

LE SFIDE DELLA CHIRURGIA

Congresso congiunto delle società scientifiche italiane di chirurgia

**Sostenibilità, innovazione,
contenzioso ed etica**



ACOINews - N° 5 Luglio-Settembre 2016, trimestrale

Direttore Responsabile Cristina Cosentino - **Condirettore** Andrea Alicandro

Direttore editoriale Diego Piazza

Redazione Diego Piazza, Cristina Cosentino, Andrea Alicandro, Gianluigi Melotti, Rodolfo Vincenti, Luciano Landa, Domitilla Foghetti, Valentina Giaccaglia, Gianluigi Luridiana, Gabriele Ricci, Vito Pende, Roberta Marzullo, Piero Marini, Stefano Bartoli, Francesco Nardacchione

Collaboratori Alice Basiglini, Mario Campli, Roberta Chersevani, Marina Davoli, Mauro Longoni, Nicolò de Manzini, Emilia Masci, Paolo De Paolis, Luigi Ricciardelli

Immagine e coordinamento Roberta Marzullo

Progetto grafico Enzo Pancaldi

Foto Archivio ACOI, dal web

Stampa PrimeGraf srl via Ugo Niutta, 2a - 00177 Roma - tipi.prime@gmail.com

Registrazione Tribunale di Roma n. 48/2015, data registrazione: 23 marzo 2015

Seguici su Web: www.acoi.it **Twitter:** @chirurgi_ACOI

Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani A.C.O.I. - Via C. Morin, 45 - 00195 Roma - Tel. 06.37518937 Fax 06.37518941 - P. IVA 10612941004 - C.F. 97015540582 - © Copyright, tutti i diritti riservati



CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente
Diego Piazza

Past-President
Luigi Presenti

Vicepresidenti
Pierluigi Marini
Paolo De Paolis

Presidente Onorario
Gianluigi Melotti

Consiglieri
Ferdinando Agresta
Micaela Piccoli
Ildo Scandroglio
Marco Olivieri
Vincenzo Bottino

Segretario Nazionale
Stefano Bartoli

Segretario Tesoriere
Francesco Nardacchione

Segretari Vicari
Maria Grazia Attinà
Giovanni Ciaccio
Mario Campli
Luigi Ricciardelli

REVISORI DEI CONTI
Franco Icaro
Mauro Longoni
Tommaso Pellegrino

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



EDITORIALE



IL CONGRESSO UNITARIO COME MODELLO

di **Diego Piazza** *Presidente ACOI*

S Si è appena chiuso il congresso congiunto delle società chirurgiche italiane. La ratio dell'evento, voluto con forte determinazione da ACOI e SIC, è stato quello di riunire sotto un unico tetto i congressi nazionali di tutte la società scientifiche di chirurgia generale, creando sessioni con argomenti di interesse comune tra più società e poche sessioni d'interesse specifico di singole società.

Una formula leggermente diversa rispetto alla precedente edizione di quattro anni fa, che ha permesso a società con rappresentanti extra-chirurgici di mantenere una identità con sessioni condive con professionisti dedicati. Durante i cinque giorni del congresso non si è discusso solo di chirurgia, ma sono stati affrontati temi importanti per il chirurgo del XXI secolo, quali la sostenibilità, l'etica, il contenzioso medico-legale, l'innovazione tecnologica. Perché questi sono temi comuni a tutte le società scientifiche e abbiamo ritenuto che dovessero essere resi noti a ogni chirurgo italiano, indipendentemente dalla società scientifica di appartenenza. In particolare è stata posta enfasi politica sul tema del contenzioso medico-legale, argomento che angustia la totalità dei chirurghi italiani. Abbiamo dato un'immagine di

coesione e compattezza al mondo politico, ai media, alle associazioni esterne al mondo chirurgico e abbiamo mandato un segnale forte, chiaro e unitario: il chirurgo italiano non può più tollerare una pressione medico legale, mantenuta da lobby affaristiche piuttosto che frutto di chi ha a cuore la salute dei cittadini e il mantenimento di un Sistema Sanitario universalistico.

È stato un grande evento scientifico, culminato con un video festival nel quale sono stati presentati video integrali di interventi chirurgici effettuati in importanti centri di riferimento nazionali.

È stato un grande evento sociale, durante il quale si sono consolidati rapporti personali tra soci di diverse società scientifiche.

È stato un grande evento politico, nel quale i chirurghi italiani hanno potuto rivendicare uniti il ruolo centrale che la chirurgia ha sempre avuto nella tutela della salute dei cittadini.

Perché un congresso congiunto e non tanti singoli congressi nazionali? Innanzitutto una considerazione numerica. Abbiamo pensato che solo uniti possiamo fare massa critica per far sentire la nostra voce, non ha senso perdersi in mille rivoli ma conviene riunirsi in una

grande fonte. Oltre alla considerazione numerica abbiamo pensato alla sostenibilità economica dei congressi nazionali e abbiamo pensato che un unico grande evento è un risparmio economico e di tempo per tutti, dagli sponsor ai relatori ai partecipanti. Abbiamo assistito a troppi congressi nei quali le stesse persone parlavano degli stessi argomenti dicendo ovviamente le stesse cose dette ad un altro congresso nazionale la settimana precedente.

Il congresso congiunto è stato un evento di successo, questo porta a credere che il motivo che ha indotto ACOI e SIC ad organizzare un congresso congiunto di tutte le società scientifiche di chirurgia generale italiane si è dimostrato valido, allora, forse, possiamo pensare di applicare lo stesso modello alle società scientifiche chirurgiche italiane, che oggi sembrano troppe e troppo deboli, con poca forza politica.

Il congresso congiunto rappresenta l'embrione di un ragionamento diverso, sicuramente molto più europeo e moderno, l'alba di un tetto unico della chirurgia italiana, anche da un punto di vista di statuto e organigramma societario, per poter ridare al chirurgo italiano il ruolo che gli compete nel panorama sanitario nazionale.

Sommario

3 EDITORIALE

Il Congresso unitario come modello
di Diego Piazza

4 Il secondo Congresso della chirurgia unita: un'onda di sapere, condivisione, discussione e formazione
di Micaela Piccoli

5 DA PARTE NOSTRA
Anacronismo e attualità delle società scientifiche
di Paolo De Paolis

6 ACOI GIOVANI
Il Congresso congiunto e le nuove generazioni
di Gianluigi Luridiana

7 Lorenzin. Loda i chirurghi e garantisce sul fondo 2017

8 Madia. Meno burocrati e più medici

9 Cantone. Primari senza concorso patologia del sistema

10 OSSERVATORIO LEGALITÀ
Il chirurgo in processo
di Mauro Longoni e Emilia Masci

11 I numeri del congresso. Primo bilancio a conclusione del congiunto
di Mario Campli

A Marco Barreca
di Luigi Ricciardelli

12 Il nuovo consiglio direttivo SIC

14 FORMAZIONE
I master di chirurgia laparoscopica con l'Università di Malta

16 Le scuole di specializzazione in chirurgia: uno strumento per unire la chirurgia italiana
di Nicolò de Manzini

18 I CITTADINI
Accountability advocacy
di Rodolfo Vincenti

20 Un'occasione persa
di Rodolfo Vincenti

22 LA PAROLA ALL'AGENAS
Il PNE e la formazione
di Marina Davoli e Alice Basiglini

24 LA PROFESSIONE
I medici devono porsi a garanzia della salute delle persone
di Roberta Chersevani

26 Responsabilità sanitaria e diritto alla salute. Fare il chirurgo oggi
di Piero Marini

28 BREVI

31 Emergency Laparoscopy
di Diego Piazza

IL SECONDO CONGRESSO DELLA CHIRURGIA UNITA:

UN'ONDA DI SAPERE, CONDIVISIONE, DISCUSSIONE E FORMAZIONE

di **Micaela Piccoli** Consigliere Nazionale ACOI

Nel 2012, alla vigilia del primo Congresso della Chirurgia Unita, alla fine di un articolo pubblicato su questa stessa rivista, illustrando il lavoro che aveva portato alla realizzazione di questo grande progetto, scrivevamo:

...L'unica speranza è che questo evento non produca solo una piccola ondina circolare, come quella di un sassolino lanciato nel mare da un sognatore all'ora del tramonto; tutto questo sforzo comune, allora, avrebbe avuto davvero poco senso! Spero, invece, in una vera e propria onda gigante che ogni surfista aspetterà di cavalcare, tutte le estati sulla riva del mare.

Abbiamo atteso quattro anni e finalmente l'onda, non al tramonto ma all'alba di una nuova era, è arrivata! Gigante, potente ed irrefrenabile che ben 27 Società Scientifiche hanno voluto cavalcare con lo stesso intento: dare vita ad un grande Congresso! Dal 25 al 29 settembre 2016, nella prestigiosa sede dell'Auditorium della Musica, si è tenuto il Congresso Congiunto delle Società Scientifiche Italiane. I due presidenti del Congresso, Carlo Eugenio Vitelli e Giovanni Battista Doglietto hanno voluto che il tema principale fosse il futuro inteso come tecnologia, sostenibilità e formazione e direi che ci siano riusciti in pieno. La realizzazione è apparsa subito problematica, soprattutto per il tempo ri-



stretto a disposizione (noi Italiani non riusciamo ancora ad organizzarci con ampio anticipo!).

Il comitato scientifico "ristretto" - formato, oltre che dai due presidenti del Congresso e dalla sottoscritta, anche da Marco Filauo, Massimo Carlini, Lucio Achille Gaspari e Marco Montorsi - ha raccolto tutte le numerose istanze delle Società coinvolte, grazie alla possibilità di usufruire di referenti dedicati.

27 società scientifiche hanno condiviso spazi ed argomenti in modo tale da esporre in modo completo l'attualità della chirurgia italiana, creando dei veri e propri percorsi formativi, evitando inutili ripetizioni, mettendo

in risalto anche la possibile condivisione di temi trasversali e soprattutto dando spazio ai più giovani. Quattro giornate intense, insomma, che si sono articolate su 12 sale e che hanno accolto i maggiori esperti italiani, ma anche quelli meno esperti perché l'intento è stato la condivisione, la discussione ma soprattutto il ritorno a casa, per tutti, con qualcosa in più.

L'ACOI, inoltre, ha organizzato tre corsi, gratuiti per i soci, a numero chiuso, realizzati da tre delle scuole speciali: chirurgia laparoscopica e mini-invasiva, chirurgia epatica e chirurgia pediatrica.

Il Congresso, inoltre, ha ospitato Emergency in un corso a numero chiuso sulla chirurgia di guerra.

L'ACOI e la SIC, con i due presidenti Piazza e Corcione, hanno coordinato la complessa organizzazione garantendo il rispetto di tutte le esigenze delle diverse società coinvolte, grazie anche ad un comitato ristretto formato da Stefano Bartoli, Nicola di Lorenzo, Massimo Farina e Luciano Landa e dai referenti delle Società.

Durante il congresso si sono svolti ben 16 Consigli Direttivi e 17 Assemblee, perché la vita societaria doveva aver modo di esprimersi non solo in sessioni scientifiche. Saremo riusciti nel nostro intento? Noi pensiamo di sì.

La conferma l'avremo con la prossima onda gigante, magari fra soli due anni!

N

DA PARTE NOSTRA



ANACRONISMO E ATTUALITÀ DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

di **Paolo De Paolis**

Vicepresidente ACOI, Presidente Eletto SIC

È difficile avere un occhio disincantato e critico rispetto al ruolo delle società scientifiche per inquadrarne bene il valore e l'attualità odierna.

Nate alla fine dell'ottocento, furono una esigenza di confronto in un'epoca in cui il culto della personalità faceva affermare le capacità del singolo, e il criterio scientifico, specie in ambito medico, non aveva quella forza che oggi è alla base di ogni scelta razionale.

Nonostante questo la necessità di confronto emergeva fortemente e proprio quelle personalità che non avevano necessità di palco o di affermazione sentirono di doversi riunire in società che avevano il solo scopo di rendere più facile lo scambio di conoscenze e la messa in comune di cultura.

Oggi informazioni ed idee si scambiano con altre velocità e modalità, non si deve attendere un congresso o l'uscita di una rivista per sapere quali siano gli aggiornamenti in tema di diagnostica e terapia.

Sarebbe quindi semplice giungere alla conclusione che il ruolo delle società è cambiato e probabilmente si deve orientare l'attività delle società stesse verso un ruolo di arbitraggio o mediazione garante di buone pratiche nella selva di proposte e spinte innovative così numerose nella pratica clinica. È una immagine troppo povera e riduttiva delle nostre società per poterla accettare così e per pensare con orgoglio di iscriversi per farne parte.

Ciò nondimeno il numero delle società scientifiche proprio in tempi recenti è aumentato esponenzialmente e questo richiede una analisi.

Le ragioni possono essere molteplici ma riconducono ad un punto fondamentale: **il chirurgo ha necessità di riconoscersi e di sentirsi rappresentato.**

Il chirurgo è una figura carismatica ma fortemente sola; deve mostrare forza e decisione ma è totalmente consapevole dei limiti che natura e biologia impongono. Questo pendolo continuo consuma e un modo per attenuarlo è la condivisione di questa condizione. Per tale ragione quanto più ci si sente accomunati tanto più si è sollevati. La comunanza è maggiore nei gruppi limitati con dinamiche assimilabili di lavoro e di professione.

