guarigione: il paziente si fida del medico, nella misura in cui egli riesce a mostrare la sua personalità e il suo lato umano. Fondamentale è la fase di ascolto attivo, che va ben oltre il semplice *sentire* ciò che il paziente dice. Significa prestare tutta la propria attenzione al paziente e alle sue problematiche e dare un *feedback* per far capire che si è veramente interessati. Il medico o il terapeuta, inoltre, deve imparare a comunicare e deve farlo non solo con il linguaggio verbale, ma con tutto ciò che trasmette messaggi al paziente: dal tono di voce alla ge-

“ IL MEDICO O IL TERAPISTA, INOLTRE, DEVE IMPARARE A COMUNICARE E DEVE FARLO NON SOLO CON IL LINGUAGGIO VERBALE, MA CON TUTTO CIÒ CHE TRASMETTE MESSAGGI AL PAZIENTE: DAL TONO DI VOCE ALLA GESTUALITÀ, DALL'ABBIGLIAMENTO ALLO SGUARDO

stualità, dall'abbigliamento allo sguardo. Tutti questi elementi *parlano* al paziente e anche da essi il paziente estrae le sue informazioni: decide se può avere fiducia, se ha bisogno di maggiori informazioni, se può aderire in maniera totale al percorso che il medico gli indica.

I quattro principi base della comunicazione efficace

Paul Watzlawich nella sua opera fondamentale sulla comunicazione *Pragmatica della comunicazione umana* scritto con J.H. Beavin e D.D. Jackson, (Astrolabio), punto di riferimento per quanti si occupano di comunicazione interpersonale, afferma che *non è possibile non comunicare* e che qualsiasi tipo di comportamento, compresa l'assenza di comunicazione verbale, debba essere definita come *comunicazione*. Una domanda sorge spontanea: la capacità di comunicare con efficacia è un'abilità innata o si può apprendere? Sono vere entrambe le affermazioni. Una buona predisposizione aiuta, ma senza una seria preparazione corriamo gravi rischi di creare ambiguità, incomprensioni, malintesi. In qualche caso una comunicazione, anche involontaria, poco chiara e coerente, può addirittura sfociare in un conflitto o creare risentimento. Quali sono dunque gli elementi fondamentali, i principi di base di una comunicazione efficace? Sono quattro. **Il primo:** non si può non comunicare.

Il secondo: non so quello che ho realmente detto finché non avrò ricevuto il messaggio di ritorno (*feedback*). L'efficacia di un messaggio comunicativo si misura quindi alla fine: quello che ho trasmesso, in altre parole, è *quello che l'altro ha capito*.

Il terzo: ogni comunicazione, ogni messaggio unidirezionale è fatto di due elementi: da una parte, il contenuto (il cosa), dall'altra, la relazione (il come). Ed è quest'ultimo a definire, a condizionare il primo. Il contenuto viene trasmesso attraverso i linguaggio verbale; la relazione invece si costruisce attraverso i segnali non verbali. Ne discende che il contenuto sarà compreso, in modo chiaro e preciso, se la dinamica relazionale sarà positiva. Pertanto gli elementi da tenere sempre sotto controllo nello scambio co-

municativo sono gli aspetti relazionali: il *come* diciamo le cose, prevale sul loro significato. **Il quarto:** le persone comunicano sia per mezzo delle parole sia attraverso il corpo ed in particolare: il tono della voce, la gestualità, la postura, la mimica, l'atteggiamento, la vicinanza/distanza. Possiamo quindi affermare che un messaggio verbale può essere confermato o smentito dal modo in cui avviene la comunicazione. Un bravo comunicatore non è quindi tale solamente per *quello che dice* ma anche per *come lo dice*, per la forza della sua comunicazione globale. Si tratta di elementi che ogni professionista può apprendere o migliorare con l'auto-osservazione, l'auto-analisi e con l'esercizio. Il nostro corpo quindi, *parla*, che lo vogliamo oppure no. Abituarsi a leggere e a capire i nostri e gli altrui messaggi non verbali ci aiuterà a

migliorare la nostra comunicazione e renderà più efficace l'intero processo comunicativo.

Chirurghi: bravi ma poco attenti alla comunicazione

Da sempre ci si chiede se la medicina sia una scienza o un'arte. L'unica risposta possibile è: tutte e due. Si rimane infatti molto sorpresi quando si scopre che un medico iperspecializzato si rivela anche per le sue doti umane. Questo tipo di medico - fortunatamente sempre più diffuso - colpisce per la sua sensibilità, per la capacità di mettere il paziente a proprio agio, per la propensione all'ascolto e la capacità di percepire il malato come un tutt'uno. In ultima analisi spesso questo medico *cura meglio*.

Questo rapporto tra gli aspetti tecnici e gli aspetti umanistico-relazionali

POSSIAMO QUINDI AFFERMARE CHE UN MESSAGGIO VERBALE PUÒ ESSERE CONFERMATO O SMENTITO DAL MODO IN CUI AVVIENE LA COMUNICAZIONE. UN BRAVO COMUNICATORE NON È QUINDI TALE SOLAMENTE PER QUELLO CHE DICE MA ANCHE PER COME LO DICE, PER LA FORZA DELLA SUA COMUNICAZIONE GLOBALE. SI TRATTA DI ELEMENTI CHE OGNI PROFESSIONISTA PUÒ APPRENDERE O MIGLIORARE CON L'AUTO-OSSERVAZIONE, L'AUTO-ANALISI E CON L'ESERCIZIO

LE ABILITÀ COMUNICATIVE SONO UN ASPETTO FONDAMENTALE DELLA PROFESSIONE MEDICA: NELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE, MA ANCHE CON I COLLEGHI, CON I COLLABORATORI, CON I FAMIGLIARI

della medicina sono stati indagati in una ricerca curata dalla Fondazione Chirurgo e Cittadino e patrocinata dall'ACOI. I chirurghi sono preparati ma poco propensi all'ascolto: questo, in sintesi, il giudizio dato dai pazienti. Se i chirurghi hanno evidenziato una buona preparazione per il 64.4% dei pazienti, che ha pienamente approvato nel 62.9% dei casi, il trattamento medico-chirurgico ricevuto, percentuali più basse sono riservate ad una serie di elementi riguardanti il rapporto medico-paziente: la disponibilità all'ascolto, la capacità di informare e di comunicare, l'empatia. Basti pensare che solo il 53% circa delle risposte, considera *buone* le informazioni ricevute sulla malattia e sulla terapia.

Non esiste una formula ideale per rendere efficace l'interazione medico-paziente ma, come afferma Domitilla Foghetti (ACOInews n. 18) ci sono alcuni principi guida che consentirebbero di migliorare il comportamento dei medici e di comprendere lo stato d'animo altrui.

Le abilità comunicative sono un aspetto fondamentale della professione medica: nella relazione con il paziente, ma anche con i colleghi, con i collaboratori, con i famigliari. Per costruire una relazione positiva ed efficace non è sufficiente adottare una modalità spontanea o semplicemente dettata dalla propria personalità: *buoni comunicatori si diventa* ed è indispensabile ricavare uno spazio ad hoc nella formazione del medico e nel suo aggiornamento permanente. Perché se **il medico è il farmaco principale del paziente** (come afferma Micheal Balint, psicoanalista ungherese scomparso nel 1970) **è fondamentale ricordare che anche il tempo della comunicazione è tempo di cura.**

Per gentile concessione dell'Autore dal bimestrale NES-Nord Est Sanità di Padova.

DOVE VA la medicina?



● di **Maurizio Benato**
Presidente OMCeO - Padova
Vicepresidente FNOMCeO

Il termine *medicina* ha designato da sempre soltanto la scienza e la pratica rivolte a ripristinare e tutelare la salute, ovvero la forma migliore di quel bene inalienabile che è la costituente della vita umana.

