



acoi NEWS

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani



ACOI
il nuovo Consiglio
Direttivo

CHIRURGIE 2014
Microcronaca di
un grande evento



- 3**
L'EDITORIALE
ACOI oggi e domani
di *Diego Piazza*
- 5**
PRIMO PIANO
Linee d'indirizzo nazionali sulla telemedicina: possibilità di recupero per un'occasione fuori tempo
di *Francesco Gabbrielli*
- 8**
Sulla responsabilità penale del medico: la riforma Balduzzi ed i criteri interpretativi
di *Daria Perrone*
- 11**
VITA DELL'ASSOCIAZIONE
Chirurgie 2014. Microcronaca di un grande evento
di *Rodolfo Vincenti*
- 15**
Elezioni e Assemblea Ordinaria dell'ACOI
di *Rodolfo Vincenti*
- 16**
AGENAS e ACOI in Abruzzo
di *Enrico Pernazza*
- 18**
ACOITV
di *Gabriele Munegato e Graziano Pernazza*
- 19**
Le FAD di ACOI
di *Vito Pende*
- 20**
Ricordo di Mario Giordani
di *Mario Sacchi*
- 22**
FONDAZIONE CHIRURGO E CITTADINO
Il Corso di formazione Comunicazione in Chirurgia
di *Rodolfo Vincenti*
- 24**
FESMED
Il sindacato di fronte al cambiamento
di *Carmine Gigli*

- 26**
NOTIZIE DELL'ULTIMA ORA
Ciao Lorenzo
di *Alessandro Ferrero*
- 27**
RUBRICHE
Le responsabilità in ambito sanitario
di *Rodolfo Vincenti*
- Formare alla comunicazione**
di *Rodolfo Vincenti*
- Laparoscopic Cholecystectomy**
di *Ferdinando Agresta*
- La sfida di Amalia**
di *Rodolfo Vincenti*
- 31**
Club Medici e ACOI intesa per gli iscritti
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**
Diego Piazza
- Past-President**
Luigi Presenti
- Presidente Onorario**
Gianluigi Melotti
- Vicepresidenti**
Pierluigi Marini
Paolo de Paolis
- Consiglieri**
Ferdinando Agresta
Vincenzo Bottino
Micaela Piccoli
Ilvo Scandroglia
Marco Ulivieri
- Segretario generale**
Stefano Bartoli
- Segretario tesoriere**
Francesco Nardacchione
- Segretari Vicari**
Maria Grazia Attinà
Giovanni Ciaccio
Paolo Contini
Mario Campi
Luigi Ricciardelli
- REVISORI DEI CONTI
Mauro Longoni
Tommaso Pellegrino
- COORDINATORI REGIONALI
- Valle d'Aosta** Rosaldo Allieta
Piemonte Felice Borghi
Lombardia Ilvo Scandroglia
Trentino Alto Adige Giuseppe Tirone
Veneto Valentino Fiscon
Friuli Venezia Giulia Antonio Cinque
Liguria Aldo Cagnazzo
Emilia Giampiero Uccchino
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 *Diego Piazza*

ACOIOGGI E DOMANI

ACOI oggi è una società scientifica che unisce professionisti chirurgici che, nonostante una crisi economica devastante per la nazione e nonostante una crisi etica diffusa altrettanto pericolosa, ancora riescono a garantire una fetta importante del bene più prezioso: la salute dei propri concittadini.

Nonostante le problematiche economiche e la riduzione del numero delle unità operative chirurgiche, ACOI è riuscita addirittura ad aumentare, negli ultimi anni, il numero dei propri iscritti, soprattutto grazie alla partecipazione delle giovani leve. Evidentemente il lavoro fatto con le scuole speciali ACOI, con gli eventi scientifici regionali e con l'annuale congresso nazionale, è stato determinante nel gettare il seme della chirurgia e nel farlo germogliare soprattutto a favore delle generazioni

ACOIOGGI È RIUSCITA ADDIRITTURA AD AUMENTARE, NEGLI ULTIMI ANNI, IL NUMERO DEI PROPRI ISCRITTI, SOPRATTUTTO GRAZIE ALLA PARTECIPAZIONE DELLE GIOVANI LEVE

IL FILO CONDUTTORE DEL FUTURO DI ACOI È E DEVE ESSERE L'EUROPA. SOGNO UNA GRANDE SOCIETÀ CHIRURGICA EUROPEA SUL MODELLO AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS ATTRAVERSO LA QUALE I CHIRURGI EUROPEI POSSANO AVERE DEGLI STANDARD COMUNI

future. Il network internazionale di relazioni di cui ACOI è orgogliosamente fiera, permette un costante confronto con altre realtà chirurgiche, che vanno dal mediterraneo alla Cina, passando per l'Argentina e il resto dell'America del Sud. Molto è stato fatto in ACOI in questi anni e tanto resta ancora da fare!

Una particolare attenzione per il futuro dovrà comunque essere rivolta all'Europa.

Sogno una grande società chirurgica europea sul modello American College of Surgeons attraverso la quale i chirurghi europei possano avere degli standard comuni, eliminando conflittualità da guelfi e ghibellini, per affrontare temi importanti e condividere ogni aspetto di questa meravigliosa e difficile professione. Standard europei sia per doveri che per diritti!

Non c'è dubbio che il processo di standardizzare debba avere inizio fin dalla formazione. Ritengo che buona parte degli specializzandi italiani sia fuori dai parametri europei come numero e qualità di interventi eseguiti durante il corso di studi. Questo è il primo obiettivo da ottenere!

Alla formazione dovrebbe seguire il mantenimento di una casistica operatoria progressivamente implementata, sempre in base a determinati standard che consentirebbero di mantenere il titolo di *chirurgo europeo*. Alla parte *pratica* dovrebbe associarsi anche un aggiornamento scientifico continuo che dovrà essere reimpostato non in base al semplicistico meccanismo dei crediti, ma in termini di reale aggiornamento specifico, certificato dalle società scientifiche che si rendano garanti della qualità degli eventi.

Lo standard europeo dovrà essere imposto anche ai nostri ospedali! Perché una struttura possa ottenere una certificazione, dovrà presentare dei requisiti strutturali e tecnologici che permettano di effettuare prestazioni di qualità in sicurezza per il paziente, per la struttura e per l'operatore sanitario. Perché non stabilire delle norme da far rispettare su tutto il territorio nazionale riguardanti i requisiti minimi delle sale operatorie da Capo Passero a Bolzano? È possibile eseguire una semplice colecistectomia con una colonnina laparoscopica di prima generazione o sarebbe necessario che la tecnologia 3D fosse uno standard europeo?

Anche l'organico del personale sanitario dovrebbe essere equiparato in base a standard predefiniti. Lavorare sotto organico rappresenta un rischio non accettabile per tutti gli attori della prestazione sanitaria e soprattutto un rischio non accettabile per chi la riceve. L'ospedale, per mantenere la sua attività, dovrà fornire prestazioni che rientrino nei LEA, ma che rispettino anche i requisiti fondamentali di qualità e sicurezza.

La chirurgia itinerante dovrebbe essere vietata su indicazione

delle società scientifiche! Non è più accettabile il ricoprire *ad interim* il ruolo di operatore in strutture diverse poste a chilometri di distanza!

Infine lo standard europeo dovrà riguardare sia il trattamento economico dei chirurghi che la opprimente responsabilità civile e penale, cui adesso si aggiunge la responsabilità nei confronti della Corte dei Conti.

In un'ottica europea non è pensabile considerare economicamente il chirurgo come un burocrate della sanità. In un'ottica di globalizzazione i migliori andranno a lavorare in Paesi più appetibili da un punto di vista economico o nel privato, di fatto smantellando il sistema sanitario pubblico che diventerebbe poco attraente sia per gli operatori che per gli utenti.

Infine, il contenzioso medico-legale ha profondamente minato la stabilità economica stessa del SSN. La medicina difensiva, il costo della macchina giudiziaria che spesso gira a vuoto, i premi assicurativi insostenibili sia per le Aziende Sanitarie e soprattutto per i professionisti che lavorano nel SSN, sono solo alcuni degli aspetti economici che contribuiscono ad appesantire il bilancio del sistema con il rischio reale di farlo implodere. L'impressione è quella che non ci sia la volontà politica di cambiare il sistema. Le cause sono da ricercare nelle tre componenti del sistema stesso, cioè politica, giustizia e sanità.

La politica è in crisi profonda e *non ha tempo* da dedicare al problema del contenzioso medico-legale. Tuttavia è sufficiente ricordare che il costo annuo della medicina difensiva equivale al gettito dell'IMU, motivo per cui la politica potrebbe e dovrebbe trovare il tempo di occuparsi del problema.

La giustizia non ha interesse a cambiare il sistema, perché il

sistema stesso concede ai giudici qualche privilegio, come la nomina di periti/amici o la facile possibilità di accedere alle prime pagine di giornali o telegiornali.

Il modello sanitario europeo di cui sopra è l'unico attore che ha motivo, nell'interesse proprio e delle comunità, di cambiare questo mostruoso e perverso meccanismo del contenzioso medico-legale. La gestione del rischio clinico dovrà essere a carico del SSN e non degli operatori che in esso lavorano. Vi è una serie di eventi concatenati in un singolo evento avverso che non può e non deve essere responsabilità del professionista, ma dovrebbe essere analizzata della struttura sanitaria. Solo in caso di colpa grave la struttura potrà modificare i rapporti con i singoli professionisti o potrà rivalersi su di loro.

Elevare la chirurgia italiana ad un livello europeo, partendo dalla formazione postlaurea, passando attraverso un dossier formativo adeguato per il tipo di impegno clinico richiesto al chirurgo, la messa in sicurezza delle strutture sanitarie stesse e degli operatori che in esse lavorano, la civilizzazione del contenzioso medico con albi dei periti indicati dalle società scientifiche, con la possibilità di una rivalsa da parte del chirurgo in caso di liti temerarie, ritengo siano i temi sui quali si giocherà la sopravvivenza della professione chirurgica.



di **Francesco Gabrielli** •
Vice Segretario nazionale,
Società Italiana di Telemedicina (SIT)

Crinistoria degli eventi

Prima di tutto occorre ripercorrere gli eventi fondamentali che hanno portato alla redazione e diffusione pubblica delle Linee d'indirizzo sulla Telemedicina.

La proposta di realizzare delle Linee d'indirizzo nazionali fu avanzata dalla Società Italiana di Telemedicina (SIT) il 9 aprile 2010 durante il proprio congresso a Firenze e in tale occasione il rappresentante del Ministero della Salute dichiarò l'interesse a promuovere subito l'iniziativa a livello ministeriale. Il 24 febbraio 2011, su mandato del Ministro Fazio, fu istituito presso il Consiglio Superiore di Sanità un gruppo di lavoro denominato *Tavolo tecnico sulla Telemedicina* che aveva il compito di elaborare il testo di apposite Linee d'indirizzo nazionali da sottoporre alla discussione ed approvazione della Conferenza Stato-Regioni.

Nel maggio 2012, durante il congresso annuale SIT a Bologna, intervenne la Prof.ssa Gilardi del CNR, coordinatrice del Tavolo tecnico, a spiegare il lavoro svolto fino ad allora e che ormai stava per essere terminato. Intervenne con un video messaggio anche l'allora neo ministro Balduzzi, indicando che lo sviluppo della Telemedicina nel SSN doveva rappresentare una priorità di azione. Da tutto ciò originò un documento congiunto SIT-ACOIO dedicato allo sviluppo della Chirurgia Telematica e inoltrato al CSS. Tale documento venne ritenuto a contenuto troppo specialistico per essere trasformato

Linee d'indirizzo nazionali sulla telemedicina: possibilità di recupero per un'occasione fuori tempo

in un paragrafo delle suddette Linee d'indirizzo, ma fu comunque accettato dal Tavolo tecnico e allegato alle Linee d'indirizzo poi discusse al CSS e approvate il 10 luglio 2012, trasmettendole poi alla Conferenza Stato-Regioni e Province autonome.

Il testo in bozza delle suddette Linee non fu mai reso noto e dopo tali eventi fu per merito della Prof.ssa Gilardi e della Dott.ssa Ugenti se ci furono alcune presentazioni pubbliche dell'iniziativa ministeriale, con diffusione però solo dell'elenco degli argomenti trattati. Infatti, fino al gennaio scorso, il testo delle Linee d'indirizzo è stato mantenuto riservato presso la Conferenza Stato-Regioni, la quale lo ha definitivamente approvato il 20 febbraio 2014.

Le contraddizioni create dal tempo passato

L'esistenza di Linee d'Indirizzo di per sé costituisce un passo avanti per la Telemedicina. Purtroppo l'aspetto più significativo oggi, dopo quattro anni dalla proposta, non è la loro approvazione, ma il fatto che non sono più attese come in quegli anni perché il tempo passato è enorme per i ritmi d'innovazione delle tecnologie e anche i sistemi sanitari stanno attraversando un periodo a rapida evoluzione.