Questa è la ragione per la quale i sindacati medici non hanno mai sostituito il sentimento insito nelle società scientifiche e perché in rappresentanza di tante identità chirurgiche ciascuna ha costituito la sua propria società. Un sentimento societario è quindi la ragione prima che spinge in tal senso.

Quando si parla di identità chirurgiche molteplici è necessario ragionare su due fronti opposti. Da un lato come in nessuna altra condizione lavorativa vi è una esclusività di ruolo come nel nostro lavoro il chirurgo è sempre chirurgo e non può essere altrimenti. L'ingegnere può fare il progettista o il manager, il direttore di stabilimento o l'imprenditore e via così. Dall'altra a questa identità as-

soluta si affianca una grande variabilità rispetto all'esercitare la professione in un grande ospedale o in una sede periferica, in differenti posizioni di carriera, in ambito pubblico o privato, ospedaliero o universitario oltre che ovviamente in in una branca super specialistica o meno.

Ecco le ragioni della frammentarietà.

Di contro l'attacco che oggi la nostra categoria subisce non ha pari in nessun altro ambito professionale: il problema medico-legale, le spinte politiche e di indirizzo imposte e non condivise, il problema della formazione e il mancato riconoscimento del proprio ruolo e delle proprie gravose responsabilità.

Questi sono temi comuni a tutta la categoria sui quali ogni chirurgo sente reciproca sintonia, verso i quali avverte una sana necessità corporativa e è prova orgoglio quando la sua associazione fa proprie le sue istanze.

Saper cogliere questo sentimento e tramutarlo in azioni congrue è il compito duro che oggi vogliamo far nostro.

Chi saprà interpretare a dovere questo mandato vedrà naturalmente convogliare in un alveo più ampio i troppi rivoli che oggi senza indirizzo si esauriscono facendo perdere forza a quella vis a tergo fornita da tutti i chirurghi italiani.

È con questo spirito che ci avviciniamo al Congresso Congiunto delle Chirurgie di Roma 2016.

Un arrivederci quindi a breve a tutti voi.

N ACOI GIOVANI

IL CONGRESSO CONGIUNTO E LE NUOVE GENERAZIONI

di Gianluigi Luridiana
Coordinatore nazionale ACOI Giovani



I 25 e il 29 settembre gran parte dei chirurghi italiani si è ritrovata nel Congresso Congiunto delle Società Scientifiche Italiane di Chirurgia.

Un evento unitario è senz'altro apprezzabile nel panorama pluriframmentato della miriade di società scientifiche presenti in Italia, al quale il mondo della chirurgia contribuisce ampiamente con le sue oltre 70. E, tra i chirurghi, sarà apprezzato in particolare da chi questa situazione se l'è trovata già tale, essendosi cioè affacciato a questa professione più recentemente e non avendo perciò vissuto gli anni d'oro, in cui la proliferazione delle società scientifiche andava di pari passo con quello delle strutture complesse.

I giovani chirurghi, che una convenzio-

ne non scritta nel mondo scientifico italiano individua negli under 40, hanno avuto la possibilità di incontrarsi in un contesto ampio, comprendente sia la componente ospedaliera che quella universitaria della comunità chirurgica italiana.

ACOI Giovani ha partecipato in misura considerevole al programma scientifico dell'evento, organizzando diverse sessioni, anche in collaborazione con altre società scientifiche. Nello specifico, è stata l'occasione per valutare, a distanza di qualche, anno l'impatto nella pratica quotidiana delle linee guida sull'appendicetomia laparoscopica, stilate nel 2009 dall'allora gruppo giovani, sotto la guida di Luigi Ricciardelli: nuovi e vecchi giovani hanno presentato sia i risultati di un audit che ha fotografato il comportamento dei chirurghi italiani a 7 anni dalla pubblicazione, sia le novità emerse sull'argomento nella letteratura scientifica internazionale. In tema di chirurgia mammaria, oltre ad una sessione dedicata all'oncoplastica, vi è stata una tavola rotonda, organizzata in collaborazione con la SPIGC, a cui sono stati invitati alcuni fra i più autorevoli chirurghi senologi italiani, che ha cercato di fornire indicazioni condive su quando sia ancora opportuno eseguire la linfadenectomia ascellare in caso di linfonodo sentinella metastatico, alla luce delle novità emerse in seguito alla pubblicazione di diversi lavori scientifici sull'argomento.

Si è parlato - come è doveroso e quasi ovvio, considerate le istanze portate avanti in questi anni da ACOI Giovani - di standard qualitativi della formazione chirurgica, in una sessione multisocietaria.

È stato organizzato un ampio spazio, condiviso con la SICADS, per parlare delle competenze non strettamente tecniche, ma prevalentemente manageriali e organizzative, che devono ormai necessariamente far parte del bagaglio professionale del chirurgo moderno.

Non solo sessioni tecniche o scientifiche: durante le giornate congressuali c'è stata la possibilità e la voglia di discutere e confrontarsi, anche negli intervalli tra i lavori, sulle tematiche che investono in maniera importante la nostra quotidianità professionale: dal sempre più stringente taglio, o ottimizzazione che dir si voglia, delle risorse a disposizione del sistema sanitario nazionale, all'urgenza di un provvedimento legislativo equilibrato in tema di responsabilità medica, tanto agognato e al momento temiamo impantanato nei meandri dell'italico bicameralismo perfetto.

Problematiche affacciate prepotentemente e drammaticamente negli ultimi anni che, se per qualcuno hanno reso più difficile la parte terminale della carriera, per altri rischiano di rappresentare una costante di tutta la vita professionale, con tutte le conseguenze del caso.

LORENZIN LODA I CHIRURGHI E GARANTISCE SUL FONDO 2017



Beatrice Lorenzin ha chiuso i lavori del congresso unitario della chirurgia italiana. Ed ha strappato un applauso convinto dalla platea quando ha sottolineato l'abnegazione e lo straordinario lavoro svolto dai chirurghi e dal personale sanitario degli ospedali italiani.

Una partecipazione sentita in cui il ministro della Salute ha fatto il punto sulle prospettive della sanità pubblica: Sono sicura che il fondo sanitario nazionale non diminuirà. Anzi, aumenterà e io vorrei che questo aumento fosse in linea con gli obiettivi che ci siamo dati. Il ministro ha, quindi, ricordato le priorità legate all'aumento del fondo. Innanzitutto - ha detto - ci sono le politiche del personale, ovvero lo sblocco del turnover e la questione dei precari, poi il rifinanziamento del fondo per l'epatite C e, infine, l'accesso ai nuovi farmaci oncologici. Lorenzin ha colto l'occasione per sot-

tolinare l'importanza dei risultati raggiunti con la drastica riduzione delle centrali uniche di acquisto, passate da oltre 200 a 21. Ma non solo, il dibattito ha toccato anche le realtà regionali in sofferenza: È necessario aiutare le Regioni a uscire da piani di rientro e quelle che sono già uscite a non rientrarci: questo è un obiettivo molto forte, che riguarda metà del paese.

Lorenzin ha sottolineato poi la necessità di coinvolgere le società scientifiche

nella definizione delle centrali uniche d'acquisto: dobbiamo lavorare insieme per obiettivi misurabili nel breve termine. Ha ringraziato il lavoro dei medici perché, se sui telegiornali finiscono quei pochi casi di inadempimento, che si contano sulle dita della mano, miliardi di prestazioni sanitarie vengono fornite ogni giorno nel nostro paese con efficienza, efficacia e abnegazione da medici che lavorano a volte in condizioni proibitive e saltando anche le ferie.



MADIA MENO BUROCRATI E PIÙ MEDICI



È evidente a tutti quanto, nell'ambito della Pubblica Amministrazione, il vostro lavoro abbia una specificità in sé.

Questo percorso dovrà portarci a gratificare e valorizzare il vostro lavoro anche contrattualmente e poi a far sì che entrino nuove professionalità, con meccanismi diversi da quelli del passato. Nella Pubblica Amministrazione dobbiamo assumere le persone che servono a soddisfare i bisogni dei cittadini, quindi, se serve un medico o un chirurgo in un ospedale, dobbiamo assumere un medico o un chirurgo, non un amministrativo.

Parola di ministro, parola di Marianna Madia, che ha aperto il congresso della chirurgia unita nella splendida cornice dell'Auditorium di Roma. Il ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione ha detto ciò che il mondo medico denuncia da tempo, la preponderante rilevanza dell'apparato burocratico rispetto al personale sanitario. Madia ha definito anche un percorso: queste sono le modifiche che introdurremo nel Testo Unico, cambiando profondamente le modalità di reclutamento e



valorizzando meglio la vostra professione affinché possiate ogni giorno, come è nella realtà dei fatti, sentirvi al centro e protagonisti di una comunità di persone. Noi lavoriamo per migliorare le vostre condizioni, voi continuate a svolgere il lavoro prezioso che ogni giorno fate, anche con la tolleranza che bisogna avere in periodi difficili come quelli che il nostro Paese ha vissuto, che però, ve lo dico con ottimismo e fiducia, stiamo superando. Dopo questo Congresso ci aspetta insieme un tempo di confronto per far sì che queste modifiche normative e il rinnovo dei contatti sia davvero all'altezza della vostra importante professione. Affermazioni condivise ed apprezzate dai chirurghi presenti.

Non c'è un euro, degli attuali 111 miliardi del Fondo sanitario - ha detto Madia - che deve andare sprecato o essere male utilizzato. Perché da questo dipende anche la vostra condizione di lavoro, il fatto che voi possiate essere messi in condizione di portare avanti quella che è la vostra missione, la vostra vocazione quotidiana. Ci sono poi altre cose che faremo nei prossimi mesi. In particolare riapriamo, in concomitanza con l'approvazione in Cdm della prossima Legge di Stabilità, una stagione contrattuale importante per i dipendenti pubblici, perché sono tanti anni che non vengono rinnovati. E contestualmente discutiamo e mettiamo a punto il nuovo Testo Unico sul pubblico impiego.



CANTONE PRIMARI SENZA CONCORSO PATOLOGIA DEL SISTEMA

Ci sono reparti gestiti da anni da primari che non hanno mai fatto un concorso. È un problema che crea più problemi della cuccitica chirurgica che non funziona, perché è una patologia del sistema.

Lo ha detto il presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione, Raffaele Cantone, nell'ultima giornata del congresso unitario della chirurgia italiana. Ci sono reparti - ha osservato Cantone - retti da primari con proroga, con meccanismi assolutamente irregolari. La sanità è politicizzata. La scelta dei primari spesso non avviene per merito. L'aver attribuito a 360 gradi alle Regioni la responsabilità è stato un disastro. Come, del resto, l'ingerenza della politi-

ca è sicuramente uno dei problemi della sanità, che in alcuni casi finisce per essere anticamera di illeciti. In molti casi si è verificato un legame fra sanità, politica e criminalità organizzata, che nasce per esempio dalle considerazioni sugli scioglimenti delle aziende ospedaliere e delle Asl. Ho evidenziato come, purtroppo, sono molte le questioni che riguardano i vertici delle strutture. C'è una forte influenza della politica che, in alcune zone, significa anche un pezzo dell'influenza della criminalità. Lo scioglimento di Asl è la riprova.

Col suo stile diretto, il magistrato ai vertici dell'anticorruzione ha voluto stigmatizzare legami oscuri che da anni le società scientifiche segnalano, troppo spesso inascoltate. Per

Cantone uno dei problemi maggiori del sistema sanitario è quello degli appalti e della programmazione di spesa. Nel settore sanitario - ha detto il magistrato - c'è il più alto tasso di proroghe e rinnovi fuori norma, e si registrano addirittura affidamenti diretti rinnovati a prezzi non concordati. Ciò - ha detto Cantone che non ha quantificato il danno - porta sicuramente inefficienza, corruzione, mancata trasparenza e mancato servizio, con il rischio di un collegamento diretto con il malaffare, tipico di un ambito nel quale ci sono meccanismi di grande discrezionalità, ad esempio nelle nomine politiche decise non sempre in maniera trasparente, che possono diventare anticamera di favori, dietro i quali si può nascondere la criminalità.



