



Graziano Delrio



Federico Fornaro



Massimo Garavaglia



Mariastella Gelmini



Giulia Grillo



Fabio Rampelli

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E DIRITTO ALLA SALUTE: COME SIAMO MESSI?



ACOINews - N°2 Aprile-Giugno 2018, trimestrale

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

Direttore editoriale Pierluigi Marini

Redazione Andrea Alicandro, Grazia Maria Attinà, Stefano Bartoli, Mario Campi, Cristina Cosentino, Gianluigi Luridiana, Roberta Marzullo, Gianluigi Melotti, Francesco Nardacchione, Rodolfo Vincenti

Segretaria di redazione Chiara Bianchi

Collaboratori Felice Borghi, Pierfrancesco Malu, Fulvio Manzi, Marco Scatizzi, Vincenzo Trapani, Francesca Vischini

Immagine e coordinamento Roberta Marzullo

Progetto grafico Enzo Pancaldi

Foto Ivano De Maria, pag. 12 Umberto Battaglia, Archivio ACOI, dal web

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

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

Seguici su Web: www.acoi.it **Twitter:** @chirurgi_ACOI **Facebook:** <https://www.facebook.com/web.acoi/>

Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani A.C.O.I. - Viale Pasteur, 65 - 00144 Roma - Tel. 06.37518937 Fax 06.37518941 - P. IVA 10612941004 - C.F. 97015540582 - © Copyright, tutti i diritti riservati

Sommario

3

EDITORIALE

di Piero Marini

4

L'INTERVISTA

Con noi riforme, assunzioni e più risorse.

Ora nuova governance per eliminare

disuguaglianze

Intervista a Graziano Delrio

5

Per rilanciare il SSN serve un piano

straordinario di ammodernamento

Intervista a Federico Fornaro

6

Con noi riforme, assunzioni e più risorse.

Non tocchiamo il Titolo V: servono più risorse,

flessibilità, buon senso e buone pratiche

Intervista a Massimo Garavaglia

8

Ridare efficienza al SSN e ridurre

il divario nord sud

Intervista a Mariastella Gelmini

9

10.000 nuove assunzioni e far tornare

la spesa sanitaria sopra il 7% del pil

Intervista a Giulia Grillo

10

Riforma Titolo V atto di terrorismo

istituzionale, regioni centro di sperpero

di denaro pubblico

Intervista a Fabio Rampelli

11

DAL PARLAMENTO

Dal patto per la salute alla legge Gelli:

analisi sui cinque anni di legislatura

di Pierfrancesco Malu

14

CHIRURGIA SOLIDALE

Palestina: chirurgie per la pace

16

I CITTADINI

Caregiver

di Rodolfo Vincenti

18

News Fondazione Chirurgo e Cittadino

20

FORMAZIONE

La vocazione ACOI: sempre più formazione,

sempre più qualità

di Francesca Vischini

23

VITA DELL'ASSOCIAZIONE

ACOI al prossimo congresso congiunto

di Marco Scatizzi

24

ACOI GIOVANI

Mancano i chirurghi: sos formazione

di Grazia Maria Attinà

26

ACOI INTERNATIONAL

Chirurghi ACOI al Cairo

di Felice Borghi

27

Esperienza a Teheran, formazione chirurgica

e scambi culturali

di Vincenzo Trapani

28

DA PARTE NOSTRA

La chimera del rinnovo contrattuale

di Fulvio Manzi

29

BREVI



CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Pierluigi Marini

Presidente Onorario

Rodolfo Vincenti

Past-President

Diego Piazza

Vicepresidenti

Vincenzo Bottino

Ildo Scandroglio

Consiglieri

Massimo Basti

Felice Borghi

Gianluigi Luridiana

Marco Scatizzi

Marco Ulivieri

Segretario Nazionale

Francesco Nardacchione

Segretario Tesoriere

Giovanni Ciaccio

Segretari Vicari

Grazia Maria Attinà

Luigi Ricciarelli

REVISORI DEI CONTI

Aldo Cagnazzo

Tommaso Pellegrino

Gabriele Ricci

COORDINATORI REGIONALI

Valle d'Aosta Paolo Millo

Piemonte Roberto Polastri

Lombardia Giuliano Sarro

Trentino Alto Adige Alessandro Carrara

Veneto Giuseppe Portale

Friuli Venezia Giulia Mario Sorrentino

Liguria Stefano Berti

Emilia-Romagna Patrizio Capelli

Toscana Sandro Giannessi

Umbria Marsilio Francucci

Marche Augusto Verzelli

Lazio Graziano Pernazza

Abruzzo/Molise Vincenzo Vittorini

Sardegna Nicola Cillara

Campania Mariano Fortunato Armellino

Puglia Pierluca Nicola, Massimo Sallustio

Basilicata Beatrice Di Venere

Calabria Giuseppe Brisinda

Sicilia Antonio Stracqualursi



EDITORIALE

di Piero Marini *Presidente ACOI*



I voto di Marzo ha prodotto uno scossone politico-istituzionale tale da far sostenere ad alcuni analisti e a diversi politici che siamo all'inizio della Terza Repubblica.

Noi siamo chirurghi e non ci interessa fare gli scienziati politici, ma una cosa la vogliamo affermare, e lo faremo in tutte le sedi istituzionali: serve un nuovo inizio, un nuovo percorso capace di restituire ai cittadini ed ai corpi intermedi l'indispensabile fiducia nei confronti dei propri rappresentanti.

Abbiamo deciso di aprire questo numero con le interviste ai capigruppo dei principali partiti presenti in Parlamento. Tutte interessanti, molte idee trasversalmente condivisibili.

Saremo al loro fianco se decideranno di attuare le promesse sul rilancio del Servizio Sanitario Nazionale. Altrimenti faremo sentire la nostra voce, come sempre.

Nella passata legislatura si sono fatti degli importanti passi avanti nel capo delle politiche sanitarie, ma problemi ce ne sono. Molti. Seri. A partire dalla mancata conclusione dell'iter sui decreti attuativi della legge Gelli con il conseguente innalzamento dei costi assicurativi e l'aumento del contenzioso medico legale.

Si doveva già chiudere tutto nella passata legislatura, ma così non è stato. Anzi, siamo molto preoccupati per quello che abbiamo saputo sui format e le linee guida della legge Gelli.

Per quanto riguarda l'accreditamento delle società scientifiche, si rischia di realizzare un semplice elenco con dentro tutti (all'italiana) senza accreditare chi ha titoli, caratteristiche e autorevolezza scientifica, con il risultato di crea-

re grande confusione e, conseguentemente, allungare i tempi di definizione delle linee guida, come forse qualcuno vorrebbe.

Lo squilibrio Nord-Sud, l'esistenza di 21 servizi sanitari diversi imporrebbero, a nostro avviso, una modifica del Titolo V della Costituzione per standardizzare verso l'alto l'accesso alle cure e la qualità delle prestazioni, perché la regionalizzazione della sanità, per come è stata attuata, è stata un evidente fallimento. Non è tollerabile un sistema che produce una migrazione sanitaria che avvantaggia solo chi può andare a curarsi nelle regioni più virtuose.

C'è poi la questione fondamentale della formazione post laurea: è tempo che l'Italia si apra alle esperienze dei paesi all'avanguardia nel campo e inizi finalmente a dare la possibilità agli ospedali di gestire in autonomia i percorsi formativi.

La nostra non è una richiesta corporativa, ma la logica presa d'atto di un'evidenza scientifica: negli ospedali scuola i volumi e le attività consentirebbero una migliore e più completa formazione. Lo dicono i dati, non le chiacchiere.

È su questi temi fondamentali che rilanciamo l'appello ad una interlocuzione stabile con il mondo istituzionale, nell'esclusivo interesse dei cittadini e dei pazienti. Lo chiediamo mentre assistiamo ad un rafforzamento della sanità privata e privata accreditata e riceviamo segnali preoccupanti da quella pubblica.

Si deve invertire la tendenza e rilanciare il Servizio Sanitario Nazionale.



L'INTERVISTA

CON NOI RIFORME, ASSUNZIONI E PIÙ RISORSE ORA NUOVA GOVERNANCE PER ELIMINARE DISUGUAGLIANZE

Intervista a **Graziano Delrio**

Presidente del Gruppo parlamentare del Partito Democratico alla Camera. Laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Endocrinologia e Malattie del Ricambio, è stato presidente dell'ANCI e Ministro della Repubblica

“**L**a Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”.

È l'Art. 32 della Costituzione, la base dell'universalismo del sistema sanitario nazionale. Secondo il Censis, nel 2017, 12 milioni di persone hanno rinunciato alle cure per problemi economici.

Pensa che questo principio costituzionale, oggi, sia rispettato?

La grave crisi economica e sociale che ormai da anni attanaglia il nostro Paese ha richiesto e continua a richiedere uno straordinario e prolungato impegno affinché il sistema di tutela della salute non venga ridimensionato, ma, al contrario, migliorato e consolidato.

Negli anni passati, quelli in cui la crisi economica si è fatta sentire più duramente, la sanità ha pagato un prezzo particolarmente alto al consolidamento della finanza pubblica attraverso la riduzione del Fondo Sanitario Nazionale negli anni 2011 e 2012 e una revisione della spesa tradottasi nel blocco dei contratti e delle assunzioni.

Rispetto alla stagione dei tagli, con il governo Renzi prima e con quello Gentiloni poi, si è tornati a investire in sanità: il Fondo Sanitario è passato dai 109 miliardi del 2013 ai 113,4 di oggi.

Questo perché le politiche a tutela della salute sono sempre state una priorità per il PD. La crisi economica non può e non deve diventare una giustificazione al venir meno del principio dell'universalismo della tutela della salute. Come evidenziato nel documento finale dell'indagine conclusiva sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale approvato nella scorsa legislatura dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato, le restrizioni imposte alla sanità pubblica, in particolare nelle regioni sotto Piano di Rientro, hanno reso possibile, dal 2010 ad oggi, il contenimento della spesa sanitaria, producendo, però, effetti preoccupanti sul funzionamento dei servizi e sull'assistenza erogata ai cittadini.

Altri ulteriori ed eventuali margini di miglioramento devono essere perseguiti attraverso un'attenta selezione degli interventi di riqualificazione dell'assi-

stenza, sapendo che i risparmi vanno destinati allo sviluppo dei servizi.

