



# acoi

Notizie dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

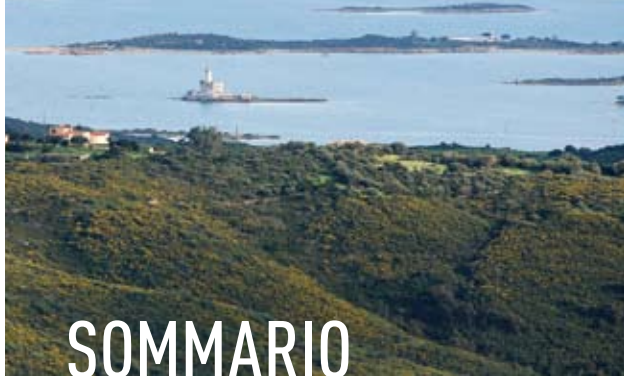
NEWS

[www.acoi.it](http://www.acoi.it)

VITA DELL' ASSOCIAZIONE  
28° Congresso  
Nazionale ACOI

EDITORIALE  
Fermati, o Sole!





# SOMMARIO

- EDITORIALE  
**3 Fermati, o Sole!**  
di Rodolfo Vincenti
- VITA DELL'ASSOCIAZIONE  
**6 Coordinatori vecchi e nuovi**
- PRIMO PIANO  
**10 28° Congresso Nazionale ACOI**  
di Luigi Presenti
- VITA DELL'ASSOCIAZIONE  
**16 Percorso formativo  
"INNOVAZIONE e MANAGEMENT"**  
di Rodolfo Vincenti e Graziano Pernazza
- 18 Dalla videochirurgia  
alla inFORMAZIONE multimediale**  
di Gabriele Munegato
- 19 Le nuove regole!**  
di Micaela Piccoli
- 22 Cosa si è detto al congresso  
FESMED di Rimini**  
di Franco Angelastri
- CASO CLINICO DEL TRIMESTRE  
**23 Splenectomia d'urgenza**  
di Marco Barreca
- 26 Le orecchie valghe**  
di Giovanni Umberto Agostinelli
- 28 Quando il volontariato  
va oltre il supporto**  
di Flori Degrassi
- RUBRICHE**  
IL TESTO DA CONSULTARE  
**30 Chirurgia addominale d'urgenza:  
il buon senso di Schein**  
di Michele Montinari

Numero 13 / gennaio - marzo 2009  
Trimestrale dell'Associazione Chirurghi  
Ospedalieri Italiani. Supplemento a  
Ospedali d'Italia Chirurgia n.1 - 2009

**Direttore Responsabile**

Claudio Modiano

**Direttore Editoriale**

Luigi Presenti

**Vicedirettore**

Domitilla Foghetti

**COMITATO DI REDAZIONE**

Ferdinando Agresta, Marco Barreca,  
Stefano Bartoli, Luca Bottero, Rossana Daniela  
Berta, Marco Catarci, Massimiliano Coppola,  
Alessandro Ferrero, Aldo Infantino,  
Patrizia Liguori, Michele Montinari,  
Graziano Pernazza, Dario Piazzalunga,  
Micaela Piccoli, Roberto Rezzo, Massimo Sartelli,  
Luisella Spinelli.

**CONSIGLIO DIRETTIVO**

Presidente  
Rodolfo Vincenti  
Past-President  
Gianluigi Melotti  
Presidente Onorario  
Vincenzo Stancanelli  
Vicepresidenti  
Luciano Landa  
Mauro Longoni  
Consiglieri  
Vincenzo Blandamura  
Feliciano Crovella  
Marco Filauro  
Gaetano Logrieco  
Diego Piazza  
Segretario  
Pierluigi Marini  
Tesoriere  
Stefano Bartoli  
Segretari Aggiunti  
Vincenzo Bottino  
Francesco V. Gammarota  
Graziano Pernazza

**PROGETTO EDITORIALE e GRAFICO**

Roberta Marzullo - adv@robertamarzullo.it

**FOTOGRAFIE**

Ivano Di Maria

**IMPIANTI e STAMPA**

Saffe srl - Firenze

La rivista, stampata in 12.000 copie,  
è stata chiusa in redazione il 26/09/2008

**SEGRETERIA ACOI**

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

[www.acoi.it](http://www.acoi.it)

# Fermati, o Sole!

di **Rodolfo Vincenti**

**C**on determinata ferocia ed anonima indifferenza il tempo trascorre rapidamente: tempo cronologico, tempo psicologico. Il tempo va con immutabile cadenza, ma noi lo percepiamo diversamente, a seconda dello stato d'animo e dell'impegno in cui ci troviamo. Se siamo in trepida attesa di qualcosa, di qualcuno, scivola molto lentamente: noi lo rallentiamo e percepiamo il suo trascorrere. Se siamo immersi in un'attività che ci assorbe totalmente, che ci procura un piacere intenso, il tempo vola, non lo sentiamo. Baudelaire ha detto: *"c'è un solo modo di dimenticare il tempo: impiegarlo"*, ma per me, da circa un anno corre più velocemente.

Esattamente un anno fa mi accingevo a mettere su carta le idee nel tempo elaborate, insomma un progetto programmatico per il successivo triennio. Azioni per la difesa e per la formazione del chirurgo: qualità, trasparenza, comunicazione, i giovani, sono state le nostre parole chiave. Oggi mi chiedo, e molti di voi condivideranno il medesimo interrogativo, che cosa abbiamo realizzato.

Tra i nostri obiettivi prioritari era ben saldo e presente l'impegno a poter accreditare l'ACOI come organo referente sulle problematiche sanitarie, ospedaliere e non, all'interno di quel mondo Istituzionale che pianifica e delibera sulle organizzazioni che erogano "Salute": abbiamo bussato con continuità, abbiamo fatto ascoltare la nostra voce, anche non richiesti, su i numeri supposti, ma non certificati, degli "errori" medici, sull'esilarante associazione chirurghi-macellai di brunettiana memoria, sul tentativo di "rottamazione" dei dirigenti (legge 133) e contro ogni evidente caso di cattivo e fuorviante "malo-giornalismo" sia della carta stampata che dell'immagine. Qualcuno, ed ai massimi livelli, ha recepito e, dapprima saltuariamente, poi con maggiore costanza, ha richiesto il nostro parere: **il parere della Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani**. La "rottamazione" dei chirurghi, le problematiche correlate al contenzioso medico-legale (assicurazione obbligatoria aziendale, unità di risk management, i requisiti caratterizzanti l'albo dei periti ecc), la qualità delle U.O.

di Chirurgia, la medicina difensiva, sono state le tematiche in discussione, sia in audizione ripetuta presso la Commissione Sanità del Senato della Repubblica (in una circostanza anche con documento congiunto ACOI - SIC - Collegio dei Professori), sia in incontro bilaterale con il Sottosegre-



tario alla Salute Ferruccio Fazio. Presso quest'ultimo sarà depositato il documento elaborato dal gruppo "Medicina e Legalità" sulla problematica, che molto sta a cuore a tutti noi, dell'albo dei periti.

Vogliamo credere, senza presunzione immotivata, che la nostra voce, insieme ad altre, abbia contribuito a far riflettere la Politica su alcuni punti e che, in alcuni casi, sia stato premiato il nostro impegno (vedi deroga alla legge 133). Quando abbiamo sentito consapevolmente di poter parlare a nome di

Esattamente  
un anno fa  
mi accingevo  
a mettere su carta  
le idee  
nel tempo  
elaborate...  
Oggi mi chiedo  
che cosa  
abbiamo realizzato.

tutti l'abbiamo fatto, quando non abbiamo ritenuto opportuno farlo, su tematiche troppo profondamente invadenti la sfera personale, non abbiamo preso posizione, ancorché richiesti, ma abbiamo cercato di far parlare ogni singolo socio attraverso i quesiti di un questionario, come nel caso delle dichiarazioni anticipate di trattamento, i cui risultati sono stati riferiti in un Forum Politica-ACOI e divulgati attraverso il nostro sito.

L'ACOI ha fatto proprio, certificando il lavoro della commissione tecnica, il documento ministeriale sulle Linee Guida sull'utilizzo degli antibiotici in chirurgia ed ha espresso il richiesto parere motivato (attraverso il lavoro della Commissione ACOI

di risk management) sulla bozza del documento ministeriale (Dipartimento della qualità) sulle "Raccomandazioni per la sicurezza in Chirurgia".

E' di qualche giorno fa l'accoglimento della nostra Associazione nel tavolo tecnico aperto dal Ministero della Salute per

la revisione ed adeguamento del sistema dei DRGs.

A livello locale (Regione Campania) abbiamo chiesto ed ottenuto (insieme alla SIC), di essere parte degli uffici tecnici per l'approvvigionamento dei dispositivi e presidi medici e speriamo, con il supporto e l'impegno dei Coordinatori Regionali, di estendere a tutte le Regioni questo processo virtuoso e pregno di alta responsabilità professionale tesa a garantire al cittadino la migliore qualità possibile.

Siamo perfettamente ben consapevoli che la strada è ancora lunga ed impervia, ma le porte si sono, anzi le abbiamo, aperte e faremo in modo che rimangano aperte.

L'ACOI ha ritenuto opportuno proseguire nel percorso di collaborazione con le altre Società Scientifiche Italiane. E' entrata a far parte, con la vicepresidenza, del Consiglio Direttivo del Collegio Italiano dei Chirurghi, attraverso il quale spera di potenziare al massimo tutte le azioni tese a creare un gruppo unitario di specificità chirurgica sempre più determinato a potenziare il nostro ruolo nel SSN e, inoltre, ha ottime probabilità di essere membro del Consiglio Direttivo della FISM.

Con l'intento, fin da subito da noi dichiarato, di individuare percorsi comuni che possano sempre di più contribuire al rafforzamento del mondo della chirurgia, abbiamo invitato le presidenze della SIC e del Collegio dei Professori ordinari e straordinari ad una riunione programmatica per l'individuazione di metodologie tese ad incrementare la qualità delle attività formative e ridurre i costi e l'eccessivo numero, ad esplorare le potenzialità di azioni di sindacato, a meglio tutelare il chirurgo nell'ambito del contenzioso medico-legale. Abbiamo riscontrato la più ampia disponibilità e speriamo di individuare anche convergenze fattive nel più totale ed inalienabile rispetto della propria storia e delle proprie determinazioni statutarie: l'ACOI rappresenta e vuole continuare a rappresentare la chirurgia ospedaliera italiana.

**Tra i nostri obiettivi strategici è ben presente la necessità della diffusione della cultura della qualità e della sicurezza del paziente** fra i professionisti della chirurgia con la possibilità sia di fornire standard procedurali, stili di comportamento e target di performance e quindi con l'unico scopo di mettere in condizioni il chirurgo di valutare la propria posizione relativa e la capacità di miglioramento nel tempo, sia di formulare delle linee guida per recepire gli standard attraverso cui elaborare un set di procedure adattate alle specificità di ogni struttura ed in coerenza con le direttive regionali.

Il progetto, in avanzata fase di lavoro, si sviluppa su due linee di azione: Corsi di formazione manageriale e realizzazione di un "Manuale pratico per la qualità".

L'ACOI, consapevole, nel ruolo ricoperto nel panorama scientifico nazionale, dell'importanza di sviluppare una compiuta qualificazione professionale e manageriale del chirurgo e della difficoltà di accedere ad un percorso formativo fin dall'esordio professionale, mette a disposizione dei propri associati e di tutti i chirurghi, una offerta formativa articolata, qualificata e accessibile per fornire competenze

e supporti per l'organizzazione funzionale delle strutture sanitarie, introdurre metodologie di valutazione degli investimenti, apprendere e saper applicare le logiche di analisi dei processi, gestire le procedure della clinical governance e del controllo del rischio. La struttura dei Corsi e la loro articolazione è consultabile su [www.acoi.it](http://www.acoi.it). Parallelamente, e come supporto rafforzativo a tutto campo, è in fase di avanzata realizzazione il "Manuale ACOI per la qualità e la sicurezza", che vuole rappresentare un riferimento per l'attuazione del modello di Accredimento del Dipartimento e/o della U.O. dell'Azienda. Crediamo sia giunto il momento nel quale la comunità scientifica chirurgica e l'ACOI in particolare, quale Società Scientifica rappresentativa dei Chirurghi Ospedalieri Italiani, si assuma fortemente questa responsabilità, si ponga come formatore, consulente, valutatore e garante della qualità e della sicurezza delle realtà professionali italiane. La possibilità di diffondere l'applicazione del modello di accreditamento al livello di tutti i processi della Chirurgia ed estenderlo a livello nazionale esiste. Come esiste la voglia di "fare presto, bene e in sicurezza" secondo l'insegnamento ippocratico; ciò che serve per consolidare questo percorso è "quel lampo in più", l'entusiasmo e la voglia di mettersi in discussione per migliorare in un contesto di cambiamento direi epocale e

Tra i nostri  
obiettivi  
è ben presente  
la diffusione  
della cultura  
della qualità  
e della sicurezza  
del paziente

che deve indurci a profonda meditazione. Tutto dipende da noi. Mediando dal dubbio di Amleto: navigare in balia degli eventi e delle nuove organizzazioni o gestire gli stessi attraverso la conoscenza scientifica e tecnico organizzativa sempre più codificata e diffusa nel contesto della nostra professione, in una visione sempre più omogenea della variegata realtà Scientifica Nazionale e Internazionale.

Partner essenziale del progetto globale è il MIP, la Business School del Politecnico di Milano, uno dei più prestigiosi Enti di

formazione manageriale per laureati di tutte le discipline, orientato verso il mondo delle imprese e della Pubblica Amministrazione.