N OSSERVATORIO LEGALITÀ

IL CHIRURGO IN PROCESSO

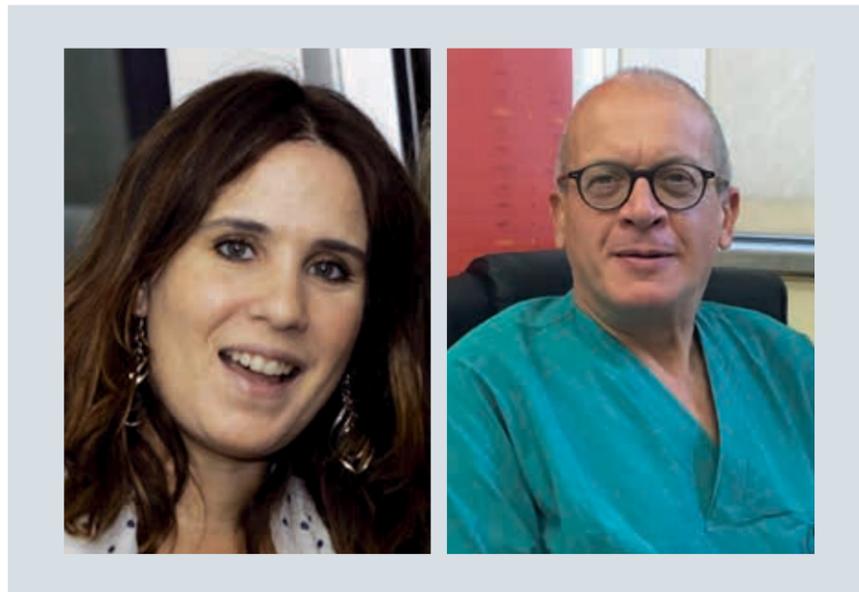
di **Mauro Longoni**
e **Emilia Masci**

ACOI, dopo l'esperienza pluriennale del gruppo di lavoro "Medicina e Legalità", in collaborazione con la SIC e la SICU, ha sostenuto e fortemente voluto che si riunisse un gruppo di lavoro costituito da giuristi, magistrati, medici legali e chirurghi al fine di realizzare una sessione congiunta nell'ambito del Congresso Unitario della chirurgia italiana tenutosi a Roma nel settembre scorso.

Questo gruppo di lavoro ha proposto un evento che prevedeva la simulazione di un processo penale e civile basato su un caso clinico realmente verificatosi a Milano e passato in giudicato. La simulazione del processo ha

permesso all'auditorio di rivivere le varie fasi del procedimento penale nella sua ritualità, ma anche di comprendere le enormi variabili che caratterizzano invece il processo civile.

Al di là della rappresentazione scenica dei due diversi tipi di dibattito, la sessione si prefiggeva l'obiettivo di identificare una serie di argomenti attraverso i quali fornire ai chirurghi presenti in sala una rapida ma puntuale formazione in materia che consentisse loro di portare a casa una sorta di istruzioni per l'uso. Numerosi sono stati gli argomenti affrontati, tra i quali la responsabilità del chirurgo nell'ambito dell'equipe medica, la responsabilità trasferita nell'ambito delle consulenze specialistiche, le problematiche relative alla gestione dell'emergenza-urgenza e la necessità di un adeguato rispetto



nella compilazione precisa e meticolosa della documentazione clinica. Relativamente a quest'ultima la parola d'ordine è stata *più si scrive meglio è*. Inoltre si è affrontato il tema di come dovrebbe configurarsi una ottimale copertura assicurativa, sottolineando il fatto che se l'arrivo di un avviso di garanzia anticipatorio del procedimento penale terrorizza il chirurgo, in realtà il vero timore deve derivare dei procedimenti civili in quanto questi ultimi, come ha efficacemente sintetizzato uno dei giuristi, *ti portano via la casa*.

La sessione ha riscosso l'interesse di un ampio auditorio con una partecipazione dei chirurghi attiva ed emotivamente forte in quanto la verità processuale non sempre corrisponde alla complessità della realtà che viviamo negli ospedali gestendo quel preciso paziente da

cui poi scaturisce il contenzioso. Auspichiamo pertanto che questo evento, per quanto importante ed incisivo, non rimanga fine a se stesso, augurandoci che ACOI, ancora una volta, ritenga di sostenere e di favorire il lavoro di questo gruppo.

L'impegno sarà, nel corso del prossimo congresso nazionale ACOI a Montebelluna Pescara del 2017, di realizzare una sessione proposta, animata e sostenuta da questo gruppo di lavoro che vedrà affrontare in maniera attraente e coinvolgente per il chirurgo, che non è e non deve diventare un piccolo giurista, argomenti di natura giuridica la cui conoscenza è sempre più indispensabile per la nostra professione e per affrontare al meglio aspetti della quotidianità lavorativa al fine di contenere in maniera rilevante il rischio del contenzioso.

I NUMERI DEL CONGRESSO PRIMO BILANCIO A CONCLUSIONE DEL CONGIUNTO

di **Mario Campli**

I Congresso Congiunto delle Società Scientifiche di Chirurgia si è appena concluso a Roma, ed è tempo di tracciare un primo bilancio sulla partecipazione all'evento. Si è trattato di un Congresso importante: per ritrovare una manifestazione paragonabile dobbiamo risalire al grande Congresso 2012, *Unità e valore della Chirurgia Italiana*, il primo Congresso congiunto in cui l'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani, la Società Italiana di Chirurgia e altre diciannove Società scientifiche di area chirurgica si riunirono in un unico, entusiasmante progetto. Allora come oggi la sede prestigiosa per un simile convegno è stata identificata nel complesso del Parco della Musica a Roma, l'*Auditorium* di Renzo Piano, una struttura polifunzionale in grado di ospitare agevolmente migliaia di persone. Ma cosa è cambiato dal 2012 al 2016? Indubbiamente sono stati quattro anni pesanti: da una parte il blocco del turnover determinato dalla pesante crisi economica, dall'altra il calo delle vocazioni

chirurgiche, che trova le sue ragioni anche nello svilimento della nostra professione, continuamente minacciata dal rischio di un contenzioso legale troppo spesso pretestuoso, hanno provocato una riduzione del numero dei chirurghi attivi in Italia.

Ma nonostante tutto questo, i numeri del *Congiunto* sono di tutto rispetto. Il Parco della Musica è stato *sequestrato* per una settimana dai chirurghi italiani: la parte del leone, naturalmente, è toccata all'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani, e alla Società Italiana di Chirurgia, promotrici in prima battuta del Congresso Congiunto cui hanno aderito con entusiasmo molte altre organizzazioni scientifiche, per un totale di **27** società, oltre alla Fondazione Chirurgo e Cittadino.

La Sala Sinopoli, capace di accogliere **1133** spettatori; la Sala Petrassi, da **673** posti; la Sala Auditorium Expo, da **300mq**; la sala MUSA, annessa al Museo degli Strumenti Musicali dell'Accademia di Santa Cecilia; la Sala Ospiti, in grado di accogliere **100** per-

sona; il Teatro Studio da **308** posti; l'adiacente Sala Coro, di poco più piccola; la Sala Giornalisti e le Sale Studio 1, 2 e 3, ciascuna da **60** posti; l'*Auditorium Arte* da **200mq**; tutti questi spazi hanno accolto, come ci fa sapere la Segreteria Organizzativa del Congresso, quasi **2700** chirurghi partecipanti presenti su **3300** iscritti. E più di **1000** sono stati i colleghi chiamati con un ruolo nella *faculty*, in **196** sessioni scientifiche, di cui **34** inserite in percorsi formativi con erogazione di crediti ECM, e **11** simposi aziendali; **382** comunicazioni orali, **180** video di chirurgia. Il grande foyer anulare che si sviluppa lungo **150** metri collegando gli ingressi delle tre grandi sale da concerto si è trasformato in un grande spazio espositivo dove le **42** aziende sponsor dell'evento hanno trovato ampia e comoda accoglienza per mostrare e dimostrare i più avanzati devices chirurgici disponibili, compreso però anche il banco del Professore che da Napoli è venuto a deliziare i congressisti con un caffè davvero speciale!



A MARCO BARRECA

di **Luigi Ricciardelli**

ponenti della prima commissione giovani, presieduta proprio da Marco, all'epoca della presidenza di Melotti negli anni 2005-2008, nata per idea sua, approvata con entusiasmo dalla lungimiranza di Stancanelli, dello stesso Melotti, di Vincenti e di Presenti. Con le sue idee di dare finalmente più spazio ai giovani noi campani della Associazione Campana Giovani Chirurghi (V. Bottino, A. Menduni de' Rossi, T. Pellegrino, M. Santangelo, il sottoscritto ed altri amici e colleghi) legammo rapidamente ed iniziammo quella collaborazione che ha portato tanti successi alla nostra ACOI... ed ha così inizio quel percorso poi continuato con *ACOI giovani* dal sottoscritto ed ora da G. Luridiana, con la passione di Marco per ACOI e per la chirurgia, col suo animo rivoluzionario, col suo impegno e con le appassionate battaglie per un ruolo attivo e per un maggiore coinvolgimento dei nostri soci più giovani.

È stato certamente importante per lo svilup-

po del nostro impegno e del nostro ruolo, in rappresentanza dei giovani, l'esperienza iniziale sua e quella della prima commissione, la sua appassionata partecipazione alle nostre riunioni, anche dopo la conclusione del suo triennio di presidenza e le mie tante telefonate a lui, anche lunghe e notturne. Condividono con me questo dolore e questi tanti bei ricordi anche altri colleghi, protagonisti di quegli anni iniziali, oltre qualcuno già citato, certamente F. Belli, V. Caracino, A. Corradi, S. Gobbi, G. Guercioni, L. Lazzaro, L. Mannino, D. Marchi, P. Mezzatesta, N. Vettorelto, M. Vinciguerra ed altri. Marco, un saluto... sincero, profondo ed appassionato come eri tu in tutte le cose che facevi.

Ci lasci tanto, certamente l'esempio e l'onestà delle tue battaglie, le tue competenze e la tua professionalità... e lasci al mondo i tuoi meravigliosi bambini con i quali sono certo che continueranno a camminare le tue idee. Grazie.

IL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO SIC



Come da tradizione ACOI News pubblica i curricula dei colleghi eletti al nuovo Consiglio Direttivo della Società Italiana di Chirurgia.

Le candidature espresse dal mondo ospedaliero e universitario risultano di grande impatto e coerenti con gli impegni e le problematiche che il Presidente eletto e i Consiglieri si troveranno a dover affrontare.



Paolo De Paolis

Presidente Eletto

È nato nel 1957. Si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Torino. Dal 15 ottobre p.v. nominato Direttore della Struttura Complessa Chirurgia 4 dell'Ospedale Molinette di Torino.

È membro del Consiglio Direttivo della Associazione Italiana dei Chirurghi Ospedalieri e Presidente della Società Piemontese di Chirurgia.



Alessandro Balani

Consigliere

È nato nel 1957. Si è laureato con il massimo dei voti in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Trieste, dove attualmente ricopre l'incarico di Professore Associato di Chirurgia Generale. Dal 2010 è Responsabile della Struttura Complessa di Chirurgia Generale dell'Ospedale San Polo di Monfalcone; dal 2012 è Responsabile anche della Struttura Complessa dell'Ospedale San Giovanni di Gorizia; i due poli ospedalieri sono attualmente riunite sotto un'unica etichetta all'interno della Azienda per l'Assistenza Sanitaria della Bassa Friulana-Isontina, e Centro di Riferimento Nazionale per la Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche.



Alfonso Barbarisi

Consigliere

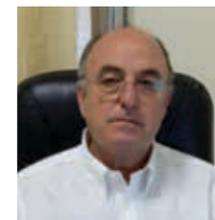
È nato nel 1948. Si è laureato con lode in Medicina e Chirurgia. È Professore Ordinario di Chirurgia Generale, e ricopre l'incarico di Direttore della IX Divisione di Chirurgia Generale, Vascolare e Biotecnologie applicate, e Direttore del Dipartimento di Scienze Anestesiologiche, Chirurgiche e dell'Emergenza presso la Seconda Università degli Studi di Napoli. È Presidente della European Society of Surgery, e Segretario Generale della Division of General Surgery della Section of Surgery & European Board of Surgery della Union Européenne des Médecins Spécialistes.



Francesca Catalano

Consigliere

È nata nel 1968. Si è laureata con lode in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Catania. Dal 2012 ricopre l'incarico di Direttore dell'Unità Operativa Complessa Multidisciplinare di Senologia del Dipartimento Materno-Infantile dell'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza "Cannizzaro" di Catania.



Gaetano Giuseppe Di Vita

Consigliere

È nato nel 1952. Si è laureato con lode presso l'Università di Palermo. È Professore Ordinario di Chirurgia presso l'Università degli Studi di Palermo.

Ricopre l'incarico di Direttore della Unità Operativa Dipartimentale di Chirurgia Generale presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo.



Giovanni Ramacciato

Consigliere

È nato nel 1950. È Professore Ordinario di Chirurgia Generale presso l'Università degli Studi "Sapienza" di Roma, e Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale della Facoltà di Medicina e Psicologia della medesima università, e Coordinatore del Dottorato di Ricerca in Oncologia sempre nello stesso Ateneo. Ricopre l'incarico di Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma e Direttore del Dipartimento ad Attività Integrata di scienze chirurgiche, anestesologiche e malattie apparato digerente della Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma.



Giovanni De Manzoni

Consigliere

È nato nel 1961. È Professore Ordinario di Chirurgia presso l'Università di Verona e ricopre l'incarico di Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale e del tratto Gastrointestinale Superiore presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.



Pietro Maida

Consigliere

È nato nel 1963. Si è laureato con lode presso l'Università degli Studi di Napoli. Dal 2006 è Direttore del Centro di Chirurgia Oncologica e Laparoscopica avanzata dell'Unità Operativa di Chirurgia dell'Ospedale Evangelico "Villa Betania" di Napoli, e dal 2013 è direttore del Dipartimento di Chirurgia del medesimo Ospedale, Centro di Riferimento Nazionale per la Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche. È membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Chirurgia della Ospedalità Privata.