Il rapporto Osservasalute 2017 e le ricerche Istat hanno messo evidenziato un profondo divario tra Nord e Sud del Paese in quanto a qualità delle prestazioni erogate dal Ssn, quali sono le soluzioni? È necessario rivedere il Titolo V della Costituzione?

Nella realtà, il principio universalistico sancito dall'articolo 32 della nostra Costituzione non è stato pienamente attuato. È noto, infatti, come a fianco a regioni virtuose da un punto di vista sanitario (Emilia Romagna, Toscana...) ve ne siano altre, specialmente al Sud, carenti di una rete di strutture adeguate, dove emergono isolati poli d'eccellenza. Nella tutela della salute le disuguaglianze fra regioni e all'interno di una stessa regione sono sempre più inaccettabili, soprattutto in un periodo di grave crisi economica.

L'obiettivo di una diffusa sanità di buon livello, in cui le eccellenze non si contrappongono alle manchevolezze, ma spiccano su una generale buona qualità

a disposizione di tutta la popolazione, è stato e deve rimanere una delle priorità per i prossimi anni.

Come evidenziato nel citato documento finale dell'indagine conclusiva sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale, è necessario uno specifico sforzo volto a promuovere un sistema organico di strumenti di governance per uniformare gli standard dell'offerta sanitaria all'interno del Paese.

Una buona governance del sistema sanitario e sociale, capace di raccogliere le sfide imposte dai tempi, deve necessariamente estendere il proprio ambito di intervento anche alle gravi criticità determinate dalle condizioni di povertà e dalle emergenze ambientali che incidono sulla salute e sui bisogni di assistenza della popolazione.

Obiettivi che possono essere conseguiti anche a Costituzione vigente.

Tagli lineari, blocchi del turn-over, carenze di strutture, posti letto, personale e insufficienze nella formazione dei giovani medici sono problemi ormai strutturali del nostro sistema sanitario; quali sono

le vostre proposte strategiche per rilanciare la sanità italiana?

Rispetto alla stagione dei tagli, con il Governo Renzi prima e con quello Gentiloni poi si è tornati a investire in sanità. Dopo un decennio abbiamo finalmente i nuovi livelli essenziali di assistenza (Lea) per garantire a tutti l'accesso agli stessi servizi; con l'ultima legge di bilancio, si sono allentati i vincoli alle assunzioni di personale ed è stata avviata la stabilizzazione del personale precario.

Sono stati approvati, infine, provvedimenti attesi da anni: dalla legge sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale del personale sanitario alla riforma della dirigenza sanitaria, dalla legge sull'obbligatorietà dei vaccini alla riforma delle sperimentazioni cliniche e degli Ordini professionali, fino alla legge sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento.

L'Associazione dei chirurghi ospedalieri italiani, ACOI, è la più rappresentativa società scientifica di chirurgia italiana, con una forte presenza ed un ruolo impor-

tante nella comunità scientifica europea ed internazionale. Non sempre, però, le istituzioni hanno tenuto nel debito conto le osservazioni provenienti dal mondo delle professioni sanitarie.

Qual è il ruolo delle società scientifiche come ACOI nella definizione della politica sanitaria italiana?

Sicuramente il contributo della comunità scientifica è fondamentale per un'appropriata impostazione delle politiche di riforma e di rilancio del sistema sanitario del Paese.

L'esperienza di questi ultimi anni, con le numerose riforme approvate (la legge sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale del personale sanitario, la riforma della dirigenza sanitaria, la legge sull'obbligatorietà dei vaccini, la riforma delle sperimentazioni cliniche e degli Ordini professionali, la legge sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento) dimostra come si sia saputo coniugare l'attuazione di un disegno riformista e il costante e proficuo confronto con i rappresentanti più significativi del settore.



PER RILANCIARE IL SSN SERVE UN PIANO STRAORDINARIO DI AMMODERNAMENTO

Intervista a **Federico Fornaro**

Presidente gruppo Liberi e Uguali alla Camera, dirigente d'azienda, è al suo secondo mandato parlamentare

“**L**a Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”. È l'Art. 32 della

Costituzione, la base dell'universalismo del sistema sanitario nazionale.

Secondo il Censis, nel 2017, 12 milioni di persone hanno rinunciato alle cure per problemi economici. Pensa che que-

sto principio costituzionale, oggi, sia rispettato?

Siamo fortemente preoccupati per il rischio di un progressivo declino della nostra sanità pubblica. I tagli reali

L'INTERVISTA

al Fondo Sanitario Nazionale e il sistema dei ticket stanno producendo da un lato un *effetto spiazzamento* del pubblico a vantaggio dei privati e parallelamente stanno facendo crescere il numero di persone che rinunciano in tutto o in parte alle cure. La via maestra è quella di un aumento controllato e mirato della quota di spesa destinata alla sanità, attualmente arrivata alla soglia limite del 6,5% in rapporto al Pil.

Il rapporto Osservasalute 2017 e le ricerche Istat hanno messo evidenziato un profondo divario tra Nord e Sud del Paese in quanto a qualità delle prestazioni erogate dal Ssn, quali sono le soluzioni? È necessario rivedere il Titolo V della Costituzione?

Più che di un intervento correttivo alla Costituzione, appare preferibile una

più incisiva azione di controllo e di indirizzo unitario del Governo, affinché si possano ridurre i divari nell'assistenza delle diverse sanità regionali.

Tagli lineari, blocchi del turn-over, carenze di strutture, posti letto, personale e insufficienze nella formazione dei giovani medici sono problemi ormai strutturali del nostro sistema sanitario; quali sono le vostre proposte strategiche per rilanciare la sanità italiana?

Il rilancio della sanità italiana passa da un maggior investimento pubblico sia sul piano della spesa corrente sia con un piano straordinario per l'ammodernamento delle strutture e delle tecnologie sanitarie.

È necessario superare rapidamente il blocco del turn over dedicando una sempre maggiore attenzione alla formazione delle risorse umane e ai processi di innovazione digitale, in particolare per promuovere la prevenzione

e rafforzare la medicina territoriale.

L'Associazione dei chirurghi ospedalieri italiani, ACOI, è la più rappresentativa società scientifica di chirurgia italiana, con una forte presenza ed un ruolo importante nella comunità scientifica europea ed internazionale.

Non sempre, però, le istituzioni hanno tenuto nel debito conto le osservazioni provenienti dal mondo delle professioni sanitarie. Qual è il ruolo delle società scientifiche come ACOI nella definizione della politica sanitaria italiana?

Il rilancio del sistema sanitario passa per una grande alleanza tra i soggetti che credono nel valore del diritto universalistico alla salute, sancito dalla nostra Costituzione; tra questi, ovviamente, possono e devono giocare un ruolo importante le società scientifiche per il contributo che possono dare alla definizione di una rinnovata politica sanitaria.

NON TOCCHIAMO IL TITOLO V: SERVONO PIÙ RISORSE, FLESSIBILITÀ, BUON SENSO E BUONE PRATICHE

Intervista a **Massimo Garavaglia**

Deputato della Lega, già senatore e assessore all'Economia, Crescita e Semplificazione della Regione Lombardia

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". È l'Art. 32 della Costituzione, la base dell'universalismo del sistema sanitario nazionale. Secondo il Censis, nel 2017, 12 milioni di persone hanno rinunciato alle cure per problemi economici. Pensa che questo principio costituzionale, oggi, sia rispettato?

No, il principio costituzionale non è oggi pienamente rispettato. Diverse le cause:

a. I tagli: dal 2013 ad oggi il FSN è sceso dal 6,9 a meno del 6,5 % rispetto al Pil. In soldoni quasi 8 miliardi in meno. Per capirci 8 miliardi è la spesa sanitaria annua del Piemonte, o di Puglia e Basilicata messi insieme!

La Grecia è al 5 mentre la Germania e la Francia sono tra il 9 e il 10. Insomma ci

siamo avvicinati al *modello Grecia*.

b. La crisi: le famiglie in difficoltà rinunciano a curarsi, a comprare farmaci, a fare esami. Il superticket poi è stato per molti la classica goccia, pur essendo esso stesso una *goccia* per la finanza pubblica: 800 milioni, un decimo dei tagli fatti dal 2013 ad oggi, lo 0,7% del FSN.

c. La scarsa spesa in prevenzione: complici i tagli, ma anche a causa di

manca di volontà politica in alcune realtà, si spende poco per questa voce.

Il rapporto Osservasalute 2017 e le ricerche Istat hanno messo evidenziato un profondo divario tra Nord e Sud del Paese in quanto a qualità delle prestazioni erogate dal Ssn, quali sono le soluzioni? È necessario rivedere il Titolo V della Costituzione?

No. Le differenze sono le stesse che si trovano nelle classifiche regionali OCSE-PISA per la preparazione degli studenti e la scuola è gestita dallo Stato. Inoltre, laddove le cose vanno peggio, spesso vi è il Commissario di Governo, quindi lo Stato.

Non è pertanto un problema di Titolo V e non è un caso che dove invece la Sanità funziona bene l'argomento principale contro la modifica costituzionale bocciata dal popolo sia proprio il timore di un peggioramento del servizio, col il passaggio di competenze al centro. Occorre diffondere le buone pratiche, che non sono solo patrimonio del Nord del Paese: per esempio Benevento ha un'ottima oncologia!

È questione di organizzazione, oltre che di risorse che hanno raggiunto un punto critico. Il Sud paradossalmente poi ha una grande opportunità: la mobilità.

Se ad esempio la Calabria riuscisse a trattenerne il 30% dei propri cittadini per

prestazioni *normali*, ed è tutt'altro che impossibile, avrebbe 100 milioni di più all'anno. Infine emergenza e centrali acquisti: qui basta copiare i modelli che funzionano, come l'AREU agenzia e numero unico per l'emergenza e l'ARCA, la centrale acquisti di Regione Lombardia, che tra l'altro ha già messo gratuitamente a disposizione di altre realtà questi modelli.

Tagli lineari, blocchi del turn-over, carenze di strutture, posti letto, personale e insufficienze nella formazione dei giovani medici sono problemi ormai strutturali del nostro sistema sanitario; quali sono le vostre proposte strategiche per rilanciare la sanità italiana?

Oltre che stabilità di risorse (non si può scendere sotto il 6,5 e anzi recuperare un poco) serve flessibilità e buon senso: oggi, anche chi può assumere perché ha le risorse per farlo, non può per vincoli normativi assurdi.

Vanno rimossi: chi è a pareggio poi deve essere libero di organizzarsi come crede (certo evitando di scassare il sistema, ma il MEF ha oggi tutti gli strumenti per monitorare l'andamento della spesa).