Ricordiamo inoltre che i primi documenti della Comunità Europea verso lo sviluppo di un'organizzazione efficace della *eHealth* furono scritti a partire dal 2003. Già in quei documenti inizia-

li sono presenti in modo chiaro alcuni pilastri sui quali la *eHealth* in generale, e la Telemedicina in particolare, avrebbero dovuto svilupparsi nei vari Paesi membri: armonizzazione dei sistemi di Telemedicina in tutta l'EU area; misurazione dell'impatto della sanità elettronica per il miglioramento di accesso e l'erogazione di servizi migliori; ruolo guida delle Autorità sanitarie nazionali nello sviluppo di sistemi efficaci; adeguamento delle legislazioni nazionali; pianificazione verso l'utilizzo ordinario di sistemi *eHealth*; allocazione di adeguate risorse finanziarie, soprattutto nella fase di sviluppo di sistemi nazionali; *eHealth* indirizzata anche a contribuire a obiettivi più ampi di competitività, occupazione e coesione. Nella pratica la capacità degli Stati membri di tradurre in azioni concrete i suddetti concetti di riferimento è stata, ed è tuttora, molto diversa. Solo alcuni hanno costantemente investito nello sviluppo tecnologico e organizzativo dei propri sistemi sanitari, considerandoli una risorsa produttiva.

Appare quanto mai opportuno, alla luce di queste osservazioni, che nel testo delle Linee d'indirizzo sia presente la chiara indicazione al loro periodico aggiornamento, così come sono utilissimi gli articoli della relativa intesa Stato-Regioni e Province autonome in cui viene stabilita la costituzione di una commissione tecnica di esperti collocata a livello nazionale con compiti di monitoraggio e aggiornamento (art.2, comma 1 e 2).



LINEE D'INDIRIZZO NAZIONALI SULLA TELEMEDICINA:

INTERESSANTE RISULTA L'ELENCO DEI PRINCIPALI BENEFICI ATTESI DALLA TELEMEDICINA: EQUITÀ DI ACCESSO, MIGLIORE QUALITÀ E GARANZIA DI CONTINUITÀ DELLE CURE, MIGLIORE EFFICACIA, EFFICIENZA E APPROPRIATEZZA DEI SERVIZI, CONTENIMENTO DELLA SPESA

Allo stesso modo è certamente utile l'impegno delle Regioni e Province autonome a comunicare le eventuali criticità (art2, comma 3), così come la valutazione del loro recepimento in sede di verifica annuale degli adempimenti regionali per i livelli essenziali di assistenza (art3).

Tuttavia, nel testo dell'intesa Stato-Regioni che accompagna le Linee di indirizzo, a fianco dei suddetti articoli, balza agli occhi la clausola di invarianza finanziaria (art. 4), inserita dalla Conferenza Stato-Regioni nell'ultimissima lettura che inibisce di fatto l'uso di vere innovazioni nel SSN.

Dalla Telemedicina opportunità se inserita nel SSN in modo adeguato

Interessante risulta l'elenco dei principali benefici attesi dalla Telemedicina: equità di accesso, migliore qualità e garanzia di continuità delle cure, migliore efficacia, efficienza e appropriatezza dei servizi, contenimento della spesa. È importante avere sempre ben presente che la Telemedicina non è da considerare soltanto una modalità organizzativa il cui solo scopo è l'erogazione di tradizionali prestazioni sanitarie, ma con un livello tecnologico di comunicazione superiore giustificato solo dal contenimento della spesa. Un simile approccio non terrebbe conto delle numerose e significative innovazioni che nel trattamento medico

e chirurgico sono state individuate e sperimentate grazie alle innovazioni tecnologiche disponibili e che stanno profondamente cambiando il modo stesso di esercitare la professione medica. È in atto un cambiamento epocale in Medicina: ICT, robotica, tecniche mininvasive, nanotecnologie, stanno convergendo sempre più rapidamente verso nuovi trattamenti medici e chirurgici, verso una nuova concezione della sanità e della sua gestione.

Ciò determina una serie di difficoltà che già oggi possiamo evidenziare in molte analisi sui sistemi sanitari e in particolare due problematiche dipendenti l'una dall'altra: la suddivisione della pratica clinica in specializzazioni per patologie e l'organizzazione degli ospedali per raggruppamenti specialistici.

Solitamente si ritiene che la insistente ricerca d'innovazione e la tendenza alla specializzazione in Medicina e Chirurgia, rendendo sempre più sofisticate le cure, induca a trascurare le esigenze dei pazienti e ancora di più delle loro famiglie, specialmente nei casi di patologie croniche. Secondo la stessa idea ciò determinerebbe una contraddizione progressivamente crescente con la gestione olistica del paziente, mentre i principali problemi dei sistemi sanitari (equità, qualità, appropriatezza e risparmio) si risolverebbero proprio se la loro organizzazione fosse basata sul primato di tale gestione olistica.

Tuttavia, se si analizza il problema di come curare al meglio una persona partendo da quello che gli accade quando si ammala e dai suoi bisogni di cura e assistenza, tenendo anche ben presente che oggi di solito un individuo arriva all'osservazione medica con più di una patologia in corso, si può comprendere che c'è invece bisogno di specializzazione per affrontare i singoli problemi clinici. Questo sia perché l'intreccio tra più patologie nella stessa persona rende il quadro clinico più complesso e sia perché gli strumenti e le tecniche di diagnosi e cura moderne sono sempre più complessi e sofisticati.

In egual misura è però necessario fondere insieme le diverse soluzioni specialistiche gestendo il percorso te-

rapeutico personalizzato del singolo paziente, in modo da giungere ad un equilibrio tra terapia e vita. Anche la ricerca di tale equilibrio è però un'attività squisitamente clinica che necessita di appropriata organizzazione per essere agita.

È dunque proprio dalla capacità di riorganizzare i servizi sanitari, uscendo dalle logiche di suddivisione per organo e per specialità, ottimizzando i contributi delle aree specialistiche e investendo sulle innovazioni tecnologiche, che si ottiene un migliore servizio ai pazienti.

Nella pratica però occorre anche considerare il problema della diminuzione di risorse economiche disponibili per il SSN e il ruolo possibile per la Telemedicina nel processo di ammodernamento della sanità, che non può avere il risparmio come obiettivo principale per questioni etiche di valore universale. Tuttavia, vi sono ormai abbastanza studi epidemiologici e di economia che indicano che l'aumento delle necessità di cura e assistenza per patologie croniche renderà in tempi relativamente brevi non più sostenibile la spesa sanitaria se non saranno introdotte soluzioni nuove per diminuire il costo complessivo del sistema.

Le Aziende Ospedaliere e Sanitarie non avranno più la possibilità di restare immobili. Dovranno rigenerarsi cambiando paradigmi organizzativi rispetto soprattutto ad alcuni punti chiave:

- percorsi di cura e assistenza gestiti da servizi dislocati sul territorio e connessi telematicamente tra loro;
- trasmissione e condivisione di informazioni tra professionisti in tempo reale;
- semplificazioni per l'accesso all'assistenza.

APPARE NECESSARIA UNA RIMODULAZIONE DEL SISTEMA OSPEDALE-TERRITORIO

POSSIBILITÀ DI RECUPERO PER UN'OCCASIONE FUORI TEMPO

Ecco che alla luce di queste analisi appare necessaria una rimodulazione del sistema ospedale-territorio.

Questo modello orientato alla continuità, che trova tipicamente nella Telemedicina lo strumento principale, prevede la trasformazione delle attività ospedaliere per intensità di cura, a cui affiancare soluzioni organizzative tese a rafforzare la collaborazione e l'interazione tra professionisti territoriali, nonché la costruzione di sistemi telematici partendo da solide basi di project management e con medici dotati di specifiche competenze di settore. Tutti questi aspetti si gioveranno di linee guida specifiche basate su analisi dedicate molto approfondite e condivise dalla comunità scientifica dalle quali far derivare classificazioni e strutture organizzative dei servizi di Telemedicina, oltre che di indispensabili investimenti.

Quali indirizzi si ricavano per lo sviluppo della Chirurgia Telematica?

Il testo delle Linee d'indirizzo non entra nell'analisi degli aspetti specialistici, opportunamente demandata a linee guida apposite. Tuttavia, vi è un capitolo che affronta temi più tecnici riguardanti la struttura dei servizi e il tipo di interazioni e responsabilità reciproche di tecnici, medici, sanitari, fornitori di servizi e strumenti tecnologici. Prendendo spunto da tale capitolo, purché ciò acceleri l'inserimento organico dei servizi di Telemedicina nel sistema sanitario, può essere accettabile l'idea di privilegiare servizi telematici per tre tipi di condizioni cliniche (le patologie croniche mediche, l'emergenza non chirurgica, le malattie rare, soprattutto in pazienti anziani) e tre situazioni assistenziali (pazienti in territori isolati o altre condizioni di isolamento, continuità assistenziale per pazienti anziani, ottimizzazione dei servizi di diagnostica di laboratorio e per immagini). Però occorre essere consapevoli che se tale scelta, anziché essere una transitoria strategia di inserimento, venisse adottata come la migliore modalità di applicazione pratica, allora la Telemedicina assumerebbe un ruolo ancillare della tradizionale

gestione clinica avendo quale scopo principale la riduzione di costo attraverso semplicemente la minore necessità di posti letto ospedalieri e minori spostamenti. In questa ipotesi è facile prevedere la rinuncia a investire in soluzioni realmente innovative, nonché il progressivo aumento di coorti neglette di pazienti per i quali la complessiva accessibilità alle cure si ridurrebbe decisamente. Oltre a questo la possibilità per la Chirurgia di creare innovazioni e raggiungere ulteriori traguardi, soprattutto in mininvasività, trattamento a distanza del paziente chirurgico e formazione chirurgica, risulterebbe minima e alla Chirurgia Telematica resterebbe un ruolo del tutto marginale. Nell'analizzare questi aspetti appare utile ricordare che un consenso chiaro tra SIT e ACOI fu raggiunto già tre anni fa su alcuni punti che sono ancora ritenuti essenziali per sostenere lo sviluppo della Chirurgia Telematica per rendere sostenibile alta qualità e sicurezza nell'assistenza a distanza dei pazienti chirurgici:

- *Sviluppo consensuale ed integrato della robotica e delle ICT dedicate alla chirurgia a partire dalle esigenze cliniche e su indicazione chirurgica*, per superare la fase sperimentale basata su esperienze prototipo in favore dello sviluppo di servizi di assistenza sanitaria effettivi su larga scala.

- *Creazione di percorsi assistenziali di Chirurgia Telematica*, che rendano possibile l'operatività a distanza e all'interno di percorsi assistenziali specifici.

- *Uso costante di gruppi di lavoro interdisciplinari per l'implementazione di servizi di Chirurgia Telematica*.

- *Aggiornamento degli strumenti e dei metodi di formazione dei chirurghi per la Chirurgia Telematica*, che, introducendo un nuovo paradigma di interazione tra chirurgo, robot chirurgico e sala operatoria, rende necessario ridisegnare l'iter formativo puntando a far interagire i chirurghi con il sistema

biologico del paziente attraverso il sistema robot-telecomunicazioni.

- *Introduzione del Safety Manager in sala operatoria*, perché lo sviluppo della Chirurgia Telematica trasformerà la sala operatoria, la quale sarà costituita da un agglomerato di sistemi robotici, elettronici e ICT sofisticati e per giunta ad assetto variabile. Affinché sistemi altamente complessi possano interagire tra loro in sicurezza sarà necessaria una nuova figura professionale ad alta specializzazione che sia in grado di assicurare sul versante tecnologico il completamento delle procedure operatorie.

- *Necessità di integrare sistemi di imaging gestibili direttamente dal chirurgo al tavolo operatorio (Augmented Reality)*, per magnificare la possibilità di studiare l'anatomia del paziente aumentando le possibilità percettive del chirurgo per il migliore approccio caso per caso.

Questi punti sono illustrati nel documento SIT-ACOI che fu presentato al Tavolo tecnico sulla Telemedicina. Si tratta di proseguire sulla rotta indicata da quel documento per promuovere e valorizzare le tecnologie e le soluzioni organizzative più efficaci per la salute dei cittadini. Dunque appare utile che ACOI, con la collaborazione di SIT, e per mezzo di un gruppo di lavoro specifico, elabori delle Linee Guida Nazionali per i programmi di innovazione in Chirurgia Telematica.

È auspicabile che inizi al più presto una approfondita discussione su questi temi nella comunità chirurgica italiana e l'auspicio è che ACOI e SIT se ne facciano insieme promotrici.

SULLA RESPONSABILITÀ



● di **Daria Perrone**

PreMESSA

Il tema della responsabilità penale del sanitario è stato di recente oggetto di una riforma introdotta nel 2012 con la cd. legge *Balduzzi* (art. 3, 1° co., l.189/2012). A seguito della riforma, si prevede che *l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve*.