Alberto Zaccaroni

Consigliere

È nato nel 1954. Si è laureato con lode in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi "Alma Mater Studiorum" di Bologna.

Dal 2006 ricopre l'incarico di Direttore dell'Unità Operativa di Chirurgia Endocrina, che dal 2010 è divenuta Unità Operativa Complessa, nell'Ospedale G. B. Morgagni-L. Pierantoni a Forlì.

N FORMAZIONE

I MASTER



DI CHIRURGIA LAPAROSCOPICA CON L'UNIVERSITÀ DI MALTA

Sono ufficialmente attivati per l'anno accademico 2016-17 i due Master di Chirurgia Laparoscopica organizzati da ACOI con l'Università di Malta

Il 5 Ottobre si è tenuta alla Valletta, presso l'Università di Malta, l'ultima riunione programmatica relativa al Master di Chirurgia Laparoscopica Avanzata organizzato dalla medesima Università e da ACOI.

Hanno partecipato: per ACOI il Presidente **Diego Piazza** insieme a **Micaela Piccoli** e **Gianluigi Melotti**; per l'Università di Malta **Godfrey La Ferla** (Direttore Dipartimento Chirurgia), **Pierre Schembri Wismayer** (Professore di Anatomia), **Richard Muscat** (Prorettore). Sei sono i posti previsti per il for-

mat full-time da espletare in un anno e sei sono i posti per il modello part-time da svilupparsi in due anni.

Il Master prevede una prima parte teorico-pratica a Malta con simulazione su cadavere, una seconda parte di tirocinio pratico, in Italia, presso alcuni dei maggiori centri di chirurgia laparoscopica, ed infine la dissertazione di una tesi su argomento originale, preparata con tutor dell'Università di Malta o di ACOI, a seconda del maggiore interesse su patologie o procedure affrontate durante il master.

La dead line per le iscrizioni è stata fissata entro Gennaio 2017. Il Master inizierà in Febbraio 2017.

Il programma completo dei corsi, con le specifiche di ciascuna materia e dei

docenti coinvolti, requisiti e modalità di iscrizione, è reperibile sul sito dell'Università di Malta ai seguenti link:

www.um.edu.mt/ms/programme/PMLPSPET6-2016-7-0
per il corso part time di due anni

www.um.edu.mt/ms/programme/PMLPSFTE6-2016-7-0
per il corso full time di un anno.



Roma, prima riunione, sede ACOI, 17 ottobre 2015.

Da sinistra: **Godfrey LaFerla**, Direttore del Dipartimento di Chirurgia dell'Università di Malta, **Pierre Schembri Wismayer**, Professore di Anatomia all'Università di Malta, **Diego Piazza**, **Gianluigi Melotti**, **Richard Muscat**, Prorettore dell'Università di Malta



Malta, La Valletta, seconda riunione, Università di Malta, 6 ottobre 2016

N FORMAZIONE



LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE IN CHIRURGIA: UNO STRUMENTO PER UNIRE LA CHIRURGIA ITALIANA

di Nicolò de Manzini

Direttore Dipartimento Chirurgia Generale e Toracica - U.C.O. di Chirurgia Generale, Azienda Ospedaliero-Universitaria, ospedale di Cattinara, Trieste

Ringrazio il Direttivo ACOI che mi offre la possibilità di provare a fare chiarezza sulle sfide che si pongono a chi vuole occuparsi di formazione chirurgica in Italia.

Le normative europee e quelle italiane (1,2) impongono che le Scuole di Specializzazione di Chirurgia abbiano sede presso le Università, abbiano una durata di 5 anni, diano un numero di crediti formativi pari a 60 all'anno e soprattutto garantiscano un numero minimo di interventi di 425 per specializzando nell'ambito dei 5 anni. I requisiti strutturali per l'esistenza di una Scuola di Specializzazione sono numerosi (3), cito soltanto il numero di docenti di ruolo nel settore scientifico-disciplinare della materia, le risorse amministrative (segreteria, fondi, informatica, logbook di attività), le strutture necessarie oltre a quella chirurgica (rianimazione, oncologia, anatomia patologica...). Tralascio la parte relativa alle attività teoriche e complementari (laboratorio, radiologia ecc), interamente a carico della sede centrale della Scuola, (4) per parlare della rete formativa: questa è costituita dall'insieme delle Strutture Chirurgiche che afferiscono alla Scuola, siano esse proprie dell'Università / Azienda Sanitaria Integrata in cui ha sede la Scuola, siano esse convenzionate con la Scuo-

la e presenti in altre Aziende Sanitarie, regionali o interregionali. La rete deve poter riservare allo specializzando almeno il 20% della propria attività. Come detto sopra, uno specializzando in Chirurgia Generale deve partecipare almeno a 425 interventi chirurgici, (30 di alta chirurgia, di cui 3 come primo operatore, 80 di media chirurgia, di cui 20 da primo e 195 di piccola chirurgia di cui 130 da primo). Il Collegio dei Professori Ordinari di Chirurgia ha pubblicato la classificazione degli interventi secondo il loro livello, con una recente revisione ed aggiornamento (5). Una Scuola deve avere un numero minimo di 3 specializzandi ogni anno.

Da questi dati emerge, per parlare solo dell'attività chirurgica, che una Scuola con 3 iscritti per anno deve poter dedicare ai 15 iscritti dei 5 anni 1275 interventi/anno (425/5anni x15 specializzandi), che saranno però il 20% di un minimo di 6375 interventi /anno eseguiti in quella rete formativa. Se vogliamo restare più realisti, e confrontarci con l'elevata complessità degli interventi eseguiti in alcuni centri, e con le legittime aspirazioni chirurgiche dei chirurghi strutturati, proviamo a considerare che solo il 10% degli interventi possa essere affidato a specializzandi: ecco che la stessa rete deve poter avere un potenziale di 12500 interventi/

anno per poter garantire il minimo agli specializzandi.

Appare quindi necessario che oggi il potenziale di attività chirurgica di una Scuola debba essere molto elevato, specie se consideriamo Scuole con 6 o 10 iscritti ogni anno.

E quindi compito della Scuola di identificare le Strutture che vorranno far parte della rete, sulla base delle loro potenzialità assistenziali, conferendo al Primario il titolo di Professore a Contratto, responsabile della certificazione delle attività svolte dallo specializzando presso la Struttura da lui diretta, e dell'attività tutoriale dei propri collaboratori. Il Professore a Contratto entra a far parte del Consiglio della Scuola.

Anche qui è d'obbligo una considerazione: gran parte del lavoro del Consiglio di Scuola è burocratico-amministrativo e viene svolto per via telematica, mentre bastano pochi incontri, specie a margine di convegni o di riunioni, per concertare i dettagli del piano di lavoro che ogni specializzando deve poter fare nelle strutture extrauniversitarie della rete: l'importante è condividere un piano formativo con grande chiarezza, e poi scriverlo e convalidarlo.

Esiste un organismo di controllo della corretta attività delle Scuole di Specializzazione, non solo chirurgiche, che è l'Osservatorio Nazionale delle Scuole

di Specializzazione. Oggettivamente questa istituzione non ha brillato per efficienza nel passato, ma è ripartita adesso sotto i migliori auspici, per verificare la corretta attuazione di quanto sin qui esposto.

Come si entra oggi in una Scuola di Specializzazione? (6) Fino a pochi anni fa il concorso era locale, Scuola per Scuola, sulla base dei contratti assegnati dal Ministero dell'Istruzione e dei posti aggiuntivi finanziati dalle Regioni. Il vantaggio era che concorrevano studenti interni, già frequentanti dei reparti della Scuola, che già avevano potuto dimostrare interesse e motivazione, esplicitate poi con la tesi e le conoscenze all'atto dell'esame di ammissione. Si è detto di quanto questo metodo potesse aver dato luogo a storture, proprie della nostra storia, e la soluzione sembrava essere stata trovata con il concorso unico nazionale, in cui i candidati sceglievano preventivamente il tipo e la sede della Scuola, esprimendo delle preferenze. I dubbi di equità non sono purtroppo scomparsi, e soprattutto in tutte le Scuole, chirurgiche o meno, sono risultati vincitori, scorrendo le graduatorie, anche studenti che avevano preferito in prima scelta discipline del tutto differenti: questo ha portato a una diminuzione della motivazione media, e a cambiamenti di indirizzo dopo un anno, mediante partecipazione a un secondo concorso, lasciando dei posti vuoti e dei contratti perduti, proprio in un momento storico di difficile finanziamento degli stessi. Il Collegio dei Professori di Chirurgia, assieme ad altri Collegi, sta cercando di migliorare questo metodo di ammissione, proprio per evitare questi effetti perversi.

Tutte queste informazioni e considerazioni ci devono portare a una riflessione su quello che vorremmo sia il prodotto finale di una Scuola, ossia lo Specialista in Chirurgia Generale pronto a entrare in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale o dell'Ospedalità Privata. Sottolineo come il percorso di uno specializzando vada tracciato, seguito, valutato e certificato, seguendo la crescita professionale, culturale e tecnica di ciascuno, garantendo un minimo comune denominatore per tutti ma ascoltando

e incentivando le aspirazioni e l'indirizzo che ogni specializzando vuole dare alla propria professione.

Guardiamo a quella che vorremmo, tutti noi chirurghi, che fosse la migliore formazione possibile per i nostri giovani: vorremmo che sappiano operare, certo, ma anche gestire un reparto, ma anche saper studiare, saper analizzare una situazione clinica, sapersi confrontare con chi fa ricerca fondamentale, saper essere critici sulla lettura di un articolo, saper presentare il risultato di una ricerca, sapersi presentare a un paziente o alla sua famiglia.....e la lista non si esaurisce qui.

Ora l'evoluzione della chirurgia rende impossibile che tutto questo bagaglio possa essere fornito da una sola persona, o da un solo gruppo; chi si affaccia a questa professione dovrebbe aver visto la chirurgia delle varici e quella dei trapianti, dovrebbe saper operare una brutta appendicite o una perforazione intestinale, saper condurre in porto una resezione oncologicamente corretta di un tumore del colon, saper confrontarsi in una strategia multi modale nel cancro e/o nell'organizzazione di una chirurgia ambulatoriale: ebbene tutto questo e molto altro oggi uno specializzando non lo può imparare in un solo centro, ma deve passare dei periodi mediamente lunghi in varie strutture, integrandosi in esse e apprendendo il saper fare ed il saper essere, confrontando con la sua testa le capacità delle persone che gli trasmetteranno il sapere.

Anche se la definizione di Chirurgia Generale è molto vasta e controversa, oggi la legge non prevede un vero e proprio tronco comune ben fatto e un successivo periodo di superspecialità (HBP, Colorette ecc): sta a noi chirurghi pilotare bene la formazione dei giovani, dar loro la possibilità di confrontarsi con la ricerca di base, con specialisti di altri settori, con colleghi che operano in situazioni differenti, con l'estero eccetera. Una Scuola di Specializzazione vuol dire anche controllare la crescita delle persone, mettere in piedi un laboratorio sperimentale, iniziare alla lettura critica delle pubblicazioni e al modo di analizzare i risultati della chirurgia, cre-

are dei seminari multidisciplinari, non soltanto creare un codazzo di discenti che seguano pedissequamente un unico cosiddetto maestro.

Una Scuola di Specializzazione vuol dire organizzare una rete formativa, reale e non sulla carta, in cui si integrano i campi di interesse di differenti strutture, ospedaliere e universitarie, in cui ci sia spazio per l'attività clinica intensa ma anche per la riflessione e lo studio. Questo sta a significare che Università e Ospedale debbano collaborare con molta modestia da parte di tutti: il primo obiettivo è quello di formare i giovani, senza dimenticare che attraverso i giovani saneremo dissidi e incomprensioni, che la loro osservazione e la loro critica ci spingerà a migliorarci, che la loro sete di conoscenza farà circolare le buone idee che saremo capaci di attuare. Non dimentichiamo che chi esce da una rete consolidata ha forti possibilità di trovare lavoro nella rete stessa, così come molte Scuole di Economia o di Management, finanziate dall'industria, inviano ai propri finanziatori il prodotto della loro formazione. Dobbiamo certo cercare di risolvere, tutti noi chirurghi ospedalieri e universitari, delle situazioni che prestano il fianco a critiche anche pesanti, ma invece di cavalcarle dobbiamo proporci uniti e solidi in una visione molto ampia della formazione specialistica chirurgica. **In conclusione penso che un corretto sviluppo delle Scuole di Specializzazione, attraverso una concertazione didattica all'interno di una rete forte e solida, possa non solo portare ad una formazione di qualità, scopo istituzionale, ma anche ad una più forte coesione del mondo chirurgico italiano. Un'utopia? Non credo.**

Bibliografia

1. Riassetto delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria. DM 5/11/2005
2. MIUR - n° 105 (8/5/2006) Suppl. ord. 115 Decreto 29 marzo 2006
3. Definizione degli standard e dei requisiti minimi della scuole di specializzazione. DM 29/3/2006
4. Riordino scuole di specializzazione di area sanitaria D 14 febbraio 2015 n. 68
5. Collegio dei Professori Ordinari di Chirurgia, 3/7/2015 www.profchirurgia.it
6. Bando accesso medici alle scuole di specializzazione A.A. 2015/2016 DM 20 maggio 2016 n. 313

W I CITTADINI

ACCOUNTABILITY, ADVOCACY*

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

(*) Relazione (modificata):
Nuovi riferimenti nella professione medica
3° Conferenza Nazionale della Professione
Medica - FNOMCEO - Rimini 18-21 maggio 2016

Non si può non prendere atto come nell'ultimo decennio sia avvenuta una rivoluzione nella professione del medico e come i sistemi sociali e sanitari siano profondamente cambiati;

tale situazione ha inciso profondamente nella domanda del cittadino e di conseguenza nel modo in cui il medico è tenuto ad esercitare la professione. L'aspetto maggiormente rilevante, che ripensa quanto la consuetudine passata ci ha sottoposto, è la necessità del dover *render conto*, sia come individuo singolo che come gruppo di lavoro, rispetto, non solo alla performance e agli outcomes, ma anche agli strumenti messi in atto per ottenerli (**accountability**).