Per l'ingresso alla professione occorre con coraggio affrontare il tema con il Ministero della Salute per superare le rigidità che spesso il MIUR impone.

Per quanto riguarda le strutture vale lo stesso discorso del personale: una volta che si rispetta l'equilibrio economico, l'organizzazione va calata sulle esigenze del territorio. Alla fine basta rispettare i costi standard.

L'Associazione dei chirurghi ospedalieri italiani, ACOI, è la più rappresentativa società scientifica di chirurgia italiana, con una forte presenza ed un ruolo importante nella comunità scientifica europea ed internazionale. Non sempre, però, le istituzioni hanno tenuto nel debito conto le osservazioni provenienti dal mondo delle professioni sanitarie. Qual è il ruolo delle società scientifiche come ACOI nella definizione della politica sanitaria italiana?

Il ruolo delle associazioni come l'ACOI è in questa fase fondamentale: dopo un decennio finalmente si rifanno i contratti (grazie alla responsabilità delle Regioni che si sono accollate il rischio di un contratto coperto solo in minima parte dal Governo).

Proprio l'applicazione dei nuovi contratti deve essere lo strumento per modificare il SSN aggiornandolo alla nuova realtà che vede nella cronicità e nell'integrazione ospedale-territorio la sfida da cogliere e vincere.

Ci aspettiamo collaborazione e garanzia ascolto e attenzione.





RIDARE EFFICIENZA AL SSN E RIDURRE IL DIVARIO NORD SUD

Intervista a **Mariastella Gelmini**
Capogruppo Forza Italia
alla Camera dei Deputati

semmai occorre tradurre proprio quei valori e garantire livelli di prestazioni tali da tutelare proprio a chi ha meno possibilità un accesso rapido e gratuito ai percorsi diagnostici e terapeutici. Vi sono modelli regionali come quello della Lombardia che, in un rapporto competitivo e complementare, producono efficienza e risposta di salute al cittadino. Altrove, invece, il concentrato di privilegi ed inefficienze si scaricano proprio sui meno abbienti. Non mi sottrarrei nel considerare, in ragione della troppa diversa attesa di vita tra cittadini di regioni diverse, norme che garantiscano servizi, prestazioni e risorse ad hoc anche da fondi europei per rendere sempre più uguale il nostro paese anche dal punto di vista della domanda di salute.

Tagli lineari, blocchi del turn-over, carenze di strutture, posti letto, personale e insufficienze nella formazione dei giovani medici sono problemi ormai strutturali del nostro sistema sanitario; quali sono le vostre proposte strategiche per rilanciare la sanità italiana?

Efficienza significa garantire livelli e prestazioni uguali ovunque, investendo sui giovani professionisti e sulle professionalità specifiche, rendendo i medici protagonisti di una nuova rivoluzione che si fa partendo dalla prevenzione e dagli stili di vita, dalla medicina di prossimità, dalle

reti di emergenza e dall'individuazione di livelli di eccellenza. Negli ospedali occorre individuare delle aree di eccellenza e di alta specialità, supportate con le giuste risorse di personale, di struttura ed economiche. Diciamo no ai tagli lineari e a blocchi del turn over, si ad azioni condivise per utilizzare al meglio le risorse. Il rilancio della sanità italiana passa dal potenziamento dell'assistenza territoriale: dando vita a nuovi ambulatori specializzati si eviterebbe di appesantire il lavoro dei Pronto Soccorso, oggi affollati e in perenne emergenza. Le forti carenze di personale sanitario rendono ancora più difficile spostare l'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio: mancano circa cinquantamila infermieri, quasi tutti al Centro-Sud.

L'Associazione dei chirurghi ospedalieri italiani, ACOI, è la più rappresentativa società scientifica di chirurgia italiana, con una forte presenza ed un ruolo importante nella comunità scientifica europea ed internazionale. Non sempre, però, le istituzioni hanno tenuto nel debito conto le osservazioni provenienti dal mondo delle professioni sanitarie.

Qual è il ruolo delle società scientifiche come ACOI nella definizione della politica sanitaria italiana?

Le società scientifiche sono il naturale anello virtuoso di un modello organizzativo moderno. Vi è la parte pubblica, quella privata, il cittadino, i portatori di legittimi interessi, eppur spesso si perdono di vista la qualità, le sensibilità tecniche e la scienza che, viceversa, dovrebbero essere motore di innovazione, avanguardia, eticità e medicina del futuro.

Crediamo sia necessario: dar vita a una formazione continua per la valorizzazione delle attività e finalità chirurgiche all'interno del SSN; rendere i contratti collettivi di lavoro più vicini a quelli dei colleghi dell'Europa; supportare attività di ricerca a livello nazionale per il miglioramento anche della spesa del SSN; produrre linee guida per un Sistema Sanità, anche in vista delle nuove regole dell'attuale legge Balduzzi che riguarda i professionisti della sanità, coinvolgendoli in futuro per migliorare quello che riguarda questa nobile, etica professione.

L'INTERVISTA



10.000 NUOVE ASSUNZIONI E FAR TORNARE LA SPESA SANITARIA SOPRA IL 7% DEL PIL

Intervista a **Giulia Grillo**
Medico legale, è capogruppo alla Camera del Movimento 5 Stelle, nella passata legislatura ha fatto parte della Commissione Affari Sociali e Sanità

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”. È l'Art. 32 della Costituzione, la base dell'universalismo del sistema sanitario nazionale. Secondo il Censis, nel 2017, 12 milioni di persone hanno rinunciato alle cure per problemi economici. Pensa che questo principio costituzionale, oggi, sia rispettato?

È evidente che sia un principio del tutto inattuato. E non potrebbe essere diversamente dato che la politica negli ultimi anni ha defanziato il Ssn, spingendo indirettamente i cittadini a rivolgersi sempre più al privato.

In termini di fabbisogno sanitario sono stati tagliati oltre 20 miliardi di euro dal 2012 al 2017, infermieri e medici sono stati umiliati con il blocco del turn over e turni di lavoro insostenibili, le liste di attesa si sono allungate e a beneficiarne è stato solo il settore privato, con grave danno per le casse delle famiglie. Di fatto la sanità è oggi divisa in due categorie: una di serie A, nella quale vengono garantiti servizi di qualità a chi può permetterseli o a chi ha la fortuna di vivere nelle regioni più ricche, e una di

serie B per tutti gli altri, fra i quali i 12 milioni di italiani che rinunciano alle cure.

Il rapporto Osservasalute 2017 e le ricerche Istat hanno messo evidenziato un profondo divario tra Nord e Sud del Paese in quanto a qualità delle prestazioni erogate dal Ssn, quali sono le soluzioni? È necessario rivedere il Titolo V della Costituzione?

La priorità è rifinanziare il fondo sanitario nazionale, in modo che la torta da distribuire sia più grande per tutti. Ciò detto, bisogna anche ragionare sui criteri con cui si ripartiscono i fondi alle regioni, trovando un equilibrio nel rapporto tra condizioni socio-economiche e popolarità che garantisca maggiore equità. Altrettanto importante è rendere più flessibili i piani di rientro per le regioni in deficit, in modo che la qualità del servizio sia comunque garantita.

Tagli lineari, blocchi del turn-over, carenze di strutture, posti letto, personale e insufficienze nella formazione dei giovani medici sono problemi ormai strutturali del nostro sistema sanitario; quali sono le vostre proposte strategiche per rilanciare la sanità italiana?

Sul fronte dei tagli la proposta è semplice: ripristinare i fondi sottratti al Ssn, tornando sopra il 7% del Pil e raggiungendo gradualmente gli standard francesi.

Sul lato del personale bisogna puntare su un piano di 10.000 nuove assunzioni per infermieri e medici.

C'è poi la sfida decisiva della digitalizzazione, che riguarda tutta la Pa e che consentirà anche nella Sanità di recuperare ingenti risorse da reinvestire nel settore.

L'Associazione dei chirurghi ospedalieri italiani, ACOI, è la più rappresentativa società scientifica di chirurgia italiana, con una forte presenza ed un ruolo importante nella comunità scientifica europea ed internazionale. Non sempre, però, le istituzioni hanno tenuto nel debito conto le osservazioni provenienti dal mondo delle professioni sanitarie.

Qual è il ruolo delle società scientifiche come ACOI nella definizione della politica sanitaria italiana?

Abbiamo sempre ritenuto fondamentale l'apporto che arriva dalla comunità scientifica e dai professionisti della medicina.

L'INTERVISTA

RIFORMA TITOLO V ATTO DI TERRORISMO ISTITUZIONALE, REGIONI CENTRO DI SPERPERO DI DENARO PUBBLICO



Intervista a **Fabio Rampelli**
Capogruppo di Fratelli D'Italia
alla Camera dei Deputati

“**L**a Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”. È l'Art. 32 della Costituzione, la base dell'universalismo del sistema sanitario nazionale. Secondo il Censis, nel 2017, 12 milioni di persone hanno rinunciato alle cure per problemi economici. Pensa che questo principio costituzionale, oggi, sia rispettato?

I dati del Censis sono stati confermati dall'Istat in questi ultimi giorni. Aumentano invecchiamento, povertà, numero di cittadini indigenti che non riescono a farsi le analisi né a curarsi. Il che non fa che aumentare il numero di malattie tra gli italiani e quello strano meccanismo di auto isolamento che la malattia non curata crea. Un meccanismo che colpisce l'Italia ma che non è diverso in altri Paesi dell'Europa. Basti considerare la Gran Bretagna che ha istituito il ministero per la Solitudine.

È di tutta evidenza che in queste condizioni il principio costituzionale della

salute come diritto universalmente garantito non sia rispettato. Sia per la difformità di regime tra Regione e Regione, sia perché la sanità è uno di quei settori dove quando c'è da tagliare si taglia. Così come i trasporti pubblici, in effetti, sono questi i due comparti nei quali divampa il dibattito politico parlamentare e regionale e le battaglie sulle leggi di bilancio diventano infuocate.

Il rapporto Osservasalute 2017 e le ricerche Istat hanno messo evidenziato un profondo divario tra Nord e Sud del Paese in quanto a qualità delle prestazioni erogate dal Ssn, quali sono le soluzioni? È necessario rivedere il Titolo V della Costituzione?

È la difformità a cui accennavo prima. Quando il Titolo Quinto della Costituzione è stato modificato, io ero consigliere regionale.