Si tratta di una riforma significativa sulla responsabilità penale, in quanto per la prima volta viene introdotta la distinzione nell'ambito medico tra colpa grave e colpa lieve.

Mentre prima tale distinzione poteva essere rilevante solo in tema di quantificazione della pena da parte del giudice, ai sensi dell'art. 133 c.p., nell'orientamento della decisione tra il minimo e il massimo edittale come coefficiente del grado della colpa, oggi invece, a seguito della modifica, tale distinzione è rilevante in quanto può determinare l'esclusione della punibilità del sanitario. Nel dettaglio, tuttavia, l'applicazione pratica di tale nuova disciplina potrebbe sollevare alcuni

dubbi interpretativi. In particolare, tre sono gli aspetti da chiarire:

- a chi si applica la nuova disciplina?
- quando si possono dire rispettate le linee guida e le buone pratiche mediche?
- qual è la distinzione tra colpa lieve e colpa grave?

Ambito di applicazione: i soggetti interessati ed il regime temporale

Per quanto riguarda il primo profilo, ovvero a chi si applica la nuova disciplina, la norma fa riferimento agli esercenti la professione sanitaria, ossia a coloro che, in forza di un titolo abilitante riconosciuto dallo Stato italiano, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. In questa categoria rientrano anche: farmacisti, odontoiatri, veterinari, assistenti sanitari, dietisti, educatori professionali, fisioterapisti, igienisti dentali, infermieri, odontotecnici, ottici, tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, tecnici ortopedici, tecnici sanitari di laboratorio biomedico, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, terapisti occupazionali (d.lgs. 258/1991; d.lgs. 369/1999; l. 409/1985; l. 750/1984).

Per l'applicazione temporale della riforma, ci si è chiesti se la disciplina introdotta dalla legge *Balduzzi* potesse essere applicata anche retroattivamente, ovvero non solo ai fatti commessi successivamente all'entrata in vigore della nuova legge, ma anche ai fatti commessi in precedenza. La giurisprudenza, con una recente sentenza della Corte di cassazione ampiamente commentata (v. Cass. pen., sez. IV, 29 gennaio 2013, n. 16237, Cantore) ha dato risposta affermativa a tale quesito, affermando che la nuova disciplina (più favorevole per l'imputato) può trovare applicazione anche per i fat-

ti commessi in precedenza, anche se passati in giudicato. Infatti, la Cassazione, riconoscendo natura integrativa alla modifica mediata intervenuta, ha ritenuto che fosse intervenuta un'abolizione criminis parziale con conseguente applicabilità dell'art. 2, 2° co., c.p., con retroattività piena della disciplina più favorevole, anche nei confronti delle sentenze già passate in giudicato. Non sfuggono, dunque, le conseguenze potenzialmente dirimpenti di tale pronuncia, giacché la Cassazione ha aperto la strada per una possibile revocabilità in sede esecutiva di tutte le numerose sentenze di condanna in tema di responsabilità medica, ad esempio per omicidio o lesioni colpose (sempre purché ovviamente sulla base delle risultanze probatorie già acquisite risulti che il medico si sia attenuto alle linee guida o alle buone pratiche).

LE LINEE GUIDA POSSONO ESSERE DEFINITE COME QUELLE RACCOMANDAZIONI DI COMPORTAMENTO CLINICO, ELABORATE AL FINE DI AIUTARE MEDICI E PAZIENTI A DECIDERE LE MODALITÀ ASSISTENZIALI PIÙ APPROPRIATE IN SPECIFICHE SITUAZIONI CLINICHE

Il rispetto delle linee guida e delle buone pratiche

Presupposto per l'applicazione della nuova normativa è che l'esercente la professione si sia attenuto - nello svol-

PENALE DEL MEDICO:

la riforma Balduzzi ed i criteri interpretativi

gimento della propria attività - alle *linee guida* e alle *buone pratiche* accreditate.

Le *linee guida* possono essere definite come quelle raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate al fine di aiutare medici e pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche. Esse possono provenire da diverse fonti (circolari, regolamenti, piani sanitari), ma devono caratterizzarsi per i requisiti di scientificità, attualità ed efficacia. Occorre inoltre evidenziare che le migliaia di linee guida prodotte dalle società scientifiche, dagli ordini professionali, ecc. sono soggette a revisione scientifica-clinica costante e ad applicazione comparata a livello nazionale ed internazionale. Tuttavia, tale fenomeno di standardizzazione delle condotte terapeutiche è guardato con sospetto sia dalla classe medica, sia dalla magistratura: la prima per timore di una certa banalizzazione della propria attività professionale, la seconda per evitare un abbassamento della tutela penale al bene giuridico protetto per eccellenza, la vita e l'incolumità fisica, che potrebbe essere ridotta se si accentuasse troppo l'obbligo di conformarsi alle *linee guida* o ai protocolli.

In campo medico, medici e giudici sono inclini a sostenere che le regole cautelari debbano essere *aperte*, e che quindi la miglior condotta terapeutica vada individuata solo *case by case*. Il risvolto negativo di tale impostazione è molto probabilmente l'aumento del contenzioso (proporzionale alle maggiori incertezze nell'accertamento dei profili di colpa del sanitario), con il rischio aggiuntivo di una dilatazione della responsabilità per colpa professionale.

Le *buone pratiche* accreditate dal-

la comunità scientifica sono invece identificabili in interventi, strategie e approcci finalizzati a prevenire o mitigare le conseguenze inattese delle prestazioni sanitarie o a migliorare il livello di sicurezza delle stesse (D.M. 15 luglio 1997).

In particolare, sono considerate pratiche per la sicurezza essenziali quelle che:

- hanno una forte evidenza in termini di probabilità di riduzione del danno al paziente,
- sono generalizzabili ovvero applicabili in contesti anche differenti,
- si basano su conoscenze condivisibili anche dai pazienti, dai professionisti, dai ricercatori.

Le buone pratiche si differenziano dalle linee guida in quanto mentre quest'ultime cristallizzano il sapere scientifico su un certo tema in un dato momento storico, le buone pratiche, invece, secondo parte della dottrina, parrebbero essere un qualcosa di molto meno determinato, conferendo a consulenti e periti una più ampia libertà di ricostruzione delle regole cautelari.

Distinzione tra colpa lieve e colpa grave

Occorre innanzitutto distinguere se il sanitario, nell'esercizio della sua attività abbia rispettato o meno i criteri medici generalmente accreditati.

Se il sanitario si è attenuto alle linee guida e alle buone pratiche, mentre il caso di specie richiedeva che se ne

discostasse in ragione della peculiare situazione clinica del malato, egli verterà generalmente in una situazione di colpa lieve (con conseguente esclusione della sua punibilità), sempre che non si sia trattato di un errore macroscopico, immediatamente riconoscibile da qualunque altro medico al posto dell'imputato (Cass. pen., Sez. IV, 24 gennaio 2013, n. 11493, Pagano). In quest'ultima ipotesi (e solo in questa), in cui l'obbligo per il medico di discostarsi dalle linee guida fosse evidente e generalmente riconoscibile per chiunque altro nella sua posizione, egli risponderà del fatto commesso per colpa grave - nella sua declinazione di imperizia - sebbene in linea di principio abbia rispettato le linee guida dell'*ars medica* (tant'è che in proposito in dottrina si è parlato addirittura di una *culpa sine culpa*).

Viceversa, se il sanitario non si è attenuto alle linee guida e alle buone pratiche generalmente accreditate, la responsabilità penale non potrebbe essere esclusa, nemmeno nel caso in cui egli abbia commesso un errore di lieve entità (v. Cass. sez. IV, 10 gennaio 2013, n. 18301, Caimi; Cass. sez. IV, 11 aprile 2013, n. 18658, Braga). Tale conclusione deriva dall'interpretazione letterale del testo normativo di riferimento: la riforma ha interessato solamente i casi in cui l'esercente la professione sanitaria si sia attenuto alle linee guida e alla buona pratica. Solo per questi casi, il legislatore ha voluto escludere la punibilità se il me-

IN CAMPO MEDICO, MEDICI E GIUDICI SONO INCLINI A SOSTENERE CHE LE REGOLE CAUTELARI DEBBANO ESSERE APERTE, E CHE QUINDI LA MIGLIOR CONDOTTA TERAPEUTICA VADA INDIVIDUATA SOLO CASE BY CASE

Sulla responsabilità penale del medico: la riforma Balduzzi ed i criteri interpretativi

dico ha errato per colpa lieve. Invece, la condotta al di fuori delle linee guida andrà valutata con gli ordinari criteri di valutazione della colpa di cui all'art. 43 c.p., secondo il parametro consueto dell'*homo eiusdem professionis et condicionis*, arricchito delle eventuali maggiori conoscenze dell'agente concreto.

In senso contrario a tale orientamento restrittivo, tuttavia, si è ipotizzata una diversa interpretazione basata più su una lettura teleologica del disposto che su di una lettura letterale. Non mancano infatti autori che sottolineano l'esigenza, anche nel caso in cui il medico si sia discostato dalle linee guida, di valutare in concreto se tale condotta gli sia imputabile per colpa lieve o per colpa grave. Per cui, l'esonero dalla responsabilità conseguirebbe anche nelle ipotesi in cui si potesse provare che il medico si sia discostato dalle linee guida per colpa lieve.

A favore di tale tesi, si è richiamato la ratio del legislatore del 2012 di porre un limite alla responsabilità penale del personale sanitario a fronte del rischio di una pan-penalizzazione e di un ricorso a quella cosiddetta *medicina difensiva*, che produce effetti sicuramente negativi non solo per le scarse risorse finanziarie dello Stato, ma *in primis* per la salute stessa dei malati.

NON MANCANO INFATTI AUTORI CHE SOTTOLINEANO L'ESIGENZA, ANCHE NEL CASO IN CUI IL MEDICO SI SIA DISCOSTATO DALLE LINEE GUIDA, DI VALUTARE IN CONCRETO SE TALE CONDOTTA GLI SIA IMPUTABILE PER COLPA LIEVE O PER COLPA GRAVE. PER CUI, L'ESONERO DALLA RESPONSABILITÀ CONSEGUIREBBE ANCHE NELLE IPOTESI IN CUI SI POTESSE PROVARE CHE IL MEDICO SI SIA DISCOSTATO DALLE LINEE GUIDA PER COLPA LIEVE

CHIRURGIE 2014

Microcronaca di un grande evento



● di Rodolfo Vincenti

Poter in poche righe raccontare un evento scientifico (e non solo) che per tre giorni pieni ha accumulato oltre 1600 presenze di iscritti, 700 relatori, centinaia di manager delle numerose industrie di settore partecipanti e oltre cento addetti alla organizzazione e ai servizi tecnici, sarebbe non solo impossibile, ma sicuramente provocatore di noia. È per questo che mi limiterò ad un mini resoconto nella speranza di dare un quadro panoramico seppur limitato di quanto i chirurghi italiani hanno vissuto, dibattuto, trasmesso ed appreso. Sotto la guida dell'ACOI, ma con pari dignità scientifica e rappresentativa, la CRSA (Clinical Robotic Surgery Association), il CUDS (Club delle Unità Day Surgery), la SICCR (Società Italiana di Chirurgia Colo-Rettale), la SICOP (So-

“ DIECI SALE, PERENNEMENTE AFFOLLATE, PER QUASI CENTO SESSIONI SCIENTIFICHE DAI FORMAT PIÙ VARI: TAVOLE ROTONDE, SIMPOSI, WORKSHOP, PRATICA AI SIMULATORI, LETTURE MAGISTRALI, VIDEOCORNER...

cietà Italiana di Chirurgia nell'Ospedalità Privata) e la SIUCP (Società Italiana Unitaria di Colo-Proctologia) si sono riunite con l'intento di realizzare un evento unitario che potesse, in un periodo di *spending review*, coniugare un alto livello di qualità scientifica, una messe di spazi formativi di pura tecnica chirurgica, dibattiti su problematiche sociali, l'aggiornamento sulle più recenti tecnologie disponibili, gli aspetti formali e, perchè no, anche momenti ricreativi, alla sobrietà intelligente.