Ci riproponiamo quindi di diffondere nelle strutture sanitarie ospedaliere una cultura manageriale orientata alla promozione dei processi di cambiamento, alla gestione dei costi ed al controllo dei risultati, oltre che al miglioramento della qualità del servizio e della soddisfazione dell'utente, affiancando a modelli teorici, metodi pratici ed esperienze reali e fornendo formazione mirata, basata su un'approfondita conoscenza dell'organizzazione, dei processi e delle logiche di valutazione degli investimenti delle aziende sanitarie, sia pubbliche che private.

**In tema di formazione non possiamo sottovalutare la problematica cogente e pervasiva della proliferazione degli eventi formativi dell'area chirurgica.** L'ACOI, che ha il grande merito di essere in primo piano per qualità e quantità, si rende peraltro conto che, probabilmente, sull'intero panorama nazionale e nel sistema di ECM, qualcosa sia sfuggito di mano e si stia navigando a vista senza una ormai indispensabile regolamentazione degli eventi scientifici. Siamo a conoscenza che è in agenda una revisione ministeriale

del sistema dell'ECM che, con relativa certezza, porterà ad identificazione di providers attori unici dell'accreditamento: se tale progetto andrà in porto sarà evidente l'opportunità di un adeguamento alle sopravvenute necessità. Sono sul tavolo, con altre Società scientifiche, progetti di patnerariato e noi non solo siamo presenti, ma in alcuni casi promotori dell'iniziativa. Aperti a qualsiasi realistico progetto, mai però disponibili a riconoscere un ruolo secondario di ACOI. Siamo profondamente orgogliosi di ciò che l'ospitalità italiana ha prodotto e produce nell'ambito della formazione del chirurgo. Siamo assolutamente persuasi che tradizione, operatività, risultati non dovranno essere assimilati altro che ad un miglioramento della qualità che da sempre, e soprattutto negli ultimi periodi, ACOI sa erogare e ne difenderemo con responsabile determinazione tale prerogativa.

**In tema di comunicazione interna ci rendiamo conto di essere deficitari.** I mezzi di comunicazione, per una Società che raccoglie oltre 5.000 membri, possono esclusivamente essere quelli mediati dall'informatica. C'è però necessità che ogni singolo socio si faccia parte diligente nell'aiutare la Segreteria a mantenere aggiornato il data base, comunicando tempestivamente variazioni o eventuali errori sia anagrafici che amministrativi. Non nascondo che riterrei opportuno consigliare un quotidiano utilizzo della posta elettronica ed una maggiore disponibilità al colloquio e-mail guidato. Stiamo provvedendo ad una ulteriore revisione delle potenzialità del nostro sito, implementando le utilities possibili e i sistemi di migliore fruizione dello stesso. Vogliamo poter parlare attraverso il sito con ciascuno di voi. Vogliamo ascoltare il vostro parere attraverso sondaggi anche su tematiche strettamente chirurgiche. Abbiamo bisogno ed auspichiamo un maggior senso di appartenenza espresso da un più continuativo rapporto con tale strumento. Ogni presidente di commissione, ogni direttore di Scuola speciale, ogni coordinatore regionale è stato sollecitato a tenere costantemente aggiornato il proprio spazio dedicato con informazioni, rapporti, progetti. Vorremo che il sito divenisse una agorà e un laboratorio di azioni e di idee.

Voglio concludere questo mio resoconto, necessariamente sintetico e non esaustivo, con il comunicarvi ufficialmente che, dopo lunghe, estenuanti trattative e mediazioni la problematica, relativa al contenzioso tra il nostro socio Prof. Francesco Domenico Capizzi e la Agenzia Wells versus l'ACOI, si è conclusa per via extragiudiziale.

Ritengo che tale risultato si sarebbe potuto raggiungere molto prima se non si fossero evidenziate posizioni "di principio" che la nostra Associazione non avrebbe mai potuto avallare e che peraltro hanno determinato momenti di polemica estrema, ma non giustificata dai fatti veramente accaduti. La nostra volontà propositiva, la grande e fattiva partecipazione convinta di tutto il Consiglio Direttivo, unitamente alla positiva azione del precedente Collegio dei Garanti, oltre alla sensibilità del Prof. Capizzi, hanno permesso di raggiungere la soluzione del problema e siamo riconoscenti dell'impegno profuso e della disponibilità dimostrata. Spero che la notizia vi possa tranquillizzare per un vulnus ormai diventato non più accettabile.

## IN CAUDA VENENUM:

chissà quanti di voi ricordano la tangentopoli sanitaria del 2003 con oltre 4.700 indagati (medici, informatori, dirigenti di casa farmaceutica, ecc.) ed accusati di corruzione, peculato, associazione a delinquere ed altre amenità. Partecipazione a congressi, finanziamenti per la ricerca, onorari per conferenze, affitti in comodato, donazioni di strumentari sono stati interpretati come prove di avvenuta corruzione. E la stampa ha ampiamente fatto uso strumentale e scandalistico della notizia: "malasanità, medici corrotti" ecc. E' bene che si sappia che, dopo sei anni dalla vicenda, della folla degli indagati, 3.100 sono usciti dalle indagini prima ancora di andare in giudizio, 6 sono stati condannati a sanzione pecuniaria (da 300 a 800 euro!), 1 ha patteggiato, tutti gli altri sono stati assolti con formule piene ("perché il fatto non costituisce reato" o meglio ancora "perché il fatto non sussiste"). Tali dati sono emersi da un trafiletto di Mario Pirani pubblicato recentemente su la Repubblica che conclude con "la morale della vicenda" che ci sentiamo di condividere pienamente: "1- la corruzione sanitaria è estesa, ma non riguarda quasi mai i medici quanto i rapporti prevaricanti tra ceti politici e strutture amministrativo-dirigenziali del SSN; 2- i mass-media rincorrono lo scandalismo mediatico senza operare riscontri e soprattutto senza dar conto delle conclusioni; 3- La Magistratura agisce spesso in questo campo senza il dovuto discernimento e senza conoscere le condizioni del Ssn".



# Coordinatori vecchi e nuovi

## Stefano Bonilauri



**M**i sono laureato nel 1983 presso l'Università degli Studi di Modena discutendo una tesi sull'uso delle suturatici meccaniche in chirurgia digestiva.

Già prima della laurea frequentavo la Divisione di Chirurgia Generale dell'Ospedale S. Agostino di Modena diretta dal Prof. R. Vecchiati.

Nel 1986 sono stato assunto presso la Divisione di Ortopedia e Traumatologia del succitato Ospedale dove ho eseguito oltre 300 interventi di chirurgia prevalentemente traumatologica. Nel

1988 mi sono specializzato in Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso, discutendo una tesi sul trattamento dei traumi epatici, sempre presso l'Università di Modena.

Nel 1990 mi sono trasferito presso la Divisione di Chirurgia dapprima sotto la direzione del Prof. R. Vecchiati quindi del Prof. G. Melotti. Nel 1991 ho frequentato per due mesi l'Hospital Doce de Octubre in Madrid (Prof. Moreno Gonzales) per

accrescere le mie conoscenze in materia di chirurgia epatica. Nel 1993 mi sono specializzato in Chirurgia Toracica presso l'Università di Modena.

Nel 1993 mi sono recato per due mesi presso l'Università di Pittsburgh (Prof. Starzl) sempre per apprendere nuove metodiche inerenti la chirurgia epatica. Dal 1997 al 2002 sono stato responsabile della struttura semplice di Chirurgia Laparoscopica e Mininvasiva e dal 2002 responsabile della struttura semplice di Chirurgia d'Urgenza presso l'Azienda Usl di Modena, Ospedale S. Agostino, dove ho eseguito oltre 2000 interventi, di cui oltre il 30% per via laparoscopica. Dal giugno 2006 all'ottobre 2007 sono stato Direttore della Chirurgia dell'Ospedale Ramazzini di Carpi. Dal novembre 2007 sono Direttore della seconda unità di Chirurgia generale dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia.

Dal 2002 sono istruttore ATLS (Advanced Trauma Life Support) dell'ACS (American College of Surgeons).

Sono autore o coautore di oltre 70 pubblicazioni inerenti la chirurgia laparoscopica e generale su riviste italiane ed estere. Sono stato relatore in oltre 50 congressi in Italia e all'estero su argomenti riguardanti principalmente la chirurgia laparoscopica. Ho vinto il premio "Paride Stefanini" per il miglior video chirurgico al congresso nazionale SICE 1997.

Sono parte del corpo docente dell'IRCAD-EITS di Strasburgo, diretto dal Prof. J. Marescaux. Sono membro di numerose società scientifiche: ACOI, SIC, SICE, SICOB, IFSO.

## Giovanbattista Catalini



**S**ono nato nel 1959 a S. Benedetto del Tronto e mi sono laureato presso l'Università degli Studi di Ancona.

Ho quindi conseguito i diplomi di specializzazione in Chirurgia Toracica (Ancona), Chirurgia Generale (Bologna), Igiene, Medicina preventiva e sanità pubblica (Ancona).

La mia formazione e la mia attività chirurgica si sono svolte prevalentemente presso l'Istituto di Patologia Chirurgica, la Clinica di Chirurgia Toracica e la Clinica Chirurgica diretta

dal Professor Eduardo Landi, presso l'Università degli Studi di Ancona. Dal 2002 al 2004 sono stato responsabile dell'U.F. di Chirurgia d'Urgenza dell'Ospedale Regionale "Umberto I" di Ancona.

Sono stato Presidente del SiVRQ regione Marche per tre anni, GAR per l'ARS regione Marche; sono iscritto all'Albo CEPAS e partecipo al processo di accreditamento delle strutture sanitarie regionali ed extraregionali.

Dal 2004 sono Direttore di Dipartimento di Chirurgia e dell'Unità Operativa di Chirurgia Generale presso gli Ospedali di Camerino, San Severino Marche e Matelica della Zona 10 dell'ASUR Marche. Svolgo inoltre attività di insegnamento come Professore a contratto di Anatomia Chirurgica presso la Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale dell'Università Politecnica delle Marche e presso la scuola di Scienze Infermieristiche a Macerata.

Sono attualmente Presidente regionale dell'ANPO (associazione nazionale primari ospedalieri) e Consigliere Regionale dell'ANPAS.

**S**ono nato a Napoli nel 1958. Ho conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia nel 1982 e le specializzazioni in Chirurgia Generale e in Chirurgia Vascolare rispettivamente nel 1987 e nel 1992.

Dal 1988 al 1993 sono stato Assistente di Chirurgia Generale e dal 1993 al 1997 Aiuto di Chirurgia d'Urgenza presso l'Ospedale S. Maria degli Incurabili. Dal 1997 al 2007 sono stato Responsabile di Area di Chirurgia del Presidio Sanitario Intermedio Napoli Est e dal 2001 ad oggi sono Responsabile dell'Astanteria e dell'Osservazione Chirurgica degli Incurabili. Ho frequentato numerosi stages in Italia e all'estero, tra cui segnalo: Svezia (Prof. S. Bengmark - Univ. Lund), Francia (Prof. D. Franco - Univ. di Parigi), Svizzera (Prof. A. Senning - Osp. Cantonale Zurigo), Genova (Prof. Scopinaro - Univ. di Genova). Sono Autore o Coautore di circa 100 pubblicazioni Scientifiche edite a stampa su riviste italiane e straniere, di due libri e di numerosi volumi di atti congressuali. Ho eseguito più di 150 interventi come relatore, moderatore o presidente di Tavole rotonde o simposi sia in Italia che all'estero (Francia, Germania, Usa, Cuba).

Mi sono occupato ed ho pubblicato in materia di chirurgia epatica, pancreaticata, della grande obesità e di ipertensione portale. Mi sono interessato di day surgery, di chirurgia d'urgenza, di tecnologie avanzate in chirurgia e di formazione chirurgica, nonché di chirurgia computer assistita.

Sono stato Presidente della Società Polispecialistica Italiana dei Giovani Chirurghi (SPIGC), componente di commissioni Ospedali-Università per la riforma delle scuole di Specializzazione e sono attualmente Presidente dell'Agenzia per gli Studi e gli Scambi Internazionali di Chirurgia, Segretario Generale della Società Italiana di Chirurgia Tecnologica e Computer-Assistita e Presidente del Comitato di Napoli

dell'Associazione Nazionale Donne Operate al Seno (ANDOS). Sono inoltre Responsabile e Coordinatore per l'ASL Napoli 1 nella Sperimentazione Ministeriale sui Modelli Gestionali in Day Surgery, componente del Collegio Interdisciplinare per le Tecnologie Medico-Chirurgiche, Responsabile di Stazione di Telemedicina e Telechirurgia Satellitare (Gruppo Europeo di Studio progetto "Galenos"), Componente Board Internazionale del Master di Chirurgia Robotica dell'AORN V. Monaldi

di Napoli, Direttore Scientifico della Rivista di Tecnologia Medica "Medincontri". Sono Professore Incaricato di Day Surgery alla Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale della 2° Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università "La Sapienza" di Roma e Docente di Realtà Virtuale applicata alla Formazione in Chirurgia presso il Dottorato di Ricerca in Realtà Virtuale nella Formazione Medica al SUN e Direttore Scientifico dell'AFIM (Alta Formazione in Medicina) presso "Città della Scienza", struttura regionale creata per la formazione in medicina mediante le alte tecnologie.

Sono attualmente Segretario della Commissione ACOI di Videochirurgia e componente della Commissione Formazione e Comunicazione.