A suo tempo, tutto il centrodestra - ma anche segmenti illuminati di sinistra - ha vissuto quella riforma come un vero e proprio atto di terrorismo istituziona-

le. Al di là di come fu approvato, a pochi giorni dalla chiusura della legislatura e per pochi voti, è ormai un dato assodato e denunciato dalla Corte Costituzionale e da tutti i tribunali amministrativi che l'incremento esponenziale del ricorsi e dei contenziosi tra Stato e Regioni o tra cittadini ed Enti Territoriali è la conseguenza diretta di quel pastrocchio del Titolo Quinto. Invece di semplificare il processo legislativo nazionale e regionale, sono stati attribuiti poteri eccessivi alle Regioni, tanto da essere diventati il vero centro di spesa e di sperpero di denaro pubblico.

La gestione della Sanità è uno di questi settori in cui la razionalizzazione della spesa è uno dei punti centrali sui quali risanare i conti pubblici salvaguardando però sempre l'interesse primario del cittadino e quel diritto universale di cui parlavamo prima.

Tagli lineari, blocchi del turn-over, carenze di strutture, posti letto, personale e insufficienze nella formazione dei

giovani medici sono problemi ormai strutturali del nostro sistema sanitario; quali sono le vostre proposte strategiche per rilanciare la sanità italiana?

Ogni volta che c'è da tagliare la sanità diventa il parafulmine di ogni aspirazione di risanamento e di risparmio. Ma una cosa è risparmiare e razionalizzare la spesa, un'altra è tagliare i posti letto, il personale, chiudere gli ospedali. La seconda parte dei tagli può produrre sicuramente risparmi, ma di fatto peggiora la qualità della vita dei cittadini e la loro salute, non garantisce la copertura del sistema universale sanitario, determina l'obsolescenza delle tecnologie, la smobilizzazione di nosocomi sui quali sono stati investiti soldi pubblici. Insomma, la sanità non può essere trattata come fosse una semplice voce di 'spesa' della pubblica amministrazione perché in realtà è il settore che più di ogni altro si occupa della dignità della persona.

L'Associazione dei chirurghi ospedalieri

italiani, ACOI, è la più rappresentativa società scientifica di chirurgia italiana, con una forte presenza ed un ruolo importante nella comunità scientifica europea ed internazionale. Non sempre, però, le istituzioni hanno tenuto nel debito conto le osservazioni provenienti dal mondo delle professioni sanitarie.

Qual è il ruolo delle società scientifiche come ACOI nella definizione della politica sanitaria italiana?

Come tutte le associazioni di categoria, anche ACOI rappresenta una voce importante con cui confrontarsi e di cui tener conto. Non mi sorprende, lo dico con amarezza, che ci sia stata disattenzione da parte del governo nei confronti dell'ACOI. Del resto, uno degli atteggiamenti più in voga nel *malcostume* politico di questo ultimo periodo è la disarticolazione dei corpi intermedi rappresentativi. Una delle ricchezze dell'Italia, le rappresentanze datoriali e lavorative, o associative come in questo

caso, ha rischiato di essere silenziata per sempre. Fortunatamente questo pericolo è stato sventato. Ma il clima di sfiducia nei confronti delle Istituzioni e delle deleghe sta dilagando.

Crede sia necessario ricominciare a tessere i fili della coesione sociale e della fiducia reciproca.

Ciò che ha contraddistinto la lotta politica in questi ultimi anni è stata la contrapposizione, io credo piuttosto ci sia bisogno di un diverso metodo di confronto, quello della sintesi e della complementarietà.

Un compito svolto in modo efficace e insostituibile proprio dall'azionismo che, a fronte di un impegno spontaneo, arriva là dove lo Stato non arriva realizzando quella sussidiarietà che è un valore tutelato dalla Costituzione.

Crede che sia importante, ma direi strategico, per la prossima legislatura, dare dignità ufficiale a questo genere di realtà il cui apporto non può essere misconosciuto.

DAL PARLAMENTO

DAL PATTO PER LA SALUTE ALLA LEGGE GELLI: ANALISI SUI CINQUE ANNI DI LEGISLATURA

di **Pierfrancesco Malu**
Consulente legislativo



La XVII legislatura è stata caratterizzata da un'insolita e straordinaria continuità in politica sanitaria. Infatti, al succedersi dei vari governi Letta, Renzi e Gentiloni, il dicastero della salute è sempre rimasto di competenza di Beatrice Lorenzin, che è così diventata il ministro della Salute più longevo della storia repubblicana.

Anche in conseguenza di questa particolarità, quella appena conclusa è stata una legislatura profondamente caratterizzata dagli interventi normativi in materia sanitaria, alcuni dei quali

attendevano di diventare legge da alcuni anni. In esordio di legislatura, ad esempio, sono da menzionare la **legge 64/2013** che, tra le varie misure, ha cercato di porre rimedio ai gravi ritardi nel pagamento dei debiti da parte del Ssn o la **legge 98/2013** che ha provveduto alla realizzazione di alcuni provvedimenti in materia di semplificazione per i cittadini.

A seguito di questi esordi, il 2014 ha visto la realizzazione di importanti provvedimenti. Tra questi, merita certamente menzione la stipula del nuovo **Patto per la salute** il quale ha determi-

DAL PARLAMENTO

nato per gli anni 2014-2016 il perimetro del concorso finanziario dello Stato al sistema salute, poi però ridotto per gli anni dal 2015 al 2018. Nel 2014, ha preso avvio anche il **processo di approvazione dei nuovi LEA** che hanno sostituito l'intesa Stato-regioni ormai datata 2001. In primavera, poi, in ottemperanza con gli obblighi della legislazione europea, sono stati adottati **due decreti legislativi** di fondamentale importanza, il **n.38** e il **n.42**, i quali prevedono, rispettivamente, l'assistenza transfrontaliera ed un più facile riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro, e una più stretta farmacovigilanza volta a garantire la tutela dei malati.

Il **regolamento 70/2015** (salute ed economia) è intervenuto poi su di una importante problematica che grava

sul sistema ospedaliero italiano: la disparità di servizio e assistenza tra le strutture. Le differenze tra le varie regioni ed aree del Paese sono ancora macroscopiche e ciò determina anche una importante quota di *trasferimenti* a scopo sanitario-assistenziale da parte di molti malati alla ricerca di cure migliori.

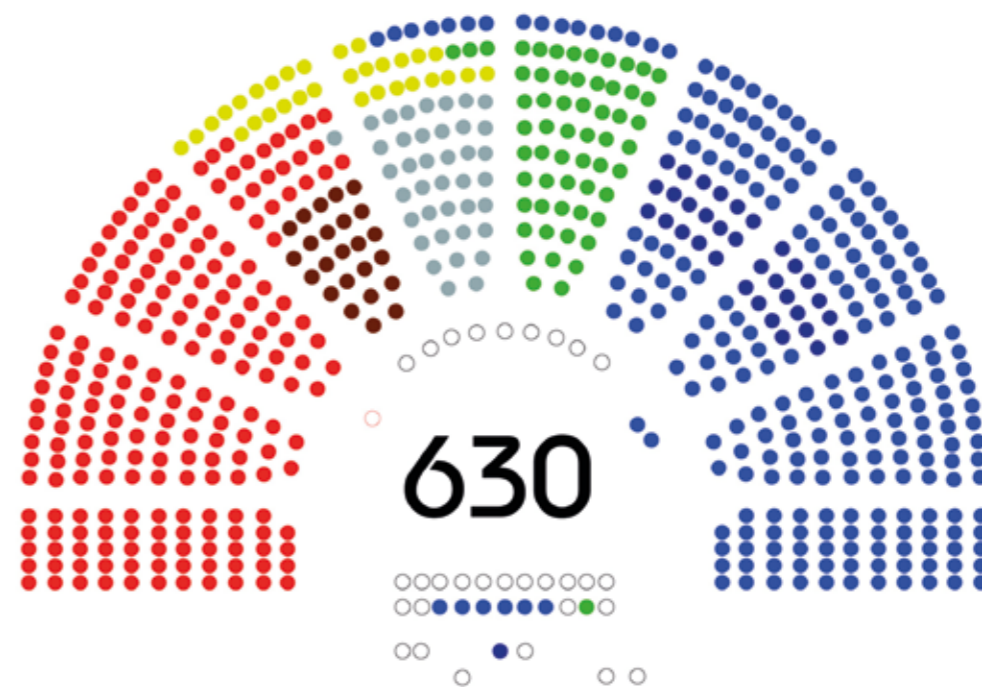
Questo provvedimento ha previsto il nuovo parametro riguardante i posti letto abitante previsto dalla spending review del Governo Monti con una riduzione attesa di 3mila posti letto in base ai nuovi standard del 3 per mille per gli acuti e dello 0,7 per mille per la lungodegenza e riabilitazione. Nelle previsioni del regolamento, si trova anche il ritocco del tasso di ospedalizzazione che si punta a fissare sulla soglia del 160 per mille, di cui il 25% dedicato ai ricoveri in day hospital (indicati anche per disciplina e specialità clinica) e all'indice di occupazione dei posti

letto che si dovrà attestare sul valore tendenziale del 90% con una durata di degenza per i ricoveri ordinari inferiore mediamente ai 7 giorni.

Nella seconda metà della legislatura, l'attività legislativa e regolamentare in ambito sanitario ha prodotto però i testi più interessanti e riformatori.

La **legge 112** del 22 giugno 2016, ad esempio, (la cosiddetta *dopo di noi*), è stata senza dubbio una delle più importanti iniziative dell'intera opera legislativa del Governo. Attraverso la codificazione di questa legge sono state individuate e riconosciute specifiche tutele per le persone con disabilità nel momento in cui vengono a mancare i parenti che si sono presi cura di loro fino a quel momento.

La ratio del provvedimento è quella di garantire la massima autonomia e indipendenza delle persone disabili, consentendo loro di continuare a vivere nelle proprie case o in strutture gestite



fusolino - Fotolia.com



da associazioni ed evitando il ricorso all'assistenza sanitaria.

Sempre nel 2016, in estate, è giunto a compimento (la cui attuazione definitiva è del gennaio 2017) il lungo percorso di approvazione dei **nuovi LEA**. Un passaggio di estrema importanza nell'economia della normativa sanitaria nazionale che è intervenuto principalmente sulla definizione delle attività, servizi e prestazioni garantite ai cittadini dal Ssn. Questo provvedimento incide su una più puntuale descrizione delle prestazioni e delle attività incluse nei LEA; sull'aggiornamento degli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione e porta innovazione sulle prestazioni mediche specialistiche ambulatoriali e sull'assistenza protesica.