Dieci sale, perennemente affollate, per quasi cento sessioni scientifiche dai format più vari: tavole rotonde, simposi, workshop, pratica ai simulatori, letture magistrali, videocorner, corsi di aggiornamento specialistici (obesità patologica, endocrinochirurgia, poli-



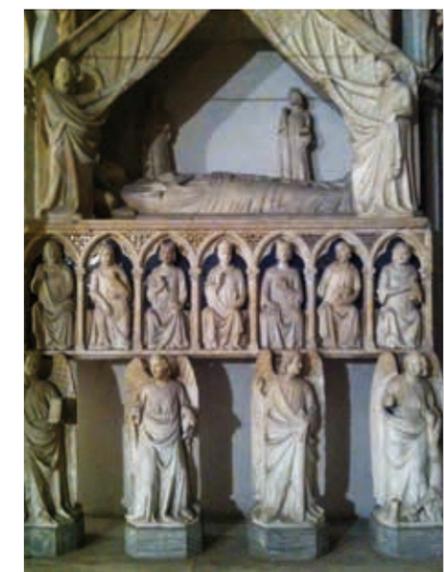


trauma, prolasso pelvico multiorgano, cancro del retto) e corsi su argomenti non tecnici, ma indissolubilmente correlati alla professione del chirurgo (sicurezza in sala operatoria, comunicazione in chirurgia).

“ **A COORDINARE IL COMPLESSO MECCANISMO, UMANO, TECNICO, ECONOMICO E SOCIALE, È STATO MARCO DE FAZIO, PRIMARIO CHIRURGO IN NAPOLI, COORDINATORE PER L'ACOI DELLA REGIONE CAMPANIA**

Tutto ciò si è potuto realizzare per la buona disponibilità di tutti, ma segnatamente per l'impegno dei presidenti delle società partecipanti e dei relativi Consigli Direttivi. Elencare tutti i componenti della commissione scientifica e di quella organizzativa oltre a coloro che, per propria competenza hanno costruito l'evento è, come è facile comprendere, impossibile. Ricordare però che a coordinare il complesso meccanismo, umano, tecnico, economico e sociale, è stato Marco de Fazio, primario chirurgo in Napoli, coordinatore ACOI della regione Campania, è non solo doveroso, ma anche fonte di piacere per aver constatato come anche a Napoli l'efficacia possa sposarsi con l'efficienza e con l'oculatezza. Una inaugurazione strutturata su parametri di eleganza culturale, in uno scenario degno della capitale di un regno e colmo di arte e di storia quale è il Complesso monumentale Donnaregina con l'annesso Museo Diocesano, è stata arricchita, dopo i saluti di rito dei presidenti, da due magistrali conferenze, intervallate da momenti nei quali il piacere dell'ascolto di buona musica ha raggiunto emozionanti vette. Il Quartetto d'Archi del Conservatorio S. Pietro a Majella di Napoli ha eseguito splendidamente un programma nel quale, non per caso, spiccavano l'inno

nazionale italiano di Mameli e Novaro e l'Inno alla Gioia di Ludwig van Beethoven. Gennaro Rispoli, chirurgo e riconosciuto cultore della storia della chirurgia, ha, con eloquio appassionato e ricca iconografia, illustrato biografia e vicende del chirurgo ottocentesco Ferdinando Palasciano tra i cui tanti meriti c'è quello di essere considerato il fondatore morale della Croce Rossa Internazionale (fu il primo a sostenere il dovere di curare i soldati nemici feriti), chirurgo e amico di Garibaldi, fondatore della Società Italiana di Chirurgia. Il Prof. Gennaro Carrillo, ordinario di Storia del pensiero politico presso l'Università Suor Orsola Benincasa in Napoli, ha tenuto una dotta ed articolata conferenza su *la Chirurgia come metafora tra Antico e Moderno*. Al termine della cerimonia gli invitati (oltre 600) hanno potuto ammirare, con visita guidata, in un itinerario tra Gotico e Barocco, le due Chiese, delle suore di S. Chiara, dette di Donnaregina *nuova* (1617) e *vecchia* (1307) e, in quest'ultima il meraviglioso sepolcro (1324) di Maria d'Ungheria moglie di Carlo II d'Angiò.



Napoli, chiesa di Donnaregina vecchia, sepolcro di Maria d'Ungheria, 1324

Chirurgie, il Futuro, i Giovani chirurghi. Il sottotitolo del Congresso voleva *evidenziare* - dichiara de Fazio - *come attraverso le diverse correnti di pensiero tecnico e gestionale l'evoluzione è talmente veloce che la proiezione nel futuro rasenta l'attuale e che i Giovani Chirurghi sono e*

devono essere i principali protagonisti nonché il bersaglio di ogni modalità formativa.

La presenza di chirurghi *giovani* è stata elemento costante. Non solo bersaglio dei percorsi formativi, ma anche, quale elemento di eccezionale innovazione, con ruoli di moderatori e relatori in tutte le sessioni scientifiche. Hanno collaborato attivamente alla stesura del programma suggerendo le metodiche di insegnamento più efficaci e maggiormente coinvolgenti. Aggiornamento scientifico, uno sguardo alla tecnologia del futuro, il consolidamento dei gold standard accreditati di alcune delle terapie chirurgiche, video di tecnica avanzata, esercizi ai simulatori, analisi delle cause di insuccesso terapeutico, ma non solo.

“ **LA PRESENZA DI CHIRURGI GIOVANI È STATA ELEMENTO COSTANTE. NON SOLO BERSAGLIO DEI PERCORSI FORMATIVI, MA ANCHE, QUALE ELEMENTO DI ECCEZIONALE INNOVAZIONE, CON RUOLI DI MODERATORI E RELATORI IN TUTTE LE SESSIONI SCIENTIFICHE**

Due eventi hanno indirizzato l'attenzione su tematiche di grande attualità. In apertura di Congresso una Sessione Socio-Scientifica, sotto forma di talk show, dal Titolo *...e se rivisitassimo la parola cancro?* in cui si è parlato dell'ipotesi del superamento della parola *cancro* come effetto comunicazionale, ormai forse desueta e troppo legata, nel grande pubblico, ancora al concetto di morte. Il filosofo Aldo Masullo in un suo *magico* intervento ha sostenuto l'inutilità di cambiamenti di *facciata* in quanto non si tratta di problematica legata ad una parola, peraltro *non tecnica* e della sua ambiguità. Sarebbe più saggio che il termine *venisse lasciato morire nel tempo* e agire sulla *narrazione* della malattia



in un contesto di comunicazione medico-paziente maggiormente adeguata a trasmettere elementi di speranza. Non un problema di *nome*, ma del *significato insito nella parola*.

Mentre ascoltavo mi è balzata alla memoria la pagina di apertura de *Il Nome della Rosa* (Umberto Eco) dove è riportato un verso del cluniacense Bernardo di Morlay (1140 dc): *stat rosa pristina nomine, nomina nuda tenemus*. Insomma i nomi vengono dati alle cose in conseguenza di ciò che esse rappresentano, ovvero, come ha detto Guglielmo da Ockham nel suo trattato di scolastica: *nomina sunt consequentia rerum*.

Poche ore dopo, per una significativa coincidenza non prevista, in una sala del secondo piano del Centro Congressi della Stazione Marittima, si sarebbe svolto, con grande partecipazione, il corso di aggiornamento, per chirurghi ed infermieri, proprio sul tema della *comunicazione in chirurgia* organizzato dalla nostra Fondazione Chirurgo e Cittadino.

È stato rivolto anche un pensiero ai pericoli ambientali nel confronto *La Terra dei Fuochi... una opportunità per il rilancio della Salute*. Nel panel dei relatori, tutti personaggi di rilievo nazionale, spiccava la presenza del prof. Antonio Giordano fondatore

e direttore dello *Sbarro Institute for Cancer Research and Molecular Medicine* di Philadelphia, presidente del Comitato Scientifico della *Human Health Foundation Onlus* noto per annoverare, tra le sue molteplici attività di ricerca, quella rivolta all'attivismo nell'ambito della denuncia dei fattori ambientali quali causa di incremento delle patologie tumorali

Al Congresso hanno partecipato attivamente anche l'Associazione Campana dei Giovani Chirurghi (ACGC), la Scuola ad indirizzo Pluralistico Gestaltico Integrato (SiPGI) - che in partnership con la Fondazione Chirurgo e Cittadino ha curato il corso *La comunicazione in chirurgia*, il club Italo-Argentino di Chirurgia - che ha consentito la partecipazione di un numeroso e qualificato

“ È UN MESSAGGIO DI SVOLTA ED UN AUGURIO CHE NEL FUTURO LE FORZE DI TUTTI POSSANO ESSERE CONCENTRATE PER UN UNICO CONGRESSO NAZIONALE DEI CHIRURGI ITALIANI

gruppo di chirurghi argentini, il Tavolo Interdisciplinare Interprofessionale Sala Operatoria (TIISO) coordinato dal chirurgo ACOI Enrico Pernazza e con la partecipazione attiva di AICO (Associazione Infermieri di Camera Operatoria) e SIAARTI (Società Italiana Anestesia Analgesia Rianimazione Terapia Intensiva).

Vorrei chiudere questa minicronaca con un messaggio istituzionale rivolto a tutte le innumerevoli società scientifiche di area chirurgica italiane.

Le società organizzatrici di questo congresso, che ha avuto indiscutibile successo per qualità e partecipazione, hanno tutte rinunciato al proprio congresso annuale (ACOI addirittura ai suoi due *storici*; nazionale e *videochirurgia*), per coagulare insieme le proprie forze, esperienze, know-how, progettualità incrementando in tal modo l'intensità dell'aggiornamento, la sua diffusione verso un pubblico chirurgico esteso e, contemporaneamente, utilizzando una quantità di tempo e risorse economiche infinitamente inferiori. Il tutto con la piena soddisfazione di tutti. È un messaggio di svolta ed un augurio che nel futuro le forze di tutti possano essere concentrate per un unico congresso nazionale dei Chirurghi Italiani.



● di Rodolfo Vincenti

Elezioni e Assemblea Ordinaria dell'ACOI

Nell'ambito del Congresso delle Chirurgie, nelle giornate del 4 e 5 giugno, si sono svolte le votazioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo ACOI per il triennio 2014-2017, sotto la supervisione della commissione elettorale, presieduta da Gennaro Rispoli.

Il 6 giugno alle ore 11.00 si è aperta l'Assemblea Ordinaria dei soci ACOI presieduta da Gianluigi Melotti. Di fronte ad una aula gremita di pubblico, il Presidente uscente Luigi Presenti ha ripercorso i traguardi conquistati durante il triennio appena concluso, sottolineando però anche le difficoltà che l'associazione ha dovuto affrontare e ribadendo l'importanza della partecipazione del singolo alla vita societaria. Il segretario generale Stefano Bartoli

ha quindi brillantemente illustrato il *bilancio sociale* delle innumerevoli iniziative intraprese e i risultati delle stesse, seguito dal segretario tesoriere, Giambattista Catalini, che ha invece dettagliatamente spiegato il bilancio economico, consuntivo e previsionale, soffermandosi sui dettagli e motivandone i movimenti. Come da statuto la relazione finanziaria è stata posta alla valutazione dell'assemblea che ha approvato all'unanimità.

È stata infine comunicata la sede del prossimo Congresso Nazionale, che si svolgerà a Genova a fine giugno 2015, sotto la presidenza di Marco Filaurò. Chiuso l'esercizio triennale il presidente della commissione elettorale ha letto i risultati delle votazioni.

PRESIDENTE ACOI

Diego Piazza

CONSIGLIERI

Ferdinando Agresta

Vincenzo Bottino

Paolo de Paolis

Micaela Piccoli

Ilvo Scandroglio

Marco Olivieri

REVISORI DEI CONTI

Mauro Longoni

Tommaso Pellegrino

“ AL PRESIDENTE ELETTO ED A TUTTI I NUOVI CONSIGLIERI UN AUGURIO E LA CERTEZZA CHE SAPRANNO SVOLGERE IL DIFFICILE IMPEGNO CON SUCCESSO E NEL RISPETTO DELLA TRADIZIONE





AGENAS E ACOI IN ABRUZZO

● di Enrico Pernazza

Gli studi basati sull'evidenza dimostrano che la checklist chirurgica aumenta la sicurezza dei pazienti, incentivando e unificando l'osservanza costante degli standard (ad es. identificazione del sito da operare, profilassi antibiotica tempestiva, ecc.), e che migliora la comunicazione, spesso inibita dalla struttura gerarchica, nel gruppo di lavoro. **È sufficiente attuare tutti questi cambiamenti per mettere il sistema in sicurezza?** Certamente no, ma è la cosa migliore e forse più semplice che possiamo fare. Perché non fare nulla, cioè continuare a lavorare *come abbiamo sempre fatto*, è **molto più pericoloso**. I pericoli sono annidati fondamentalmente nel cosiddetto *fattore umano*. Il nostro *sistema mentale* è (ovviamente) fallibile e vulnerabile, tanto più nelle attività ripetitive, automatiche, abituali, in condizione di stress e/o stanchezza o se si sovrappongono eventi imprevisti inducendo la tendenza a saltare alcune di queste operazioni semplici anche quando sappiamo benissimo che si devono fare. Lo strumento *checklist* consente di **non sprecare** memoria, attenzione ed energie su attività banali, semplici, ripetitive, ovvie, la cui dimenticanza peraltro può però provocare danni gravissimi, e **concentrarsi sulle attività più complesse** che richiedono il massimo dell'attenzione. Le *checklist* sono molto efficaci nel prevenire questo tipo di errori, come il sistema *Aeronautico* ha ampiamente dimostrato, tanto da essere ripetuta-

mente invocato come esempio da seguire. Tuttavia, nonostante le *evidenze*, ancora ci sono tante resistenze.