Un concetto di per sé chiaro, ma solo se la salute obbedisse alle due istanze preminenti di oggettività scientifica e di salvaguardia e promozione del benessere dei cittadini.

Oggi siamo di fronte ad un fatto nuovo: c'è uno smarrimento degli scopi storici e non c'è più una concezione univoca di quali essi siano. Il concetto di *malattia* e di converso quello di *salute* non appaiono così ovvi come nel passato, perché è di fatto superato il concetto di salute, intimamente collegato alla sola situazione biologica e bio-medica della persona e di conseguenza non è più possibile sostenere che la salute sia un problema esclusivamente medico. Se quindi vogliamo ridefinire o ricomprendere il significato attuale della medicina in un solo e nuovo concetto, dobbiamo far riferimento al contesto in cui si sviluppa e agisce.

Oggi possiamo definire la medicina, senza sbagliarci di molto, come una impresa sociale etico-professionale aperta a una *Weltanschauung* (*concezione del mondo*) cui si rispecchiano le filosofie e le prassi della cultura di riferimento; filosofia e cultura che come tali si sono dotate in un lungo processo di costruzione storico sociale, di proprie conoscenze e di conseguenza anche di propri scopi.

Lo sviluppo dunque di un sistema medico che è intimamente collegato nel

suo canone e nel suo statuto al contesto storico e sociale nel quale è collocato.

Possono certo sorgere perplessità di fronte a queste affermazioni e pertanto deve subito chiarirsi che la medicina mantiene senz'altro uno spazio autonomo e privilegiato che le permette di crescere indipendentemente dallo sviluppo della società di riferimento. Nessuno può negare che la medicina abbia uno spazio proprio nello studio dell'uomo sotto l'aspetto conoscitivo fisiopatologico, quale insieme di conoscenze scientifiche e tecnologiche, quale biomedicina, ma anche sotto questo profilo, la malattia resta una nozione legata a fattori storici, culturali ed etici; basti pensare al confine tra normale e patologico che varia nel tempo e in funzione dei modelli di spiegazione e delle tecniche di rilevazione dei segni e dei sintomi, anche sotto il profilo fisiopatologico, a noi culturalmente più vicino, si finisce col rimarcare il rapporto stretto che esiste tra medicina e la cultura della comprensione storica dell'uomo.

Una definizione esauriente di medicina quindi non può che non risentire del contesto sociale sia esso di pensiero che economico e storico nel quale viene espressa.

Guardando alle manifestazioni culturali tipiche del nostro tempo, è chiaro che ci troviamo di fronte a un rovesciamento di prospettive e di valori che hanno importanti conseguenze, soprattutto per capire dove va la medicina.

Si possono cogliere questi diversi

GUARDANDO ALLE MANIFESTAZIONI CULTURALI TIPICHE DEL NOSTRO TEMPO, È CHIARO CHE CI TROVIAMO DI FRONTE A UN ROVESCIMENTO DI PROSPETTIVE E DI VALORI CHE HANNO IMPORTANTI CONSEGUENZE, SOPRATTUTTO PER CAPIRE DOVE VA LA MEDICINA

aspetti nella frammentarietà del soggetto-oggetto della medicina ovvero la persona del paziente, che sembra sempre più *debole* perché gravata, come qualcuno ha affermato, dal peso della *leggerezza dei segni e dei sogni*, che sono tratti distintivi di questa società dell'immateriale.

Tutti elementi che possiamo cogliere nell'avanzare della civiltà della comunicazione e nella molteplicità della conoscenza e del sapere che, ormai, non si acquisisce più seguendo un percorso lineare che va dall'alto verso il basso (questo è il metodo deduttivo-logico tipico della scienza) ma, proprio per l'avvento di Internet, il sapere si trova al crocevia di una serie di percorsi che si giustappongono, interagendo tra di loro e dando vita ad una sorta di *cultura a mosaico*.

È una nuova cultura che marcia da tempo ormai verso l'assoluto politeismo dei valori che, a loro volta spogliati della loro antica veste sacrale, sono alla mercé di rinnovate dispute, cui non è possibile spesso rispondere con soluzioni che comportano scelte razionali, perché la razionalità si invoca solo sul rapporto tra fini e mezzi ma non sui fini stessi.

È la cultura della *post-modernità*.

Questa di per sé è un pensiero debole, perché sceglie di non dare risposte

proprio perché non può darle e finisce per favorire un relativismo culturale che ostenta l'idea portante dell'individualità e dell'essere se stessi, quale bussola per le scelte etiche.

È una cultura che fa valere le istanze della molteplicità e della differenza mettendosi alle spalle definitivamente il sogno di un'unica verità, di un'unica fede e di un unico sistema di valori.

È una cultura che cerca di superare concettualmente l'oggettivismo della scienza classica per cui viene meno la concezione dell'essere (paziente) come oggetto manipolabile e misurabile, sottoposto al dominio teoretico e pratico del soggetto umano (medico), proponendo di assumere invece un punto di vista **relazionale e dialogico** nei confronti dell'essere (paziente). Tutto questo significa, parlando della nostra disciplina, che ogni previsione sulla sua evoluzione in termini di canone e statuto è praticamente impossibile.

Se oggi la medicina non risponde e non corrisponde più come rispondeva e corrispondeva solo alcuni lustri fa, una spiegazione la troviamo in questa filosofia che sostiene il postmoderno. Oggi il medico ha in più una nuova responsabilità: quella di ancorare la ragione medica a idee e valori che gli permettano di pensare, conoscere,

operare in maniera coerente con i bisogni che gli vengono espressi.

L'idea, cui il medico finora si è riferito, è stata la scientificità nei confronti del mondo fisico della malattia, quindi la razionalità della conoscenza; cosa che oggi non basta più.

Quale conoscenza allora? L'unica prospettabile è quella ontologica, cioè quella che si incarica della riflessione, della comprensione, della ricerca di tutto quanto concerne l'attualità dell'essere e della persona al di là delle sue implicazioni biologiche, e all'interno di relazioni, contingenze e contesti. Un nuovo cambio paradigmatico che inserisce il concetto di *complessità* nell'approccio ragionato alla medicina quale disciplina pratica e che richiama tre novità epistemologiche ugualmente rilevanti: una nuova alleanza tra filosofia e scienza, un nuovo modo di fare scienza e una nuova concezione dell'evoluzione storico-naturale dell'uomo. Complessità che amplia gli orizzonti ovvero i fondamenti, logici e ontologici del contenuto della medicina stessa e del suo metodo clinico.

Sono problematiche queste, soprattutto quelle filosofiche, che emergono oggi non più come una giustapposizione esterna, come lo è stato fino a poco fa, facoltative ed estranee al metodo scientifico stesso, ma - dall'interno



Foto di gruppo Scuola ACOI - Ospedale S.Agostino Estense, Baggiovara (MO) 2012

della stessa medicina - quali problemi scientifici, per superare le contraddizioni interne nel riconoscere il nuovo paziente.

Fare scienza oggi in ambito medico non può prescindere da alcuni dati di fatto:

- La società che declina i contenuti della medicina è un sistema ipercomplesso, la realtà è multidimensionale (sociale, psicologica, scientifica, economica, ecc.), un sistema di sistemi aperti, che si auto organizza continuamente.
- Non esiste un centro, un punto di vista privilegiato, una chiave di lettura primaria, intorno alla quale organizzare la descrizione.
- Ogni avvenimento è il risultato singolare e irripetibile di una cascata di eventi.
- Ogni descrizione non può che essere incompleta e incerta.