Accountability nella professione significa essere chiamati a rispondere del proprio operato fornendo informazioni su che cosa si fa, motivando le scelte, per garantire standard di qualità ragionevoli. In buona sostanza rappresenta il diritto alla conoscenza attraverso il quale ridare fiducia a una alleanza, tra medico e cittadino, che oggi è al minimo storico.

L'accountability disciplina il rapporto tra operatore sanitario e malato, privilegia la interazione e la condivisione e, in ultima analisi, risponde alla domanda di salute del paziente rendendo il Cittadino protagonista del proprio percorso di assistenza sulla base di scelte libere e consapevoli (empowerment). Quindi

non semplicemente *performance*, ma anche responsabilità sociale superando la visione economica-finanziaria e guardando maggiormente alla dimensione delle attese del malato. Nel 2003 Harber e coll. hanno tentato di definirne i principi di base.

I sei principi dell'accountability

- 1 Non si è accountable se non si ha il controllo
- 2 Non è sufficiente controllare i processi senza raggiungere gli outcomes attesi
- 3 Empowerment dei soggetti coinvolti è fondamentale
- 4 L'accountability è dinamica: cambiano le situazioni, gli obiettivi, gli outcomes
- 5 Deve coinvolgere tutti gli operatori
- 6 È priva di senso se non conduce a conseguenze eque e appropriate

Harber, Bruce and Ted Ball
From the blame game to accountability in health care
Policy Options 2003;24 (10):49-54

Agli stakeholders della Salute viene richiesto inoltre l'impegno a modificare e indirizzare le politiche pubbliche che potranno avere un impatto diretto sul *benessere* dei pazienti per favorire il cambiamento sociale intervenendo sugli *attori*: istituzioni, professionisti, cittadini, per modificare il loro com-

portamento. Quindi *tutela* e protezione dei diritti del soggetto in difficoltà, ma anche *promozione*, intesa come co-progettare un assetto istituzionale e gestionale che tenga conto delle esigenze dei soggetti svantaggiati (*advocacy*).

A tale proposito non è superfluo ricordare come più volte e da tempo determinazioni di legge (L.833/78; art. 14 Dlgs 502/92; art. 12 del Dlgs 229/99; dl. 163/95 su carte servizi; L. 328/2000 sui servizi sociali) abbiano ribadito l'importanza a tal fine della azione delle organizzazioni di volontariato: *partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato nelle attività non solo relative alla "programmazione" ma anche al "controllo ed alla valutazione" dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale.*

Il fine ultimo sarà il miglioramento della percezione della qualità del Sistema, della adesione ai percorsi diagnostico-terapeutici, della relazione medico-paziente (*compliance*) e, non secondariamente, della riduzione del contenzioso medico-legale.

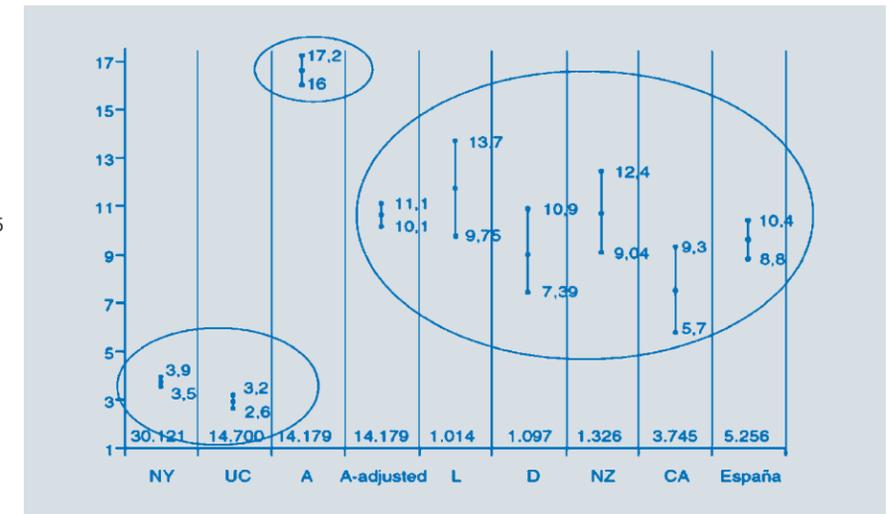
La necessità di una relazione *nuova* con il paziente/esigente deve far superare la banalità del semplice miglioramento dei comportamenti, ma deve rappresentare una discontinuità totale ed essere frutto di nuove organizzazioni del lavoro, di un Impegno Istituzionale coerente ed usufruibile, della rendicontazione sociale e responsabilizzazione degli operatori sia nelle procedure e

sistemi organizzativi sia nella ricerca della malattia attraverso l'ascolto e la conoscenza del malato.

La Fondazione Chirurgo e Cittadino - onlus - (FCC) è nata nel 2010 su iniziativa della Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI) nella considerazione di alcuni dati ormai stabilizzati e basati su evidenze scientifiche. Malgrado gli alti livelli assistenziali presenti in Paesi industrializzati con sistemi di welfare avanzati, gli *errori* umani e i cosiddetti *eventi avversi* (che includono accadimenti negativi privi di conseguenze fino a gravi lesioni irreversibili - tipo gli scambi di lato - o decessi) sono riscontrabili in percentuali significative (*tab 1*).

I fattori di rischio analizzati da meta-analisi, studi prospettici e retrospettivi dimostrano con assoluta certezza statistica che la insufficiente comunicazione in equipe e con il paziente, associata alla mancanza di coinvolgimento consapevole del malato nel percorso di cura rappresenta la principale causa di insorgenza di errore e di evento avverso (*tab 2, 3*).

In aggiunta a tali incontrovertibili dati è da segnalare che, a valle e conseguenza di molti eventi avversi, si instaurano procedimenti di rivalsa da parte del cittadino presunto danneggiato che, nella casistica di una delle maggiori compagnie assicurative di Francia, scaturiscono, nel 48% dei casi dei dossier di sini-



Tab 1 - Incidenza di eventi avversi in area chirurgica (%)

Risk factor	OR	CI	P-value
Emergency care	1.7	2.5	P<0.001
Hospitalization	1.6	2.3	"
Three doctors involved	2.0		"
Poor care coordination	3.9	5.4	"
Poor doctor-patient communication			P<0.01
Lack of patient involvement in care			"

Tab 2 - Fattori di rischio per insorgenza di errore sanitario (medico, terapia, diagnostica)

Risk factor	Significance P<0.001
Age (>65)	yes
Education	yes
Chronic conditions (>2)	yes
Number of doctors (>3)	yes
Poor care coordination	yes
Poor doctor communication	yes

Tab 3 - Fattori di rischio per insorgenza di errore
Scobie A. -Self-reported medical, medication and laboratory error in eight countries: risk factors for chronically ill adults. Int J Qual Health Care. 2011 Apr;23(2):182-6.10

stro, da difetti di comunicazione (*tab 4*). Come se tutto quanto sopra non fosse sufficiente a inquadrare la problematica esiste il dato, più volte e da più parti dimostrato come la qualità della assistenza sanitaria percepita dal cittadino sia notevolmente inferiore a quella realmente erogata. Alcuni sondaggi riferiscono che il 70% degli italiani ritiene abbastanza o molto probabile il rischio di incorrere in un errore medico (Altroconsumo 2011), mentre un sondaggio del CENSIS (2011) ha riportato che alle

domanda: *è mai capitato a te o ad un tuo familiare di subire un grave errore medico* il 15% ha risposto Sì. La FCC prende atto e invita a prendere atto, che il paradigma delle organizzazioni 2.0 è virato dall'era industriale a quella dell'informazione nella quale cambiamento, condivisione, empowerment sono le parole chiave che trasformano, nella Sanità del 2000, i malati da oggetti di malattia a persone con le quali stabilire una più profonda relazione di cura.

I CITTADINI



Tab 4 - Percentuale di cause di lite basate su deficit di comunicazione

Il medico, e il chirurgo in particolare, dovrà essere regista del proprio percorso professionale per approfondire le proprie competenze non solo tecniche, ma anche non tecniche (governo del rischio clinico, comunicazione, ecc.), utilizzando al meglio gli strumenti del Continuous Professional Development attualmente disponibili e sfruttando le numerose opportunità presenti nella disponibilità formativa per migliorare le proprie conoscenze professionali. FCC con il fondamentale e convinto sostegno di ACOI negli ultimi anni, anche sulla base dei risultati della ricerca nazionale *La Settimana dell'Ascolto su le opinioni dei pazienti sulla qualità del ricovero, il rapporto con i medici e l'informazione sull'intervento*, ha posto in essere un modello di Corso di Formazione (ECM) alla Comunicazione in chirurgia, sia in equipe che con il paziente, che si avvale di docenti esperti (chirurghi, psicologi, counsellor, infermieri, risk manager) e che organizza a richiesta delle singole Aziende Ospedaliere di tutta Italia. I Corsi sono indirizzati ai medici e gli infermieri di area chirurgica. Al momento della stampa di questa nota è in fase avanzata il progetto, con il soste-

gno del risk management della Regione Lombardia e di alcune Facoltà di Medicina, di analoghi moduli formativi per gli specializzandi di Chirurgia. Il cambiamento è operazione difficoltosa e densa di preconcetti negativi sulla opportunità di una nuova cultura della relazione che, attualmente sembra essere ineludibile.

L'invito ad essere proattivi sulla tematica è rivolto a tutti i colleghi chirurghi che vogliono aggiungere le qualità non tecniche alle già notevoli qualità tecniche affinché possano raggiungere quella professionalità complessa e a tutto campo che sempre più insistentemente ci viene richiesta.

I Corsi sono gratuiti (gli unici nel panorama dell'ECM relativa all'argomento), per tale motivo e perché FCC possa continuare a svolgere il suo ruolo chiediamo sostegno, sia con la destinazione del 5 x1000, sia con anche minime donazioni (con tutti i benefici fiscali che la legge consente). Informazioni sono disponibili su www.chirurgocittadino.it

Cinque giorni intensi, 27 società scientifiche di Chirurgia, una faculty di circa 700 che ha dato vita e qualificato apporto scientifico a circa 200 sessioni (letture, tavole rotonde, simposi, corsi ECM, sessioni video e comunicazioni) spalmate in dieci sale nel favoloso Parco della Musica di Roma.

Una sostanziosa presenza di tutte le Industrie correlate al mondo della Chirurgia, che hanno riempito con le più recenti tecnologie i pur ampi spazi espositivi disponibili; e i primi giorni del mite autunno romano, quasi una concessione benevola del tepore estivo, hanno accompagnato il Congresso Congiunto delle Società Scientifiche Italiane di Chirurgia.

Per tutti i chirurghi, e non solo, è stato un evento da non perdere: aggiornamento tecnico e tecnologico, risultati consolidati, linee guida, protocolli basati sull'evidenza scientifica, proiezione nel futuro e, non ultimo, il contatto umano tra colleghi con differenti esperienze e conoscenze. Senza alcun dubbio un successo!

Con l'auspicio che possa ripetersi nel futuro, magari con qualche, credo necessaria, modifica *strutturale* dei momenti formativi.

Coloro che vi hanno partecipato avranno assorbito tutto quanto necessario a far di loro, chirurghi *tecnicamente* aggiornati e metteranno in pratica, nei propri blocchi operatori, le conoscenze apprese.

Detto ciò, personalmente penso che si sia persa l'occasione di rispondere globalmente a quello che la Società civile oggi pretende di ricevere dal mondo della sanità.

La domanda di salute è pressante: il malato desidera raggiungere l'obiettivo massimo possibile attraverso un percorso condiviso e trasparente nel quale i curanti abbiano messo in azione tutte le *tecniche* di sicurezza per raggiungere un *outcome* privo di incidenti non previsti. Mi riferisco all'universo delle *non technical skills* la cui adozione, nei percorsi pre e post-intervento, dimostratamente riduce il rischio di eventi avversi e, conse-

UN'OCCASIONE PERSA



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

in 544. In una medicina sempre di più multidisciplinare diversi gruppi clinici si prendono cura dello stesso paziente lungo il percorso di cura; l'esperienza ci dice che in tale percorso informazioni cruciali possono essere perse, distorte o mal interpretate. Necessario quindi provvedere ad individuazione di percorsi organizzativi, comportamenti e buone pratiche, personalizzati per ciascuna U.O, che, applicati congiuntamente e in modo adeguato, migliorino la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che gli stessi determinerebbero, se ogni strategia fosse attuata separatamente (*bundle*).