Buona parte dell'attività legislativa seguente ha riguardato, nel 2016, le **previsioni di legge relative alla riforma costituzionale della legge Renzi-Boschi** che avrebbe dovuto dare un volto rinnovato al panorama sanitario nazionale. Il rigetto da parte degli elettori del referendum costituzionale ha quindi coinvolto anche le previsioni in materia sanitaria, lasciando invariato quanto già legiferato fino a quel momento.

A marzo 2017, la **legge n.24 (legge Gelli)** sulla sicurezza alle cure e la responsabilità dei professionisti del settore sanitario, ha raggiunto l'approvazione modificando un ambito che da tempo

richiedeva una riforma. Questa legge è nata con lo spirito di razionalizzare e ridurre il contenzioso legale in materia sanitaria e di ridurre il fenomeno della medicina difensiva che ha distorto per lungo tempo l'utilizzo delle risorse economiche ed umane, rivalutando e tutelando il rapporto medico-paziente a donando maggiore sicurezza ad entrambi i ruoli.

Attraverso la **legge 119/2017** è stato cercato di porre un freno alla dilagante tendenza dei gruppi *no-vax* estendendo l'obbligo vaccinale a dieci vaccinazioni e rendendo obbligatorio un certificato vaccinale per l'iscrizione alle scuole dell'infanzia.

Quasi sul gong del termine della legislatura sono stati, infine, approvati due provvedimenti di enorme importanza e rilevanza non solo per il panorama sanitario, ma per la stessa società italiana. Il primo è quello relativo al **biotestamento**, che rappresenta un grande passo in avanti anche in termini di civiltà, il secondo è quello relativo alla **riforma degli ordini**. Il primo provvedimento getta le basi sulla disciplina del *fine vita*, stabilendone modalità di espressione e di revoca, legittimazione ad esprimerlo e a riceverlo e le varie disposizioni sui trattamenti che stabiliscono gli orientamenti di massima del dichiarante nei casi in cui sopraggiunga una improvvisa perdita della capacità di intendere e volere. Ciascuna persona di maggiore età, capace di intendere e

volere, in previsione di una eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, potrà, attraverso una dichiarazione e disposizioni anticipate di trattamento, esprimere le proprie convinzioni e preferenze in materia di trattamenti sanitari futuri.

Le disposizioni prese possono essere sempre modificate, ma risulteranno vincolanti per il medico che sarà quindi esentato da eventuali responsabilità civili o penali.

Questo genere di previsione è possibile anche per quanto concerne i minori, per i quali è previsto che le decisioni vengano prese da un genitore o da un tutore, rispettando però l'orientamento del minore. Per quanto riguarda il cosiddetto **DDL Lorenzin**, il cui iter è stato particolarmente lungo e faticoso nelle aule parlamentari, a seguito di un ampio lavoro di rimaneggiamento del testo originale, sono ricomprese nel testo di legge le norme che riguardano il parto indolore e l'inasprimento delle pene contro chi commette violenze in ambito sanitario. È stata poi riformata in toto la disciplina ordinistica delle professioni sanitarie, ricomprendendo tra queste quelle di Osteopati e chiropratici.

Nel complesso, quindi, la XVII legislatura ha conferito un nuovo volto al panorama legislativo sanitario apportando profonde modifiche e raggiungendo il compimento di alcune riforme che erano in attesa di approvazione da lungo tempo.

W

CHIRURGIA SOLIDALE

Cinque donne per la pace, per la formazione, per la medicina. È questa in sintesi la missione del team tutto al femminile dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Modena che è partito sabato 3 Aprile per la Palestina.

PALESTINA: CHIRURGHE PER LA PACE

Micaela Piccoli (Direttore della Chirurgia Generale, d'Urgenza e Nuove Tecnologie dell'Ospedale di Baggiovara), **Barbara Mullineris** chirurga, **Isabella Roli** specializzanda in Chirurgia Generale, **Francesca Maria Cherchi** anestesista e **Maria Laura Monzani** specializzanda in endocrinologia, si sono recate nei territori palestinesi ed in particolare a Hebron dove, per una settimana, hanno visitato, insegnato ed operato pazienti affetti da patologia endocrina, soprattutto tiroidee e paratiroidi. Non è un caso che a coordinare la squadra al femminile vi fosse Micaela Piccoli, una delle poche donne chirurgo in Italia a ricoprire l'incarico di direttore di chirurgia generale, che annovera tra le sue esperienze quella di essere stata presidente della Commissione Donne in Chirurgia poi, a seguire, Consigliere Nazionale per due mandati di ACOI. Questa Missione è stata realizzata grazie a **PCRF (Palestinian Children Relief Fund)**, un'organizzazione americana con 26 anni di esperienza nell'organizzare assistenza medica in Palestina.

Per ACOI non è la prima volta: in questi anni l'Associazione ha inviato numerose equipe di volontari provenienti dai maggiori ospedali italiani, contribuendo a realizzare un importante programma formativo indirizzato agli ospedali palestinesi.

Un'esperienza impegnativa e coinvolgente, sia sul fronte medico che su quello umano. Non solo si è trattato di un percorso formativo per i chirurghi palestinesi e per le specializzande italiane, insito nella vocazione ACOI, ma si è, ancora una volta, concretizzata quell'apertura al sociale che è alla base di molte delle attività internazionali. La sfida è, dunque, quella di fornire cure

di altissima qualità ai pazienti, di supplire alle carenze formative, e di divulgare una chirurgia di pace. Dovrebbe essere un periodo di formazione obbligatorio per tutti i giovani

specializzandi per imparare che la medicina può rappresentare il concetto di solidarietà tra i popoli, oltrepassare tutte le barriere - fisiche e mentali - e creare uno strumento di dialogo e di



pace al di là di ogni differenza etnica, culturale e religiosa. In Palestina la guerra vicina è sembrata lontana in mezzo a gente che anela la pace.

Quindi: Goodbye Jerusalem, visto che la richiesta del popolo di Hebron è stata quella di continuare in queste attività di cooperazione, per loro una delle poche finestre aperte verso un futuro migliore.

L'unica guerra la si combatte insieme, per la salute e la conoscenza.

All'arrivo della squadra c'erano circa 35 pazienti ad attenderle.

Sono stati selezionati (dopo un'accurata valutazione multidisciplinare: endocrinologica, anestesologica e chirurgica) 12 pazienti adulti per interventi chirurgici che sono stati poi eseguiti nelle giornate successive.

Il training è stato soprattutto chirurgico, avendo la possibilità di operare, dalla mattina alla sera, su due sale operatorie. Piccoli e Mullineris si sono divise tra le due sale operatorie, operando con i colleghi palestinesi ed insegnando loro le varie procedure. Grazie all'anestesista Cherchi è stato possibile gestire completamente la seconda sala operatoria in modo autonomo dal punto di vista anestesologico. Le due specializzande, poi, si sono alternate in reparto ed in sala operatoria, verificando la corretta applicazione di tutte le procedure, pre-intra e postoperatorie.



I CITTADINI

CAREGIVER



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

Circa un anno fa il Ministero della Salute ha pubblicato il rapporto annuale sulle schede di dimissione ospedaliera SDO da cui risulta un dato incredibilmente costante negli anni: il numero complessivo di dimissioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza si riduce annualmente di circa il 2% (2015-2016 = -2,7% - Tab. 1).

Un osservatore disattento si sarebbe aspettato, dopo una marcata riduzione, un plateau di stabilizzazione. In realtà se ci lasciassimo trasportare dalla semplificazione, sembrerebbe plausibile, proseguendo tale andamento con una così marcata riduzione dei ricoveri, addirittura sopradimensionato il numero dei posti letto/abitante che in

Tab. 1. Distribuzione delle dimissioni e delle giornate per tipo attività e regime di ricovero - Anni 2015-2016.

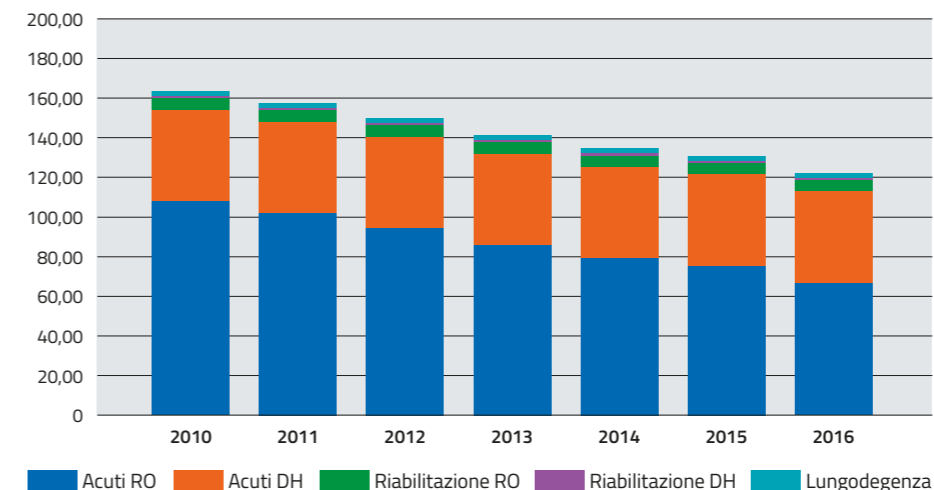
ATTIVITÀ	DIMISSIONI		
	2015	2016	Var %
Acuti - Regime ordinario	6.398.034	6.286.272	-1,7
Acuti - Regime diurno	2.069.823	1.951.015	-5,7
Riabilitazione - Regime ordinario	318.307	318.359	0,0
Riabilitazione - Regime diurno	34.106	31.931	-6,4
Lungodegenza	110.709	104.794	-5,3
Totale	8.930.979	8.692.371	-2,7

Quindi un tasso di ospedalizzazione in calo progressivo, con conseguente riduzione della spesa e miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri. Tali dati fanno felici gli economisti e tutti coloro che sono più concentrati sulla quantità che sulla qualità. Certamente non hanno fatto felici una buona parte dei 238.608 (-2,7%, differenza 2016/2015) che non sono stati riconosciuti idonei ad un'assistenza in regime di ricovero. E con loro i propri famigliari.

Ciò che colpisce non è tanto il dato della riduzione dei ricoveri ospedalieri, ma il trend costante negli anni (meno 20% circa in 7 anni - Tab. 2).