- le *checklist* limitano la mia autonomia professionale
 - usare le *checklist* mi fa sentire come se fossi un po' stupido, come usare un pezzo di carta per ricordare delle cose banali
 - la *checklist* è la compilazione dell'ennesimo pezzo di carta
- Queste sono le affermazioni più gettonate.

Eppure le *checklist* si applicano a quelle attività che hanno **evidenza** di essere efficaci e che quindi **non sono opinabili**:

- attività prima, durante, dopo un intervento
- terapie standard (evidence based)
- procedure standard (ricovero, dimissione, preparazione ad esami, ecc.)

Il medico e l'infermiere mantengono sempre un margine di discrezionalità, ovviamente da contestualizzare in una organizzazione ad alta complessità come la Sala Operatoria. La vera discrezionalità non è scalfita; è esercitata pienamente nelle decisioni cliniche ed assistenziali difficili e complesse all'interno dell'equipe. Il rischio maggiore è dimenticare le cose banali, in grado di creare danni anche irreparabili e guai a non finire. Questo tipo di resistenza

è frutto di una cultura vecchia, basata su un modo di lavorare oggi troppo rischioso per il paziente e per l'operatore sanitario. In fondo si tratta pur sempre di un documento compilabile in pochi minuti che consente di avere un'alta adesione alle linee guida, di implementare la qualità e la sicurezza del nostro lavoro e di evitare un gran numero di eventi avversi e relative conseguenze. È evidente che alla compilazione della checklist si debbono associare elementi strategici irrinunciabili:

- il coinvolgimento dei vertici istituzionali e dei responsabili di servizi,
- l'analisi e la valutazione dei *feedbacks* dei gruppi di lavoro coinvolti,
- l'eliminazione di ridondanze *burocratiche* da parte dei sistemi informativi.

In conclusione le checklist chirurgiche rappresentano una strategia relativamente semplice e promettente per affrontare la sicurezza del paziente chirurgico in tutto il mondo.

Ma... **La check-list è il massimo che la chirurgia possa fare per migliorarsi?**

La domanda è stata rivolta direttamente ad Atul Gawande:

“**LO SFORZO PIÙ GRANDE VA FATTO PER MIGLIORARE IL LAVORO DI SQUADRA, CHE È IL VERO MOTORE DELLA RIDUZIONE DEI DECESSI E DELLE COMPLICANZE**”

Lo sforzo più grande va fatto per migliorare il lavoro di squadra, che è il vero motore della riduzione dei decessi e delle complicanze. Il solo fatto che, appena si entra in sala, ciascuno riferisca ciò che ha fatto e che sta per fare, le difficoltà incontrate, le informazioni sul paziente e così via, ha un impatto enorme sull'andamento dell'intervento e, di conseguenza, sulla salute del malato.

Ancora... *Nel suo libro "Con cura"*

suggerisce un passo ulteriore: l'adozione di una sorta di punteggio per qualunque procedura medica. Perché?

Perché non abbiamo alcuna possibilità di migliorare ciò che non conosciamo, cioè ciò che non misuriamo. Non solo: tutti noi abbiamo una buona dose di presunzione e di pensieri di varia natura che ci inducono a ritenere di aver fatto abbastanza.

Questo, nella migliore delle ipotesi, ci spinge verso un'aurea mediocritas, fatto che personalmente ritengo inaccettabile, quando si lavora con la salute del prossimo e quando si può fare di più. Al contrario, se ini-

ziamo a quantificare ogni giorno l'esito del nostro lavoro possiamo capire facilmente come farlo meglio, per di più a costo zero.

Da queste considerazioni scaturisce l'apprezzamento per l'iniziativa di Agenas affiancata e sostenuta dalle Società scientifiche di area chirurgica riunite nel TIISO sulla Regione Abruzzo e la forte sottolineatura per la rilevanza politica, formativa, altamente strategica della azione molto umilmente condivisa dagli operatori. *L'obiettivo comune è quello di capire come fare al meglio il nostro lavoro, tanto più che, come dice Gawande, è possibile farlo a costo zero!*



Photo defenide 06 Fotolia.com

Con le quattro giornate di formazione sulle Aziende Sanitarie abruzzesi si è conclusa la prima parte dell'esperienza di verifica e formazione sulla adozione della Checklist di sala operatoria. I dati raccolti hanno consentito di dare una valutazione assai puntuale sulla realtà applicativa di questa fondamentale *Best practice* e di conseguenza di orientare molto correttamente il programma formativo. L'esperienza, se da un lato ha messo a nudo resistenze, difficoltà interpretative, ancora ingiustificati retaggi burocratici, dall'altro ha mostrato grande disponibilità all'autocritica, molto entusiasmo a perseguire percorsi concreti di miglioramento, proposte di intervento talvolta innovative e comunque sempre riferite ai diversi contesti analizzati nello spirito dalla Raccomandazione ministeriale e nel rispetto del *team work*. La presenza di ACOI e di TIISO, che abbiamo voluto coinvolgere appieno, è stata molto apprezzata e spesso decisiva nel riportare le varie discussioni da eccesso di burocratismo, ad un più utile e concreto spirito scientifico sempre nella ricerca concreta di qualità e sicurezza che per la nostra Associazione rappresenta da tempo una vera bandiera.

La checklist e i suoi tempi relativi sono una Best practice.

ACOITV



di Gabriele Munegato e Graziano Pernazza

Non sarà come la Rai il cui slogan recita *di tutto, di più*, ma per Acoi-TV si potrebbe dire *quasi di tutto, quasi di più!*

Dall'ottobre 2013, quando la programmazione è entrata nel vivo, con una proposta continua di interventi chirurgici in diretta streaming o in differita accompagnata dalla pubblicazione di relazioni o interi congressi, i numeri raggiunti testimoniano la validità del lavoro svolto.

Un piccolo calcolo: più di 50 relazioni complete editate e più di 8.000 minuti di interventi chirurgici: tutti interventi *integrali* senza nessun taglio, al fine di poter costatare direttamente e concretamente come i più bravi chirurghi operano, con pregi e difetti. Quanti video? Più di 50 commentati e discussi in diretta. Quattro topic dedicati rispettivamente alla chirurgia della calcolosi colecisticoledocica, alla chirurgia epatica, del colon-retto e della pariete addominale con una media di quattro video e 10 relazioni per topic.

Quattro scuole ACOI hanno fatto di Acoi-TV la loro vetrina, grazie a continui appuntamenti dalle sale operatorie, finalizzati a mostrare cosa si insegna e cosa si impara, senza paraventi, sicuri della qualità didattica: sono le Scuole Speciali di Chirurgia Epatica di Lorenzo Capussotti, di Chirurgia Laparoscopica e Mini-invasiva di Gianluigi Melotti, di Endocrinocirurgia di Andrea Valeri e di Chirurgia Robotica del duo Giulianotti-Coratti.

Tre i centri regionali ACOI che hanno registrato i loro eventi e li hanno proposti all'attenzione di tutti i soci per non disperdere un patrimonio di preziosi contributi scientifici: a partire dal Veneto, seguito dalla Sicilia che ha proposto un interessante appuntamento riguardante la medicina legale e delle assicurazioni, per finire con il gruppo Liguria-Piemonte e Val d'Aosta che ha condiviso il convegno sulla chirurgia laparoscopica del colon-retto.

Il numero e la durata dei contatti registrati cominciano a diventare impressionanti: i chirurghi si collegano a tutte le ore, perché la possibilità di vedere e rivedere il tutto *on demand* rende Acoi-TV fruibile in ogni momento, anche a notte fonda, facendo sorgere il sospetto che l'insonnia, per indole o per guardia, sia più diffusa di quanto si pensi tra i colleghi!

Abbiamo in mente nuove proposte e nuove rubriche, ma come per ogni televisione che si rispetti, desideriamo mantenere un certo riserbo, per non svelare tutte le sorprese e le novità.

La scommessa più bella e più stimolante vorremmo però giocarcela con voi: se vogliamo cogliere l'occasione di rendere Acoi-TV *lo specchio della chirurgia italiana, il luogo di confronto sul cosa, come e perché operare* è necessario che ogni coordinatore regionale comprenda l'opportunità di compartecipare gli eventi organizzati in loco, che ogni direttore di Scuola valorizzi il patrimonio didattico condividendone i contenuti, che ogni socio viva la collaborazione e la partecipazione ad Acoi-TV con disponibilità e come motivo di sano orgoglio. **Se sarà così, fra poco, anche per noi ...di tutto, di più!**

Le FAD di ACOI

di Vito Pende



Nella proposta formativa di ACOI non poteva mancare una sezione dedicata alla formazione a distanza (FAD). Grazie ad una proficua collaborazione non condizionata con Takeda è stato possibile attuare un programma di corsi FAD innovativi, pensati e realizzati interamente da ACOI. In pratica si è voluto abbandonare il vecchio e semplicistico schema di FAD estrapolata dalla meccanica registrazione di sessioni di congresso per passare allo sviluppo organico di una tematica attraverso un lavoro di esame e verifica delle personali esperienze confrontate con quanto presente in letteratura, approntando ex novo testi e contributi foto e video.

Andrea Valeri da Firenze ne è stato il capofila con la realizzazione della prima FAD dedicata alla *Emostasi in chirurgia* (12 crediti ECM), seguito a breve da Marco Scatizzi con *Fast track surgery in chirurgia colo-rettale* (7,5 crediti ECM). Più di recente, Gabriele Munegato, uscendo dall'ambito strettamente tecnico, ha affrontato il tema

La comunicazione dell'evento avverso in chirurgia (7 crediti ECM). Il gradimento dei soci ACOI sembra buono: le tre FAD sono state pubblicizzate con newsletters ACOI solo da qualche mese e complessivamente si sono registrate più di 300 iscrizioni.

L'esame delle schede di gradimento compilate da chi arriva a completare il corso può dare uno spaccato dell'interesse che queste moderne ed innovative FAD possono suscitare, come dimostrano le tre tabelle riassuntive che vi mostriamo.

Rinnoviamo dunque l'invito a sfruttare questa opportunità per la vostra formazione: per tutti i soci registrati presso il sito ACOI ed in regola con la quota societaria, è sufficiente iscriversi al corso e seguire il percorso formativo proposto, comodamente a casa propria, anche a tappe, sospendendo e riprendendo in base alla propria disponibilità. Troverete spunti interessanti e se vorrete chiarire e qualche aspetto potrete contattare un tutor a vostra disposizione.

NELLA PROPOSTA FORMATIVA DI ACOI NON POTEVA MANCARE UNA SEZIONE DEDICATA ALLA FORMAZIONE A DISTANZA (FAD). GRAZIE AD UNA PROFICUA COLLABORAZIONE NON CONDIZIONATA CON TAKEDA È STATO POSSIBILE ATTUARE UN PROGRAMMA DI CORSI FAD INNOVATIVI, PENSATI E REALIZZATI INTERAMENTE DA ACOI



EMOSTASI IN CHIRURGIA

CREDITI ECM 12

Importanza argomento

Poco o nulla **0%**
 Abbastanza **51%**
 Molto **44%**

Qualità

Insufficiente o mediocre **0%**
 Sufficiente **3%**
 Buona o eccellente **97%**

Utilità

Insufficiente o mediocre **0%**
 Sufficiente **5%**
 Buona o eccellente **95%**

FAST TRACK SURGERY IN CHIRURGIA COLO-RETTALE

CREDITI ECM 7.5

Importanza argomento

Poco o nulla **0%**
 Abbastanza **42%**
 Molto **58%**

Qualità

Insufficiente o mediocre **0%**
 Sufficiente **12%**
 Buona o eccellente **88%**

Utilità

Insufficiente o mediocre **0%**
 Sufficiente **3%**
 Buona o eccellente **97%**

LA COMUNICAZIONE DELL'EVENTO AVVERSO IN CHIRURGIA

CREDITI ECM 7

Importanza argomento

Poco o nulla **0%**
 Abbastanza **18%**
 Molto **82%**

Qualità

Insufficiente o mediocre **0%**
 Sufficiente **0%**
 Buona o eccellente **100%**

Utilità

Insufficiente o mediocre **0%**
 Sufficiente **0%**
 Buona o eccellente **100%**

RICORDO DI MARIO GIORDANI

● di Marco Sacchi

Quando mi è stato affidato l'onore di commemorare Mario Giordani ho cominciato a rovistare fra le carte in mio possesso e a consultare la pubblicistica che lo riguarda. Ben quattro libri ne analizzano la vita e le opere. Mario Giordani è sicuramente un personaggio che incarna gli ideali e le forze che hanno caratterizzato il secolo breve e nella nostra professione rappresenta uno stereotipo che stiamo perdendo in un mondo in cui il valore personale e tecnico è sempre più sminuito a favore delle appartenenze. Un esempio a suffragare questa affermazione: Giordani si dimise nel 1994, con due anni di anticipo perché aveva perso la sua battaglia, durata oltre 15 anni, contro la timbratura del cartellino di presenza in ospedale, cosa che a lui pareva oltraggiosa dell'essenza della nostra professione. Mario Giordani era nato a Roma nel settembre del 1926, da Igino, intellettuale e onorevole della Repubblica e cofondatore della Comunità dei Focolarini e da Mya Salvati, dodicesima figlia di una antica famiglia Tiburtina. Nel 1944 si iscrisse alla Facoltà di Medicina e Chirurgia di Roma. Presso La Sapienza frequentò prima l'istituto di Anatomia poi quello di Anatomia Chirurgica. Negli anni dell'Università Giordani raccolse le dispense delle lezioni ed editò *Argomenti di Anatomia Patologica* assecondando la sua seconda vocazione, quella di scrittore di argomenti medici soprattutto, ma anche di argomenti sociali e di costume come testimoniano le oltre 350 pubblicazioni edite a stampa ed i 14 volumi firmati da lui e dai suoi collaboratori. Il 1950 fu un anno importante per Mario, che vinse il I° premio UT UNUM pro-