Siamo di fronte a una nuova ontologia del paziente che si caratterizza per gli elementi distintivi di condizioni morbose che la medicina in passato aveva preso poco in considerazione ovvero la comorbilità e l'età, la cronicità, in altre parole dove la medicina arranca nella sua tassonomia, per l'incapacità di raggiungere quel momento di sintesi, tipico della diagnosi, tra identificazione di elementi clinici e malattia.

Vi sono elementi, oggi più che mai, che fanno comprendere quanto la vecchia tassonomia ci allontani dalla realtà della singola persona ammalata con la sua complessità.

Lo stesso pensiero paradigmatico (nomotetico) tipico del ragionamento scientifico che implica la costruzione di classi di equivalenze, di gerarchie, di categorie secondo un processo verticale di subordinazione e di sovraordinazione, mal si presta alla comprensione del paziente perché sacrifica la comprensione all'estensione, la ricchezza al rigore cercando di eliminare le ambiguità. Meglio allora il pensiero narrativo, che trova il suo campo naturale di applicazione nel mondo sociale e cerca di dare un'interpretazione ai fatti umani creando una storia basata sull'intenzionalità degli attori e sulla sensibilità al contesto.

Un pensiero che ben si presta al singolo caso (ideografico) ricercandone le

leggi relative. Un pensiero che affonda nella storia e si impegna a cercare la logica delle azioni umane e a costruire un modello interpretativo delle stesse. Il concetto di salute biologico, cioè di integrità della vita psicofisica, può, quindi, essere ritenuto universale e relativamente invariante attraverso la storia in quanto legato alle caratteristiche biologiche dell'essere umano, ma non è così per la qualità della vita a determinare la quale concorrono componenti influenzate dalla cultura, dalla situazione sociale, familiare, politica, economica in cui l'individuo sta vivendo: in breve dalla storia.

La tutela della qualità di vita è un'istanza abbastanza recente, sollevata nelle società liberali, dalle singole persone, in base al diritto di autonomia sulle scelte che riguardano il proprio corpo. È un'istanza che non vale solo per le scelte di fine vita, ma anche per l'uso della scienza, volta a garantire, a tutti, la possibilità di vivere un'esistenza più libera.

Nella dichiarazione *transumanista* del 1998 si sostiene con forza la necessità di riappropriarsi del mezzo tecnico per il miglioramento della percezione del sé delle proprie potestà.

È sicuramente un intreccio complesso perché *empowerment* individuale ed *empowerment* organizzativo di comunità, pur essendo interdipendenti, non coincidono anzi, sono spesso, come in queste occasioni, in piena contrapposizione. Il tutto è reso possibile da una convergenza scientifico-tecnologico-culturale che permetterà una sinergia tra nanoscienza, nanotecnologia, biotecnologia e biomedicina (inclusa l'ingegneria genetica), tecnologie dell'informazione (incluse intelligenza artificiale e tecnologie per la comunicazione) e scienze cognitive (soprattutto la neuroscienza cognitiva).

La convergenza è data dalla struttura stessa della materia, sulla quale peraltro si fonda una visione olistica della stessa conoscenza scientifica.

L'origine della convergenza si fonda a livello della nanoscala, ovvero lo studio dei fenomeni che interessano la materia su una scala nell'ordine di un milionesimo di millimetro, per cui sostanzialmente, si arriverà ben presto a comprendere non solo il modo in cui gli atomi si com-

binano in molecole, ma anche le leggi che regolano l'aggregazione molecolare in strutture polimeriche. Ciò consentirà di manipolare la materia con le conseguenze che costruiremo molecole artificiali ad hoc quali strumenti costitutivi necessari per supportare la cosiddetta medicina personalizzata (*personalized health care*) che a sua volta prospetta, ma ci siamo già arrivati, l'individuazione di nuovi agenti non solo terapeutici, non solo migliorativi ma potenziativi per l'uomo. In questo contesto la medicina appare in piena sofferenza per preservare la propria integrità storica. Siamo pertanto chiamati come medici a cambiare contenuti, comportamenti, modi di proporsi, modalità operative. Questo ci impegna a far sì che i nostri modi di pensare, conoscere e operare, siano coerenti con la nuova domanda di tutela della salute.

SIAMO PERTANTO CHIAMATI COME MEDICI A CAMBIARE CONTENUTI, COMPORTAMENTI, MODI DI PROPORSI, MODALITÀ OPERATIVE

Il paradigma scientifico non appare più coerente per rispondere all'attuale complessità che richiede di ricostruire un metodo per una nuova conoscenza del *malato*, che non può essere limitata alla sola *umanizzazione*, sicurezza, appropriatezza delle cure ecc., aspetti di cui spesso si parla e si abusa, ma che deve affrontare il concetto di salute, di cronicità e di persona auto-determinantesi.

C'è bisogno di un appropriato adeguamento della medicina, intendendo quest'ultima come apparato concettuale e sistema epistemico ancorato a idee valori e principi coerenti con i bisogni che le vengono rivolti.

Il paziente va visto in ragione della sua complessità, delle sue tante peculiarità e noi medici abbiamo il dovere di confrontarci *ad personam* con lui, con un ragionamento che sul piano personale è eminentemente idiografico e con buona pace del positivismo medico, per nulla nomotetico.



Ascolto, comunicazione

● di Rodolfo Vincenti

Occhi: ci ricordano l'importanza di udire con attenzione, dar retta, esaudire. *Il punto è non solo vedere, ma guardare. Uno sguardo rassicurante non superficiale, da cui trapeli l'esistenza di diritti e doveri reciproci. Trasformare lo spazio fisico in cui ci si muove in spazio sociale in cui coinvolgimento e interazione siano presenti* (mod. da Z. Bauman, *Le sfide dell'etica*).

Alterità: l'uomo è relazione: non un **Io**, ma un **Io-Tu**. Di qui l'invito: sii quel che sei per avvicinarti a chi non sei. Tieni presente che come tu hai la tua

Attenzione unitaria: in realtà l'orizzonte del presente è *sempre in atto di farsi, è sempre in costruzione, in quanto non possiamo far altro che mettere continuamente alla prova i nostri pregiudizi, i nostri preconcetti e gli elementi che ci distruggono o allontanano dalla situazione* (H.G.Gadamer, *Verità e metodo*).

Cuore: "Addio", disse la volpe. "Ecco il mio segreto. È molto semplice: non si vede bene che col cuore. L'essenziale è invisibile agli occhi". "L'essenziale è invisibile agli occhi", ripeté il piccolo principe, per ricordarselo



complessità, mi avvarrò della analisi dell'ideogramma cinese che definisce il concetto *in ascolto*.

È un ideogramma composito che collega fisiologia e sentimento: orecchio, occhi, alterità, attenzione unitaria, cuore. Analizziamoli uno per uno aiutandoci in parte con riflessioni di pensatori.

Orecchio: la sua presenza è intuitiva, dobbiamo necessariamente sentire.

identità (da approfondire), devi riconoscere all'altro la sua propria identità. Devi attraversare la tua cornice ed entrare in quella altrui. Devi cogliere ciò che l'altro ti dice contestualizzandolo dentro alla sua realtà/cultura. Altrimenti la relazione è **Io-esso**: con una cosa o con un altro ridotto a cosa (da M. Buber, *Io e tu*).

(A. De Saint Exupery, *Il piccolo principe*).

"Ascoltare col cuore è comprensione profonda dell'altro, delle sue intenzioni, delle motivazioni che spingono l'altro a comunicare con noi. Per ascoltare bene non bastano quindi due buone orecchie. Bisogna ascoltare cogliendo le parole, i

聽

contenuti, ma soprattutto il loro significato profondo, quello legato alle emozioni. Per ascoltare bene è quindi indispensabile mettersi nei panni dell'altro (empatia), porsi nella sua ottica, per capire meglio le sue aspettative profonde, le sue ansie, i suoi desideri, le sue diffidenze" (G. Vecchiato).