## Marco De Fazio



Sono nato a Viareggio (LU) il 9/10/57. Nel 1983 mi laureo a Torino in Medicina e Chirurgia con una tesi sul Carcinoma del Colon Retto, avendo già da tempo deciso di abbracciare la carriera chirurgica. Alle Molinette di Torino svolgo tutto il mio iter formativo con frequenza presso la divisione ospedaliera diretta dal Prof. Balbo accompagnata dalla frequenza Universitaria per la Specializzazione presso l'Istituto di Chirurgia d'Urgenza del Prof. Olivero dove entro nel 1983 per diplomarmi a pieni voti con lode nel 1988. In questo periodo incomincio anche l'attività lavorativa venendo assunto in primis a Vercelli nel 1986 in qualità di assistente presso il reparto di Chirurgia diretto dal Prof. Orecchia. Nel 1989 rientro alle Molinette presso la Divisione di chirurgia Ospedaliera diretta ancora dal Prof. Balbo cui nel 1993 subentrerà il Prof. Gianruggiero Fronda. Sono questi anni di grandissimo fervore ed entusiasmo, l'attività chirurgica è intensissima e l'avvento della laparoscopia costituisce un evento epocale.

La fortuna di far parte della generazione che per prima trasforma il gesto chirurgico da decenni immutato in un gesto tecnologicamente rivoluzionario dà a ciascuno di noi qualche cosa di unico che mescola il timore dell'atto dissacratorio all'euforia della scoperta del pioniere. L'applicazione in questo campo mi porterà ad essere membro della commissione permanente per la chirurgia laparoscopica delle Molinette. Resta immutata l'ammirazione per i grandi Maestri, così il Prof. Fronda mi vuole a Parigi

a specializzarsi in chirurgia epatica ma consapevole della nascita di nuovi straordinari personaggi della chirurgia anziché inviarmi da Bismuth dal quale egli stesso era stato indirizzato da Belghiti così da permettere anche un confronto di scuola. Questo risulta un soggiorno realmente straordinario. Alla conoscenza specifica si associa una ricchezza di esperienze umane da considerarsi uniche ed impareggiabili. Al ritorno non manca l'opportunità di mettere in atto le cose apprese in quanto l'intelligenza e l'apertura del

Prof. Fronda sono ulteriore stimolo alla crescita professionale di chi lo circonda. È così che hanno inizio le collaborazioni sempre più strette con i gastroenterologi del gruppo del Prof. Rizzetto, in particolare con il Dr. Brunello per gli epatocarcinomi, con il Dr. Repici per l'endoscopia operativa. Anche in questo caso la fortuna di lavorare con uomini il cui nome è a tutti noto e

## Paolo De Paolis



non solo a livello nazionale non fa che accrescere l'entusiasmo ed aumentare il desiderio di applicarsi. Di pari passo divengo consulente responsabile per le problematiche chirurgiche dei pazienti dializzati e trapiantati renali essendo le Molinette per numero il primo centro trapianti d'Italia.

Con gli Oncologi si stringe la collaborazione in particolare per quanto riguarda le metastasi epatiche da colon retto divenendo responsabile del GIC delle Molinette per questa patologia. L'attività chirurgica procede di pari passo così come quella scientifica ed è a questo punto che decido di sollecitare il prof. Fronda, restio ad ogni forma di autoreferenzialità, ad allestire una serie di corsi residenziali, di cui sarò l'organizzatore, di

chirurgia in diretta riservati ad un massimo di 12 chirurghi che toccheranno l'apice nel 2003 quando si svolgerà il corso riservato ai direttori di struttura complessa con ben 39 crediti ECM riservati a ciascun partecipante. Infine il passato prossimo, nel 2006 l'opportunità di dirigere una prestigiosa Divisione di chirurgia quale quella dell'Ospedale Gradenigo di Torino già diretta in passato tra gli altri dal Prof. Dellepiane storico personaggio della nostra Associazione.

A seguire la nomina quale cosegregario provinciale dell'ACOI stessa, presidente del Congresso regionale del 2008, membro del consiglio direttivo della Società Piemontese di Chirurgia e quindi Coordinatore regionale ACOI del Piemonte.

## Marsilio Francucci



Sono nato ad Arrone (TR) nel 1955 e mi sono laureato presso l'Università degli Studi di Perugia. Nel 1983 ho conseguito la Specializzazione in Chirurgia dell'Apparato Digerente presso l'Università degli Studi di Firenze, nel 1988 in Chirurgia Generale presso l'Università di Perugia e nel 1994 in Chirurgia Vascolare presso l'Università di Firenze.

Dal 1982 al 1989 sono stato Assistente medico in Chirurgia Generale e dal 1989 al 1996 Aiuto corrispondente ospedaliero presso

l'Istituto di Patologia Chirurgica dell'Università di Perugia, sede di Terni. Dal 1996 sono Responsabile dell'Unità di Day Surgery presso l'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni. Le mie esperienze professionali nel campo della qualità e della Day Surgery comprendono la partecipazione a numerosi corsi di formazione e l'attività come Coordinatore del Gruppo di lavoro istituito dalla Giunta Regionale dell'Umbria per l'elaborazione delle "linee guida per il potenziamento della Day Surgery in Umbria" (1996-97). Ho svolto inoltre attività di consulenza per la predisposizione del progetto "Strategie, modelli e percorsi per l'attuazione della Day Surgery nell'ambito delle Regioni" (1998-99) e del progetto "L'attuazione della day surgery nelle Aziende Sanitarie italiane" (2000-01) per l'Università Commerciale "L. Bocconi" CeRGAS. Sono stato Componente della Commissione di Studio per la Day Surgery, istituita con Decreto del Ministro della Salute nel 2000. Ho svolto il ruolo di Coordinatore scientifico del progetto di sperimentazione gestionale finanziato dal Ministero della

Sanità, dal titolo: "Implementazione dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno per qualificare la rete ospedaliera regionale: individuazione degli strumenti per la programmazione dei servizi ed il miglioramento continuo della qualità".

Sono stato Componente del Gruppo Tecnico individuato nell'ambito della Conferenza Stato/Regioni per l'elaborazione delle Linee guida per le attività di Day Surgery (Accordo Conferenza Stato/Regioni 2002), Componente del Comitato Tecnico-Scientifico e del Comitato di Redazione per la predisposizione della proposta di riorganizzazione dell'area chirurgica inserita nel Piano Sanitario della Regione Umbria 2002-2004. Presso l'Università degli Studi di Perugia ho svolto attività di insegnamento nell'ambito del Corso di Laurea per Infermieri, Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale e in Chirurgia Plastica e Ricostruttiva.

Sono stato inoltre titolare dei Corsi di Perfezionamento in Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery: "Organizzazione e gestione", "Procedure endovascolari", "Tecniche di riparazione dell'ernia crurale" (Anni accademici 1997/98, 1998/99, 1999/00, 2000/01). Per quanto riguarda l'Attività scientifica, sono Componente del Board della Qualità della SICADS, Componente del Comitato Scientifico della rivista "Ospedali d'Italia Chirurgia", membro della Segreteria Organizzativa della Federazione Italiana di Day Surgery, membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery. Sono stato organizzatore del Convegno "Day Surgery e Chirurgia a Degenza Breve: l'esperienza Umbra" (Terni 1998), Componente del Comitato Scientifico del 3° Congresso Nazionale SICADS (Torino 1998), Componente della Segreteria Scientifica del Congresso Mondiale di Day Surgery (Venezia 1999), Codirettore del Corso Nazionale di aggiornamento per infermieri in chirurgia ambulatoriale e day surgery (Isola d'Elba dal 2000 al 2003), Organizzatore del 7° Congresso Nazionale della SICADS (Terni 2002).

La mia attività scientifica è testimoniata da 168 lavori editi a stampa, in riviste recensite e di larga diffusione.

RICHARD  
WOLF 

 MOVI

ERBE



dal  
**Giardino**  
delle Meraviglie

www.clubmedici.it  
**Club Medici®**

In Convenzione  
con  **aco i**  
Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

  
**Per te**

il Prestito senza spine del Club Medici  
FINO A

**100.000 euro**

- **Finanziamento** esclusivo per medici di base, pediatri, specialisti ambulatoriali, ospedalieri e pensionati
- **Tassi agevolati, prestito a tasso fisso**, TAN 4,25% e TAEG variabile secondo l'età e l'anzianità di servizio
- **Importo erogabile** fino a 100 mila euro entro 10 giorni lavorativi senza motivarne la richiesta, è possibile, inoltre, ottenere immediatamente un acconto fino a 15 mila euro

#### il Club Medici

- **Raccoglie** i documenti personali presso lo Studio o sul posto di lavoro e la documentazione presso la ASL di riferimento
- **Segue** l'iter del finanziamento fino alla erogazione

 **Assicurati**  
con il **Club**

**Fondo pensione**  
**APERTO**

**Paper LESS**  
il Prestito a CARTE "0"

Con la sola tessera del club, senza alcuna documentazione si accede al prestito fino a 50 mila euro, per tutti i medici in 24 ore

La nuova linea di credito del Club a carte zero, sarà ancora accessibile con la sola tessera del club, unico parametro l'ANZIANITÀ ORDINISTICA

- Dieci anni per ottenere fino a 50 MILA EURO
- Cinque anni per ottenere fino a 20 MILA EURO
- Due anni per ottenere fino a 10 MILA EURO



**Cassa**  
**SANINT**

La Convenzione assicurativa per la copertura delle spese sanitarie

#### In convenzione con:

- Ordini Medici Provinciali
- Commissioni Albo Odontoiatri
- Associazione Mediche Scientifiche
- Sindacati Medici

 **in Banca**  
con il **Club**

PRODOTTI BANCARI  
CONVENZIONATI E  
DISTRIBUITI IN ESCLUSIVA  
DAL CLUB MEDICI

Richiedi un preventivo

I nostri funzionari sono a  
tua completa disposizione



Area Verde  
06.86.07.891



Area Blu  
081.78.79520

**Area Verde:**  
Sede Nazionale e Interregionale  
Via G. Marchi, 10 - 00161 (RM)  
e-mail: info@clubmedici.it

**Area Blu:**  
Sede Interregionale  
C. Direzionale: Isola E3,  
Palazzo Avalon - 80143 (NA)  
e-mail: areasud@clubmedici.it



28° CONGRESSO NAZIONALE ACOI - Olbia 27 - 30 maggio 2009

# “Il chirurgo senza qualità”

di Luigi Presenti

**C**i siamo. Chi ha organizzato grandi manifestazioni sa con quanta ansia si vivano gli ultimi mesi, le ultime settimane, gli ultimi giorni prima dell'evento. Poi la macchina si mette in moto e il lavoro di uno, due anni trova la sua realizzazione.

Il congresso nazionale ACOI è un evento particolare. È un congresso che negli anni è molto cresciuto dal punto di vista scientifico, parallelamente alla crescita tecnica, ma anche di caratura culturale del mondo chirurgico ospedaliero.

Al di là della critica, che ci sentiamo muovere spesso “gli ospedalieri lavorano, ma non pubblicano”, c'è la consapevolezza consolidata di un ruolo di leadership che i chirurghi degli ospedali italiani si sono costruiti soprattutto nel percorso della chirurgia dal vecchio al nuovo.

Il congresso è anche, mi ripeto, un evento sociale, di grande forza aggregativa.

È un congresso che dedico ai Giovani Chirurghi, che con grande entusiasmo hanno collaborato all'organizzazione e che promettono di partecipare sempre di più alla vita della nostra Associazione, che sui giovani ha investito. In questi ultimi anni l'ACOI si è sempre più caratterizzata come Associazione scientifico-professionale che è vicina ai

problemi reali dei Chirurghi e lo spazio che è stato dedicato nella cerimonia inaugurale alla tavola rotonda su “Formazione e precariato” è una forte presa di posizione che dimostra quanto il nostro Consiglio Direttivo abbia deciso di creare un futuro per i nostri giovani.

Ho cercato di costruire sessioni scientifiche su tematiche attuali, coinvolgendo i migliori dei nostri Chirurghi.

Molte sessioni sono state preparate con la collaborazione dei Direttori delle nostre Scuole speciali, che sempre di più rappresentano un grande punto di riferimento culturale e formativo, altre con la collaborazione della Commissione linee-guida, che dal suo insediamento non lesina l'impegno per elaborare percorsi diagnostico-terapeutici utili a tutti.

Altre sessioni sono state realizzate in collaborazione con altre Società Scientifiche specialistiche, in linea con le indicazioni del Consiglio Direttivo.

I coordinatori di Specialità mi hanno aiutato ad elaborare le sessioni di Chirurgia Toracica, Pediatrica, Vascolare e Plastica che per la prima volta tentano di integrare le competenze con i Chirurghi Generali: spero che questo sforzo sia raccolto e la partecipazione sia cospicua anche a queste sessioni.

Continua, ed è motivo di soddisfazione, l'impegno di “Medicina e Legalità” alla ricerca di condivise regole per il contenzioso medico-legale.

Ringrazio il Presidente Rodolfo Vincenti e il Consiglio Direttivo che mi sono stati vicini nell'organizzazione del congresso.

Ringrazio Lorenzo Novellino che mi ha trasmesso l'esperienza del suo congresso e mi ha consentito di valutare, spero al meglio, la struttura generale dell'evento.

Ringrazio tutti coloro che mi hanno aiutato nella difficile impresa, i miei collaboratori, la Segreteria organizzativa e la mia famiglia che mi ha sopportato.

Ulrich, il protagonista del grande romanzo di Robert Musil, “L'uomo senza qualità”, è in realtà un uomo di grandi qualità che non trova un contesto a cui applicarle.

Oggi noi Chirurghi viviamo una realtà analoga in cui la nostra qualità professionale si perde in un contesto confuso, disorganizzato, spesso ostile.

Il paradosso del “Chirurgo senza qualità” mi è sembrato adeguato a rappresentare questa situazione. Partiamo, proudamente, “alla ricerca della Qualità in Chirurgia”, con

In questi ultimi  
anni l'ACOI  
si è sempre  
più caratterizzata  
come Associazione  
vicina ai problemi  
reali dei Chirurghi  
e decisa a creare  
un futuro  
per i nostri giovani



la consapevolezza che la nostra qualità culturale e tecnica deve coincidere con una Qualità generale del nostro sistema sanitario. I progetti che l'ACOI presenterà al congresso vanno

in questa direzione.