Su 1255 ricoveri di pazienti osservati dopo l'inserimento del *bundle* di attività riguardanti l'Handover, gli errori sono diminuiti dal 33,8% al 18,3% (Starmer, 2013).

Questi sono solo una minima parte delle risultanze che dimostrano l'importanza della corretta comunicazione clinica per la sicurezza del percorso di cura, ma i dati sono univoci e non discutibili; come non contestabile è l'opportunità che ogni gruppo di lavoro debba dotarsi di sistemi organizzativi (e ne esistono molti e ben testati) finalizzati alla riduzione dell'incidenza di errori.

La cura medica è estremamente complessa, e questa complessità associata con le insite limitazioni delle prestazioni

dell'uomo, anche in soggetti molto ben preparati, motivati ed esperti può comportare l'insorgenza di errore, (5-7% nei paesi industrializzati).

Una comunicazione ed un lavoro di squadra efficaci possono aiutare a prevenire questi errori *inevitabili* e quindi a ridurre i danni per i pazienti. L'introduzione di strumenti e comportamenti standardizzati che possono *fare da ponte* in modo efficace fra i differenti stili comunicativi di medici, infermieri ed altri operatori sanitari migliorano significativamente i livelli di sicurezza.

La Fondazione Chirurgo e Cittadino, dalla sua costituzione, si impegna affinché il chirurgo possa, a fianco delle proprie competenze tecniche, aggiungere, e così incrementare esponenzialmente il proprio bagaglio di professionista del terzo millennio, le indispensabili conoscenze delle *non technical skill*, tra cui la comunicazione in equipe e con il paziente rappresentano una non secondaria parte.

Che un Congresso nazionale di tutta la chirurgia italiana non prenda atto del presente e della domanda di sicurezza e di trasparenza a lui rivolta dal cittadino e dalle istituzioni e non inserisca in ogni sessione *tecnica* gli aspetti *non tecnici* della professione o, ancor più efficacemente non ne discuta in *plenary session*...

Beh! Io la considero una occasione persa!

(*) chi volesse approfondire: *Sentinel event data: root causes by event type* (2004-2014). Chicago: *The Joint Commission*, April 24, 2015 (http://www.jointcommission.org/sentinel_event_statistics).

Sostieni la FCC

Diventa un socio sostenitore o effettua una Donazione

Dona con PayPal: è rapido



LA PAROLA ALL'AGENAS

IL PNE E LA FORMAZIONE

di Marina Davoli e Alice Basiglini

Le informazioni del PNE, caratterizzate da alta complessità tecnico-scientifica sono destinate a un pubblico esperto, coinvolto ai vari livelli nell'organizzazione, gestione ed erogazione delle cure.

La prima popolazione target è dunque quella dei professionisti, rispetto ai quali i risultati del PNE intendono svolgere un doppio obiettivo informativo: prima ancora dei dati di esito e delle possibili implicazioni in termini di processi reattivi positivi a livello di offerta sanitaria, le pubblicazioni del PNE hanno come obiettivo la diffusione nel SSN della cultura della valutazione comparativa osservazionale e dei concetti di *misurabilità* e di *qualità misurabile*, quali elementi di supporto a un'offerta sanitaria che risponda sempre più a criteri di efficacia, equità e sicurezza.

Per stimolare cambiamenti positivi e funzionare da catalizzatore del miglioramento, il monitoraggio dei processi e degli esiti, attraverso il PNE ma anche e soprattutto attraverso meccanismi

di controllo interno che PNE da sempre si impegna a promuovere, deve diventare parte integrante della pratica clinica. In questo quadro, i dati sulla qualità e sull'appropriatezza delle cure non sono l'esito del processo di verifica ma il punto di partenza di un percorso di identificazione dei determinanti degli esiti e dei possibili margini di miglioramento dell'assistenza: le stime devono essere correttamente interpretate, sia per desumere dalle misure statistiche le informazioni implicite sulla qualità, sia per comprenderne il valore e i limiti applicativi. Le valutazioni del PNE sono il risultato di elaborazioni statistiche, e, in quanto tali vanno interpretate con un approccio critico e contesto-specifico. PNE mette a disposizione elementi conoscitivi, che vanno utilizzati tenendo conto degli errori sistematici o campionari che possono alterare le misure scientifiche nonché di caratteristiche ambientali che non solo possono spiegare ma anche *giustificare* un risultato. In questo quadro, il PNE sviluppa corsi di formazione a distanza (FAD) con l'o-

biiettivo di fornire strumenti utili a una agevole navigazione sul sito web (per l'identificazione delle informazioni di interesse), alla corretta lettura dei risultati, a un efficace utilizzo degli strumenti di monitoraggio e di audit messi a disposizione, anche fornendo alcuni elementi base di metodologia epidemiologica applicata alla valutazione di esito.

Negli anni passati sono state già attivate due edizioni del corso ECM di formazione a distanza, sviluppate in collaborazione tra PNE e Zadig, con più di 100 mila partecipanti e oltre 1 milione e 200 mila crediti ECM erogati.

Il corso è articolato in:

- lettura obbligatoria di alcune Fonti Informative (per la corretta navigazione sul sito web PNE e per l'acquisizione di conoscenze epidemiologiche di base necessarie alla corretta interpretazione dei contenuti PNE e ad affrontare e superare i test delle sezioni successive);

- ricorso facoltativo ad alcuni video tutorial e alle FAQ, come ulteriore supporto alla navigazione e alla comprensione dei risultati;

- diverse attività ECM con domande a risposta multipla volte a verificare la capacità dell'utente di applicare le conoscenze acquisite;

- un questionario di gradimento, da completare obbligatoriamente.

Tra le fonti informative, PNE ha elaborato una guida all'uso del sito web, un manuale *Elementi di epidemiologia per la valutazione comparativa di esito* (Fig.1) e un documento con note metodologiche sugli indicatori di esito.

I video-tutorial (*Gli strumenti di ricerca, Analisi dei risultati, Gli strumenti delle statistiche, Come si usano i dati PNE, Gli strumenti per le procedure di Audit*) mostrano concretamente e con approccio didattico l'utilizzo del sito PNE, con opportuni commenti che facilitano l'interpretazione dei risultati (Fig.2).

A mano a mano che i contenuti del PNE si ampliano, anche in relazione ai nuovi ruoli che la normativa nazionale attribuisce al Programma, il corso FAD viene revisionato e integrato, in modo da accompagnare e supportare l'utente nella corretta interpretazione delle informazioni e nel corretto ricorso agli strumenti conoscitivi e operativi messi a disposizione.

Considerato il successo delle prime due edizioni, è stato deciso di replicare e potenziare l'offerta formativa: nella nuova edizione del Programma (edizione 2016), che sarà online in autunno, saranno pubblicate anche le rappresentazioni grafiche sintetiche della qualità dell'assistenza ospedaliera (Treemap), alla luce del Decreto di attuazione dell'articolo 1, comma 526 della legge di stabilità 2016 in tema di "Piani di efficientamento e riqualificazione". Il corso FAD sarà ampiamente rivisitato e integrato con opportuni elementi formativi appositamente dedicati alla comprensione di questo nuovo strumento, tanto dal punto di vista metodologico quanto dal punto di vista applicativo.

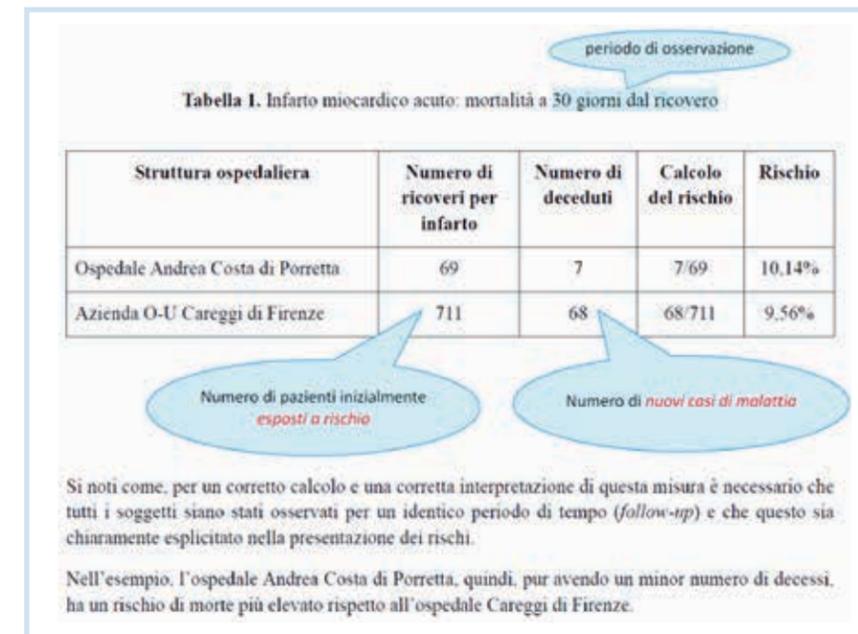


Fig. 1 Estratto dal Manuale *Elementi di epidemiologia per la valutazione comparativa di esito*

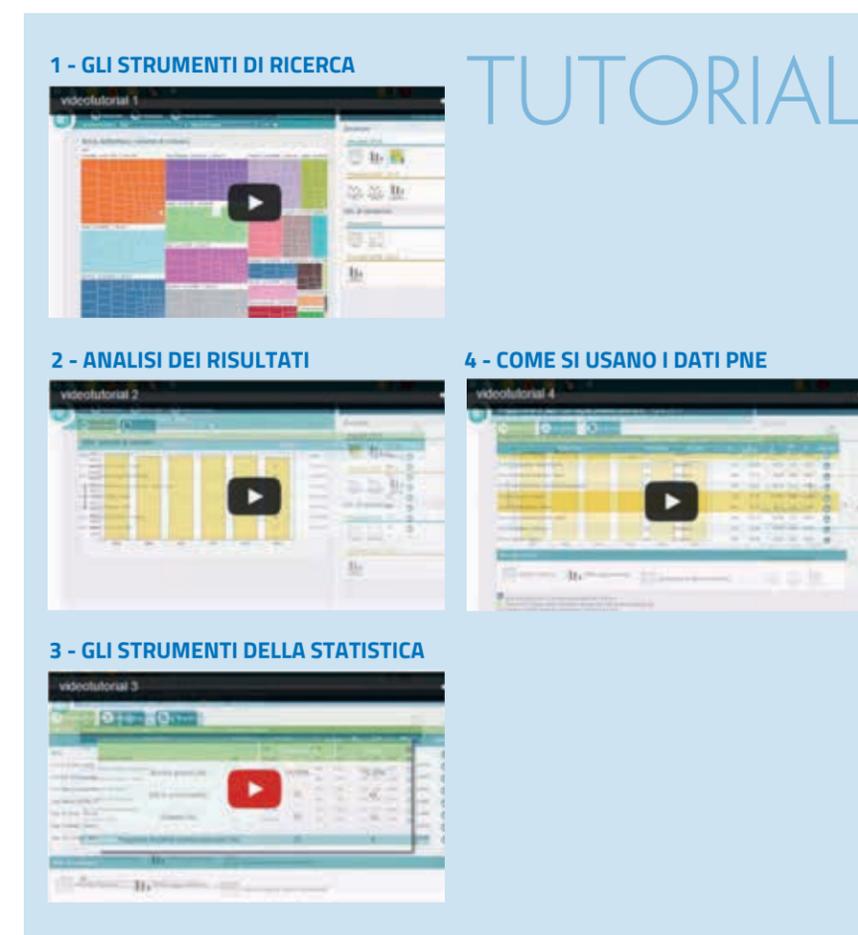


Fig. 2 I video tutorial del corso FAD ECM del PNE (edizione 2014)

LA PROFESSIONE

I MEDICI DEVONO PORSI A GARANZIA DELLA SALUTE DELLE PERSONE

Le vaccinazioni come esempio dell'importanza di una corretta comunicazione e gli obblighi del medico verso la collettività.



di **Roberta Chersevani**
Presidente FNOMCeO



I vaccini rappresentano una delle più grandi vittorie nella storia della medicina. Ma proprio la scomparsa di malattie che hanno causato tante vittime, l'assenza di soggetti sopravvissuti e portatori di esiti evidenti - mi riferisco in particolare alla poliomielite - fanno sì che oggi si possa assumere un atteggiamento di indifferenza, o peggio ancora di contrarietà nei confronti dei vaccini.

La non conoscenza di una malattia può rendere un non problema e quindi portare ad ignorare il percorso che ne ha consentito l'eradicazione.

Questo contesto può forse spiegare l'atteggiamento di soggetti che decidono di non vaccinarsi o di non vaccinare i propri figli, ma non giustifica la posizione dei medici che si dichiarano contrari ai vaccini, senza avere la giustificazione di una mancata conoscenza del problema. Diffidenza, pregiudizio, disinformazione, scarse conoscenze scientifiche, grande diffusione di modalità di comunicazione non controllabili, fanno diffondere la pratica della non vaccinazione.

Il calo delle coperture vaccinali, che interessa anche altri paesi europei, rischia di far ricomparire malattie sconosciute da tempo.