Italia risulta già ora essere tra i più bassi di Europa (Eurostat 2013: Italia 3,5%, Francia 6,3, Germania 8,2). Conseguentemente il costo dei ricoveri è diminuito: a livello nazionale (ma ogni Regione ha la sua autonomia) dal 2010 al 2015 si è passati da 31 miliardi a 29 miliardi con un risparmio quindi di 2 miliardi in 5 anni (fonte QS.it - 2018), in altre parole 400 milioni/anno che, pur rappresentando una cifra consistente, rapportata alla spesa sanitaria annua (2017) di circa 115 miliardi (6,7% del PIL), sembra davvero irrisoria e forse meritevole di essere messa in discussione in quanto causa di disagio, malessere e contenzioni medico legali.

Tab. 2. Tasso di ospedalizzazione per tipo attività e regime di ricovero, standardizzato per età e sesso - Anni 2010-2016.



Perché?

La Complessità del Sistema (inappropriatezza del ricovero, dimissioni precoci, estensione della chirurgia ambulatoriale e dei DH oncologici, tutela territoriale del paziente dimesso o non ricoverato ecc.) costringe ad una analisi della complessità non alla mia portata, sia per la non conoscenza di dati disaggregati, sia per la consapevolezza di non possedere la certezza del sapere. Ma qualche spunto di riflessione sarà necessario.

Il quesito del quale non conosco la risposta è: le patologie che portano il cittadino a sottoporsi a controllo per un eventuale ricovero ospedaliero sono annualmente in diminuzione o sono costanti nel tempo o addirittura in incremento? Propendo, visto l'incremento della aspettativa di vita e dell'età media della popolazione, per la seconda ipotesi. Quindi una organizzazione virtuosa ci consente di non perdere tempo e denaro con un ricovero inappropriato. Questo è certamente vero nella maggior parte dei casi - nella maggior parte! È però altrettanto vero che una non secondaria percentuale dei rinvii al medico curante porteranno con sé incertezze, sintomi, disagi ambientali, talvolta ulteriori e ripetuti accessi al PS e in alcuni casi la diagnosi sotto stimata diverrà concausa di decesso. Una semplice e superficiale ricerca su Google digitando *dimesso dal PS* mi ha evidenziato negli ultimi 15 mesi, undici

casi di morte nell'immediato periodo dopo un non ricovero. Ciò è avvenuto dalla Lombardia alla Sicilia, dal Veneto alla Puglia e in altre Regioni d'Italia senza alcuna differenza tra Nord e Sud, dimostrando, almeno per una volta, uniformità su tutto il territorio nazionale. Questa è la punta dell'iceberg, i casi di disagio continuato, di riaccessi ai PS ecc. non mi sono disponibili, ma presumo essere quantitativamente non pochi.

Sono persuaso e convinto che la riduzione dei posti letto ospedalieri per acuti, la progressiva contrazione delle degenze pre e post-operatorie, conseguenza di percorsi organizzativi ottimali e segnatamente dei grandi progressi avvenuti negli ultimi venti anni in ambito del trattamento chirurgico e delle potenzialità tecnologiche indissolubilmente correlate alle dimostrate capacità tecniche del chirurgo italiano, rappresenti un modello virtuoso per una Sanità più efficace, oltre che efficiente, focalizzata sulla resilienza del malato quanto più precoce possibile. Questo è un dato, una sfaccettatura della Complessità.

Ma c'è dell'altro!

Tra gli indicatori di risultato per ciascun dirigente medico ospedaliero sono presenti: la riduzione della degenza media e la riduzione dei ricoveri inappropriati. Parametri dei quali dobbiamo rendere conto e che scaturiscono dall'impegnativo categorico della riduzione della

spesa e dal numero dei posti/letto disponibili. È cosa buona e giusta, anche se, talvolta...

Tralascio volutamente di addentrarmi in tutte le problematiche che possono insorgere per fatti gravi e irreversibili che sicuramente avranno portato ad aprire contenziosi e conseguenti eventuali risarcimenti. Mi limito a riflettere su quanti, non avendo ancora raggiunto la risoluzione del proprio malessere o dello stato di malattia (dimissioni chirurgicamente guarite, ma ancora bisognosi di terapie acute e di controlli ravvicinati - chemioterapie con postumi importanti - rinvii al medico curante per ulteriori accertamenti ecc).

Per definizione essi saranno meno autosufficienti o, in alcuni casi, del tutto dipendenti da altri. Ecco che compare una figura che, nel nostro sistema sanitario, è diventata ancor più indispensabile e insostituibile: il famigliare (quando sia presente e disponibile).

È ormai entrato con prepotenza e stabilmente nell'uso comune il termine anglosassone *caregiver* che indica *colui che si prende cura* e si riferisce naturalmente a tutti i familiari (e non solo) che assistono un ammalato per tutto il periodo della sua disabilità. Senza i caregivers il Sistema non può mantenersi, e senza coloro che si fanno carico di assistere, supportare, condurre, controllare l'aderenza alle terapie, affrontare i malesseri temporanei e svelare i sintomi preoccupanti, la qualità globale del prendersi cura del cittadino, in un contesto di welfare diffuso e universale, crolla.

Nello svolgimento di tale attività di supporto il caregiver opera direttamente (lavare, vestire...) o indirettamente (pratiche amministrative...), sorveglia in modo attivo (in caso di pericolo, complicità...) o passivo (paziente allettato bisognoso di controllo)

Tanto è importante la figura del caregiver che l'ultima Legge di Bilancio 2018 ha inserito tale mansione fra i lavori gravosi in modo che questa particolare categoria di persone, a tutti gli effetti lavoratori, possa accedere a un indennizzo. Il nuovo Fondo ha una dotazione iniziale di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020 e sarà

I CITTADINI

destinato alla persona che assiste e si prende cura del coniuge, di una delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, o di familiare fino al terzo grado che non sia autosufficiente...

È del tutto evidente che tale provvedimento riguarderà esclusivamente tutti coloro che avranno necessità di assistenza continuata e quotidiana che sembrano essere circa oltre tre milioni in Italia (Exposanità 2016), un vero e proprio esercito di invisibili. Se poi a tale numero si aggiungono tutti coloro che supportano per periodi limitati malati non ancora autosufficienti... ossia quei soggetti che devono necessariamente prendersi cura in modo ancillare di chi si trovi a essere in continuità di cura, pur

non essendo in stato di ricovero. Si pensi ai percorsi di pre-ospedalizzazione, ai controlli ravvicinati post-intervento chirurgico, alle dimissioni precoci, alle terapie oncologiche con postumi talvolta anche sensibilmente invalidanti. L'elenco sarebbe molto lungo. La constatazione e la denuncia di tale stortura assistenziale è da tempo espressa dalle organizzazioni sindacali della dirigenza medica. Il taglio dei posti letto, con il progressivo aumento in PS della popolazione anziana spesso con polipatologie e con necessità sanitarie complesse ha creato quello che viene definito *effetto imbuto*, che, a fronte di un netto miglioramento dell'indice di appropriatezza di ricovero, ha come diretta conseguenza un numero sempre maggiore di cittadini in fase di parziale autosufficienza che necessitano di supporto e tutela. Come sopra ricordato, la spesa per ricoveri dal 2010 al 2015 ha

prodotto un *risparmio* di 2 miliardi di euro, ma è del tutto intuitivo che l'avvenuto taglio del numero dei posti letto **senza una adeguata ristrutturazione della rete territoriale in modo completo, uniforme su tutto il territorio nazionale e capillarmente distribuita** ha portato sostanzialmente a una riduzione dello stato di benessere di milioni di cittadini costretti a *curarsi* senza poter disporre di una rete che li possa *prendere in cura*. Con buona pace dello slogan *il malato al centro del Sistema*: i 20 milioni/anno stanziati nel Fondo, rispetto ai 2 miliardi *risparmiati* sono davvero poca cosa! In conclusione, sperando nel futuro, ricorderei a coloro che promisero di reinvestire nel SSN il *plus* derivante dalla *spending review*, di mantenere quanto detto e procedere a coprire questo *vulnus* di Sistema che inficia non solo il livello di qualità percepita, ma anche quella reale.

NEWS NEWS NEWS NEWS NEWS NEWS NEWS



In data 25/01/2018, con inizio alle ore 11, presso la sede legale della stessa in viale L. Pasteur, 65 a Roma si è riunito il nuovo Consiglio di Amministrazione della Fondazione Chirurgo e Cittadino-Onlus per il triennio 2017-2020. Le nomine per le cariche interne, tutte risoltesi all'unanimità, sono state le seguenti:

Presidente: Marco Filauro

Vice presidente: Francesca Moccia

Segretario generale: Stefano Bartoli

COMITATO ESECUTIVO

Coordinatore: Rodolfo Vincenti

Membri: Luigi Ciccioritti, Enrico Pernazza, Angela Pezzolla

Consiglieri: Pierpaolo Dal Monte, Ranieri De Maria, Luigi Di Marino, Andrea Mingoli, Diego Piazza, Luigi Presenti, Roberto Dino Villani

Revisore Contabile: Franco Viccaro



DONA IL TUO 5 X 1000 C.F. 97603780582

CHI SIAMO

chirurghi dell'ACOI, sociologi, bioetici, rappresentanti dei cittadini.

IL CONTESTO

dati scientifici statisticamente significativi dimostrano che *ascolto* e *corretta comunicazione* tra medico e malato come, in misura ancor più determinante, i momenti comunicativi e il passaggio delle informazioni in equipe risultano essere fattori protettivi nel rischio di insorgenza di eventi avversi e di complicanze non previste con il conseguente corredo di contenziosi medico-legali.

PER COSA CI BATTIAMO

Per un sistema Salute basato sulla autodeterminazione dell'individuo, che privilegi il prendersi cura del malato piuttosto che centrato esclusivamente sulla malattia. Per un chirurgo *a tutto campo* che consideri le non technical skills come complemento indispensabile per la propria professionalità e per l'ottimizzazione dei risultati.

CHE COSA FACCIAMO

Formazione continua sui temi della corretta comunicazione interna e esterna.
Offriamo gratuitamente a medici, chirurghi, infermieri, corsi di aggiornamento ECM.
Supporto logistico a parenti di ricoverati.

CHE COSA ABBIAMO FATTO

Ricerca nazionale sulla qualità percepita in chirurgia. Ad oggi sono stati assegnati oltre 3.000 crediti formativi individuali.