Fin da ora benvenuti ad Olbia, benvenuti al 28° congresso nazionale dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani.



Luigi Presenti e collaboratori

## info

Presidente: **Luigi Presenti**

Presidente Onorario: **Renato Mura**

Vice Presidenti: **Francesco Badessi, Vincenzo Lavosi**

### ECM

Le giornate congressuali saranno accreditate ECM singolarmente.

### ISCRIZIONI

**La partecipazione al Congresso sarà gratuita per i Soci ACOI in regola con le quote associative.** Per una migliore organizzazione si consiglia di inviare la Scheda di iscrizione alla Segreteria Organizzativa: **acoi2009@kassiopeagroup.com**, e di regolarizzare la propria posizione associativa contattando la Segreteria ACOI: e-mail **segreteria@acoi.it**, telefono **06 37518937**.

L'iscrizione preventiva al Congresso consentirà anche di usufruire di tariffe agevolate per i trasporti aerei e navali. Sarà comunque possibile effettuare una nuova iscrizione o regolarizzare la propria posizione associativa presso la Segreteria in sede congressuale.

**Quota di iscrizione al Congresso per non Soci:** 250 Euro (Iva inclusa)

Iscrizione alla singola giornata: 100 Euro.

Ulteriori informazioni e aggiornamenti relativi alle iscrizioni, alle prenotazioni alberghiere e alle norme di redazione dei lavori scientifici saranno disponibili sui siti:

**www.acoi.it**

**www.kassiopeagroup.com**

link: 28° Congresso Nazionale ACOI

### SEGRETERIA SCIENTIFICA

Chirurgia Generale

Ospedale Giovanni Paolo II, Olbia

Coordinatori: Massimiliano Coppola e Sara Gobbi

tel. 0789 552950 cell. 348 5186793

e-mail: **olbia2009@acoi.it**

**www.acoi.it**

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Kassiopea Group srl.

Via G. Mameli, 65 - 09124 Cagliari

tel. 070 651242 - fax 070 656263

e-mail: **acoi2009@kassiopeagroup.com**

**www.kassiopeagroup.com**

# PROGRAMMA 28° Congresso Nazionale ACOI

## Mercoledì 27 maggio

**17.00** CERIMONIA INAUGURALE - TALK SHOW "FORMAZIONE E PRECARIATO"  
**20.30** COCKTAIL DI BENVENUTO

## Giovedì 28 maggio

SALA LIBECCIO	SALA DOLMEN
<b>8.30-11.30</b> MEDICINA E LEGALITA' Responsabilità professionale, perizie e consulenze	<b>8.30-11.00</b> URGENZE CHIRURGICHE IN ETA' PEDIATRICA
<b>11.30-13.30</b> NEOPLASIA GASTRICA Affidabilità oncologica della laparoscopia	<b>11.00-13.30</b> URGENZE TORACICHE E CHIRURGIA GENERALE
<b>14.00-16.30</b> PANCREATITE Casi clinici interattivi	<b>14.00-16,30</b> ESOFAGO Urgenze e complicanze
<b>16.30-19.00</b> PARETE ADDOMINALE Possiamo codificare le indicazioni?	<b>16,30-19.00</b> TRAUMI DEGLI ORGANI PARENCHIMATOSI TRAUMI PELVICI

## Venerdì 29 maggio

SALA LIBECCIO	SALA DOLMEN
<b>8.30-11.30</b> FEGATO Come curo le metastasi da neoplasia coloretale	<b>8.30-10.30</b> URGENZE VASCOLARI E CHIRURGIA GENERALE
<b>11.30-14.00</b> SURRENE Consensus conference	<b>10.30-12.00</b> Workshop Covidien
	<b>12.00-13.00</b> Workshop Wyeth
<b>14.00-16.30</b> APPENDICE VL Consensus conference	<b>14.30-16.30</b> Workshop Johnson & Johnson
<b>16.30-18.30</b> Sessione INNOVAZIONE E MANAGEMENT ASSEMBLEA ACOI	

## Sabato 30 maggio

SALA LIBECCIO
<b>8.30-13.00</b> NEOPLASIE DEL COLON: nuovi standard dalla stadiazione ai trattamenti avanzati GLI STENT COLICI: come, quando e perché

<b>SALA MENHIR</b>	<b>SALA MAESTRALE</b>	<b>SALA GRECALE</b>
<b>8.30-11.00</b> ENDOMETRIOSI Tra chirurgia e ginecologia	<b>9.00-13.00</b> Workshop Johnson & Johnson	<b>8.30-11.00</b> Comunicazioni Fegato e vie biliari
<b>11.00-11.30</b> Lettura "Malattia diverticolare complicata"		<b>11.00-13.30</b> Comunicazioni Colon
<b>11.30-13.00</b> Workshop Covidien	<b>14.00-16.30</b> DAY SURGERY I nuovi LEA: appropriatezza e sicurezza del paziente	<b>14.00-16.00</b> Comunicazioni Chirurgia toracica Tiroide
<b>14.00-18.00</b> PAVIMENTO PELVICO Le evidenze	<b>16.30-19.00</b> CHIRURGIA NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO	<b>16.00-19.00</b> Comunicazioni Senologia, bariatrica, endometriosi
<b>SALA MENHIR</b>	<b>SALA MAESTRALE</b>	<b>SALA GRECALE</b>
<b>8.30-12.00</b> CHIRURGIA BARIATRICA	<b>8.30-11.00</b> TIROIDE Nuove tecnologie: buone o cattive?	<b>8.30-11.30</b> Comunicazioni Parete addominale
<b>12.00-13.30</b> LA CHIRURGIA RIGENERATIVA	<b>11.00-13.00</b> Workshop Bard "Pareti che non si chiudono"	<b>11.30-13.30</b> Comunicazioni Esofago-stomaco- appendice
<b>13.30-16.30</b> MAMMELLA BREAST UNIT + RICOSTRUTTIVA	<b>14.00-16.30</b> VIE BILIARI Gestione dell'ittero ostruttivo	<b>14.00-16.30</b> Comunicazioni Miscellanea
	<b>SALA MAESTRALE</b>	<b>SALA GRECALE</b>
	<b>8.30-17.30</b> SESSIONE INFERMIERI "Il percorso del paziente chirurgico"	<b>9.00-11.00</b> SESSIONE ISSE

# SEDE DEL CONGRESSO

## Hotel Melià – Geovillage Olbia (OT)

L'albergo Melià Olbia si trova a nord della Sardegna, vicino al centro città ed alle spiagge.

Il complesso alberghiero è stato costruito sul pendio di una collina, domina il golfo d'Olbia ed offre una speciale vista panoramica della sagoma dell'isola di Tavolara.

È circondato da 24 ettari di meravigliosi giardini mediterranei, che si trovano dentro il Geovillage, villaggio vacanze, disegnato da Geocenter SPA, che offre, oltre ad altri servizi, un centro sportivo per nuotatori professionisti e tennisti ed un nuovo centro salute e benessere di 2000 mq.

Si trova a soli 8 km dall'aeroporto ed a 15 km dal campo da golf Il Pevero. Vicino ad Olbia, da dove è possibile visitare l'arcipelago della Maddalena (1 ora di traghetto), alla costa Smeralda (a 15 km dal suggestivo Porto Cervo), al parco naturale Gennargentu (80 km) ed all'antico porto di Alghero.



Noi prendiamo di mira  
le infezioni.



*I risultati dello studio di un laboratorio autonomo dimostrano che **GORE DUALMESH® PLUS** Biomaterial inibisce l'infezione da *Staphylococcus aureus* Meticillina-resistente (MRSA)<sup>1</sup>*

- GORE DUALMESH® PLUS Biomaterial è il **solo** prodotto protesico che presenta su entrambi i lati un trattamento con agenti antimicrobici (clorexidina e carbonato d'argento) che agiscono sinergicamente per inibire la colonizzazione batterica del biomateriale sino a 10 giorni dall'impianto.
- Due superfici differenti: una favorisce la rapida incorporazione alla parete addominale. Il lato viscerale liscio sfavorisce le adesioni tissutali.



DUALMESH® PLUS

BIOMATERIAL

(00800) 6334.4673 (EU)  
goremedical.com

1. Harrell AG. Prosthetic mesh biomaterial susceptibility to Methicillin resistant *Staphylococcus aureus* adherence in an in-vitro model. Abstract presented at Hernia Repair 2005, American Hernia Society, San Diego, CA, Feb 9-12, 2005. Page 94, Abstract 34F.

Da Bergamo ad Olbia, con una risposta concreta ed innovativa da parte di ACOI

# Percorso formativo “INNOVAZIONE e MANAGEMENT”

di Rodolfo Vincenti e Graziano Pernazza

Coerentemente con un contesto professionale nel quale l'evoluzione tecnologica sembra offrire a operatori e pazienti, oltre a innegabili enormi potenzialità, nuove problematiche, il 27° Congresso Nazionale ACOI di Bergamo fu l'occasione per avviare un confronto multidisciplinare su una ipotesi di **rinnovamento della figura professionale del chirurgo** e sul percorso formativo appropriato per definirla.

I risultati del piccolo sondaggio distribuito tra i chirurghi e la sessione “Evoluzione e tecnologia in chirurgia” (cfr ACOI News n.10 – Aprile-Giugno 2008), fecero chiaramente emergere la rilevanza del supporto tecnologico in chirurgia e la necessità di una formazione “complementare”, in grado di fornire al chirurgo, oltre alle competenze tecniche, un corredo di conoscenze in grado di metterlo in condizione di fruire e gestire al meglio la tecnologia per ottenere l'ottimizzazione del proprio atto diagnostico-terapeutico. Dal confronto iniziato a Bergamo e proseguito in Consiglio Direttivo sul tema dell'evoluzione della figura professionale del chirurgo, in occasione del 28° Congresso Nazionale di Olbia, ACOI presenta una proposta concreta.

Coerentemente con la vocazione, statutaria (art. 2) e de facto, verso la promozione dell'aggiornamento e della formazione, ACOI propone un vero e proprio percorso formativo, strutturato su tre anni, con un **duplice obiettivo**:

1. sottolineare l'importanza strategica di una formazione complementare a quella tecnica, che permetta al chirurgo di avere le competenze base per gestire al meglio la propria unità e di poter usufruire delle competenze specifiche presenti nelle diverse strutture sanitarie (ingegneria clinica, risk manager, ...), senza dover diventare degli esperti rispettivamente di risk management, budgeting, health technology assessment, etc.
2. offrire concretamente un set corsi di formazione progettati e riconosciuti da ACOI, coerentemente con gli obiettivi di crescita professionale del chirurgo, offrendo una rosa di argomenti e diversi livelli di approfondimento delle tematiche.

La partnership con MIP, la Business School del Politecnico di Milano, uno degli istituti più prestigiosi in ambito di formazione manageriale con cui ACOI ha progettato il percorso formativo “Innovazione e Management”, consente una sinergia unica tra le competenze e qualificazione dei docenti di



riferimento di MIP e l'esperienza sul campo dei testimonial di riferimento ACOI. Un itinerario di formazione di ampio respiro, con l'intento di facilitare l'accesso a competenze gestionali focalizzate sulle reali necessità del chirurgo, calibrate sul suo ruolo tecnico, e in grado di rispondere al requisito di formazione manageriale propedeutico alla copertura di ruoli dirigenziali di struttura. A chi frequenta almeno due corsi per ognuno dei tre livelli, inoltre, viene rilasciato un **Certificato ACOI-MIP** di formazione in “**Innovazione e Management**”, una iniziativa in linea con la filosofia che tende idealmente ad un sistema che riconosca e valorizzi la formazione di ciascun professionista, condizionando ad essa il riconoscimento della professionalità e quindi l'attribuzione di compiti e responsabilità. Si tratta di una iniziativa unica e fortemente innovativa da parte di una società scientifica. Il progetto formativo prevede diverse tematiche e diversi livelli di approfondimento, al fine di offrire sia spunti e concetti base, che metodologie e strumenti operativi, al fine di permettere al singolo la scelta formativa più appropriata alle proprie esigenze. Ciascuno dei tre livelli, prevede cinque corsi da 8h. Tutti i corsi sono accreditati ECM.

Per ogni livello, è previsto un corso di elevata rilevanza per i Giovani Chirurghi (indicati con G nella tabella del progetto formativo).

L'organizzazione del percorso formativo ed i temi trattati sono riportati nella tabella della pagina a fianco. Date, sede di



svolgimento e titoli saranno aggiornati sui siti web di ACOI e MIP/area sanità.

Il 7 Aprile 2009, si è svolto a Milano il primo corso di questo percorso. I corsisti selezionati hanno affrontato il I livello tematico di Risk Management, dal titolo "Gestione del Rischio Clinico per la Sicurezza in Sala Operatoria", con testimonial ACOI Dalila Patrizia Greco, Presidente della Commissione Risk Management. Una giornata intensa, fatta di lezioni teoriche, confronti, simulazioni e analisi metodologica di casi di studio. La valutazione dei partecipanti è stata di grande riconoscimento. La valutazione della rilevanza dell'argomento,

della qualità fornita e dell'efficacia formativa dell'evento sono state elevatissime, così come la valutazione dell'operato dei docenti e degli aspetti logistici.

Particolarmente apprezzata è stata la documentazione consegnata a ciascun corsista, contenente tutte le presentazioni dei relatori ed una buona dose di spunti bibliografici e documenti di approfondimento. Insomma un esordio lusinghiero per una iniziativa che il Presidente ed il Consiglio Direttivo supportano con convinimento.

Ed allora, superato il "collaudo", non resta che augurare buon percorso a tutti!