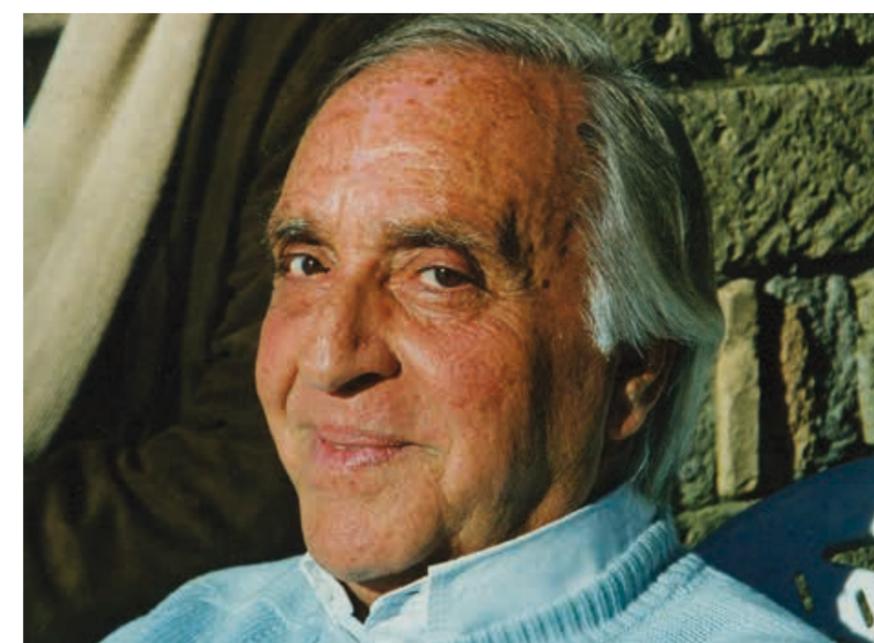
mosso in occasione dell'anno santo con l'opera *MEDICINA DELLA PERSONA UMANA*. Si laureò con 110/110 e lode discutendo la tesi *Il trattamento chirurgico delle emorroidi secondo Ippocrate*, titolo che Mario non aveva accettato di buon grado ritenendo l'argomento poco rilevante. Dal 1950 al 1956 svolse l'attività di assistente volontario presso l'Istituto di Anatomia Chirurgica con l'incarico funzionale di anestesista, come la maggior parte dei giovani chirurghi in quell'epoca. In questi anni si iscrive alla Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale a Bologna e dopo il primo anno si sposta di nuovo a Roma dove si specializza nel 1956. Nello stesso anno vince il concorso di Aiuto a Magliano Sabina, dove è Primario Picaro e contemporaneamente Scavo gli propone di sostituirlo per pochi mesi nell'incarico di Primario presso l'Ospedale S. Giuseppe di Marino ma, cosa ben più importante, nasce Fabrizio, suo unico figlio e mio caro compagno di infanzia. Giordani sceglierà l'incarico di Primario a Marino e l'ospedale, che doveva essere chiuso per ordinanza prefettizia, verrà ampliato anche grazie ad un progetto realizzato dall'ingegnere Agostino Sacchi, mio padre, mentre l'incarico di aiuto chirurgo a Magliano Sabina verrà ricoperto da Giorgio Ribotta. Il 1958 è un altro anno importante: Giordani vince il Concorso di Primario, fonda l'AVIS di Marino con De Bartolo e per i vent'anni successivi sviluppa l'attività chirurgica con interventi sempre all'avanguardia. Di quegli anni mi piace ricordare fra gli altri le figure di Ronchetti, Ghera, Basile, Finocchio, Thorel, Toti, Scozzarro, Usai, Iovane, Golemme, De Monte. Contemporaneamente l'attività chirurgica del Professore si esplica a Roma nella Clinica Moscati. I numeri di quegli anni sono impressionanti:

110 letti di chirurgia a Marino, fino a 40 presenze in Clinica Moscati con sedute quotidiane su due o tre sale operatorie. Ecco il perché degli oltre 40.000 interventi condotti da Giordani. Nel 1978 vince il concorso di primario all'Isola Tiberina. La permanenza però nell'ospedale romano, nonostante la qualità dei collaboratori del calibro di Cucchiara, Colizza, Salvini e Caliento, è disturbata dai difficili rapporti con l'amministrazione e si esaurisce nel 1980 con il ritorno a Marino da dove si dimetterà anzitempo nel 1994 per la storia del cartellino.

Di grande rilievo sono stati la pubblicistica, i viaggi di aggiornamento, le azioni umanitarie e l'impulso culturale che ha saputo dare grazie alla fondazione di società scientifiche. Mutuando il pensiero di Bacone, solleva presentare le novità mediche con la frase *chi non vuole adottare nuovi rimedi si prepari a nuovi mali*.

La cardiocirurgia è stato il primo ed inesperto amore di Giordani come testimoniano i due lunghi soggiorni in Sud Africa nel reparto di Chris Barnard e la promozione degli impianti di pace maker a Marino. La chirurgia

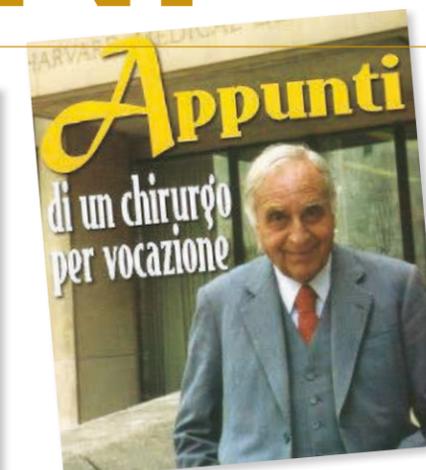
“ IL 1958 È UN ALTRO ANNO IMPORTANTE: GIORDANI VINCE IL CONCORSO DI PRIMARIO, FONDA L'AVIS DI MARINO CON DE BARTOLO E PER I VENT'ANNI SUCCESSIVI SVILUPPA L'ATTIVITÀ CHIRURGICA CON INTERVENTI SEMPRE ALL'AVANGUARDIA



epato-biliare è stata il cavallo di battaglia e la passione di una vita. Inizia con il soggiorno a Nizza da Mallet-Guy e l'introduzione in Italia della colangio-manometria intraoperatoria, prosegue con l'esperienza londinese per frequentare Rodney Smith, Sheila Sherlok, poi Boerema ad Amsterdam per il trattamento delle varici esofagee sanguinanti, Harry Le Veen a Charleston per lo shunt peritoneo venoso, Richter e Herfarth ad Heidelberg per la TIPS, Ton That Tung per la chirurgia demolitiva del fegato ad HaNoi, Starzl a Pittsburgh per i trapianti di fegato e Langer a Toronto sempre per trapianti e chirurgia demolitiva. Più tardi è andato ad insegnare chirurgia in Africa, prima a Mogadiscio nell'Università lì istituita da Paride Stefanini e poi nello Zimbabwe. Non basta. Un altro capitolo importantissimo è stato la costituzione di società scientifiche che hanno contribuito ad innalzare il livello culturale dei medici ospedalieri.

“ NEL 1980 INSIEME A DE NUNNO, MANFREDI E BRESSAN FONDA IN UN FREDDO POMERIGGIO DI NOVEMBRE A ROMA L'ASSOCIAZIONE DEI CHIRURGI OSPEDALIERI ITALIANI

Cominciamo con la Società Medica dei Castelli Romani e Prenestini nel 1962, poi tramutatasi in Società Medica della provincia di Roma ed infine in Società Medica del Lazio nel 1982. Ma è il 1980 l'anno che ci riguarda dalle fondamenta: insieme a De Nunno, Manfredi e Bressan fonda a Roma, in un freddo pomeriggio di Novembre, l'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani (nel suo *Da Placozoo (Trichoplax adhaerens)* a *Modernizzatore* ricostruirà,



nel 2006, con sottile ironia e commo- zione, la storia del momento della fon- dazione e dei primi anni dell'ACOI). Di ACOI sarà vice presidente, presidente del Congresso del Decennale ed infine presidente onorario. Ultima sua crea- tura è stata *Roma Chirurgia*, con la sua florida attività. Ha diretto e fon- dato gli Atti della Società Medica del Lazio, General Surgery/Chirurgia ge- nerale e Ospedali d'Italia Chirurgia. Lasciatemi chiudere con alcuni ricordi personali del mio rapporto con Mario. Ricordo quando a 5 anni, al ritorno da Fregene la domenica sera, mi faceva cambiare le marce alla sua Giulietta sprint. Quando adolescente mi porta- va a pesca subacquea. Quando, incon- trandomi per via Medaglie d'Oro, lui alla guida di una fiammante Porsche ed io sul Corsaro Morini mi disse *so che ti sei iscritto a Medicina: domani alle 7.30 in camera operatoria alla Mo- scati ed io di rimando, mi devo por- tare i guanti che ho comprato ieri per le esercitazioni di anatomia?, ma no Coyote in camera operatoria tutto è sterile*.

Da quel momento, era il 1970, fino al 1994 ho appreso dure lezioni di vita e chirurgia.

Ciao Mario



Lo spazio di Fondazione Chirurgo e Cittadino

Il Corso di formazione Comunicazione in Chirurgia

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



Donare il tuo 5X1000 è un gesto semplice.

Con una certa frequenza, quando illustro quali siano il razionale su cui FCC è nata, quali i percorsi e quali gli obiettivi, mi sento rispondere, quasi con atteggiamento ironico *ci vuole ben altro per cambiare le cose!*. Di solito ringrazio dell'attenzione e vado oltre.

Il *benaltrismo* è una riconosciuta patologia guaribile esclusivamente attraverso un lungo processo di autoterapia. Una pletora di filosofi, sociologi e pensatori, ha ricordato nei secoli che *se si vuole cambiare il mondo, si deve iniziare da se stessi*.

Il sistema Salute è sistema ad alta complessità. Siamo stati educati a pensare che la nostra scienza sia riconducibile

alla oggettività delle evidenze scientifiche, alla misurazione di sintomi, valori e risultanze diagnostiche. Sarà quindi evidentemente difficile poter imparare a pensare la cura rispettandone la complessità della non univocità, poter

costruzioni mai definitive e dipendenti anche dalle nostre scelte. Apprendere significa *conoscere cose*, conservare nozioni, stabilizzare competenze, ma può significare un costante processo di trasformazione della propria capacità di *comprendere* la realtà ed imparare ad agire in essa. È dunque nella complessità la discriminante forte che si oppone al fatto che si possa conoscere la pratica medica, ma che non si sappia agire nei confronti del malato. Ciò che oggi viene messo in discussione è l'immagine *storica* del medico che non è più solo colui che *cura* la patologia, ma soprattutto colui che *si prende cura* del malato.