Se vogliamo costruire una buona relazione basata sulla fiducia dobbiamo quindi lavorare sulla nostra capacità di ascoltare.

Ascoltare non è prestare l'orecchio, è farsi condurre dalla parola dell'altro là dove la parola conduce (Umberto Galimberti).

Non può ormai più essere messo in dubbio il dato, pubblicato sulla letteratura scientifica e confermato sul campo dai numeri riportati dalle associazioni dei cittadini e dalle procure italiane, che alla base delle denunce dei pazienti vi sia, in oltre un terzo dei casi, una comunicazione inadeguata (anziché il numero di incidenti effettivi). Quindi il chirur-

go dovrà porre attenzione maggiore alle proprie capacità comunicative. Se però è vero che nei nostri percorsi formativi la *comunicazione* è arte disattesa è anche vero che le tecniche della corretta comunicazione possono essere apprese.

La comunicazione efficace è oggi una sfida cui nessun professionista può sfuggire, soprattutto il medico. Non solo. Le abilità comunicative non si apprendono una volta per sempre, vanno costantemente alimentate, riviste, sottoposte a manutenzione. Vanno continuamente migliorate anche perché il risultato di una cattiva informazione/comunicazione potrebbe avere effetti irreparabili (G. Vecchiato).



CONGRESSO NAZIONALE CONFRONTI RUBRICHE VALUTAZIONI OPPORTUNITÀ

IL FUTURO, I GIOVANI CHIRURGHI
NAPOLI 4-6 GIUGNO 2014
STAZIONE MARITTIMA - PIAZZA MUNICIPIO

FAI SENTIRE LA TUA VOCE, È IMPORTANTE!

STORIE DI CHIRURGIA BY ACOINEWS

Costruiamo insieme ACOInews, diventa anche tu protagonista!

ACOInews è un'occasione unica per raccontare la realtà in cui lavoriamo, cosa succede, quali problematiche, quali vittorie, qual è la chirurgia che vogliamo per il nostro Paese.

Siete tutti invitati a partecipare, aspettiamo la TUA STORIA!

Scrivi a: rodolfovincenti@hotmail.com
La Redazione ACOInews ringrazia

acoineWS
Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

CHIRURGIE

IL FUTURO, I GIOVANI CHIRURGHI

NAPOLI 4-6 GIUGNO 2014
STAZIONE MARITTIMA - PIAZZA MUNICIPIO



TIME TABLE

MERCLEDÌ 4 GIUGNO								
AULA A	AULA B	AULA C	AULA D	AULA E	AULA F Corsi e workshop	AULA Riunioni	AULA Elezioni	AULA Biotecnologie
Le malattie infiammatorie croniche intestinali	La terminologia in oncologia	ACOI GIOVANI e ACGC La chirurgia VLS della colecisti. Linee guida	Chirurgia in 3D	La day surgery tra la chirurgia ambulatoriale maggiore e il ricovero breve	Corso di chirurgia endocrina: up to date sulla chirurgia tiroidea	Corso SIUCP		
Colazione di lavoro								
	Chirurgo endoscopista: lo faccio io o lo fai tu	Lesioni e complicanze biliari dopo colecistectomia laparoscopica			Corso di chirurgia endocrina: up to date sulla chirurgia tiroidea	Corso SIUCP		
INAUGURAZIONE								

GIOVEDÌ 5 GIUGNO								
AULA A	AULA B	AULA C	AULA D	AULA E	AULA F Corsi e workshop	AULA Riunioni	AULA Elezioni	AULA Biotecnologie
Ernie iatali giganti: quando e come operare	Nuovi modelli terapeutici nella diverticolite acuta	I prolapsi pelvici multi-organo	Chirurgia toracica d'urgenza per chirurghi generali	"Dolo" surgery. Aspetti tecnici e modelli organizzativi	Fondazione Chirurgo e Cittadino Corso: La comunicazione in chirurgia	Corso: Obesità e banding gastrico		
	Il fast track nel paziente fragile	Le fistole perianali complesse: dal lay open alla cell-based therapy	Chirurgia pediatrica d'urgenza e chirurgie generali	Ernie inguinali				
Colazione di lavoro Workshop aziendali				Ernie parete addominale	Colazione di lavoro Workshop aziendali	Corso TIISO		
	La terra dei fuochi	Patologia emorroidaria: office and operative room procedures	Clostridium difficile	Colazione di lavoro				
	Tumori neuroendocrini (NET)	ACOI Cina		Laparocele				Attività pratica: chirurgia toracica su maiale. Riservato a 25 chirurghi

VENERDÌ 6 GIUGNO								
AULA A	AULA B	AULA C	AULA D	AULA E	AULA F Corsi e workshop	AULA Riunioni	AULA Elezioni	AULA Biotecnologie
Lo screening delle neoplasie colo-rettali: up to date su I - II livello		ACOI -CNR Simulazione nella formazione, programmazione e ricerca in chirurgia	Tiroide: ritorna la lobectomia	Disastri di parete				Attività pratica: chirurgia toracica su maiale. Riservato a 25 chirurghi
Le neoplasie del colon retto. Percorsi integrati: dallo screening al trattamento multidisciplinare			Club Italo Argentino	Endometriosi: quando interviene il chirurgo generale?				
Assemblee generali societarie						Assemblee generali societarie	Assemblee generali societarie	
Colazione di lavoro		Workshop aziendali		Colazione di lavoro	Corso: Chirurgia dei traumi			
Gli European Reference Networks: un passo verso una sanità europea			Quando il chirurgo vascolare collabora con il chirurgo generale	Attualità delle Breast Units in Italia				
Consultant corner. Le neoplasie del retto: casi clinici		Terapia a pressione negativa	Flebologia					
CHIUSURA DEI LAVORI								

NEWS



Nell'ambito del progetto formativo la Fondazione Chirurgo Cittadino propone per il 2014 **una serie di corsi di addestramento per la Comunicazione in Chirurgia** destinati a chirurghi e infermieri di UO chirurgiche. Il primo corso si svolgerà nell'ambito del *Congresso delle Chirurgie* (4-6 giugno, Napoli), durerà 4 ore e sarà gratuito per i partecipanti al congresso. I primi 50 iscritti potranno apprendere le basi di una corretta comunicazione, guidati da un gruppo docenti di alta professionalità, proveniente dalla Scuola di Psicoterapia Gestaltica Integrata (SiPGI).

È un'occasione da non perdere!

Razionale La comunicazione tra i professionisti della salute e gli utenti è difficoltosa soprattutto per gli aspetti emotivi legati alla malattia. Come comunicare una diagnosi severa o infausta? Come gestire l'incertezza diagnostica? L'uso di una comunicazione più consapevole e professionale è estremamente utile:

- per il miglioramento della relazione terapeutica
- per migliorare la cooperazione fra professionisti e paziente
- per ridurre la conflittualità fra professionisti e paziente/familiari
- per migliorare le relazioni all'interno del gruppo di lavoro/equipe
- per la riduzione dello stress e del burn-out.

Le competenze comunicativo-relazionali integrate con le competenze tecnico-scientifiche costituiscono la garanzia per interventi efficaci.

Oiettivo Il corso ha l'obiettivo di far conoscere e sperimentare ai partecipanti alcune delle modalità di comunicazione professionale utilizzabili per:

- informare il paziente e i familiari
- comunicare cattive notizie
- fronteggiare momenti comunicativi critici
- rendere efficace la comunicazione all'interno del gruppo di lavoro.

L'intento è quello di indirizzare i partecipanti ad una comunicazione consapevole, finalizzata all'attivazione del processo motivazionale e centrata sui bisogni e sulle richieste dei singoli, nonché sulle loro specifiche risorse e potenzialità.