I ANNO	II ANNO	III ANNO
<b>Rischio clinico e Sicurezza</b>		
Introduzione ai diversi approcci di gestione e presentazione di casi	La documentazione: aspetti legali e di qualità	La tecnologia: fonte di rischio o opportunità di gestione ?
<b>La valutazione dell'innovazione tecnologica e focus su come incide sull'organizzazione e sui processi di budgeting e di acquisto</b>		
Health Technology Assessment e Ingegneria Clinica	Processo di budgeting e Direzione Amministrativa	Processi di Acquisto e Provveditorato
<b>Approcci e metodologie per l'efficienza</b>		
Approccio Lean e 6-sigma	Programmazione delle risorse nel Blocco Operatorio	Mappatura processi, analisi organizzazioni e monitoraggio performance (G)
<b>Organisational behaviour</b>		
Gestione dei conflitti e negoziazione	Gestione e valutazione delle risorse umane	Gestione del cambiamento e dell'innovazione
<b>Self Development</b>		
Tecniche di auto sviluppo (G)	Tecniche di presentazione e di comunicazione interna (G)	Leadership

## MIP Politecnico di Milano



*MIP, Business School del Politecnico di Milano, è dal 1979 uno dei più prestigiosi Enti di formazione manageriale per laureati di tutte le discipline, orientati verso il mondo delle imprese e della Pubblica Amministrazione.*

*Insieme al Dipartimento di Ingegneria Gestionale, fa parte della School of Management del Politecnico di Milano che accoglie le molteplici attività di ricerca e formazione nel campo del management, dell'economia e dell'industrial engineering.*

*Strutturato in forma di Consorzio, il MIP vede affiancati al Politecnico di Milano numerose istituzioni nazionali ed alcuni fra i principali gruppi industriali privati e pubblici.*

*Dal Politecnico di Milano, MIP eredita l'idea della comprensione della tecnologia come strumento essenziale per creare, innovare e gestire un'azienda. Lo stretto rapporto con le imprese contribuisce allo sviluppo di progetti di formazione e di ricerca applicata, sempre più vicini alla realtà ed alle esigenze del mercato.*

*MIP offre molteplici percorsi formativi: master e corsi di alta formazione, corsi ad hoc sulla base delle esigenze degli interlocutori e corsi brevi/seminari a catalogo. L'Area Sanità di Mip si propone di diffondere nelle strutture sanitarie una cultura manageriale orientata alla promozione dei processi di cambiamento, alla gestione dei costi ed al controllo dei risultati, oltre che al miglioramento della qualità del servizio e della soddisfazione dell'utente, affiancando a modelli teorici, metodi pratici ed esperienze reali.*

Tel 02/2399 9131

Email [info.sanita@mip.polimi.it](mailto:info.sanita@mip.polimi.it)

[www.mip.polimi.it/sanita](http://www.mip.polimi.it/sanita)

19° Congresso ACOI di videochirurgia - Conegliano 23/25 novembre 2009

# Dalla Videochirurgia alla inFORMAZIONE multimediale

**XIX CONGRESSO NAZIONALE ACOI  
DI VIDEOCHIRURGIA**

**CONEGLIANO (TREVISO)  
23-24-25 NOVEMBRE 2009**

Presidente: Gabriele Munegato

**ACO I**  
ASSOCIAZIONE  
CHIRURGICA  
ITALIANA

**XIX**

**INFORMAZIONE  
MULTIMEDIALE**

**DALLA VIDEOCHIRURGIA ALLA MULTIMEDIALITÀ**

Segreteria Organizzativa  
Aliwest Travel srl  
Via N. Paganini 30/36  
50127 Firenze  
p.n. 055/4221201 - fax 055/417146  
congressi@aliwest.com

ALIWEST  
SURGICAL VIDEO PRODUCTION

Il congresso di Videochirurgia è sempre stato uno degli appuntamenti più significativi per l'ACOI e per l'intero mondo chirurgico.

È infatti il convegno chirurgico nel vero senso della parola dove domina la concretezza del vedere e la possibilità di confrontarsi direttamente sull'atto operatorio, nelle soluzioni proposte e nei risultati ottenuti.

La XIX edizione del Congresso di Videochirurgia si terrà a Conegliano, nel cuore del nord-est, città al centro di una variegata e qualificata attività produttiva, contornata da uno splendido paesaggio collinare a netta predominanza viticola e arricchita da numerosi centri di interesse culturale ed artistico.

Dal punto di vista scientifico è stato scelto il tema:

**“Dalla Videochirurgia alla inFORMAZIONE multimediale”**

La videochirurgia, intesa come semplice registrazione e proposta di filmati chirurgici, continua senz'altro a mantenere un ruolo importante e su di essa si baserà come di consueto gran parte dei lavori scientifici. È comunque innegabile il fatto che una realtà multimediale

sempre più complessa e variegata sta per avere il sopravvento anche nei nostri ambiti chirurgici: basta pensare all'uso del digitale con le enormi potenzialità di articolazione e diffusione delle immagini, alla rivoluzione creata dalla laparoscopia in termini di accesso e visibilità, al connubio ormai imprescindibile con la informatica, al sempre più frequente ricorso alla rete telematica per apprendere e confrontarsi al di là di ogni barriera.

È innegabile che tali potenzialità multimediali aprono spazi impensabili di “inFORMAZIONE” favorendo al massimo l'interazione fra diversi soggetti (chirurghi, pazienti, media) a differenti livelli (informazione, comunicazione, formazione).

Il passaggio dal concetto di videochirurgia a quello di multimedialità è ormai un futuro attuale che allarga, nel bene e nel male, il livello di esposizione per i chirurghi e la chirurgia. Proprio per questo va conosciuto e analizzato in profondità per ricavarne i massimi benefici e limitarne estensioni pericolose.

Su questi temi cercheremo di finalizzare il XIX convegno ACOI di videochirurgia nella speranza che esso possa risultare spumeggiante e gradevole come il prosecco, biglietto da visita della città di Conegliano e salutare compagno per il nostro programma sociale.

Puoi essere anche tu protagonista del tuo congresso... aspettiamo un tuo video.

*Il Presidente*

**Gabriele Munegato**

**DEAD LINE 7 SETTEMBRE 2009**

I video devono essere inviati alla Segreteria Organizzativa:

ALIWEST TRAVEL SRL

Via N. Paganini 30/36 - 50127 Firenze - tel. 055 4221201

congressi@aliwest.com - videochirurgia2009@acoi.it



19° Congresso ACOI di videochirurgia - Conegliano 23/25 novembre 2009

# Le nuove regole!

di **Micaela Piccoli**

Presidente Commissione di Videochirurgia

“Un buon video di tecnica chirurgica risulta efficace nel trasmettere il messaggio desiderato quando è ben contenuto nei tempi previsti, curato nei minimi particolari e commentato in modo chiaro e corretto; l'alta qualità delle immagini sarà data da un'alta definizione, dalla messa a fuoco costante e dalla scala dei colori compatibile con la realtà”.

Così si legge sul sito web della SAGES (Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons): poche righe che in realtà implicano la preparazione e la realizzazione di una scaletta ben precisa e complessa, mutuata dalla moderna cinematografia:

1. Scelta di un tema da sviluppare.
2. Ricerca dell'adeguata documentazione (bibliografia, eventuali video già pubblicati) sul tema scelto.
3. Preparazione del progetto scritto del video, il cui tema viene svolto nella sua parte visiva e sonora.
4. Preparazione del set: sala operatoria, attrezzatura, strumentario.
5. Preparazione del piano di lavorazione per le riprese (sia interne, sia esterne).
6. Attuazione delle riprese.
7. Montaggio delle riprese (editing).

Il nuovo appuntamento con la Videochirurgia, quest'anno, è a Conegliano, in Novembre.

Di tempo, quindi, ne abbiamo; non tanto, ma a sufficienza per realizzare qualcosa di innovativo e di competitivo con le migliori realtà scientifiche internazionali.

Itemi del Congresso, scelti dal Presidente Gabriele Munegato, sono ambiziosi ed estremamente attuali ed interessanti: l'Informazione, la Formazione e la Multimedialità.

La Commissione di Videochirurgia, prendendo spunto da quelle poche righe iniziali della SAGES e dagli obiettivi del Congresso, detta, oggi, delle regole nuove, che verranno applicate nell'intento di avere del materiale il più possibile valido qualitativamente ed omogeneo come tipologia, da utilizzare a vantaggio dei Soci ACOI, in progetti di multimedialità.

## Regola numero 1

Un video, di qualunque tipologia esso sia, deve prevedere: una **Prefazione**, un **Corpo** ed una **Conclusion**.



- La **Prefazione**, della durata massima di 1 minuto, deve contenere:

- Unità Operativa / Ospedale / Università – Direttore/ Responsabile - Città
- Titolo
- Chirurghi operatori / autori
- data della realizzazione dell'intervento
- data della realizzazione del video

Tale parte deve essere professionale e le immagini attenersi strettamente alle necessità scientifiche del caso. Ben gradite le immagini della Città e dell'Ospedale di provenienza; inutili e di cattivo gusto quelle di sciatori, surfisti, spiagge, moglie e figli, modelle etc...!

- Il **Corpo** deve includere l'intervento chirurgico: utili anche informazioni, con immagini radiologiche o scritte, sulla fase preoperatoria, sull'assetto della Sala Operatoria, sulla posizione del paziente. Appreziate anche immagini



(radiologiche, disegni) collocate durante lo svolgimento dell'intervento, che chiariscano eventuali dettagli anatomici e di tecnica.

- La **Conclusion**, della durata massima di 30 secondi, deve contenere:
  - durata reale dell'intervento o degli interventi chirurgici mostrati
  - durata del video al termine dell'editing,
  - nome dei tecnici o dei chirurghi realizzatori del video
  - eventuali ringraziamenti.

### Regola numero 2

Insieme al Presidente del Congresso, la Commissione ha individuato quattro tipologie di Video chirurgici:

- **VIDEO INTEGRALE.** Questa tipologia è ammessa al Congresso solo su invito.  
Il Congresso prevede alcune sessioni di Chirurgia in diretta differita, condotte come una vera e propria "live surgery", monotematiche come patologia, ma differenti come approccio chirurgico.  
La Commissione selezionerà, a seconda della patologia scelta, le eccellenze in Italia disposte ad inviare un video integrale, non rielaborato in alcun modo.
- **VIDEO DI TECNICA CHIRURGICA.** Tipologia di video aperta a tutti i soci ACOI.  
Durata massima del video: 10 minuti.  
Uno o al massimo due interventi chirurgici che chiariscano una determinata tecnica.
- **VIDEO DI CASI CLINICI.** Tipologia aperta a tutti i soci ACOI.  
Durata massima: 8 minuti.  
Uno o al massimo tre casi clinici collegati fra loro per patologia (rara), problematiche di diagnosi o trattamento, gestione di una complicanza, etc.
- **FLASH VIDEO.** Tipologia aperta a tutti i soci ACOI  
Durata massima: 3 minuti  
Una nuova tipologia di video che permetterà di focalizzare l'attenzione su alcuni dettagli.  
I video omogenei per tema (patologia o tecnica), inseriti in Sessioni monotematiche, verranno montati uno di seguito all'altro, a blocchi di massimo 5 casi ciascuno, commentati

in diretta e seguiti da una discussione collegiale.

Ciascuna Sessione potrà comprendere quindi, anche più blocchi, ciascuno di 15 min.

Alcuni suggerimenti e temi giudicati preferenziali ma non esclusivi:

- Lesioni della Via Biliare Principale (VBP) in corso di colecistectomia laparoscopica: momento della complicanza e sua gestione.
- Complicanze in corso di chirurgia colica, pancreatica, gastrica, di parete; comprensive della gestione.
- Patologia ginecologica, riscontrata in urgenza, in corso di appendicectomia laparoscopica: diagnosi e trattamento.
- Confezione di ileo-colostomia: accorgimenti tecnici.
- Mezzi di fissaggio nella chirurgia di parete: accorgimenti tecnici.
- Tecniche di confezione di anastomosi pancreatica.
- Nuovi devices e loro utilizzo.
- Proctologia.

### Regola numero 3

Non è richiesto alcun commento audio registrato. Il video andrà commentato in diretta.

Non è richiesto alcun sottofondo musicale.

### Regola numero 4

Al video dovrà essere obbligatoriamente allegato:

- un breve Abstract (20 righe max, formato A4, Times New Roman 12) che illustri: Titolo, Autori e Contenuto
- per i video di Tecnica chirurgica e per i Video Integrali, l'indicizzazione dei tempi chirurgici (Es. 00.00.01. Legatura arteria; 00.01.24. Legatura vena. Etc.), in previsione della realizzazione di un Book multimediale.

### Regola numero 5

I video devono essere presentati come una produzione originale (non edita, in precedenza, in altri Congressi, Corsi o Videoriviste), in forma da edizione finale ed in uno dei seguenti formati PAL:

- DV AVI file (720x480)
- MINI-DV o DVCAM (registrazione con 30 sec. prima e dopo il video)
- QUICK TIME file (720 x 480)
- DVD VIDEO
- HDV tape1080i60

I formati non accettati includono: file MPEG-1, videocassette BETACAM, videocassette VHS, videocassette SVHS.

Sulla custodia del video dovrà essere riportato: titolo, nome del chirurgo/i, istituzione di appartenenza, città e mese/anno di produzione.

### Regola numero 6

Il buon andamento di una Sessione Video dipende, in gran parte, dalla corretta gestione di Presidente e Moderatori.

Essendo la durata dei video già regolamentata a priori, i Moderatori sono responsabili del buon andamento della Discussione, che andrà modulata garantendo a tutti i Relatori (dal primo all'ultimo, dal più giovane al più anziano, dal meno noto al più importante) pari dignità.

Per cui:

#### ISTRUZIONI PER I PRESIDENTI

1. Compito del Presidente è dare inizio e concludere la Sessione nei tempi previsti.
2. Il Presidente introduce, in pochi minuti e senza preamboli, i Moderatori a cui lascia la parola.
3. Il Presidente conclude la Sessione con un breve riassunto e commento.