Senza alcun dubbio, formazione, conoscenza, esperienza sono irrinunciabili strumenti della professione medica, ma la complessità della cura non può ridursi all'esclusivo uso degli stessi. Numerose sono le autorevoli voci che spingono il chirurgo a riconsiderare e rivedere i propri paradigmi, a considerare la necessità di una relazione *nuova* con il malato.

imparare a porsi domande diverse, insomma educarsi alla cura. Un sistema di alta complessità deve essere modulato da un pensiero complesso, che è un modo di interpretare la realtà osservandola e riconoscendo il reale e il possibile non come dati immutabili, ma come

Sostieni la FCC

Diventa un socio sostenitore o effettua una

Donazione

Dona con PayPal: è rapido

Pagamenti sicuri

“ È NELLA COMPLESSITÀ LA DISCRIMINANTE FORTE CHE SI OPPONE AL FATTO CHE SI POSSA CONOSCERE LA PRATICA MEDICA, MA CHE NON SI SAPPIA AGIRE NEI CONFRONTI DEL MALATO

Su tali basi la FCC ha iniziato il proprio progetto formativo 2014 con il corso *comunicazione in chirurgia*. Psicologi esperti in comunicazione e tutor chirurgici hanno condotto le lezioni ed interagito con oltre 60 discenti per 5 ore. Chi ha potuto partecipare, anche solo come osservatore esterno, avrà apprezzato il coinvolgimento, la passione, la costanza e l'interesse.

L'uso di una comunicazione più consapevole e professionale è fondamentale: 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. Tale progetto è stato il primo di una serie già programmata, ma l'innegabile successo ottenuto e le numerose richieste al prosieguo spingeranno la FCC ad una azione più capillare.

Il sistema Salute non cambierà per le nostre azioni, ma le nostre azioni potranno rendere l'auspicato cambiamento meno problematico.

“ CHI VUOLE MUOVERE IL MONDO PRIMA MUOVA SE STESSO

SOCRATE 469 - 399 AC

Per chi è interessato a partecipare alla vita attiva di FCC
www.chirurgocittadino.it
rodolfovincenti@hotmail.com

FAI SENTIRE LA TUA VOCE, È IMPORTANTE!

NEWS

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

Il sindacato DI FRONTE AI CAMBIAMENTI

● di **Carmine Gigli** Presidente nazionale - FESMED



Dopo un contrastato periodo di legislazione concorrente fra Stato e Regioni in materia sanitaria, introdotto nel 2001 dalla riforma al Titolo V della Costituzione, negli ultimi anni abbiamo assistito ad un silenzioso passaggio di consegne di alcune competenze dallo Stato alle Regioni. Un esempio che ci tocca da vicino è la delega conferita dalla L. 189/2012 (decreto Balduzzi), che consente alle regioni di disciplinare i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa. Un altro esempio lo abbiamo avuto da poco in Liguria, dove il Consiglio regionale ha approvato la legge che autorizza infermieri e professionisti sanitari a svolgere attività intramoenia al di fuori dell'orario di lavoro, singolarmente e non in equipe, senza che lo Stato intervenisse per far rispettare la normativa nazionale.

“ TUTTE LE REGIONI SARANNO IN GRADO DI GARANTIRE AI CITTADINI DEGLI ADEGUATI LIVELLI ASSISTENZIALI? NON RISPONDERÒ IN MANIERA DIRETTA A QUESTA DOMANDA MA, CONSIDERO PARADIGMATICO IL COMPORTAMENTO CHE HANNO TENUTO DI RECENTE LE REGIONI NELL’AFFRONTARE LA CHIUSURA DEFINITIVA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

Recentemente, il Consiglio dei Ministri del 31 marzo 2014, ha approvato il disegno di legge costituzionale *Disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, ... e la revisione del Titolo V della parte seconda della Costituzione*. I cam-

biamenti che questo disegno di legge intende introdurre in materia di sanità sono sostanziali e ci toccano da vicino. Stabilisce infatti che spetta alle Regioni la potestà legislativa dei servizi sociali e sanitari, nonché dell'istruzione e formazione professionale. In materia sanitaria, lo Stato si riserva soltanto la legislazione esclusiva sulle *norme generali per la tutela della salute*.

Chiunque sia a conoscenza di quanto differisca la qualità dell'assistenza sanitaria che viene offerta ai cittadini nelle diverse Regioni d'Italia non può fare a meno di chiedersi: tutte le Regioni saranno in grado di garantire ai cittadini degli adeguati livelli assistenziali? Non risponderò in maniera diretta a questa domanda ma considero paradigmatico il comportamento che hanno tenuto di recente le Regioni nell'affrontare la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Lo stesso Presidente della Repubblica ha dichiarato di aver firmato *a malincuore* il decreto che ha prorogato il termine per la chiusura, alla data del 1° aprile 2015, a causa della mancata realizzazione in alcune Regioni delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, previste dalla legge del 17 febbraio 2012.

Quindi non si tratta di combattere una battaglia controcorrente a favore della centralità dello Stato o di arroccarsi in difesa dei diritti conquistati dalla categoria medica, bensì di difendere il diritto alla salute dei cittadini, affinché siano garantiti gli stessi diritti a tutti, ovunque vivano. C'è il rischio reale che tutte le Regioni interessate da piani di rientro e non solo quelle, non siano in grado di garantire ai cittadini degli adeguati livelli assistenziali. Inoltre, non possiamo evitare di essere preoccupati per le questioni che ci

toccano come dipendenti del Servizio Sanitario, a cominciare dalle politiche del personale che potrebbero essere attuate nelle Regioni con maggiori difficoltà economiche, oppure in quelle a guida fortemente ideologizzata. Già oggi la tutela dei medici e dei sanitari, per quanto riguarda la responsabilità sanitaria, viene aggirata dalle Aziende con la pratica dell'*autoassicurazione* e troppe Aziende considerano il rispetto del Contratto di lavoro sugli incarichi, sull'orario di lavoro e sulle pause, alla pari di un optional che si può superare impunemente. Cosa potremo fare quando saranno le leggi regionali a cancellare i diritti acquisiti dai lavoratori? Potremo ancora appellarci al giudice del lavoro o dovremo ricorrere ai TAR, con i loro tempi biblici? Intanto a nessuno importa che queste violazioni dell'organizzazione del lavoro portino ad un aumento del rischio clinico, salvo scandalizzarsi quando si verifica uno scambio di provette o se non c'è stato il tempo per compilare una farraginosa cartella clinica.

Il passaggio alle Regioni anche della potestà legislativa sull'istruzione e la formazione professionale, che costituiva un obiettivo prioritario delle professioni infermieristiche, servirà per risolvere a loro favore la nota diatriba sulla ridefinizione e implementazione delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere, che le ha viste contrapposte alle OO.SS. della dirigenza medica. Tuttavia, questo non risolverà il problema che comporta la presenza di competenze non uniformi sul territorio nazionale e, di conseguenza, l'introduzione in sede locale di responsabilità diverse e non definite. Questo provocherà un nuovo strappo al tessuto già lacerato del Servizio Sanitario e porterà notevoli rischi per l'esigibilità del diritto alla salute da

parte dei cittadini, i quali si troverebbero di fronte ad una *balcanizzazione* dei processi di cura.

La gioia per essere scampati, per il momento, ad una riduzione degli stipendi non può farci dimenticare che vige dal 2010 un blocco delle retribuzioni per la dirigenza medica, mentre ad altri settori del pubblico impiego - forze di sicurezza, scuola etc. - nello stesso periodo sono stati concessi degli aumenti salariali.

Per tutti questi motivi, i soci FESMED, che già lo scorso febbraio avevano manifestato il proprio malcontento proclamando lo stato di agitazione, riuniti in assemblea a Rimini lo scorso 12 aprile, si sono espressi a favore di:

- Rivisitazione della carriera del medico dirigente, in modo tale che vengano riconosciute le competenze raggiunte, gratificando il medico e rendendo riconoscibili anche al cittadino il suo incarico e le sue responsabilità. In pratica, il medico non vuole più iniziare la sua carriera come *dirigente medico* e concluderla con lo stesso incarico di *dirigente medico*, senza aver avuto la possibilità di conseguire alcun tipo di riconoscimento professionale manifesto.

- Riaffermazione a livello normativo delle competenze proprie della professione medica.

- Sblocco della L. 122/2010, affinché vengano consentiti degli incrementi stipendiali, anche in assenza di uno stanziamento governativo, attraverso l'utilizzo dei fondi accessori che sono presenti nelle aziende sanitarie e ospedaliere e che attualmente non possono essere utilizzati.

“ LA GIOIA PER ESSERE SCAMPATI, PER IL MOMENTO, AD UNA RIDUZIONE DEGLI STIPENDI NON PUÒ FARCI DIMENTICARE CHE VIGE DAL 2010 UN BLOCCO DELLE RETRIBUZIONI PER LA DIRIGENZA MEDICA, MENTRE AD ALTRI SETTORI DEL PUBBLICO IMPIEGO - FORZE DI SICUREZZA, SCUOLA ECC. - NELLO STESSO PERIODO SONO STATI CONCESSI DEGLI AUMENTI SALARIALI

Ciao Lorenzo

● di **Alessandro Ferrero**

Avevo già dato il *si stampa* per questo numero di ACOInews. Una accorata e-mail mi ha portato la notizia che non vorresti mai leggere. Il dolore dell'amico, il senso di perdita del discente, il vuoto della chirurgia.

Ho chiesto all'allievo Alessandro Ferrero un ricordo da trasmettere, limitato per tempo e spazi, ma infinito nell'affetto. (r.v.)

È la cura del dettaglio che fa la differenza. Unita a una straordinaria tenacia. Queste sono le doti che hanno caratterizzato la vita di Lorenzo Capussotti, così piena di traguardi professionali raggiunti e di intensi rapporti umani. Una vita troncata all'improvviso, proprio agli albori di una nuova avventura, nella quale stava investendo l'energia e l'entusiasmo di sempre. Tutto nasce dalla sala operatoria; dall'eleganza e dall'efficacia del gesto chirurgico che solo i Grandi possiedono. Chiunque abbia avuto la fortuna di vederlo operare o, ancor più, di aiutarlo durante un intervento, ha provato l'emozione di trovarsi di fronte all'essenza della Chirurgia: atti difficili fatti sembrare semplici. E la cura del dettaglio. La stessa attenzione prestata al paziente lungo tutto il suo percorso: dalla diagnosi alla discussione del caso, dalla gestione del postoperatorio al trattamento della complicità. Sempre con un contatto umano particolare, con una sintonia che difficilmente veniva scalfita. Il paziente prima di tutto: la domenica, la notte, durante il congresso o mentre era in ferie, tu sapevi che avevi la sua disponibilità in caso di bisogno.

Nato ospedaliero e cresciuto nell'Ospedale, è sempre stato convinto che solo dall'analisi critica della casistica, dallo studio e dalla ricerca potevano arrivare gli stimoli per crescere, con l'ambizione di migliorare sé per migliorare la Società Chirurgica. Ed è proprio nel campo scientifico che negli ultimi vent'anni ha avuto la forza di affermarsi, con una serie di pubblicazioni che hanno nobilitato e impreziosito la nostra Chirurgia Italiana, che ha visto in Lui un leader ed un punto di riferimento costante. Una produzione scientifica che è costata sacrifici, sudore, dedizione, ma che gli ha permesso di contribuire da protagonista allo sviluppo e alla crescita nel campo che più amava e a cui ha dedicato tutte le sue capacità tecniche e le sue conoscenze: la Chirurgia Epatica. Un amore nato dalla chirurgia dell'ipertensione portale, affinato dalle frequentazioni parigine, cresciuto e sviluppato enormemente nel campo resettivo, fino al prestigioso riconoscimento dell'Accademia Francese di Chirurgia. Un'esperienza comunicata in centinaia di Congressi in Italia e nel Mondo, dove sempre



ha eccelso nella chiarezza espositiva, nella scientificità del metodo e nella forza delle argomentazioni. Chi non ha in mente le sue risposte esaurienti, le domande argute, le discussioni a volte accese, ma sempre pervase dal rispetto dell'interlocutore e dalla passione per la materia. La partecipazione alle manifestazioni scientifiche lo ha reso famoso, ma gli ha consentito ancor più di tessere una rete di amicizie sincere, vere, fatte di stima reciproca e rafforzate dalla profonda umanità con cui sapeva condire ogni rapporto personale.

Certamente il campo in cui la sua stella brillava maggiormente era l'insegnamento. Lorenzo Capussotti era un maestro naturale. Una dote che non nasce dalla cattedra, ma dal lavoro quotidiano, dalla passione e dall'entusiasmo. Operando con Lui, guardandolo e stando al suo fianco, imparavi "per osmosi", quasi senza fatica. Ben lo sanno i Chirurghi che hanno frequentato assiduamente i suoi Corsi di aggiornamento, che per anni sono stati il punto di riferimento della Chirurgia Epatica in Italia. E ancor più lo sanno i Colleghi che hanno frequentato la Scuola ACOI di Chirurgia Epatica, che ha fondato e diretto per più di dieci anni e dove si sono formati oltre duecento Chirurghi di tutta la Nazione. Ma le persone che più si sono avvantaggiate dei suoi insegnamenti sono i suoi collaboratori: "i miei", come amava chiamarci. Il suo merito maggiore è quello di aver creato un Gruppo, un insieme di giovani che si sono coagulati intorno a Lui, spronati dalle sue capacità e dal suo carisma, e che sono cresciuti professionalmente e umanamente sotto le sue ali. Lorenzo Capussotti ha insegnato a noi non solo il mestiere, ma le capacità intellettuali per fare di un mestiere una professione, mantenendo sempre il paziente protagonista. Come tutti i Grandi, ha saputo fondare una Scuola, attorno alla quale, con grande affetto, si è riunita tutta la Comunità Chirurgica italiana, sgomenta per la sua troppo precoce partenza. A nome di tutti, per l'ultima volta: Grazie, Capo!