DOVE SIAMO

www.chirurgocittadino.it



Tutto quanto noi facciamo è realizzato con i sentimenti di un totale volontariato e si regge esclusivamente su donazioni volontarie.

**SOSTIENI LE NOSTRE ATTIVITÀ CON IL 5X1000
O CON UNA EROGAZIONE LIBERALE!!**

Donare il tuo 5X1000 è un gesto semplice.

FORMAZIONE

LA VOCAZIONE ACOI:



SEMPRE PIÙ FORMAZIONE, SEMPRE PIÙ QUALITÀ

Chiuso l'anno formativo 2017: A.Ge.N.A.S indica ACOI fra i primi 10 provider per l'erogazione della formazione blended fra le società scientifiche accreditate

di Francesca Vischini

Sebbene di poco, nel 2017 ACOI ha aumentato il numero di eventi pianificati ed erogati rispetto al 2016, passando da 74 ad 80 eventi.

Fra le novità formative del 2017 sicuramente va messo in rilievo la nascita dei **gruppi di miglioramento** che sono partiti, in via sperimentale, in due importanti strutture ospedaliere con la finalità di elaborare documenti che possano poi essere utilizzati all'interno del reparto, per il miglioramento organizzativo e quindi una maggiore qualità del lavoro svolto.

I gruppi di miglioramento, previsti fra le varie tipologie di formazione accreditabile, sono eventi formativi in cui è possibile mettere l'esperienza di reparto come punto di partenza, per pensa-

re di proporre miglioramenti che solo i professionisti sanitari possono progettare e solo provider scientifici possono accreditare, un riconoscimento che la stessa A.Ge.N.A.S ha notificato con una lettera alla direzione ACOI in vista della pubblicazione del prossimo annuario dei provider.

Oltre alla progettazione ed erogazione di eventi appartenenti alla categoria di **gruppo di miglioramento**, strutturata come indicato, si è andata a confermare la formazione che da anni risulta essere la struttura portante della pro-

posta formativa ACOI:

- scuole;
- eventi residenziali;
- percorsi formativi del Congresso Nazionale.

I numeri a consuntivo, per i vari settori, si dimostrano la forza con cui il piano formativo è realizzato all'inizio di ogni anno, portando una **trasformazione da progettato ed erogato, sempre molto al di sopra della soglia minima richiesta da A.Ge.N.A.S** ai provider, fissata al 50%.

	Dichiarati	Svolti	Fuori p. formativo	% trasf.
RES	58	49	18	84,48%
SCUOLE	21	18	2	85,71%
NAZIONALE	12	11	0	91,65%

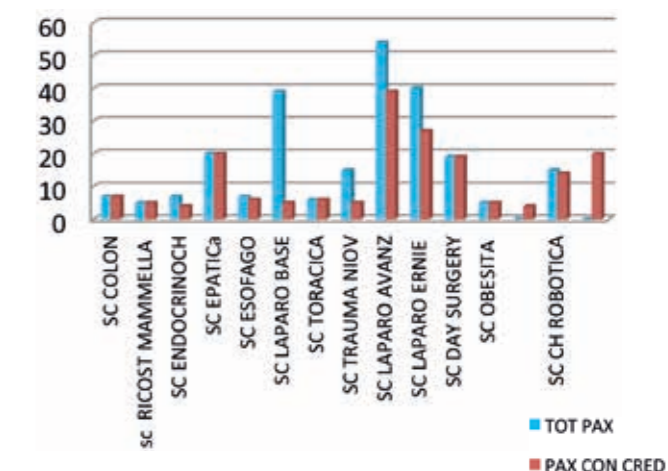
La distribuzione sul territorio, fra scuole, eventi residenziali e gruppi di miglioramento si è così ripartita.



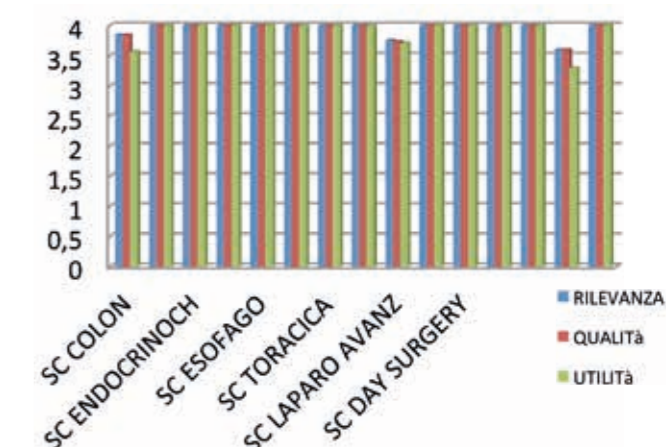
riconoscimento reale nella formazione del loro profilo professionale con la frequentazione delle scuole prima dell'av-

di cui 1700 coloro che hanno conseguito i crediti attribuiti all'evento. Fra tutti gli eventi formativi erogati non possono

Confronto fra partecipanti e partecipanti con crediti



Gradimento scuole 2017



Di questa formazione, tre sono le tipologie che sono state utilizzate: residenziale (eventi regionali), sul campo (gruppi di miglioramento) e blended (per le scuole), con questa frequenza:

RES	67
BLD	11
FSC	2

Le Scuole

Per il 2017, 13 sono le scuole che sono state attivate registrando una presenza pari a 239 partecipanti, di cui 166 hanno conseguito i 50 crediti previsti dall'accreditamento. L'acquisizione dei crediti è stata registrata per circa il 70% dei partecipanti, mettendo quindi in evidenza che il 30% dei frequentanti è stato costituito da specializzandi che, secondo la normativa che regola la formazione dei professionisti sanitari, non hanno l'obbligo formativo, confermando quindi, con la loro presenza, un

venuta specializzazione. Il gradimento di tutte le scuole risulta sempre essere prossimo all'eccellenza, utilizzando una scala da 0 a 4, come si legge dalle rilevazioni statistiche

Gli eventi regionali

Più di 60 gli eventi, fra quelli del piano formativo e non, che sono stati erogati nelle regioni, per un totale di oltre 130 crediti formativi generati, ovvero più del doppio di quelli richiesti da A.Ge.N.A.S ad ogni professionista sanitario. I partecipanti presenti sono stati 2237

non essere indicati infine gli 11 percorsi formativi progettati all'interno del **Congresso Nazionale** che si è svolto a Montesilvano e che ha visto una partecipazione straordinaria a tutta la manifestazione. I percorsi formativi sono stati pianificati studiando la partecipazione agli eventi distribuiti sul territorio negli ultimi tre anni e i risultati che si sono riscontrati sono stati sorprendenti, evidenziando, in quasi tutti i percorsi un raggiungimento della presenza al 100% rispetto al numero dei partecipanti accreditati.

FORMAZIONE

Riferimento	Titolo	Tot pax
1579-189841	NAZ. LA COMUNICAZIONE	86
1579-189853	NAZ. CH. DELLA MAMMELLA	76
1579-189844	NAZ. BARIATRICA	43
1579-189843	NAZ. METASTASI EPATICHE	100
1579-189842	NAZ. DAY SURGERY	76
1579-189845	NAZ. I PERCHÈ DELLA ROBOTICA	200
1579-189846	NAZ. CH. DEL POLITRAUMA	50
1579-189855	NAZ. IL LAPAROCELE	134
1579-189856	NAZ. SC. ACOI ENDOCRINO	48
1579-189857	NAZ. CH. TORACICA	46
1579-190223	NAZ. IL PROTOCOLLO ERAS	89

Molto soddisfacente la percezione del gradimento anche per i percorsi formativi svolti durante il Congresso Nazionale. Nel 2018 l'obiettivo di ACOI, in ambito formativo, sarà quello cercare di aumentare l'offerta, proponendo corsi sempre più mirati alla formazione professionalizzante del chirurgo, sia accreditata che non, puntando alla possibilità straordinaria di cui dispone un provider come ACOI, di proporre formazione sul campo, ovvero una formazione che può essere inventata per ogni corso, per ogni singola realtà dettata dal territorio, in cui si lavora: nuova, innovativa, forte, come forte è la motivazione che ogni giorno spinge ogni professionista a svolgere il suo importante compito.

Gradimento percorsi formativi Congresso Nazionale



VITA DELL'ASSOCIAZIONE



di Marco Scatizzi

ACO I AL PROSSIMO CONGRESSO CONGIUNTO

Premesso che le più importanti Società Chirurgiche Nazionali hanno aderito alla proposta di ACOI e SIC di sincronizzare gli impegni congressuali in un unico evento a Roma per il 2018, creando una sinergia scientifica, un appuntamento di aggiornamento ai più alti livelli e, non ultima, un'occasione sociale per trovarsi fra amici e condividere qualche giorno insieme, l'organizzazione dell'Evento non è affatto facile.

Il Congresso si svolgerà nella splendida cornice della Nuvola di Fuksas, dal 14 al 18 di ottobre prossimi.

Il Presidente Marini con i due delegati del Consiglio Direttivo, Felice Borghi (che è anche Responsabile scientifico di ACOI) ed io, stiamo lavorando alacremente alla stesura del programma ed alla selezione dei relatori.

ACO I, per importanza, autorevolezza e numero di iscritti è certamente l'azionista di maggioranza del Congresso. Tuttavia, nonostante i ragguardevoli risultati scientifici che stanno nobilitando i nostri Ospedali, la nostra as-

sociazione non riesce ad avere la visibilità che noi tutti pensiamo dovrebbe meritare, e per la quale i nostri rappresentanti nel Comitato Scientifico del Congresso si stanno battendo. In gran parte questo dipende dalla formula stessa del Congresso, che tende a sovraesporre le piccole società scientifiche che purtroppo la frammentazione del mondo chirurgico italiano ha fatto proliferare.

Il Congiunto, che vorrebbe essere una risposta a questa frammentazione, in essa stessa trova ostacoli e difficoltà, perchè, come è facile immaginare, coordinare e pianificare le attività in questa moltitudine di soggetti diventa un compito difficile.