#### ISTRUZIONI PER I MODERATORI

1. Compito dei Moderatori è dirigere la Sessione, stimolando la discussione.
2. I Moderatori dovrebbero incontrare tutti i Relatori della propria sessione almeno 15 minuti prima dell'inizio della stessa, nell'antisala. Se qualcuno dei Relatori non fosse presente si suggerisce di farlo rintracciare tramite la segreteria organizzativa.
3. I video vanno mostrati nell'ordine previsto dal Programma, perché è quello che il pubblico si aspetta e perché consente al pubblico di selezionare specifici video da vedere, anche in Sessioni simultanee.
4. Ciascun Relatore va preceduto da una breve presentazione da parte di uno dei Moderatori.
5. Se un Relatore non si presenta, il video non andrà mostrato.
6. I Moderatori conducono la discussione istruendo gli intervenuti a qualificarsi con nome, cognome e istituzione di provenienza. Le hostess provvedono a consegnare i microfoni in platea. I Moderatori potranno decidere se avviare la discussione dopo ogni video o dopo gruppi di video omogenei; l'importante è garantire lo stesso tempo per ciascun Relatore.
7. I Moderatori dovrebbero formulare ulteriori domande ai Relatori qualora la risposta della platea fosse inadeguata a completare i contenuti scientifici dell'argomento.
8. La Sessione deve terminare tassativamente nei tempi previsti onde consentire il regolare inizio della successiva.

#### Regola numero 7

Un problema cruciale dei Congressi di Videochirurgia è sempre stato quello della corretta valutazione e premiazione dei migliori Video. La presenza di Sessioni simultanee, più o meno frequentate, non rende omogenea e totalmente obiettiva la valutazione. Quest'anno quindi, solo due Sessioni saranno soggette a valutazione e premiazione: quella riservata all'ACOI GIOVANI ed una denominata VIDEOFESTIVAL.

Per quanto riguarda la Sessione ACOI GIOVANI, sollecito la relativa Commissione ad un lavoro capillare che faccia emergere il futuro della Chirurgia Italiana: il migliore video selezionato parteciperà anche al concorso nell'ambito della sessione VIDEOFESTIVAL.

Il VIDEOFESTIVAL prevederà, invece, la presentazione dei dieci video più belli, selezionati a priori dalla Commissione, tra i video pervenuti entro i termini previsti dalla dead line. I Dieci video del Videofestival, i video dell'ACOI GIOVANI ed i Video Integrali selezionati dalla Commissione saranno inoltre utilizzati per la dimostrazione (Demo) di un Book Multimediale che verrà presentato al Congresso stesso.

#### Regola numero 8

Rispetto della Dead Line: 7 Settembre 2009! Lo so! È sempre così difficile rispettare le scadenze, in un mondo così denso di appuntamenti! Però, se l'appuntamento è all'Estero, dove la dead line è tassativa, non si sa perché ma si riesce sempre a rispettarla. Quindi, questa volta anche l'ACOI pone un limite invalicabile. La prima riunione della Commissione, per la valutazione dei video, è già fissata per il 14 Settembre 2009.

Concludo affermando che la Commissione di Videochirurgia è a vostra disposizione per qualsiasi chiarimento o informazione di tipo organizzativo (**congressi@aliwest.com**) o scientifico (**gabriele.munegato@ulss7.it;** **videochirurgia2008@acoi.it;** **m.piccoli@ausl.mo.it**).

Buon lavoro! Arrivederci a Conegliano!

**FloSeal**  
MATRIX

CE 0123

Via A. Cocchi, 79 - Loc. Ospedaletto - 56121 Pisa  
Tel. +39 050 97 61 11  
[www.baxteritalia.it](http://www.baxteritalia.it)

Informazione riservata alla classe medico-ospedaliera.

**Quando ridurre  
i tempi è essenziale**

Floseal® riduce i tempi  
ed i costi chirurgici

**Baxter**

BAE1049 PR0206



# Cosa si è detto al Congresso FESMED di Rimini

## del 27-28 Febbraio 2009

di Franco Angelastri

Il 27 e 28 febbraio 2009 si è tenuto a Rimini il Congresso Nazionale FESMED. Per la prima volta hanno partecipato al congresso nazionale, come moderatori, anche i Presidenti delle due maggiori società scientifiche aderenti alla Fesmed: Antonio Chiantera AOGOI, e Rodolfo Vincenti ACOI.

I primi argomenti trattati sono stati il rapporto di lavoro del Dirigente medico nel sistema sanitario nazionale, relatore Avv. Nicola Gasparro, e la stipula del contratto individuale, relatore il Presidente Fesmed, Carmine Gigli.

La discussione è stata interessante e ha sottolineato l'importanza del contratto individuale nel quale vengono definiti i diritti e gli impegni che il Dirigente assume con l'Azienda; è stato stigmatizzato che esso è uno strumento che fornisce importanti garanzie al Dirigente e pone un freno ad eventuali decisioni arbitrarie da parte dell'Azienda; il contratto individuale è una sorta di negoziazione fra chi compra (l'Azienda) e chi vende (il Professionista), ed è regolato da disposizioni di legge normative comunitarie e dal CCNL, quindi risulta essere la chiave di volta del rapporto di lavoro e bisogna essere molto vigili quando viene sottoscritto al fine di non commettere leggerezze.

Il congresso si è interessato, inoltre, della libera professione intramoenia e della valutazione del dirigente medico, relatori Antonio Schiamone e Antonino Rosa. Dove però c'è stata maggiore discussione e partecipazione dalla sala sono state le relazioni che riguardavano l'istituto della pausa e le tutele contrattuali nel contenzioso medico-legale, relatori Massimo Percoco e Maurizio Silvestri.

Come è noto il CCNL 2006-2009 ha lasciato un ampio margine di manovra per disciplinare a livello aziendale alcune importanti questioni, a cominciare dal riposo dopo il servizio di guardia notturna, trattato dall'articolo 7 ( Disposizioni particolari in

materia di riposo giornaliero). È stata ribadita, su questo tema, la posizione della Fesmed nelle trattative integrative aziendali che sarà orientata alla ricerca di un accordo che non preveda degli automatismi, relativamente alla durata del riposo, ma regoli la materia in maniera flessibile e riconosca il ruolo dirigenziale del medico, anche consentendogli l'autovalutazione delle sue energie psicofisiche, in modo che gli venga garantito il dovuto ristoro senza precludergli la possibilità di svolgere, per

sua scelta, determinate attività come la libera professione. La discussione in merito è stata molto vivace ed ha evidenziato le diversità presenti sul territorio nazionale e pertanto sarà opportuno valutare il tutto alla luce dei criteri che stabilirà il coordinamento regionale come previsto dall'art. 5 co.1 lett. K del vigente CCNL.

Altro argomento di grande interesse è stato quello dall'art. 16 (Copertura assicurativa e tutela legale), che impegna le Aziende "a dare ai dirigenti, con completezza e tempestività, tutti gli elementi conoscitivi relativi alle condizioni e modalità delle coperture assicurative e della tutela legale, assicurando la massima informazione e trasparenza, anche mediante comunicazioni periodiche idonee a fornire il costante aggiornamento dei dirigenti sulle garanzie assicurative in atto".

Anche in questo caso la trattativa integrativa aziendale dovrà definire le modalità più idonee per rendere trasparenti i contratti assicurativi stipulati dalle Aziende, inoltre, come stabilisce il secondo comma dello stesso articolo, le Aziende "al fine di favorire l'ottimale funzionalità dei sistemi di gestione del rischio" dovranno anche chiarire le modalità con le quali forniranno il "necessario supporto al dirigente", se dovesse rimanere coinvolto in un sinistro professionale. Questa ultima clausola risulta essere importantissima per l'assistenza legale e medico-legale del Dirigente.

È seguita, in fine, la relazione magistrale, la contrattazione nazionale e i contratti integrativi aziendali, il CCNL 2006-2009 e i fondi aziendali, di Marta Branca, Dirigente dell'ARAN e della delegazione trattante della parte pubblica per il CCNL.

Il congresso si è chiuso con la relazione del tesoriere Angelo Careccia che ha confermato il trend del saldo positivo della Fesmed, con un saldo attivo a dicembre 2008 di 181.519 €.

Il Presidente Gigli ha chiuso il congresso ricordando di curare la rappresentanza Fesmed in tutte le Aziende italiane al fine di difendere i diritti dei professionisti iscritti alla nostra associazione.

Ribadita  
la posizione  
della Fesmed  
nelle trattative  
integrative aziendali



Rodolfo Vincenti e Carmine Gigli al congresso

# Splenectomia d'urgenza

## per infarto venoso da torsione del peduncolo in milza migrante

di cura di Marco Barreca

**Domitilla Foghetti, Sergio Ena, Luciano Landa**  
U.O.C. Chirurgia Generale, Ospedale S. Croce - Fano (PU)

Una donna di 24 anni giunge in Pronto Soccorso per la comparsa improvvisa di sintomatologia dolorosa localizzata all'ipocondrio e fianco sinistro, ad andamento ingravescente. La ragazza è in apparente buona salute e riferisce solo di aver contratto l'epatite virale di tipo B all'età di 13 anni. Gli esami ematochimici risultano sostanzialmente nella norma. Sottoposta ad Rx diretta addome ed ecografia, vengono riscontrati rispettivamente alcuni livelli idroaerei e la presenza di splenomegalia associata a modesto versamento libero nel cavo di Douglas e film perisplenico.

La paziente viene inizialmente ricoverata presso l'U.O. di Medicina Generale, per lo studio della splenomegalia. A causa del persistere di una importante sintomatologia dolorosa, contattato il consulente chirurgo, si decide di eseguire una TC addome, che evidenzia una milza megalica (diametro maggiore 20cm), sita a livello pelvico con peduncolo vascolare di dimensioni ridotte rispetto al volume dell'organo e aspetto attorcigliato. La paziente viene sottoposta ad intervento chirurgico d'urgenza. L'plorazione laparotomica conferma la diagnosi di infarto venoso in milza migrante, con iniziali lacerazioni sanguinanti della capsula, determinanti emoperitoneo: si è quindi proceduto a splenectomia. L'esame istologico risulterà positivo per trombosi dei vasi venosi dell'ilo splenico con infarcimento emorragico del parenchima (dimensioni dell'organo 20x12x6,5cm, peso 720 gr).

Il decorso postoperatorio è stato regolare e la paziente è stata dimessa in quinta giornata.

### Discussione

La milza migrante è una rara entità nosologica che si riscontra più frequentemente tra i 20 e i 40 anni d'età; nel 70-80% dei casi interessa soggetti di sesso femminile in età fertile (rapporto M:F di 1:7). Si riconosce una forma **congenita**, legata ad una alterata evoluzione del mesogastrio dorsale che esita in una anomalia dei legamenti del mesentere dorsale: in questo caso i legamenti sospensori della milza (spleno-renale, gastro-splenico e freno-colico, che originano dallo stesso tessuto durante l'embriogenesi), risultano assenti o solo parzialmente formati. La milza può trovarsi quindi in una anomala posizione addominale e verrà definita *ptosica* se lo spostamento è minimo, *migrante* se lo spostamento è più ampio (per esempio

milza in sede pelvica). La lunghezza del peduncolo vascolare determina il grado di mobilità della milza stessa ed è correlato al rischio di torsione, che può essere provocata da movimenti del corpo, dalla peristalsi intestinale, dai cambiamenti della pressione intra-addominale o dalla distensione degli organi adiacenti. Si può verificare una torsione acuta, con conseguente infarto della milza, o una torsione intermittente che provoca splenomegalia dovuta alla congestione venosa. Altre

La milza migrante è una rara entità che si riscontra più frequentemente tra i 20 e i 40 anni d'età

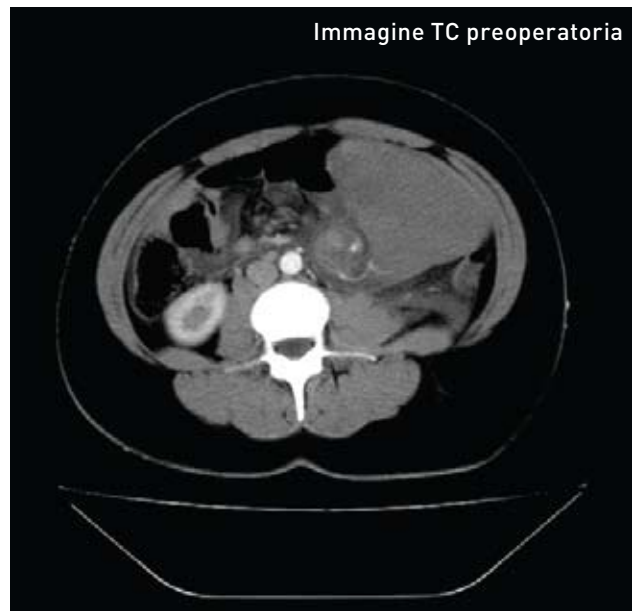
possibili complicanze della torsione sono la gangrena, l'ascesso splenico, la necrosi pancreatica e l'emoperitoneo. Si definisce infine *ectopica* una milza che, migrata in epoca imprecisabile in sede anomala, è tuttavia fissata da aderenze. L'ectopia è più frequentemente iliaca o pelvica e può associarsi a malformazioni congenite quali il meso splenico autonomo (da mancata aderenza al mesogastrio dorsale), il situs

viscerum inversus, le ernie ombelicali o diaframmatiche.

La forma acquisita viene invece attribuita all'azione esercitata dalle variazioni dei livelli ormonali in donne multipare, sui legamenti splenici; in questa condizione oltre ad una maggiore lassità dei legamenti, si riscontrerebbe il rilasciamento della parete addominale.