La presa di posizione a favore delle vaccinazioni da parte della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri ha il significato di porsi a garanzia della salute delle persone.

I vaccini sono tra i farmaci più controllati e garantiti, proprio perché somministrati a soggetti sani. La loro qualità nel tempo è migliorata, e la possibilità di produrre vaccini che hanno la caratteristica di prevenire lesioni precancerose offre nuove possibilità di salute.

La possibilità di ritardare nel tempo la comparsa di malattie tumorali o di prevenirle del tutto non può consentire atteggiamenti antivaccinali, che andrebbero a incidere anche in questi nuovi ambiti di immunoterapia.

Gli impegni che FNOMCeO si assume sono tanti. Intensificare la campagna per l'adesione del personale sanitario alla vaccinazione, migliorare la comu-



nicazione nei confronti dei cittadini-utenti, garantire l'omogeneità delle campagne vaccinali a livello nazionale, dare il massimo impulso alla vaccinazione nei primi mesi di vita al fine di prevenire patologie potenzialmente gravissime, sostenere tutte le normative regionali e nazionali tendenti a riaffermare la necessità della vaccinazione sono alcune delle proposte. Seguono le sollecitazioni alle Aziende produttrici di vaccini a dare il massimo supporto alla ricerca, e al Governo di predisporre linee guida per le campagne vaccinali attraverso i mass media. **Va superato il disallineamento tra scienza e diritto, auspicando che i magistrati intervengano in tema di salute recependo nelle loro sentenze la metodologia della evidenza scientifica.**

Il ruolo del medico nella promozione delle vaccinazioni deve essere valorizzato. **Il medico deve essere formato ad una divulgazione scientifica, che mi-**

gliori le basi cognitive con cui i cittadini affrontano le notizie scientifiche.

Il medico deve collaborare ai provvedimenti di sanità pubblica: la mancata partecipazione costituisce infrazione deontologica.

Nel nostro Codice Deontologico, aggiornato nel 2014, si fa chiaramente riferimento alla prevenzione di eventi avversi e alla sicurezza delle cure, attraverso l'adesione a buone pratiche cliniche. Si precisa che **il medico non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia.** Si precisa che il medico ha doveri nei confronti dei soggetti fragili e tutela il minore. Si ribadisce che il medico garantisce alla persona assistita un'informazione comprensibile ed esaustiva anche sulla prevenzione, e non divulga notizie che alimentino aspettative o timori infondati o, in ogni caso idonee a determinare un pregiudizio dell'interesse genera-

le. E ciò è ancora più grave in un'era in cui l'individualismo è prevalente e porta a dimenticare gli obblighi verso la collettività.

La tutela della vita e della salute psico-fisica dell'individuo rientrano tra i doveri generali e le competenze del medico, di quella professione unica, caratterizzata da una relazione irripetibile: la relazione di cura.

La libertà di scelta va rispettata, così come le rispettive autonomie e responsabilità. Alla base di tutto una comunicazione medico-paziente chiara, comprensibile, serena, precisa e decisa, soprattutto in quei contesti, quali possono essere i vaccini o la scelta degli stili di vita, che possono influire pesantemente sulla salute.

Una comunicazione che deve essere autorevole, perché correlata da dati scientifici inoppugnabili e basati sull'evidenza.

LA PROFESSIONE

RESPONSABILITÀ SANITARIA E DIRITTO ALLA SALUTE

FARE IL CHIRURGO OGGI

di **Piero Marini**

Vicepresidente ACOI

Il progetto di riforma della responsabilità in materia sanitaria ha avuto una genesi e un processo di formazione della legge piuttosto lungo.

Il tema della responsabilità sanitaria è ormai da tempo al centro di discussioni che riguardano il ruolo del medico e delle strutture sanitarie pubbliche e private nei confronti del diritto alla salute del malato, che rimane un punto fermo attraverso il quale osservare qualsiasi progetto di riforma del settore. **Quelli che sono definiti genericamente come casi di mala sanità possono essere determinati da una serie molteplice di cause che vanno dal danno colposo a forme di distacco rispetto all'etica professionale.**

È in questo coacervo di sfumature che si è mosso negli anni il sistema giuridico, alla ricerca di una sistemazione normativa che fosse in grado di pervenire al giudizio nel rispetto dei diritti del paziente, ma anche nella considerazione dei rischi che il medico si deve assumere in determinate circostanze. Per questo motivo, e vista la delicatezza del tema in oggetto, sia alla Camera sia al Senato sono state portate avanti lunghe analisi e dibattiti coadiuvati dalla collaborazione delle audizioni parlamentari. Si sta quindi arrivando



in via definitiva ad un riordino che era richiesto da più parti, soprattutto per le criticità concrete che opprimono il settore sanitario rispetto al rischio di

contenziosi con i pazienti. Così come previsto nel DEF e nel programma di riforme del Governo, questo tema dovrebbe giungere ad una riorganizzazione organica entro la fine del 2016. Analizzando nello specifico alcuni aspetti salienti del disegno di legge in oggetto, si nota che la sua ratio ispiratrice nelle intenzioni dell'esecutivo, è quella di ricreare un nuovo equilibrio nel rapporto tra medico e paziente, pervenendo alla risoluzione di due problematiche: la mole del contenzioso medico legale (che ha causato anche un notevole aumento del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture) e il fenomeno della medicina difensiva che ha causato un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità.

La gestione del rischio in ambito sanitario è attività prevista già nella legge 189 del 2012 (legge Balduzzi) che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale tra risk management e una più efficace gestione delle risorse economiche ha indotto a stralciare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli per inserirle nella legge di Stabilità 2016, in cui sono attribuite alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso

delle risorse, ma anche sulla tutela del paziente. Nel decreto Gelli, inoltre, si prevede l'istituzione presso l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari) di un Osservatorio nazionale con lo scopo di raccogliere ed elaborare le informazioni che arriveranno dai nuovi Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente istituiti in ogni Regione.

La raccolta di questi dati statistici servirà al monitoraggio degli errori in sanità e risulterà utile nella predisposizione o adeguamento di nuove linee di indirizzo in collaborazione con le società scientifiche.

Sul fronte della **responsabilità penale**, il testo prevede l'inserimento dell'art. 590-ter nel codice penale, in base al quale l'esercente la professione sanitaria che provoca la morte o la lesione personale del paziente a causa della sua imperizia risponde dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose soltanto in caso di colpa grave. Tale colpa però viene esclusa quando il medico agisce nel rispetto delle buone pratiche clinico-assistenziali e delle raccomandazioni previste dalle linee guida.

Sul fronte **civile**, viene istituito un doppio binario, in cui la responsabilità è quella contrattuale per le strutture sanitarie (pubbliche e private) ed extracontrattuale invece per i medici, sia che svolgano la propria attività presso le strutture sanitarie pubbliche o private, sia in rapporto convenzionale con il servizio sanitario nazionale. La responsabilità di tipo extracontrattuale comporta automaticamente l'inversione dell'onere della prova (a carico del paziente) e la riduzione della prescrizione a 5 anni in luogo che 10.

In quest'ottica, l'azione di rivalsa nei confronti del medico potrà essere esercitata soltanto per dolo o colpa grave.

Col principio di ridurre al minimo indispensabile i casi di contenzioso grave ed il ricorso all'autorità giudiziaria, è stato previsto anche il tentativo obbligatorio di conciliazione da esperire prima dell'avvio di qualunque proce-

dimento, attraverso l'azione tecnico-preventiva affidata al perito. Viene poi confermato l'obbligo di assicurazione per tutti (aziende Ssn, strutture ed enti privati) ed estesa la copertura anche ai professionisti sanitari che vanno in quiescenza. È molto importante, poi, la previsione di un fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria. Il disegno di legge di legge Gelli, **Disposizioni in materia di responsabilità del personale sanitario**, è stato approvato dalla Camera dei Deputati il 28 gennaio 2016 ed è attualmente all'esame della commissione Affari Sociali del Senato. Il relatore è Amedeo Bianco (Pd). Sono passati sette mesi, durante i quali il presidente Acoi Diego Piazza ed io abbiamo partecipato a varie audizioni per seguire da vicino l'elaborazione del testo di legge e, contestualmente, chiedere garanzie sui tempi di approvazione di una legge che i chirurghi italiani aspettano da troppi anni. Da anni, in ogni occasione, ripetiamo cosa ha provocato il fenomeno del contenzioso medico legale, diventato oggi assolutamente insopportabile e insostenibile per i chirurghi, anche se per alti **professionisti** si è trasformato in un business.

Ci siamo confrontati sui costi della medicina difensiva che, secondo alcune fonti accreditate superano i dieci miliardi di euro (per alcuni più di quindici), abbiamo cercato di parlare di sostenibilità della chirurgia italiana e dell'aggiornamento tecnologico che, è vero, ha dei costi, ma si traduce in qualità e sicurezza nelle nostre sale operatorie. Tutto questo andrebbe a favore di una corretta crescita professionale dei giovani chirurghi e di maggiori garanzie per i pazienti.

Proviamo ad immaginare quanti investimenti in tecnologia, formazione e assunzioni si potrebbero fare anche solo con una parte dei costi degli esami e delle procedure improprie legate alla medicina difensiva.

Abbiamo visto cambiare espressione nella faccia dei nostri interlocutori quando abbiamo introdotto il concetto di chirurgia omissiva e ne abbiamo descritto i potenziali effetti. Una situazione che indubbiamente pesa anche

sul calo delle vocazioni chirurgiche, con previsioni assolutamente allarmanti per i prossimi dieci anni. Siamo una società scientifica con una visione e grandi legami internazionali, ma sarebbe davvero un peccato per la scuola chirurgica italiana, di grande tradizione, dover ricorrere ai chirurghi di *importazione*.

Come può un giovane, pur avendo la giusta passione per la chirurgia, decidere di fare il chirurgo oggi? Quale prezzo si deve pagare, considerando che in Italia si è considerati giovani chirurghi a 40 anni, che non si entra nel mondo del lavoro prima, che per lavorare, sottopagati, in strutture private bisogna stipulare polizze assicurative che superano i 6000 euro l'anno?

Ecco perché molti vanno all'estero dopo la specializzazione. L'Italia investe e forma dei chirurghi che, prendendo atto della situazione, decidono di andare all'estero. In questo fenomeno il contenzioso medico legale ha un ruolo molto rilevante. Quando abbiamo parlato di queste problematiche le prime risposte sono state: *dobbiamo fare presto*. Al momento il provvedimento è in commissione Affari Sociali del Senato e, dagli atti che ho potuto visionare, risulta che al momento ci sono decine di pagine di emendamenti.

Qualcuno dice che la legge non è perfetta, certamente può essere migliorata in futuro, ma non cadiamo nella trappola di una discussione infinita che allungherà ulteriormente i tempi già troppo lunghi rispetto alle previsioni iniziali. Non vorrei ma purtroppo inizio a pensare che ci sia qualche gruppo, magari trasversale, che lavori in questa direzione.

A mio giudizio i Chirurghi Italiani non possono e non vogliono più aspettare. Davanti a provvedimenti importanti che rischiano tempi e procedure troppo lunghe il Governo pone la fiducia. Auspichiamo, nel caso in cui la legge non venisse approvata entro la fine dell'anno, un intervento del governo in questo senso. Così facendo, la politica avrà fatto certamente un grande lavoro per i chirurghi, ma soprattutto per i pazienti che noi curiamo e che la politica rappresenta.

BREVI

BREVI

BREVI

LAVORO:**ACOI, BLOCCO TURNOVER PUÒ METTERE IN CRISI SALE OPERATORIE**

Il blocco del turnover rischia di mettere in crisi l'attività delle sale operatorie, che oggi continuano a garantire standard elevati solo grazie alla dedizione del personale sanitario.

È indispensabile anche intervenire per sbloccare le nomine dei primari, troppo spesso rimandate per mesi o addirittura anni.

Lo ha detto il presidente ACOI, **Diego Piazza**, nel corso di un incontro con il ministro della Sanità Beatrice Lorenzin e il presidente dell'autorità anti-corruzione Raffaele Cantone.

SANITÀ:**ACOI, PIÙ MEDICI E MENO IMPIEGATI**

Più medici e meno impiegati. I chirurghi condividono le parole di **Marianna Madia** - intervenuta all'apertura del secondo congresso della chirurgia unita nella splendida cornice dell'Auditorium di Roma - e daranno il loro sostegno affinché si trasformino in fatti.

Le burocrazie, gli organici ridotti, le carriere bloccate, il precariato dei giovani con formazione post laurea non omogenea e mancanza di prospettive, il contenzioso medico legale e i vincoli economici sono i fattori che, sinora, hanno privato di presente e di futuro i chirurghi, a partire da quelli più giovani.

La necessità di investire di più sul personale medico e meno su quello amministrativo è un'esigenza che abbiamo posto da anni, purtroppo inascoltati. Arriva ora un segnale importante e il coinvolgimento degli operatori sanitari e delle società scientifiche permetterà di creare dall'interno gli anticorpi per sconfiggere la corruzione, evitare gli sprechi e restituire prospettive per il futuro della categoria e della salute dei cittadini. È arrivato il momento di dare voce a chi lavora per il cambiamento.