L'ACOI è rappresentata nella FISM (Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane) da Vincenzo Blandamura che ricopre la carica di vice-presidente.

Nel novembre 2013 la XII COMMISSIONE Affari Sociali della Camera dei Deputati ha tenuto un'audizione per l'esame delle proposte di legge n. 259 Fucci; n. 262 Fucci; n. 1324 Calabrò e n. 1312 Grillo recanti

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE SANITARIO

Questo è l'estratto sintetico dell'incontro che la FISM ci ha fornito e come tale lo pubblichiamo.

SINTETICA MEMORIA DELLE ARGOMENTAZIONI ESPOSTE

La posizione FISM, in merito alla responsabilità professionale, è chiaramente espressa nel documento elaborato a settembre 2013. I due elementi fondamentali per la FISM riguardanti questo tema sono: **il corretto accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private e la garanzia delle professionalità del personale sanitario**. Pertanto riteniamo indispensabile ottenere i seguenti risultati:

1. **ridurre il livello del rischio professionale** e dare al rischio professionale una lettura coerente, che tenga conto anche degli aspetti logistici precisi;
2. introdurre **la possibilità di rivalsa del medico verso l'attore di abuso del diritto d'azione e lite temeraria**.

Così facendo, riteniamo di poter ridurre il ricorso alla medicina difensiva e i relativi costi indotti per il sistema sanitario nazionale, migliorando, quindi, la possibilità di tutela della *good practice* e della qualità delle cure.

Le proposte di legge in corso hanno un'ottica in parte diversa, dedicata a sollevare il medico dalle responsabilità professionali, **ma soprattutto a risolvere gli aspetti economici** legati al contenzioso spostando, per carità ben venga, la spesa assicurativa alla struttura sanitaria, dimenticando però come,

tranne rare eccezioni, le strutture **hanno difficoltà a garantire anche la regolare attività assistenziale a causa della carenza di fondi per rinnovare i contratti, per rifornire la farmacie, per la manutenzione ecc.**

Tale impostazione quindi, non risolve a monte il problema della responsabilità professionale, non trova i modi per impedire situazioni in cui la responsabilità professionale finisce per essere un esito forse non scontato ma sicuramente prevedibile, ma soprattutto non tiene conto delle esigenze dei pazienti. Il testo di legge di entrambe le proposte non considera la definizione di colpa grave, che sempre più è affidata ai giudici, mancando una definizione comunemente accettata e non contestata.

Ben venga peraltro il fatto che nella proposta Calabrò, Fucci et al. si parli del fondo dedicato alla "alea terapeutica", la definizione del quale richiede che il Ministero senta il parere delle società scientifiche che FISM ritiene debbano essere accreditate presso le istituzioni per definire in modo corretto e non contestabile le tabelle di riferimento.

Il Consiglio direttivo FISM



di Fulvio Manzi ●

Le problematiche assicurative che affliggono la sanità Italiana, rappresentano un argomento trattato in maniera quasi eccessiva mediante pubblicazioni più o meno scientifiche, proclami e decreti di governo, tavoli di contrattazione sindacale e persino, in maniera meno tecnica, ed alcune volte persino imprecisa, attraverso i media e la comunicazione di massa. Nonostante tale sovraesposizione delle informazioni però, il problema è spesso sottovalutato dal giovane Chirurgo, come dimostra ad esempio la scarsa affluenza nelle sale congressuali che trattano tali temi, in favore di quelle in cui si tratta di aspetti di tecnica chirurgica, o dove vengono proiettati interventi chirurgici in diretta.

Per carità, sono il primo ad affermare che la passione verso il proprio lavoro, che porta all'automiglioramento, realizzato anche mediante continuo aggiornamento, sia un atteggiamento lodevolissimo, e devo dire che tale aspetto non manca certo tra le file di coloro che rappresenteranno il futuro della Chirurgia Italiana, ma da qui a mostrare quasi un disinteresse per tematiche così importanti, credo che ne passi.

Per rendersi conto di quanto il problema sia cocente e vicino alla nostra realtà quotidiana, basti pensare a quanto influirà l'obbligo di assicurazione per i medici, il cui termine è fissato ad agosto 2014, sul lato economico della nostra vita di tutti i giorni. L'atteggiamento di mancata coesione e di disinteresse generale ha già portato la categoria medica ad una perdita molto ingente di potere di acquisto, in seguito ai mancati incrementi salariali ed al



giovani chirurghi!

“ IL PROBLEMA ASSICURATIVO È SPESSO SOTTOVALUTATO DAL GIOVANE CHIRURGO, COME DIMOSTRA AD ESEMPIO LA SCARSA AFFLUENZA NELLE SALE CONGRESSUALI CHE TRATTANO TALI TEMI, IN FAVORE DI QUELLE IN CUI SI TRATTA DI ASPETTI DI TECNICA CHIRURGICA, O DOVE VENGONO PROIETTATI INTERVENTI CHIRURGICI IN DIRETTA

blocco degli scatti di anzianità, tanto che oggi i medici Italiani sono sicuramente i più poveri di tutti i paesi avanzati. L'ingresso di un sistema assicurativo *all'americana*, unito al sempre maggior numero di contenziosi giudiziari, ha portato a contratti assicurativi che presentano premi proibitivi rispetto alla retribuzione media del medico italiano, o a contratti dalla copertura

assolutamente parziale ed inadeguata alla pressione risarcitoria che grava sulla professione. Il proliferare di polizze con clausola di tipo *claims made* a prezzi anche accessibili per il Chirurgo medio ne è un esempio lampante. Tale clausola, che si applica in molte polizze assicurative per colpa grave, obbliga la compagnia assicuratrice alla copertura del sinistro solo se il contraente è

assicurato nel momento in cui venga a conoscenza del danno, al contrario delle polizze di tipo *loss occurrence*, che coprono i sinistri effettivamente avvenuti nel periodo in cui il professionista è coperto dalla polizza stessa. Ora, con il decreto Balduzzi, si è introdotto l'obbligo per le Aziende Sanitarie, la maggior parte delle quali attualmente senza copertura assicurativa, di comunicare tutti i risarcimenti effettuati alla corte dei conti per l'analisi del sinistro. Tale organismo, con un tempo medio di analisi di circa 8-10 anni, potrebbe dunque condannare il sanitario responsabile dell'errore professionale al risarcimento del danno erariale, e lo stesso, avendo nel frattempo cambia-

to compagnia assicurativa, potrebbe trovarsi nella condizione di non essere coperto per il risarcimento, in quanto già a conoscenza del danno al momento della stipula della nuova polizza, e quindi trovarsi costretto a rimborsare il danno stesso di tasca propria.

D'altronde, la legislatura italiana fissa al momento un tempo di prescrizione per i danni da errore medico di 10 anni. Questo tempo abnormemente lungo che il paziente ha a disposizione per l'eventuale denuncia, unito al sempre crescente numero di avvocati in Italia, e quindi al sempre minor tasso di occupazione degli stessi, ha portato al fiorire di studi *dedicati*, che occupano i tribunali con migliaia di cause inten-

“ CON IL DECRETO BALDUZZI, SI È INTRODOTTI L'OBLIGO PER LE AZIENDE SANITARIE DI COMUNICARE TUTTI I RISARCIMENTI EFFETTUATI ALLA CORTE DEI CONTI PER L'ANALISI DEL SINISTRO

TALE MECCANISMO PERVERSO, ATTRAVERSO UN COMPLETO SOVVERTIMENTO DELLE SCALE DI VALORI, TENDE A PREMIARE, ALL'INTERNO DELLA CLASSE MEDICA, COLUI IL QUALE SCEGLIE I PAZIENTI, CERCANDO I CASI PIÙ SEMPLICI E MENO A RISCHIO DI COMPLICANZE, CON IL RISULTATO DI UN ABBANDONO GENERALIZZATO DEI CASI PIÙ COMPLICATI

tate dai pazienti, ottenendo i loro utili mediante una percentuale sugli eventuali risarcimenti, oltre ad una quota lite richiesta al cliente difeso. Alcune di queste iniziative hanno avuto molta fortuna, visto l'ingente numero di casi trattati in Italia negli ultimi anni, con la promessa di soldi facili a chiunque abbia avuto a che fare con il Sistema Sanitario, arrivando addirittura all'acquisto di spazi pubblicitari televisivi in prima serata per convincere i pazienti a rivalersi nel caso si sentissero vittima di casi di malasanità.