Essendo un quadro clinico infrequente ed associato spesso a sintomi aspecifici, la diagnosi non sempre è immediata. Clinicamente il paziente può presentare una massa addo-

Immagine TC preoperatoria



minale asintomatica o, in caso di torsione acuta, la comparsa di sintomatologia dolorosa ai quadranti di sinistra che può evolvere fino a stati di shock. La sintomatologia algica può essere critica o subcontinua, definita come senso di peso o associata a disturbi digestivi che spesso si attenuano in clinostatismo.

L'esame obiettivo può permettere di riscontrare i caratteri tipici di forma e consistenza dell'organo e l'eventuale riducibilità nella sua loggia, ma l'identificazione della milza ptosica diventa difficile se l'organo risulta fisso a causa di aderenze e se la sede anomala non è agevolmente raggiungibile alla palpazione. In tal caso è utile il rilievo della scomparsa dell'aria di ottusità splenica. La diagnosi differenziale deve includere: l'appendicite acuta, la torsione di cisti ovarica, l'occlusione intestinale, la diverticolite e la gravidanza extrauterina.

Anche gli esami ematochimici possono essere del tutto aspecifici, mostrando solo leucocitosi associata o meno a trombocitopenia o trombocitosi. Gli esami strumentali comprendono l'ecografia dell'addome associata alla TC

che consente di identificare l'esatta posizione della milza e del peduncolo. Il trattamento della milza migrante è chirurgico: la *splenopessia* è l'intervento di scelta nei bambini e nei giovani, in assenza di complicanze; la milza viene fissata al diaframma o alla parete addominale anteriore oppure viene creata una tasca retro peritoneale. In caso di torsione del peduncolo vascolare con compromissione del parenchima, è necessario ricorrere alla splenectomia.

#### Bibliografia

1. Misawa T, Yoshida K, Shiba H, et al. Wandering spleen with chronic torsion. *Am J Surg*. 2008; 195:504-5
2. De Vivo M. et al. Acute torsion of wandering spleen. *Ital J Pediatr* 2006; 32: 308-311

Milza migrante: immagine intraoperatoria



Milza migrante: pezzo anatomico.





## COMMENTO



A cura di **M. Barreca** e **G. Ricci**

Il caso presentato costituisce una curiosità nosologica per il chirurgo generale d'urgenza.

Sono riportati in letteratura 274 casi con una prevalenza nelle donne in età gestazionale. L'interesse nella suddetta patologia è costituito dalle difficoltà diagnostiche, in cui il tempo intercorso tra la diagnosi ed il trattamento definitivo condiziona l'esito finale.

Il trattamento conservativo della "wandering spleen" è gravato da un'incidenza di complicanze del 65% che includono la torsione del peduncolo o la sua rottura traumatica a seguito di traumi di lieve entità. In questi casi la milza si trova dislocata in un'area dell'addome non protetta dalla gabbia toracica e la sua rottura traumatica diviene più frequente. I due terzi dei pazienti che giungono all'attenzione del medico con una complicanza acuta della "wandering spleen" risultano asintomatici prima dell'insorgenza del quadro di addome acuto. In accordo con queste evidenze il riscontro incidentale, intra-operatorio o all'imaging, di "wandering spleen" pone indicazione al trattamento suo chirurgico, anche in pazienti asintomatici.

La splenectomia ha rappresentato per anni il trattamento standard, tuttavia questa procedura può portare ad un significativo rischio di infezioni non sempre prevenibile

con i vaccini e la terapia antibiotica.

Per tale motivo è preferibile non ricorrere alla rimozione dell'organo quando non appaia necessario, specialmente nei bambini sotto i 3 anni in cui è particolarmente elevato il rischio di OPSS (Overwhelming Post-Splenectomy Sepsis). Numerose tecniche di splenopessia sono state pertanto descritte in letteratura sia con approccio "open" che laparoscopico, con o senza l'uso di mesh.

La derotazione e la splenopessia sono raccomandabili anche nei pazienti che si presentano con addome acuto quando non vi sia evidenza di esteso infarto, trombosi dei vasi splenici od ipersplenismo.

L'intervento di splenopessia viene raccomandato anche in caso di fallimento della prima procedura.

Va sottolineata l'importanza di una diagnosi e di un trattamento tempestivo della "wandering spleen" complicata dalla torsione del peduncolo sia per la possibilità di "salvare" la milza, qualora a seguito della derotazione risultasse sana, sia perché un ulteriore ritardo diagnostico-terapeutico può portare a gravi complicanze come la gangrena della milza, l'ipersplenismo, l'occlusione intestinale, la gangrena gastrica od intestinale, la pancreatite acuta e/o il sanguinamento da varici esofagee.

## B.Braun per la Chirurgia

Tradizione e innovazione



**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

B. Braun Milano S.p.A. - Divisione Aesculap - Via Vincenzo da Seregno, 14 - 20161 Milano - Tel. (02) 66218 1 Fax servizio clienti (02) 66243 350  
e.mail: info.bbitalia@bbraun.com - servizio.clienti@bbraun.com - web: www.bbbraun.com

# Le orecchie valghe

di Giovanni Umberto Agostinelli

Specialista in Chirurgia Plastica (U.O.C Chirurgia Generale, Ospedale di Fano)

## Note di Anatomia Artistica del padiglione auricolare

Contrariamente a quanto accade per altre strutture anatomiche dove, pur esistendo una certa variabilità morfologica individuale l'anomalia rappresenta pur sempre l'eccezione, nel caso del padiglione auricolare essa rappresenta la regola. Si tratta, dunque, di una malformazione frequentissima, tanto che in passato ha fatto sostenere a molti Autori che non esistono due persone con la stessa forma di orecchio. Si è pensato perfino di schedare i criminali in base al loro tipo di orecchio.

Agostino Carracci, celeberrimo pittore del seicento, considerava l'orecchio come la parte più difficultosa da rappresentare e tale asserzione è confermata dall'esistenza di molti manuali dell'epoca in cui sono numerosi gli studi anatomici. Dal confronto di questi disegni appare chiaro come l'orecchio sia costituito da un modulo fisso e schematico con variazioni minime che sono però tipiche se non specifiche dell'individuo. Altro aspetto importante specie nel soggetto femminile, è la sua posizione esatta nella zona di confine tra

Agostino Carracci  
considerava  
l'orecchio  
come la parte  
più difficultosa  
da rappresentare

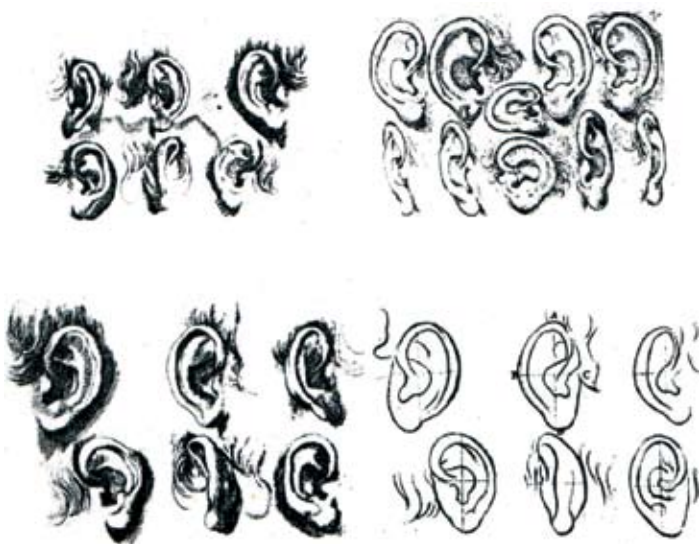
la volta cranica e la struttura facciale.

Tracciando una linea che decorre dalla radice del naso fino al tubercolo di Darwin e proseguendo poi fino alla parte posteriore della testa (protuberanza occipitale esterna), individuiamo la posizione del punto superiore del padiglione auricolare.

Nella Paolina Borghese di Canova ritroviamo espresso questo "concetto anatomico" in modo esteticamente meraviglioso, anche perché una posizione sbagliata, sia pure di pochi centimetri, in un viso ci comunica un senso di squilibrio e di imperfezione.

Sono state suggerite varie classificazioni delle deformità auricolari, nessuna delle quali è però soddisfacente. Non entro nel merito, anche perché esula dallo scopo di questo articolo, ma vorrei invece soffermarmi sulle "orecchie prominenti o valghe o ad ansa", di certo l'anomalia più frequente.

La loro importanza non sta tanto nel fatto che sia dovuta ad un arresto dello sviluppo embrionale delle circonvoluzioni, quanto piuttosto nel fatto che nella cultura occidentale rappresentano un marchio negativo a differenza, per esempio, del



Studi di: Guercino da "Primi elementi per introdurre i giovani al disegno" (1619);  
Fialetti da "Il vero modo et ordine per disegnare tutte le parti et membra del corpo umano" (1608);  
Van de Passe "Orecchie i e schemi relativi", dal Lumen picturae (1643).



Paolina Borghese (Canova)

Giappone, in cui sono considerate segno di buona sorte. Le caratteristiche principali dell'orecchio ad ansa sono lo scarso sviluppo dell'antelice, un eccessivo sviluppo della cartilagine della conca e spesso un allargamento dell'angolatura tra il lobo e la cute del collo.

Esistono poi variazioni sul tema stesso come nel caso della deformazione chiamata "orecchio di Machiavelli", che presenta una scarsa definizione del margine dell'elice, eccessive dimensioni dell'orecchio, eccesso della cartilagine della conca e debolezza dell'impalcatura cartilaginea del padiglione.

### Note di Embriologia

L'orecchio esterno si sviluppa dal primo solco branchiale e da parte degli adiacenti archi primo (mandibolare) e secondo (joideo). Alla fine del secondo mese, l'ectoderma affonda internamente, formando una depressione ad imbuto, il meato primario, connesso alla cavità timpanica da un cordone solido di cellule epiteliali, la placca meatale, che al settimo mese sviluppa un lume che diverrà la componente ossea del meato acustico esterno.

La membrana timpanica è rappresentata da un sottile diaframma di mesoderma, posto fra questo meato e la cavità del timpano.

L'orecchio è formato da sei collicoli che appaiono per la prima volta nell'embrione di cinque settimane raggruppati attorno al primo solco branchiale, tre sul bordo posteriore del primo arco e tre su quello anteriore del secondo arco. Il primo e il sesto collicolo mantengono una posizione costante, determinando i siti di sviluppo del trago e dell'antitrigo, mentre il quarto e il quinto tubercolo si espandono e ruotano attraverso l'estremità distale della fessura, creando l'elice anteriore e superiore e la parte adiacente il corpo dell'orecchio.

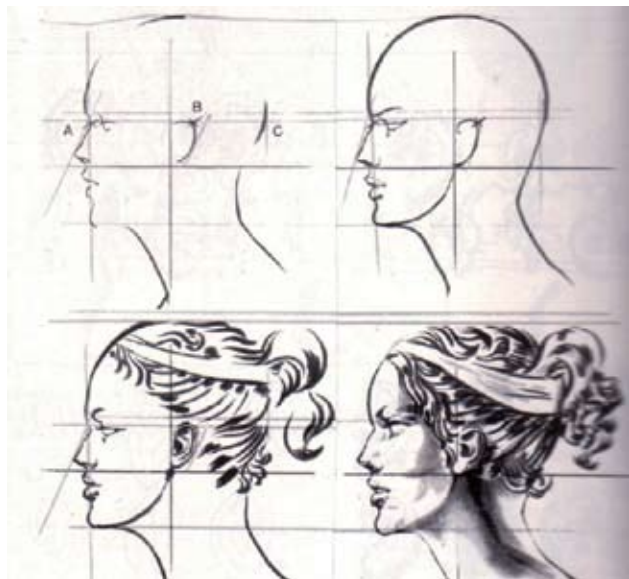
L'accrescimento della porzione auricolare dell'arco mandibolare porta alla formazione del solo trago e della radice anteriore dell'elice. L'orecchio e il meato acustico esterno primario si trovano, in origine, vicino alla superficie anteriore della testa, ma poi migrano in direzione dorsale e superiore nello stesso momento in cui l'insieme proenteron, con la cavità timpanica, si muove ventralmente e inferiormente. Infine il meato primario e la cavità timpanica raggiungono lo stesso livello ed inizia la loro fusione.

Scrivono il Testut: *"Fra i padiglioni che stanno applicati alla parete cranica e quelli che se ne allontanano, formando un angolo di 90° ed anche più (orecchie ad ansa), si trovano tutte le disposizioni intermedie. Di solito l'angolo suddetto (angolo cefalo-auricolare) misura 20°-30°"*.

Nel caso delle orecchie valghe, verso il terzo mese di gestazione, l'orecchio è sottoposto ad una crescente protrusione rispetto alla testa; entro il sesto, il margine dell'elice si è arricciato, il corpo dell'antelice si è definitivamente piegato ed appaiono le crura. La deformità è dovuta alla incapacità dell'antelice di piegarsi e questo amplia l'angolo concoscafoideo fino a raggiungere i 150 gradi o anche più causando l'appiattimento della crus superiore e del corpo e della crus inferiore.

In condizioni definitive di sviluppo, il padiglione auricolare si presenta ovale con asse maggiore quasi verticale. Sulle due facce riscontriamo la presenza di numerose prominenze e depressioni. La parte centrale, chiamata conca, è una escavazione profonda che è delimitata da un orlo, l'antelice che si biforca in alto ed in avanti per circoscrivere la fossa triangolare.

Innanzi all'entrata del meato acustico esterno, si trova il trago con il suo corrispettivo l'antitrigo localizzato davanti. Come



contorno del padiglione è presente una piega curvilinea detta elice la quale termina postero inferiormente formando la coda dell'elice.