Lo dichiara **Diego Piazza**, presidente ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani)

SALUTE:**PIAZZA (ACOI): OK RENZI MA STOP A TAGLI LINEARI NON BASTA**

Le parole del presidente del Consiglio **Matteo Renzi** sullo stop ai tagli lineari ci rassicurano, per il momento, ma non bastano: i continui tagli degli anni passati hanno penalizzato fortemente il Servizio Sanitario Nazionale che oggi riesce ancora a garantire prestazioni di qualità solo grazie all'impegno di medici e personale sanitario. Ci sono tanti problemi da risolvere, dal blocco del turnover alla mancanza di posti letto, dal peso del contenzioso medico-legale al precariato dei giovani. Lo stop ai tagli non è sufficiente, occorre un piano di rilancio per modernizzare il Ssn, anche con una più efficace razionalizzazione dei costi. Siamo pronti a dare il nostro contributo al governo, come abbiamo sempre fatto sinora.

Lo afferma **Diego Piazza**, presidente ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani)

VACCINI:**ACOI, GRAVE PROIEZIONE DI VAXXED AL SENATO**

È grave e pericolosa la divulgazione, per di più in una sede istituzionale, di un film palesemente antiscientifico che cavalca teorie supportate da dati fraudolenti per le quali l'autore è stato radiato dall'ordine dei medici.

I vaccini hanno svolto e continuano a svolgere una funzione medica e sociale insostituibile. Proprio grazie ai vaccini sono state sconfitte malattie gravissime ed invalidanti. Le campagne contro la vaccinazione, con il loro substrato di populismi antiscientifici, possono avere effetti devastanti sulla salute pubblica. Società scientifiche ed istituzioni hanno il dovere di contrastare la diffusione di tutte le credenze diffuse da moderni stregoni senza scrupoli che approfittano della buona fede e anche dell'ignoranza di alcune persone.

Lo afferma il vice-presidente ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani) **Pierluigi Marini** commentando l'annunciata proiezione, il 4 ottobre, del film *Vaxxed - from cover up to catastrophe* promossa dal senatore **Bartolomeo Pepe**.

BREVI

BREVI

BREVI

SANITÀ:**PIAZZA (ACOI), CON CONTENZIOSO SISTEMA A RISCHIO FALLIMENTO**

ACOI rappresenta 7500 chirurghi ospedalieri. Lanciamo un grido d'allarme al ministro **Lorenzin** ed al presidente **Anac Cantone** perché la situazione dei chirurghi nel sistema sanitario nazionale è davvero difficile. Se il medico chirurgo continuerà ad avere sulla testa la spada di Damocle del contenzioso medico legale si rischia il fallimento del sistema e la crisi delle sale operatorie. Il chirurgo rischia in prima persona anche quando il dispositivo medico utilizzato in un intervento si rompe perché di scarsa qualità. Il problema della qualità e della sicurezza nell'acquisto dei dispositivi medici può essere risolto solo con il forte coinvolgimento dei professionisti del settore. Noi siamo disponibili a dare il nostro contributo.

Lo ha detto il presidente ACOI, **Diego Piazza**, nel corso di un incontro su gare centralizzate, spending review e sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale organizzato dalla stessa associazione all'Auditorium di Roma.

SANITÀ:**ACOI, MEDICI EVITANO INTERVENTI PER PAURA CONTENZIOSI**

I medici ormai evitano interventi che sono a rischio per la paura di contenziosi medico-legali, nei quali può non esserci una colpa del medico: la colpa è dei dispositivi medici di scarsa qualità. Fare un intervento con dispositivi medici di scarsa qualità - ha spiegato **Piazza** - è infatti rischioso perché se ci sono poi problemi in seguito all'operazione sarà molto difficile per il medico dimostrare in sede giudiziaria che non è colpa sua ma degli strumenti che non hanno funzionato bene.

Lo ha detto il presidente dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI), **Diego Piazza**, intervenendo alla giornata conclusiva del congresso congiunto delle società scientifiche italiane di chirurgia.



BREVI

BREVI

BREVI

SALUTE:**ACOI, AVVIATA COLLABORAZIONE CON CONSIP PER SCELTE DI QUALITÀ**

Da ora più qualità nella scelta dei dispositivi medici. ACOI, con altre selezionate società scientifiche italiane, ha iniziato un rapporto di collaborazione con Consip, in modo da partecipare alle procedure nazionali di acquisto di apparecchiature e presidi medici che vanno dalla classica siringa alla sofisticata risonanza magnetica.

Abbiamo incontrato l'Ad di Consip, Luigi Marroni, il quale ha illustrato ai presidenti delle società scientifiche le finalità del rapporto di collaborazione che porterà a gare centralizzate per apparecchiature radiografiche, stent cardiaci, suture chirurgiche, colonne laparoscopiche, il tutto in un'ottica di qualità dei presidi nel rispetto del miglior prezzo. Ringraziamo Consip per l'iniziativa e ribadiamo che, se il filo conduttore del rapporto è il mantenimento di un sistema sanitario pubblico efficace e sostenibile economicamente, ACOI e le altre società scientifiche continueranno a sostenere l'iniziativa e, se necessario, ad estendere la collaborazione.

Lo afferma **Diego Piazza**, presidente ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani)

TERREMOTO:**MARINI (ACOI), CHIRURGHICI IN PRIMA LINEA PER GARANTIRE ASSISTENZA**

Come chirurghi italiani vogliamo innanzitutto esprimere tutta la nostra solidarietà alle popolazioni colpite dal sisma. Siamo stati impegnati in prima linea nella gestione di questa drammatica situazione. La rete delle emergenze-urgenze del servizio sanitario nazionale, in particolare nel Lazio e nelle Marche, ha saputo rispondere con grande professionalità. Un ringraziamento ai tanti colleghi che hanno lavorato con dedizione per garantire la migliore assistenza possibile. È la migliore dimostrazione dell'indispensabilità di un buon servizio sanitario nazionale pubblico.

Lo afferma il vicepresidente ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani) **Piero Marini**.

UNIVERSITÀ:**ASPIRANTI MEDICI "ABBANDONANO" MENO STUDI**

Università: aspiranti medici "abbandonano" meno studi. Tasso di rinuncia intorno a 6-7% contro 14% di corsi triennali (ANSA) - Roma, 6 settembre.

Sarà perché dopo tanta fatica per entrare difficilmente si molla o perché la "vocazione" è un motore potente, ma gli aspiranti medici sono tra gli universitari che abbandonano meno gli studi. I dati relativi alla regolarità dei percorsi di studio mostrano un significativo miglioramento sia con riferimento all'andamento della quota di quanti terminano gli studi nei tempi previsti sia con riferimento alla dinamica degli abbandoni precoci, cioè di coloro che non proseguono al secondo anno.

Parte del miglioramento - osservano i ricercatori nell'ultimo rapporto Anvur (Rapporto biennale sullo stato del sistema universitario e della ricerca 2016) - potrebbe essere dovuta proprio a un effetto di selezione. Nei corsi triennali di primo livello la percentuale di abbandoni tra primo e secondo anno è calata dal 17,5% delle coorti iniziali al 14% della coorte iscritta nel 2012-2013.

Tassi di abbandono decisamente più bassi si registrano tuttavia nei corsi a ciclo unico, specialmente - sottolinea l'Anvur - nelle aree di Farmacia e Medicina e chirurgia (che sono ad accesso programmato) dove la percentuale di abbandono si attesta intorno al 6-7%.

A confermare la determinazione degli aspiranti camici bianchi è anche una web survey su circa 1000 iscritti alla prova di oggi realizzata da Skuola.net: la passione per la materia è la molla che ha spinto il 64% dei candidati intervistati a scegliere questa strada.

Un Focus del Miur sugli immatricolati nell'anno accademico 2014-2015 rivela un'altra tendenza. Non sempre le scelte iniziali vengono mantenute sino alla conclusione degli studi: la distribuzione degli studenti per macro area didattica muta da un anno all'altro e inoltre presenta, già a un anno dall'immatricolazione, un decremento in 3 aree su 4 (Sanitaria, Scientifica, Sociale, Umanistica). Soltanto nell'area sanitaria le presenze aumentano.

L'accesso ai corsi a numero programmato di questa area, infatti, fa sì che gli studenti che non riescono a superare le prove d'ingresso si iscrivano a corsi dell'area scientifica nell'attesa di superare il test nell'anno successivo.

Questo comportamento procura un virtuale aumento delle presenze nei primi anni e un conseguente decremento negli anni seguenti, ossia quando gli studenti riescono a superare i test di ammissione all'area sanitaria.

BREVI

BREVI

BREVI

VACCINI:**PIAZZA (ACOI), CONTRO "MODERNI STREGONI" SERVE PIÙ CULTURA SCIENTIFICA**

La decisione della Fnomceo sulle sanzioni ai medici che sconsigliano i vaccini e infrangono il codice deontologico è condivisibile ed è una risposta alla sempre più larga diffusione di una sottocultura antiscientifica molto pericolosa, spesso basata su credenze prive di fondamento. È ora di contrastare a tutti i livelli questa deriva culturale che rischia di creare problemi sanitari enormi e minare il diritto alla salute dei cittadini. È fondamentale avviare una vasta campagna di sensibilizzazione per promuovere e diffondere la cultura scientifica a tutti i livelli, nelle scuole e nell'opinione pubblica, per evitare danni alla salute dei cittadini e liberarli dalla fascinazione di certi moderni stregoni.

Lo afferma **Diego Piazza**, presidente ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani).

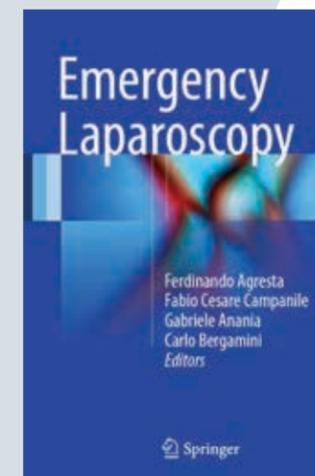
AMMINISTRATIVE:**MARINI (ACOI), RAGGI VALORIZZI SERVIZIO SANITARIO CITTADINO**

Facciamo gli auguri di buon lavoro al nuovo sindaco di Roma Virginia Raggi e le chiediamo di considerare la sanità romana ed i suoi ospedali una priorità nella sua agenda di governo.

Gli ospedali di Roma vivono una fase particolarmente delicata e ci auguriamo che il nuovo sindaco, in collaborazione con la Regione, cui spetta la gestione della Sanità, faccia tutto il possibile per tutelare la salute dei cittadini e rilanciare il servizio sanitario a Roma.

Le chiediamo anche un confronto per fare il punto della situazione, così come avvenuto con i precedenti sindaci.

Lo afferma **Pierluigi Marini**, vicepresidente ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani) e direttore della Chirurgia Generale e d'Urgenza e del Dipartimento Emergenza Urgenza del San Camillo Forlanini di Roma.

EMERGENCY LAPAROSCOPY

di **Diego Piazza**
Presidente ACOI

Sono passati solo quattro anni dalle linee guida tutte italiane: *Laparoscopic approach to acute abdomen - Consensus Development Conference of the Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e nuove tecnologie (SICE); Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI); Società Italiana di Chirurgia (SIC); Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma (SICUT), Società Italiana di Chirurgia nell'Ospedalità Privata (SICOP) and the European Association for Endoscopic Surgery (EAES)*. Surg Endosc. 2012 Jun 27.

Un piccolo lasso di tempo, per i molti, ma pieno di novità anche importanti per la ricerca scientifica. Fare una linea guida vuol dire non soltanto impegnarsi in quel preciso momento, dare il massimo di se stessi al fine di mettere in rilievo in quell'istante quello che di scientificamente evidente esiste sull'argomento.

Fare delle linee guide dovrebbe essere anche un lavoro in itinere, nella ricerca di continue novità che possano confermare o no quanto riportato e raccomandato. Consci del valore non solo scientifico ma anche medico legale delle stesse. Ed anche questa volta noi Italiani, così spesso (auto)bistrattati, tutti insieme siamo stati di esempio per il mondo scientifico intero. Abbiamo fatto un update di queste linee guida, primi a farlo nel mondo (in letteratura nessuna linea guida è stata mai aggiornata alle ultime evidenze, particolarmente in un lasso di tempo così breve).

Riunito lo stesso gruppo della prima Consensus, qualche cambio dovuti a pensionamenti di eminenti colleghi che hanno voluto giustamente lasciare il passo ad idee e forse nuove. Stessa metodica, stessa procedura e ricerca scientifica testata e validata. E la prima produzione è stato un libro appena pubblicato dalla Springer: Agresta F, Campanile FC, Anania G, Bergamini C (editors): *Emergency Laparoscopy*, Springer 2016. Ma la ricerca non si è fermata qui.

Adesso sarà compito di pubblicare non solo in modo ufficiale questo update, ma anche di vedere, nel nostro contesto, il valore intrinseco delle stesse.

E stiamo già lavorando al riguardo.

36° CONGRESSO NAZIONALE



Mediterranean &
Middle Eastern Endoscopic
Surgery Association
17th Annual Congress

ACOII

LA FORZA DELL'UNITA'

SAVE THE DATE

**PESCARA • MONTESILVANO
21/25 MAGGIO 2017**