Non c'è bisogno di parlare di quanto questo tipo di pressione possa influire negativamente sul rapporto medico-paziente, laddove ogni malato che venga curato viene visto come un potenziale futuro nemico e la medicina difensiva, con la richiesta di sempre più numerosi esami clinicamente inutili, ma che un giorno potranno rivelarsi fondamentali in tribunale, diventa quasi una costosissima scelta obbligata da parte del professionista.

Tale meccanismo perverso, attraverso un completo sovvertimento delle scale di valori, tende a premiare, all'interno della classe medica, colui il quale sceglie i pazienti, cercando i casi più semplici e meno a rischio di complicanze, con il risultato di un abbandono generalizzato dei casi più complicati,

che la maggior parte dei medici non si sente di curare, visto il rischio di risarcimento cui si esporrebbe. In tale meccanismo perverso, il medico che tenga fede al suo dovere morale, curando tutti senza discriminazioni ed incappando gioco forza in casi complessi già rifiutati da numerosi colleghi, viene quasi visto come *temerario* e non come persona ligia al dovere, conscia del ruolo che l'arte medica dovrebbe avere nella società moderna. È come se stessimo vivendo una guerra tra medici e pazienti, a colpi di risarcimento economico e ovviamente coloro che si trovano in trincea sono più esposti ai colpi nemici.

È fondamentale che i soldati più *valorosi* non si sentano abbandonati dal loro Paese ed abbiano la prospettiva di una medaglia al valore, piuttosto che quella di un lungo processo con il rischio di risarcimenti milionari da pagare. In effetti proviamo a pensare a cosa succederebbe nelle nostre spiagge se chiedessimo ai bagnini di risarcire la famiglia della vittima ogni volta che si tuffano in mare per salvare qualcuno dall'affogamento e non vi riescono. Immagino che in poco tempo non vi sarebbero più persone disposte a questo tipo di lavoro, con influssi sicuramente negativi sulla sicurezza delle spiagge. In effetti, l'arretratezza legislativa del nostro Paese, unita ad una sempre maggiore povertà della popolazione, contribuiscono gravemente a fomentare questo clima malato.

Non dobbiamo infatti dimenticare che il nostro è uno dei due paesi dell'unione Europea, insieme alla Polonia, in cui esiste ancora la penalizzazione dei processi per colpa medica e il medico stesso viene considerato, giuridicamente, alla stessa stregua del delinquente comune.

Credo che sottopagare la classe medica, per poi caricare sulle sue spalle una parte degli stipendi di assicuratori ed avvocati sia dunque qualcosa che richieda la nostra attenzione come chirurghi.

Non possiamo rischiare di comportarci come dei polli in un allevamento, che aspettano con rassegnazione il fattore che ogni giorno ne prende alcuni e li macella per la vendita, con l'unica reazione di essere contenti perché ancora

non è arrivato il proprio turno!!! Il momento è particolarmente favorevole ad una presa di coscienza, visto che oggi, per la prima volta, disponiamo di un sindacato congiunto tra i Chirurghi ed i Ginecologi, la FESMED, il cui presidente vicario nazionale, Giambattista Catalini, è un chirurgo in piena attività che con grande impegno dedica una parte importante del suo tempo libero alla difesa della categoria.

Uniamoci, condividiamo idee fresche per migliorare un sistema perverso e, soprattutto, dedichiamo tutti una parte del nostro tempo e della nostra attenzione ad un problema che non può essere sottovalutato e che ci riguarda in prima persona ora.

Sveglia giovani Chirurghi!

Il Paese, che si è perso in una epocale crisi di valori, ha bisogno di voi e delle vostre idee!

CREDO CHE SOTTOPAGARE LA CLASSE MEDICA, PER POI CARICARE SULLE SUE SPALLE UNA PARTE DEGLI STIPENDI DI ASSICURATORI ED AVVOCATI SIA DUNQUE QUALCOSA CHE RICHIEDA LA NOSTRA ATTENZIONE COME CHIRURGI



● di Vito Pende

Come molti, anch'io sono rimasto sbigottito di fronte alla messa in onda su reti televisive Nazionali (RAI, La Sette e Mediaset), dello spot pubblicitario *Obiettivo Risarcimento*, anche se la questione imperversa già da almeno due anni come se niente fosse.

Immagino che ciascuno dei colleghi che stanno leggendo quest'articolo abbia avuto occasione di vedere lo spot in questione, mandato in onda a ripetizione soprattutto nel corso delle trascorse festività natalizie.

Il filmato invita le vittime di errori medici a rivolgersi ad *esperti* (avvocati e medici legali), entro dieci anni dall'evento al fine di ottenere un congruo risarcimento. L'invito è quello a collegarsi su internet al sito indicato, compilare un apposito modulo mediante il quale gratuitamente gli *esperti* daranno inizio, laddove possibile, ad un contenzioso che, a quel punto chiaramente, non sarà più gratuito. Si gettano le reti per una pesca copiosa e sicura! Infatti basta imbattersi in qualche forum di *utenti* per capire come il passaparola dei cittadini inneschi richieste risarcitorie anche nei casi fortemente dubbi, quindi con scarse chance di vittoria, o solo per *togliersi sassolini dalle scarpe!*

Insomma, si getta benzina sul fuoco in un campo delicato e complesso che vede ogni anno migliaia di denunce (oltre 12.000 nel 2012), con un enorme sperpero di energia, tempo e dena-

Obiettivo risarcimento

COME MOLTI, ANCH'IO SONO RIMASTO SBIGOTTITO DI FRONTE ALLA MESSA IN ONDA SU RETI TELEVISIVE NAZIONALI (RAI, LA SETTE E MEDIASET), DELLO SPOT PUBBLICITARIO OBIETTIVO RISARCIMENTO, ANCHE SE LA QUESTIONE IMPERVERSA GIÀ DA ALMENO DUE ANNI COME SE NIENTE FOSSE

ro, a fronte di un tasso di assoluzione dei medici oscillante tra il 90 ed il 95%. Grazie a messaggi ingannevoli come quelli contenuti nella pubblicità in questione, in aggiunta alla gogna mediatica anch'essa falsata dalla necessità di attirare lettori per fare notizia e vendere giornali, oggi l'azione medica viene sempre più vissuta come necessariamente efficace e non si accetta più nemmeno l'evento naturale: da qui scaturisce la psicosi paranoide della necessità della colpa e quindi di identificare un colpevole!

Personalmente, il maggior rammarico è stato non solo e non tanto per la bassezza morale dell'operazione mediatica di certe categorie professionali a mero scopo di lucro, ma soprattutto per l'inganno operato, nei confronti dei cittadini, da parte di tali professionisti e di un servizio televisivo pubblico che dovrebbe piuttosto tutelarli, sincerandosi attentamente del contenuto degli spot pubblicitari trasmessi e del potenziale pericolo di un messaggio ingannevole e fuorviante trasmesso a livello nazionale, soprattutto in un momento di crisi

economica così grave. Ne consegue che noi medici siamo sempre più spesso chiamati in procedimenti giudiziari inutili, in un contesto in cui le assicurazioni di RC sono sempre più care e la tutela da parte dalle Aziende Ospedaliere sempre meno consistente anche a causa del ricorso all'autoassicurazione, strumento assai poco chiaro dal punto di vista legislativo, pieno di potenziali rischi per il professionista e gravato dallo spettro della *rivalsa*.