I LIBRI DA LEGGERE



Le responsabilità in ambito sanitario



A cura di **S. Aleo, R. De Matteis, G. Vecchio**
CEDAM - 2014

● di **Rodolfo Vincenti**

Si tratta di due corposi volumi nei quali tutte le tematiche che riguardano le responsabilità in ambito sanitario sono ampiamente e diffusamente trattate da personalità a carattere nazionale note per gli impegni nel campo della sociologia, della giurisprudenza, dell'economia oltre che da medici.

È realisticamente impossibile poter in poche righe, accennare ai singoli argomenti trattati. Segnalo, fra gli altri, i titoli di alcuni dei 30 capitoli: *le responsabilità civili in ambito sanitario, la colpa medica in ambito civile, informazione e consenso in sanità, la responsabilità dirigenziale dei sanitari, inquadramento della responsabilità amministrativa, il valore medico-legale e giuridico delle linee guida, la responsabilità del consulente medico-legale, la responsabilità dell'azienda sanitaria da deficit organizzativo, la comunicazione in sanità e la volontà di relazione del chirurgo.*

L'opera è stata realizzata anche con il supporto di ACOI e con il contributo scientifico della Fondazione Chirurgo e Cittadino.

Se si dovesse in poche parole evidenziarne la tesi dominante sostenuta, il messaggio forte che si ricaverebbe sarebbe la valutazione dell'errore medico come rischio tipico *d'impresa* e quindi costo della funzione ovvero del servizio sanitario nazionale.

I LIBRI DA LEGGERE



Formare alla comunicazione

Percorsi di gruppo per lo sviluppo di relazioni efficaci nelle professioni educative, sociali e sanitarie



Alessandra Mauri, Carla Tinti
Ed. Erickson - Trento - 3ª ristampa 2011

● di **Rodolfo Vincenti**

Un panorama delle principali teorie relative alla comunicazione di singoli o gruppi che presenta un efficace modello di intervento definito ASC (Apertura, Sviluppo contenuti, Chiusura) creato dalle autrici, che permette di organizzare un percorso di formazione alla comunicazione applicabile a diversi ambiti, sistemi complessi e nel proprio quotidiano.

Dobbiamo riconoscere e constatare che, nell'ultimo decennio, formazione e sviluppo delle competenze di comunicazione interpersonale rappresentano un'esigenza non più eludibile. È proprio nell'ambito della Salute e delle interrelazioni tra professionisti, tra medici e pazienti e tra medici e *parenti* risulta essere di fondamentale importanza poter non solo garantire le proprie conoscenze scientifiche e quindi di fornire una prestazione basata sul sapere e sulle competenze tecniche, ma anche di instaurare un'efficace relazione interpersonale. In buona sostanza *sapere, saper fare e saper essere* come fonda-

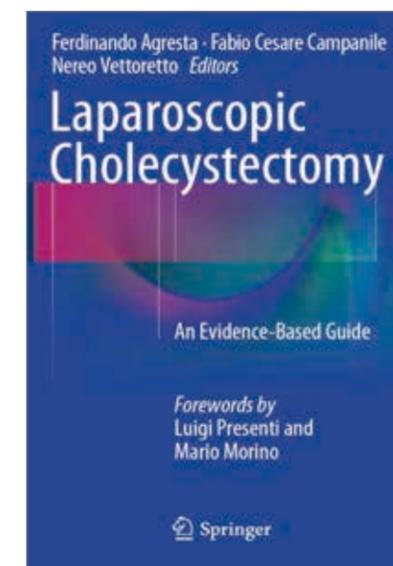
menta di un rapporto umano. Anche se la parte nella quale vengono elencate ed analizzate le principali teorie relative a formazione di gruppo e comunicazione a noi sembra essere troppo specialistica e di lenta lettura, i documentati e chiari passaggi e indicazioni su come organizzare gli incontri, sulle metodologie da usare, su come interpretare e rispondere ai bisogni dei partecipanti, consente a noi lettori attenti di creare un percorso di formazione specifico utilizzabile nei nostri contesti.

I LIBRI DA LEGGERE



Laparoscopic Cholecystectomy

An Evidence-Based Guide



Ferdinando Agresta, Fabio Cesare Campanile, Nereo Vettoretto - (Eds.)
Springer Ed. - 2014

● di **Ferdinando Agresta**

...Potrebbe sembrare singolare dedicare un intero libro a qualcosa che affrontiamo nella nostra pratica quotidiana, sia in elezione che in urgenza, perché il *tema*, o meglio dire la patologia, è una delle più diffuse, una sulla quale è possibile trovare articoli su articoli in quasi ogni rivista specializzata. E ora un libro pubblicato su questo argomento, senza dubbio anche esso il risultato di quella rivoluzione che la laparoscopia è stata nella tecnica chirurgica. È un onore per me presentarvi quell'impressionante lavoro svolto da colleghi che hanno cercato, dopo 25 anni dalla prima videolaparocolecistectomia, di analizzare tutto ciò che ruota intorno alla colecistectomia laparoscopica, con l'intento di dare la possibilità a noi chirurghi di avere a portata di mano tutte le attuali evidenze a riguardo, senza mai dimenticare che, al di là di qualsiasi prova scientifica, il cuore di tutto è sempre il paziente e la sua soddisfazione intesa anche come qualità di vita. Sempre poi con questa idea in mente, non bisogna

poi dimenticarsi del giovane chirurgo in formazione. Come insegnare e come imparare, cosa insegnare e cosa imparare, al fine di formare e far crescere un professionista; questi sono i temi i principali che autori ed editori hanno sempre cercato costantemente di seguire. Questo libro deve essere considerato un lavoro ambizioso, che sicuramente ha raggiunto il suo obiettivo. Come 25 anni fa, l'ennesima miccia accesa per capire meglio ciò che è stato, ed è tuttora, la rivoluzione portata dalla laparoscopia in chirurgia...

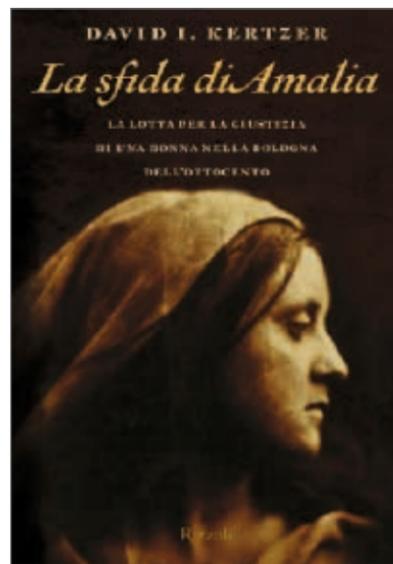
Crediamo che niente sia meglio delle parole di Luigi Presenti, Past President ACOI, sotto la cui presidenza questo libro è stato *costruito*, per presentarvi lo stesso... ed a ciascuno di voi, poi, giudicare se quell'ambizione di cui parla Presenti, abbia poi raggiunto in pieno l'obiettivo.

Noi crediamo di sì!

I LIBRI DA LEGGERE



La sfida di Amalia



David I. Kertzer
Rizzoli Ed. - 2010

● di **Rodolfo Vincenti**

Amalia Bagnacavalli è una giovane contadina nata e cresciuta a Vergato, un paesino dell'Appennino che da secoli vive di poca agricoltura e molti sacrifici. *La Sfida di Amalia* è la cronaca angosciante di uno scontro impari: da una parte una donna povera e analfabeta, dall'altra la Società, con medici, avvocati, filantropi che in realtà gestiscono un orfanotrofio come fosse un'azienda che deve produrre reddito. Per far fronte alle ristrettezze in cui versa la famiglia, decide di prendere a balia un orfanello dall'Ospedale degli esposti. Tale atto, sorto sì da necessità personali, ma intriso di umanità, segna l'inizio delle sue vicissitudini: dalla bambina che le assegnano contrae la sifilide, della quale faranno le spese anche il marito e la figlia. Nell'ospedale bolognese degli esposti, o dei bastardini, nel 1895 c'erano 128 bambini allattati artificialmente (con latte vaccino) e 95 di loro morirono. Nel 1896 i bambini morti perché non potevano prendere il latte di una donna furono 202 su 313; erano malati di sifili-

de e avrebbero infettato la donna che li avesse attaccati al seno. La storia inizia nei primi giorni d'agosto del 1890, quando Amalia scende a Bologna dal treno partito da Vergato e si presenta nello studio di un giovane avvocato, Augusto Barbieri. Gli racconta la grande disgrazia che le è capitata. Ha preso una bambina all'ospedale degli esposti per allattarla e accudirla, in cambio di 9 lire al mese. Ma già nel momento della consegna si è accorta che la bimba era malata e ha chiesto un altro neonato. Richiesta respinta, per i medici la bimba era sana. Dopo pochi mesi una pustola al seno è stata il primo segnale della sifilide. L'avvocato accetta di intentare causa alla amministrazione centrale degli ospedali di Bologna e al suo presidente, il conte Isolani. Un'avventura più pericolosa di quanto una popolana analfabeta possa immaginare. Amalia Bagnacavalli per la sifilide perde i suoi due figli e altri due nascono morti e i processi vanno avanti per dieci anni. Primo grado e appello a Bologna, Cassazione a Roma, nuovo

processo ad Ancona. Alla fine vince. Riesce ad ottenere un cospicuo indennizzo di 23.000 lire - una vacca costava 500 lire - e un vitalizio mensile di lire trenta per la donna. Con un trucco l'avvocato trasforma il vitalizio in contante immediato (7.000 lire) e incamera anche quello. La donna non avrà un soldo (solo il pagamento per le cure ricevute) e morirà priva anche del proprio cognome. Non è un romanzo, purtroppo. *La sfida di Amalia* è un libro di storia che racconta il nostro passato, per fortuna molto lontano, e che fa stare male.

CLUB MEDICI E ACOI

INTESA PER GLI ISCRITTI

Da vent'anni al servizio della categoria

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

L'L'Associazione Club Medici è il punto di riferimento per i medici italiani iscritti agli Ordini Professionali, Provinciali. Prestiti, Mutui, finanziamenti, 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.

Club Medici e Acoi hanno sottoscritto un protocollo di intesa, valido per tutto il 2014 che prevede una iscrizione ridotta per i soci Acoi i quali pagheranno solo 50 Euro rispetto agli 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.

La Cessione del Quinto di Club Medici

La Cessione del Quinto è un finanziamento diverso dagli altri, poiché viene effettuato direttamente dalla busta paga o dalla pensione. **Il prestito è a firma singola, non prevede garanzie ipotecarie**, né cambiali a garanzia, e non necessita di preventivi di spesa per giustificarne la richiesta. Tale prestito garantisce durante tutta la sua durata la massima riservatezza: la restituzione del prestito viene effettuata in rate mensili costanti, direttamente dalla ASL di appartenenza. La rata mensile è fissa e comprensiva di ogni onere, inclusa una copertura assicurativa completa per tutta la durata del finanziamento.

In tutti questi anni, l'organizzazione del Club ha saputo garantire con successo, per velocità nei tempi di erogazione ai medici richiedenti, la gestione burocratica delle pratiche previste dalle varie ASL dislocate su tutto il territorio nazionale.

La Cessione del Quinto di Club Medici prevede il finanziamento per importi da 5.000 a 80.000 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.

MEDICO DIPENDENTE PUBBLICO
limite di età a scadenza 75 anni

età 45
netto erogato € 50.088
rata mensile € 566
anzianità di servizio 15 anni
durata 120 mesi
tan 5,60% taeg 6,59%

I NOSTRI CONSULENTI TI GARANTISCONO CONSULENZA TELEFONICA E PREVENTIVI IMMEDIATI. SERVIZIO ED EROGAZIONE IN MAX 48H

L'attività di consulenza creditizia indirizzata ai soci del Club Medici è esercitata dalla società Club Medici Italia srl - PIVA 09677941008 iscritta all'elenco degli Agenti in Attività Finanziaria presso OAM al n.A2500.

La Consulenza è sempre Gratuita!

Club Medici Italia
800.143.340

Lunedì - Venerdì 9,00-20,00
prestiti@clubmedici.com

www.clubmedici.it



n. 33 aprile-giugno 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

SEGRETERIA ACOI

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

www.acoi.it



acoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

NEWS

N. 33 APRILE-GIUGNO 2014

ACOI. Il nuovo Consiglio Direttivo

CHIRURGIE 2014 Microcronaca di un grande evento