Altra variazione importante riguarda l'attaccatura dei lobi delle orecchie: due europei su tre hanno lobi penduli e staccati. Come il naso, anche l'orecchio è un organo quasi del tutto privo di motilità e la sua bellezza consiste nell'essere di piccole dimensioni e piuttosto aderente alla volta cranica. Questo nella nostra società occidentale, di razza bianca e... non da molto tempo.



Statua di Augusto detta "Augusto di Prima Porta" o "Augusto loricato" custodita ai Musei Vaticani.

ANDOS (Associazione Nazionale Donne Operate al Seno)

# Quando il volontariato va oltre il Supporto

di **Flori Degrassi**

Coordinatore Nazionale

Perché l'ACOI e l'ANDOS si parlano e si affiancano? Perché una grande Società Scientifica di Chirurgia ed una grande Associazione di Volontariato specializzata nell'assistenza alle donne che incorrono nel cancro al seno si parlano e si affiancano? Semplice! La risposta è nelle domande. Proprio per quello che i due organismi rappresentano. Perché il cancro al seno non è solo una malattia da estirpare al più presto, perché non esiste solo la malattia fisica, perché non esiste solo una guarigione fisica, soprattutto perché non esiste solo una cicatrice fisica. Perché non si può esultare solo davanti a controlli clinici dall'esito negativo. Perché c'è tanto altro su cui lavorare e che è poco visibile, altro che il chirurgo spesso non ha la possibilità di vedere, perché è profondamente nascosto e deve essere identificato ed ammortizzato rapidamente prima che faccia danni equiparabili ai danni del cancro. L'alleanza in preparazione tra le due Associazioni così diverse tra loro sarà un'alleanza volta a moltiplicare esponenzialmente i benefici che chirurghi e volontari determinano da soli contro una malattia così diffusa ma che deve fare sempre meno paura alle donne ed a tutti noi.

**Marco De Fazio**

Presidente del Comitato ANDOS di Napoli



L'ANDOS (Associazione Nazionale Donne Operate al Seno), con i suoi cinquantasette comitati operativi e due in formazione, è la più grande associazione italiana di donne operate.

Nasce ai tempi in cui in Italia, sulla scia di quello che succedeva negli Stati Uniti ed in Francia, si pensò che riunire i pazienti avrebbe contribuito ad aumentare nel sistema l'interesse nei confronti della patologia.

Negli Stati Uniti le grandi associazioni riescono a spostare ingenti capitali destinati agli armamenti sui programmi di ricerca scientifica, da noi l'associazionismo è nato invece come supporto al sistema che non riesce a coprire tutte le istanze della popolazione.

L'ANDOS parti dal presupposto che le donne operate al seno, allora con mastectomie più o meno allargate, non si rivolgevano a nessuno per i loro importanti problemi psicologici e non trovavano risposte a quelli fisici. Si pensò allora di trattare dal punto di vista fisico le operate per trovare un pretesto di contatto ed offrire loro un supporto psicologico e sociale.

La nostra peculiarità è quella di avere, nella struttura organizzativa, varie tipologie di volontari e di avere da sempre la collaborazione del Corpo di Volontariato più strutturato in assoluto che è quello delle Infermiere della Croce Rossa Italiana.

La significativa presenza dei medici e degli altri operatori sanitari non ha il ruolo di gerarchizzare l'associazione, che di fatto è di donne operate, ma lo scopo di portare al mondo scientifico ed istituzionale la loro voce e di portare loro la voce del mondo scientifico. In sintesi la componente medica funge



**A.N.D.O.S. onlus**  
Associazione Nazionale Donne Operate al Seno

da "mediatore culturale", portando le esigenze delle donne alla classe medica e "traducendo" il linguaggio scientifico in parole comprensibili.

L'esperienza dell'associazionismo e quella dei professionisti in questo specifico settore è che l'aspettativa di vita migliora se i messaggi che giungono a chi si è ammalato di cancro sono positivi. Un messaggio di speranza allunga la vita, perché aumenta la voglia e la forza di vivere, se si basa ovviamente su solide fondamenta.

L'anticipazione diagnostica, derivata dall'estendersi degli screening e delle unità di senologia diagnostica, la chirurgia conservativa, la tecnica del linfonodo sentinella, la radioterapia intraoperatoria, i nuovi cicli di chemioterapia ed i farmaci biologici hanno migliorato la quantità e la qualità di vita.

Questi vantaggi diagnostici e terapeutici hanno aumentato il livello di conoscenza delle donne nei confronti di questa problematica e la consapevolezza, di chi si ammala, di voler essere partecipe delle scelte terapeutiche.

Ad aumentare il diffondersi dell'informazione e della cultura in questo settore ha contribuito certamente anche l'associazionismo, con congressi, con seminari, con la formazione dei volontari e con colloqui individuali.

La donna vuole vivere con consapevolezza la propria malattia.

Naturalmente la miglior conoscenza del problema porta la

donna a sapere che cosa sono le metastasi e a sapere che al loro comparire è scomparsa la possibilità di guarire, sa riconoscere le recidive cutanee, vive malissimo una diagnosi di cancro controlaterale e sa che la compromissione linfonodale all'atto dell'intervento dà limitazioni alla sua prospettiva di vita.

In questi casi la depressione ed il senso di inadeguatezza nei confronti della vita e della sua socialità sono accentuati ed il reinserimento familiare, lavorativo ed il recupero psicologico sono più lenti e più difficoltosi. Anche l'insorgenza del linfedema rappresenta per l'operata un problema non solo fisico ma anche psicologico.

La difficoltà di movimento ed il problema estetico, rappresentato dal braccio grosso, sono un continuo stimolo per ricordare l'intervento e la patologia neoplastica che l'ha determinato e rappresentano un freno al pieno recupero psicologico.

Questo è il motivo su cui si basa il nostro lavoro di volontariato, otteniamo la riabilitazione globale offrendo quella fisica.

A livello locale i singoli comitati, nell'ambito della patologia mammaria, fanno tutto ciò che è più adatto ai loro territori, partendo dallo screening e dall'educazione sanitaria, fino alla riabilitazione fisica e psicologica post-operatoria, alla ginnastica, al nuoto, allo Yoga, ai gruppi di auto-aiuto, ovviamente garantendo sempre le funzioni di accoglienza e di ascolto.

Naturalmente la scelta di cosa fare dipende anche dal numero e dalle professionalità dei volontari che operano all'interno dei comitati ANDOS italiani. In alcune realtà si esegue una intensa sensibilizzazione per l'anticipazione diagnostica che si effettua nelle scuole o nei luoghi di lavoro, in altre offriamo le funzioni di segreteria dello screening collaborando con le aziende sanitarie.

A Milano per esempio fungiamo da centro servizi per chi ha bisogno di informazioni sui comitati italiani o semplicemente su dove rivolgersi per la radioterapia, il nuoto e varie forme di movimento fisico, che vanno dal ciclismo al ballo.

Nella quasi totalità dei comitati che effettuano il linfodrenaggio e la presso terapia sono presenti le infermiere volontarie della Croce Rossa.

La nostra organizzazione si sta strutturando in modo binario, per continuare da un lato a dare alle nostre associate le risposte di cui hanno bisogno, e per questo dobbiamo affinare ed aumentare la nostra capacità di ascolto, dobbiamo diventare "luogo" per chi ci cerca, lavorando al nostro interno sull'accoglienza e dall'altro dobbiamo lavorare con altri enti o associazioni su progetti che ora sembrano ambiziosi e domani diventeranno patrimonio associativo e delle donne in genere.

Per perseguire quest'obiettivo l'ANDOS onlus nazionale si è aperta oltre alla storica collaborazione con la CRI, a quella con altre entità presenti a livello nazionale siano esse associazioni di pazienti oncologici come la FAVO, enti di diritto pubblico come la Lega, fondazioni come la Komen o movimenti di opinione come Europa Donna, perché insieme siamo più forti e la nostra voce non è isolata ma si inserisce in un coro.

Il rapporto con l'Università e nella fattispecie con la II Facoltà di Roma "La Sapienza", ha invece il fine di migliorare la conoscenza di tutti i volontari sulla problematica del tumore della mammella in relazione alle nuove conquiste della medicina, per poter rispondere in modo adeguato a chi si rivolge ai nostri comitati.

Il Corso nazionale si tiene sempre a Roma ed è articolato in una giornata teorica sulla problematica della patologia mammaria, aperta a tutti i volontari che operano nei comitati e tre giornate pratiche sul linfodrenaggio indirizzate alle infermiere della CRI ed ai fisioterapisti volontari dei comitati. Le adesioni arrivano al centinaio.

La scelta della centralità dei corsi deriva dal bisogno di trasmettere un messaggio omogeneo per garantire la qualità operativa ai comitati.

A livello locale si organizzano poi corsi mirati alle varie attività come ad esempio quelli sull'accoglienza o sulla formazione

dei volontari che vanno in ospedale. Per questa tipologia di preparazione è fondamentale la presenza e/o conduzione di uno psicologo.

In sintesi l'ANDOS è un'associazione di donne operate che si batte per dare a tutte le donne la possibilità di avere il miglior trattamento possibile al momento del bisogno sia esso di diagnosi precoce sia di trattamento postoperatorio.

Finché ci sarà qualche donna con gli occhi lucidi, spaventati o arrabbiati, qualche figlia o marito preoccupato, qualcuno disorientato che non sa a chi rivolgersi per chiedere o per avere un attimo di ascolto avrà senso la nostra esistenza.

La donna  
vuole vivere  
con consapevolezza  
la propria malattia



Moshe Schein, Paul N. Rogers

## CHIRURGIA ADDOMINALE D'URGENZA: IL BUON SENSO DI SCHEIN

Guida pratica per sopravvivere nella trincea delle urgenze chirurgiche

Springer Verlag Milano 2008  
ISBN 8847006249

di Michele Montinari



È destino che il chirurgo addominale nell'urgenza rimanga solo con il suo bagaglio culturale, le sue esperienze e quelle risorse personali a base di adrenalina e testosterone che gli permettono di affrontare scenari drammatici, lontano dai riflettori di videoconferenze e interventi in diretta, senza gli applausi di platee affascinate dalla applicazione di procedure all'avanguardia, lontano dai clamori di una medicina tecnicistica e onnipotente, dispensatrice di certezze, protocolli, linee guida e raccomandazioni a suon di EBM (evidence

based medicine).

Scopri allora quanto sia difficile fare diagnosi, scegliere il trattamento più adeguato per *quel paziente* ed applicarlo contestualmente, senza il tempo necessario per pianificare la strategia secondo aggiornate ricerche on line della migliore evidenza scientifica disponibile: nella chirurgia addominale d'urgenza è richiesto pronto impegno del cervello associato a ferma abilità manuale, le tre H degli anglosassoni, *head, heart ed hand* (testa, cuore, mano ndr).

La metodologia clinica, ci hanno insegnato i Maestri, si fonda su tre pilastri: la tecnica chirurgica, il metodo scientifico, il ragionamento clinico: la prima si apprende e poi si applica, il secondo si acquisisce e si coltiva, il terzo si esercita, sempre, e non può esimere da qualità personali, quali istinto, passione, fantasia, manualità, capacità di sintesi, autonomia professionale, spirito di sacrificio, *buon senso*, in una sola parola: *talento*. Potranno suonare estranee queste parole per i colleghi più giovani, cresciuti nell'era di internet e del tecnicismo, delle linee guida a tutti i costi e della medicina difensiva, dello strapotere dell'industria e della globalizzazione della comunicazione e dell'informazione: condizioni che possono soffocare l'attitudine ad agire in conformità ad una autonoma determinazione intellettuale e alimentare insicurezza, diffidenza, paura.

Il concetto stesso di buon senso si è evoluto nel tempo, da

“idea di concentrato di esperienze personali e conoscenze scientifiche in una prospettiva di praticità”, ad una concezione di EBB (evidenza basata sul buonsenso), per cui l'efficacia di una procedura viene commisurata alle condizioni di efficienza in quel contesto clinico, senza perdere di vista criteri di appropriatezza e sostenibilità.

Indubbio è il ruolo di EBM nell'interpretare la qualità della produzione scientifica disponibile e validarne le raccomandazioni, ma è altrettanto evidente come il metodo sostenuto da questo movimento culturale non sia applicabile come tale a tutte le procedure sanitarie, specialmente in chirurgia.

Il libro di Schein affronta in maniera informale e accattivante gli scenari della chirurgia addominale in urgenza, secondo quattro sezioni, delle quali la prima è una sorta di filosofia generale del pensiero dell'autore, seguita poi sistematicamente da una analisi delle condizioni preoperatorie e delle relative scelte, dei trattamenti chirurgici, dei problemi postoperatori.

Il risultato è un'opera piacevole da leggere, facile da consultare, preziosa per i contenuti e le puntuali citazioni, indirizzata a tutte le generazioni di professionisti, partorita com'è da chi, formatosi negli anni '70, ha vissuto in prima persona l'esplosione scientifica e tecnologica dell'ultimo lustro.

La traduzione in italiano forse non rende in maniera adeguata l'intensità letterale del titolo originale “*Schein's Common Sense Emergency Abdominal Surgery*”, senza comunque ridurne il messaggio.

Attendiamo curiosi la terza edizione inglese prevista per settembre 2009.



**Moshe Schein**

Nato nel 1950  
a Lodz (Polonia),  
risiede negli USA.  
Cittadinanza:  
Israelliana e Svizzera.

[www.docschein.com](http://www.docschein.com)

**contour**<sup>™</sup>  
Curved Cutter Stapler



 **ETHICON ENDO-SURGERY, INC.**  
a Johnson & Johnson company

TRANSFORMING  
PATIENT CARE  
THROUGH  
INNOVATION<sup>™</sup>





## AUTOSUTURE™ DST Series™ EEA™ Staplers

Cutting-Edge Technology.

The most versatile and complete family  
of circular stapling products designed  
to improve clinical performance.

Easily. Without compromise.