In questo scenario in cui non si può trascurare il peso morale della vicenda e la sua ripercussione sullo stato d'animo del professionista coinvolto, per assurdo, alla fine spesso di un lungo contenzioso, in oltre il 95% dei casi si arriva all'assoluzione del medico, a fronte di un costo della medicina difensiva stimato dal Cergas (Università Bocconi) in circa il 10% della spesa sanitaria complessiva: 13 miliardi l'anno!!!

NOI MEDICI SIAMO SEMPRE PIÙ SPESSO CHIAMATI IN PROCEDIMENTI GIUDIZIARI INUTILI, IN UN CONTESTO IN CUI LE ASSICURAZIONI DI RC SONO SEMPRE PIÙ CARE E LA TUTELA DA PARTE DELLE AZIENDE OSPEDALIERE SEMPRE MENO CONSISTENTI

In una lettera che ho indirizzato alla Federazione degli Ordini dei Medici, al Ministero della Salute, all'ordine degli Avvocati e dei Giornalisti, ho posto tali quesiti:

• Perché nessuno al di fuori di chirur-

ghi e ginecologi e di qualche rappresentanza sindacale ha fatto sentire con forza il proprio sdegno?

- Perché il nostro Ordine professionale, preposto alla tutela dei suoi iscritti, non è immediatamente sceso in campo?
- Dove sono finite l'etica e la professionalità che in passato hanno sempre contraddistinto l'Ordine degli Avvocati?
- Perché non si deve porre un limite a quel filone di giornalismo sensazionalistico che fornisce notizie ingannevoli e pericolose, tralasciando poi eventuali smentite o correzioni?

Come dicevo, di fronte al modesto impegno dell'Ordine dei Medici e di varie categorie sindacali, le uniche voci di protesta sono state le dichiarazioni del Collegio dei Chirurghi Italiani, dell'ACO, dell'Associazione dei Ginecologi Italiani e di alcune società chirurgiche nazionali che per protesta hanno oscurato i propri siti per alcuni giorni. Dopo tali prese di posizione, al fine di bloccare lo spot, non sono certo che ciò sia avvenuto davvero in modo definitivo: staremo a vedere!

Quel che è disarmante è assistere ad una sorta di *cannibalismo* tra cate-

rie professionali in nome del profitto economico; ma ciò che è peggio è che non si tratta di concorrenza tra due aziende rivali che vendono lo stesso prodotto (in Italia è vietata perfino la pubblicità comparativa!), ma di una specie di insensata crociata contro chi quotidianamente è al servizio dei cittadini per la tutela della salute!

Perché non produrre e mettere in onda un controspot che coinvolga i cittadini in un progetto finalizzato alla diffusione della cultura di un sereno e proficuo rapporto con i professionisti sanitari?



QUANDO UN PAESE è veramente lontano da noi

● di Rodolfo Vincenti

No women should die giving life! Così mi ha introdotto il suo sogno, spronandomi a dare un mio pur piccolo aiuto, Syed Saifullah, senior policy officer di uno dei dipartimenti per l'agricoltura sostenibile e lo sviluppo delle zone rurali della FAO. Nato in una delle regioni più povere del Bangladesh, dal 1983 dipendente della FAO, ha voluto con determinazione portare a compimento il suo progetto di poter donare, con l'aiuto di tutti, un centro ospedaliero nella zona del suo villaggio di origine: Rahimanpur nel Distretto di Thakurgaon nell'estremo nord del Paese. L'impresa (perché veramente di un'impresa si tratta), è stata possibile per il forte contributo istituzionale della Pollibir Unnayan Sangstha (Pollibir Development Organization) ONG locale e dell'Eurusma ONLUS di Roma (Euro-Asian Center for Policy Study and Management), ma certamente il progetto non sarebbe andato in porto senza il contributo di tanti volontari e soprattutto per l'ampia donazione, da parte del Centre Hospitalier de Mulhouse (France) dell'arredamento necessario, oltre ad apparecchiature diagnostiche radiologiche, ecografiche ecc. Il tutto sapientemente coordinato e sostenuto dal costante impegno di Syed.

Nella zona è stata calcolata una mortalità materna per causa di parto di circa 400/100.000 (in Italia 3/100.000 - dati 2007) e pertanto il *Moimuna Mata-Shishu Hospital* è comprensibile che sia un *friendly hospital* per donne e bambini. In realtà sono stato coinvolto ed invitato a partecipare alla solenne inaugurazione nella volontà di estendere con il tempo e con l'incremento dei sussidi l'attività assistenziale all'area della chirurgia della quale vi è una assoluta esigenza. In tutto il Distretto, per una popolazione di oltre 1.000.000 di abitanti, sparsi su un'area molto vasta, sono presenti pochi centri clinici



privati (10 posti letto di media) e un ospedale statale di circa 100 posti letto, pertanto i 30 letti del *Moimuna Mata-Shishu* rappresentano una importante realtà di servizio per una zona rurale in cui distanze, rete stradale disagiata e inadeguata rendono i tempi di percorrenza dilatati all'inverosimile.

Dopo un decisamente lungo ed in parte avventuroso viaggio mi sono trovato a partecipare, con tutti gli onori, alla cerimonia di inaugurazione molto *politica*, corredata non solo da discorsi ufficiali di fronte ad un pubblico attento e *variopinto*, ma anche da una affollatissima partita di calcio tra squadre giovanili. Sì, perché l'ospedale è inserito in un contesto di promozione dello sport con tanto di Club House, sempre per iniziativa della Pollibir ONG.

Al momento la struttura fornisce assistenza specialistica, tramite professionalità locali e volontari europei, alle donne gravide e alle puerpere, ma l'intendimento è quello di estenderla alle patologie chirurgiche che, al momento, nell'area sono del tutto ignorate.

Chi volesse maggiori informazioni potrà rivolgersi a Mr. Alex van Arkadie, responsabile dell'organizzazione e reclutamento dei volontari internazionali (alex.vanarkadie@gmail.com) oppure direttamente a saifullah.syed@fao.org



Curarsi con i libri

Rimedi letterari per ogni malanno



Ella Berthoud, Susan Elderkin
Sellerio Editore - Palermo 2013

● di **Rodolfo Vincenti**

Nella sua prefazione Fabio Stassi, curatore dell'edizione italiana e traduttore del libro, peraltro integrato opportunamente con titoli del Bel Paese, lo definisce *il libro dei rimedi e il rimedio dei libri*. In realtà si tratta di un vero e proprio prontuario di ricette per l'anima che, scritte con garbo, passione e una vena di umorismo, suggeriscono la lettura di quel libro come rimedio per quel malanno. Alleviare la solitudine, curare un cuore infranto, mitigare il mal di testa, spegnere l'arroganza, curare l'impotenza sorridendo o addirittura trattare i reumatismi. Per ciascuna necessità un elenco di titoli per approfondire, assorbire, recuperare benessere. Nelle 600 pagine del prontuario, in ordine alfabetico, a guisa di dizionario, le voci sono corredate da brevi commenti, proposizioni e finalmente suggerimenti sui libri consigliati per quell'argomento. La biblioterapia, *un tentativo di vaccinazione al male di vivere, sarebbe un ramo della medicina che cura certi disturbi*

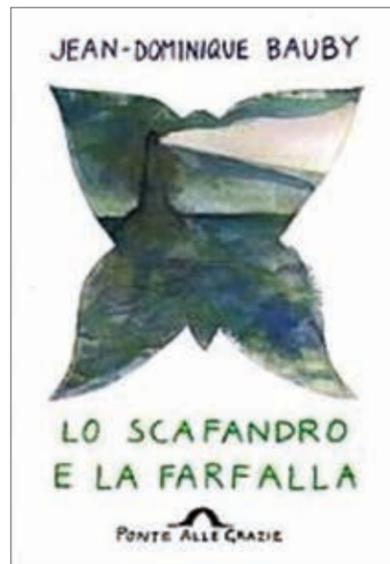
dell'esistenza con la somministrazione di opere di narrativa. Sfogliarne le pagine e soffermarsi su quei termini che maggiormente ci intrigano o che più sentiamo vicini al nostro sentire, per poi poter estrarre dall'elenco il prossimo libro nel quale tuffarsi, sarà esercizio di per sé già sufficiente a sentirsi appagato. Diventerà poi naturale essere noi i propositori del libro giusto da aggiungere a quell'elenco.

Forse eccessiva, ma a me piace pensare come possibile, la frase con la quale Fabio Stassi chiude la sua introduzione: *farsi contagiare dalla lettura, e andare da un libraio come si va dal farmacista, sarebbe un bel modo di decidere, finalmente, di curarci*.

Un libro da tenere sulla scrivania e consultarlo *al bisogno*, ma con un piccolo neo: le opere suggerite non hanno l'indicazione della data di pubblicazione e ciò rende più complessa la nostra scelta.



Lo scafandro e la farfalla



Jean-Dominique Bauby
Ponte alle Grazie - Milano 2007

● di **Ferdinando Agresta**

Lo so, può sembrar strano (e non nego che lo sia): normalmente nelle riviste, quelle importanti, vorrei dire serie, viene recensita la novità della novità editoriale, ancora prima che venga quasi pubblicata... Ma noi siamo chirurghi, noi siamo *Scuola*... e quindi permettiamoci (permettetemi) dei percorsi non proprio all'ultima moda.

Una riunione di quelle obbligatorie organizzate dalle nostre direzioni. Si parla di qualcosa di non tecnico - e per noi affamati di tecnicismo è il massimo della sofferenza - ma a cui siamo gentilmente comandati ad andare.

Onestamente ho fatto del tutto per non andare, ma per fortuna non ci sono riuscito. Entro mentre proiettano alcune scene del film tratto dal libro *Lo scafandro e la farfalla*. Si parla di Lock-in-sindrome. E vedi la vita attraverso gli occhi, anzi l'occhio, del protagonista. Lui fermo, immobile, prigioniero del suo scafandro-corpo e la sua mente come una farfalla che vola, la sua immaginazione, i suoi pensieri... che poi non

sono così diversi dai miei. Ma io non sto sperimentando quella sindrome, io non ho uno scafandro. E non senti rabbia, nostalgia forse, dolore celato, ma non rabbia. Almeno io non l'ho percepita... neanche quando ho letto il libro. E si perché il libro io poi l'ho letto... è del 1999 (del 1997 l'edizione francese).

E ti viene da pensare. Ho provato a vedere le mie mani - io, noi, che siamo abituati a vedere le nostre mani correre quasi da sole - come qualcosa di estraneo a me stesso. E ti viene da pensare, da riflettere su quello che non siamo capaci di gustare ed apprezzare quotidianamente, noi artefici (quasi) indiscussi della nostra vita.

E ho pensato a Rita e Chiara, le mie figlie: e non posso che far mie le parole del protagonista che dedica ai propri figli il libro scritto con lo sbattere di una sola palpebra: *...con l'augurio di molte farfalle!*

SOTTOSCRITTO L'ACCORDO TRA CLUB MEDICI E ACOI

Da vent'anni al servizio della categoria

● di **Vincenzo Pezzuti** - Responsabile Nazionale Club Medici

Club Medici è il punto di riferimento per i medici italiani iscritti agli Ordini Professionali.

Finanziamenti, mutui, assicurazioni, turismo e tempo libero: questi i servizi che il Club offre ai suoi iscritti. Presenti su tutto il territorio nazionale, in tutti i settori i nostri consulenti garantiscono un supporto concreto e propongono soluzioni adatte ad ogni tipo di esigenza della vita professionale e della vita personale.

Si inaugura con il nuovo anno l'accordo tra Club Medici e ACOI. Il protocollo di intesa prevede l'iscrizione ridotta a Club Medici per il 2014 per i soci ACOI, ovvero 50 Euro invece di 80. Ma la novità è che con l'acquisto di una cessione del quinto dello stipendio oppure di un Prestito Agos Ducato, il socio ACOI avrà diritto alla **iscrizione gratuita** e alla **Polizza RC Capofamiglia** in omaggio.

Vi presentiamo dunque il prestito e la cessione del quinto pensati espressamente da Club Medici per ACOI.

"FREE FOR YOU" il prestito più libero

Il prestito Free for You è un prestito personale libero da aperture di conto corrente, concesso per esigenze di pura liquidità e senza alcun giustificativo di spesa, elemento, quest'ultimo, che caratterizza i consueti prestiti bancari appesantendone l'istruttoria e dilatando i tempi di erogazione. "Free for You" si contraddistingue per l'estrema snellezza nelle procedure di ottenimento anche per importi elevati: fino a 50.000 euro in 120 mesi per pura liquidità, fino a 80.000 euro in 180 mesi per consolidamento debiti.

Con soli 3 documenti

Per accedere ad un importo fino a 30.000 euro, gli unici documenti richiesti sono il tesserino di iscrizione all'albo, la tessera sanitaria e il documento di identità. "Free For You" è una linea di credito originale, unica, appetibile ed estremamente competitiva rispetto a quanto presente sul mercato.

www.clubmedici.it

La cessione del quinto

La cessione del quinto permette di "ridursi" lo stipendio, destinandone una parte per avere liquidità. La cessione del quinto è un finanziamento diverso dagli altri, poiché viene effettuato direttamente dalla busta paga o dalla pensione. Nel corso degli anni il ricorso alla cessione è cresciuto, poiché si tratta di strumenti di finanziamento "sicuri" che danno agli istituti di credito maggior tranquillità nel rimborso.

I vantaggi della cessione del quinto

La cessione del quinto di Club Medici prevede il finanziamento per importi fino a 60.000 euro con durate dai 24 ai 120 mesi. È possibile chiedere il prestito anche se in presenza di altri finanziamenti in corso, senza motivare la richiesta; il prestito è assistito, a norma di legge, da un'assicurazione sulla vita (premorienza e invalidità totale e permanente) e contro il rischio impiego (licenziamento per causa non imputabile), che garantisce il rimborso del debito residuo; in qualsiasi momento è possibile estinguere il finanziamento recuperando gli interessi non maturati e la quota assicurativa non goduta; rinnovando il prestito prima della naturale scadenza è possibile ottenere un nuovo finanziamento con una rata mensile più bassa o realizzare della liquidità aggiuntiva.



n. 32 gennaio-marzo 2014

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

PROGETTO GRAFICO

Roberta Marzullo adv@robertamarzullo.it

FOTOGRAFIE

Ivano Di Maria

SEGRETERIA ACOI

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

www.acoi.it



accoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

NEWS

N. 32 GENNAIO-MARZO 2014

CHIRURGIE IL FUTURO, I GIOVANI CHIRURGHI

NAPOLI 4-6 GIUGNO 2014
STAZIONE MARITTIMA - PIAZZA MUNICIPIO

OPPORTUNITÀ

VALUTAZIONI

CONFRONTI