ACO I, naturalmente, non si tira indietro; anche se, tornando con il pensiero al nostro ultimo Nazionale di Montecitorio, non si può che provare un po' di nostalgia per il clima cameratesco con il quale quel Congresso è stato preparato e per la qualità scientifica altissima con cui si è svolto; qualità che era riflesso di una larghissima e corale partecipazione, che ha saputo

garantire pari dignità ed importanza a tutti, dai direttori agli specializzandi. Questo è da sempre lo spirito che anima ACO I, e una delle nostre missioni deve essere diffondere questo spirito nel mondo chirurgico italiano, perchè se forse è difficile immaginare di riuscire ad unificare la miriade di sigle che lo compongono, non è difficile pensare di collaborare attivamente e proficuamente con società scientifiche di chirurgia pervase dalla nostra stessa vocazione al servizio dei colleghi, all'egalitarismo dei rapporti, alla didattica vera, quella fatta in camera operatoria, alla difesa dell'importanza e dei compiti di una professione che noi tutti amiamo, ancora splendida per molti aspetti, ma certamente sacrificata dai tagli di bilancio, perseguitata dai risarcimenti selvaggi e vessata dalla scarsa considerazione sociale del ruolo che svolgiamo quotidianamente per i nostri pazienti.

Se riusciremo in questa missione, il prossimo Congresso Congiunto sarà certamente un successo ampio e soddisfacente; noi ci stiamo provando.

ACOI GIOVANI

MANCANO I CHIRURGHICI: SOS FORMAZIONE

La formazione chirurgica post-laurea in Italia:
una rete da ripensare

di Grazia Maria Attinà

Nel corso degli ultimi 5 anni abbiamo assistito ad una preoccupante riduzione degli iscritti alle scuole di specializzazione chirurgiche: un fenomeno impensabile fino a 10 anni fa.

Borse di studio chirurgiche assegnate secondo un concorso nazionale, non più gestito dai singoli centri, con occupazione di molti posti da parte di neolaureati non motivati ad intraprendere questo percorso ed attirati dalla estrema facilità ad accedere a tali scuole per l'esiguo numero di partecipanti. Secondo diversi sondaggi, a rendere poco appetibile la specializzazione chirurgica è: **1.** l'estrema difficoltà ad intraprendere una professione stressante; **2.** il percorso formativo insufficiente; **3.** l'inserimento nel mondo del lavoro tardivo (35-38 anni); **4.** percorsi lavorativi pieni di ostacoli economici e professionali con orari non programmabili; **5.** contenzioso medico legale.

Ma è giusto parlare solo di crisi di vocazione? Non sarebbe meglio parlare di un sistema che non sta al passo con i tempi?

Inadeguata programmazione dell'accesso alle facoltà di medicina, meccanismo "non performante" di ingresso alle scuole di specializzazione chirurgiche, formazione post-laurea insufficiente ed estrema difficoltà a completare l'iter tecnico-cul-

turale, sembrerebbero essere i maggiori focus su cui intervenire!

Partiamo dal primo punto:

▪ **In Italia mancano medici! Ma in realtà ci sono e sono migliaia.** Numerose associazioni studentesche richiedono ogni anno l'abolizione del numero chiuso e, quindi, dell'accesso programmato alle facoltà di medicina, ma poi centinaia di neolaureati non riescono a completare il loro iter formativo per mancanza di posti sufficienti per la formazione specialistica e di medicina generale. Secondo un calcolo effettuato dai sindacati, il SSN avrebbe bisogno di circa 6000 medici per coprire i pensionamenti del triennio in atto; 6000 medici per incrementare le dotazioni organiche e poter applicare al meglio la direttiva europea sull'orario di lavoro; 20.000 medici, per sostituire quelli del SSN che andranno in pensione dal triennio 2017-2020.

Dai calcoli risulta che il Servizio Sanitario Nazionale per poter far fronte alla carenza di medici all'interno del sistema e raggiungere un pareggio nei prossimi 10 anni, dovrebbe erogare 3228 borse di studio per la formazione specialistica in più all'anno, oltre alle attuali 6100 circa. Appare inutile quindi continuare a sfornare medici (ognuno dei quali costa € 150.000), se poi non si può garantire il successivo iter formativo. Si stima, infatti, che senza una vera program-

mazione dell'accesso alla facoltà di medicina, nel biennio 2022-23 i medici che non riusciranno ad accedere alle specializzazioni saranno 24.000.

▪ **Come si entra oggi in una Scuola di Specializzazione?** Fino a non molti anni fa, il Ministero dell'Istruzione e la Regione erogavano borse di studio direttamente alle singole Facoltà di Medicina. Il vantaggio era rappresentato dal fatto che concorrevano studenti interni ai reparti delle scuole che avevano manifestato interesse e motivazione. Purtroppo questo metodo è stato considerato discriminatorio e, pertanto, ha portato a quella che sembrava la soluzione migliore attraverso un concorso nazionale i cui candidati scelgono il tipo e la sede della scuola in base alle loro preferenze, basandosi comunque su una graduatoria nazionale. Tuttavia, tra le varie criticità, questo sistema ha determinato l'ingresso nelle scuole di specializzazione di neolaureati non sempre attratti dal mondo chirurgico e che, in prima battuta, avevano scelto discipline del tutto differenti, cambiando indirizzo dopo un anno, lasciando posti vacanti e contratti perduti o, peggio ancora, andando avanti in maniera passiva in un percorso chirurgico che li porta ad uscire specialisti *chirurghi non chirurghi*.

▪ **Formazione chirurgica post-laurea.**



Nel 2017 le scuole di specializzazione in area medica sono state sottoposte ad una nuova procedura di accreditamento, introdotta dal MIUR insieme al Ministero della Salute, che ha applicato criteri di qualità più stringenti rispetto al passato. La verifica della presenza degli standard, dei requisiti e degli indicatori di performance previsti dal Decreto Interministeriale n 402/2017 è stata effettuata dall'Osservatorio Nazionale della Formazione Medica Specialistica, organo tecnico che si è avvalso dell'ausilio di AGENAS e dell'Agenzia Nazionale per la Valutazione della Ricerca (Anvur).

Questa riforma si fonda su un sistema di miglioramento continuo della qualità della formazione. Le scuole hanno presentato le criticità all'osservatorio nazionale e i piani di miglioramento. Ma il *core* della riforma è rappresentato dall'incentivazione a strutturare reti formative integrate tra Università e SSN al fine di implementare l'offerta formativa in termini di volumi assistenziali.

In base a ciò solo 672 scuole sono state accreditate, 629 hanno ottenuto un accreditamento provvisorio mentre 130 (11%) non sono state ritenute idonee.

Come riportato in un puntuale e preciso articolo di ACOI news del Prof. Nicolò De Manzini, uno specializzando di chirurgia deve poter eseguire nel corso di una specializzazione di 5 anni un numero minimo di 425 procedure e una Scuola deve avere un numero minimo di 3 spe-

cializzandi ogni anno. Emerge che una Scuola con 3 iscritti per anno deve poter dedicare ai 15 iscritti dei 5 anni 1275 interventi/anno (425/5anni x15 specializzandi), che saranno però il 20% di un minimo di 6375 interventi /anno eseguiti in quella rete formativa. Tuttavia solo il 10% degli interventi può essere affidato a specializzandi, percentuale troppo bassa e che, inevitabilmente, necessita dell'integrazione con strutture del SSN che possano fornire adeguati volumi di attività.

Ma nel corso dei mesi e anche degli ultimi anni, gli specializzandi hanno manifestato l'estrema difficoltà a raggiungere anche i requisiti minimi per l'estrema difficoltà a ruotare all'interno della rete formativa, per mancanza di adeguati controlli e certificazioni non idonee.

Continua con grande entusiasmo l'attività del gruppo ACOI Giovani che si è nuovamente ritrovato lo scorso 25 maggio in una riunione nella quale sono stati analizzati e rinnovati i numerosi impegni intrapresi per questo nuovo triennio, quali l'importante e doveroso aggiornamento delle Linee Guida ACOI e la partecipazione alla stesura di L.G. condivise con la WSEW necessarie per l'attuazione della legge Gelli.

Importantissimo appuntamento sarà, inoltre, quello del prossimo congresso congiunto delle chirurgie al quale parteciperemo numerosi anche in considerazione dell'impegno attivo in due interessanti sessioni.

Proseguono, poi, i lavori dedicati alle iniziative, tra le quali l'analisi Nazionale sullo stato professionale dei giovani chirurghi, la collaborazione nella realizzazione di una FAD in chirurgia d'urgenza ed il continuo contributo alla nostra rivista ACOI News.

Giuseppe Miranda, Coordinatore Nazionale ACOI Giovani

Ma appare evidente come il sistema formativo non possa essere proprietà privata dell'Università. Non si può pretendere che i futuri chirurghi del SSN siano all'altezza del ruolo che li aspetta *accontentandosi* di parametri minimi non sempre raggiungibili. Spetterebbe alle Regioni e al Governo, responsabili della qualità delle cure e della organizzazione del SSN, permettere al medico in formazione specialistica di acquisire conoscenze ed abilità manuali svolgendo le proprie attività in una rete formativa integrata basata su volumi, esiti e competenze professionali.

Da sempre l'ACOI si è battuta per garantire un'adeguata formazione post-laurea e post-specialistica attraverso dei piani formativi distribuiti su tutto il territorio regionale, scuole speciali, master ed eventi congressuali.

Tanti i risultati ottenuti negli anni e valutati sul campo nei nostri ospedali, ma si percepisce questa estrema difficoltà ad andare oltre sistemi e modelli non sempre al passo con i tempi.

L'Italia è l'unico Paese dove senza specializzazione non puoi entrare in ospedale. Per contro nei Paesi Europei un medico neolaureato può chiedere di entrare in un qualsiasi ospedale con un rapporto legato dalla normativa nazionale e compatibilmente con la presenza di posti disponibili, entrando in un programma formativo progressivo che lo porta a raggiungere l'esperienza e i titoli di specialista nella materia. E se si partisse da qui?

N

ACOI INTERNATIONAL

CHIRURGHI ACOI AL CAIRO

Un'esperienza privata,
con lo sguardo al bene comune

di **Felice Borghi**
Consigliere Nazionale,
Coordinatore Comitato Scientifico ACOI



A fine Dicembre 2017 ricevo una telefonata inaspettata dal Prof. Melotti che mi propone di partecipare insieme ad un mio collaboratore alla delegazione ACOI invitata al Congresso della Società Egiziana di chirurgia laparoscopica (ESLS) e del MMESA (Mediterranean & Middle Eastern Endoscopic Surgical Association) al Cairo a Febbraio.

Avevo sentito parlare di queste iniziative internazionali di ACOI da parte di colleghi dei direttivi precedenti e dell'attuale, e assistito ad una sessione con colleghi stranieri al Congresso di Pescara, ma non avevo mai approfondito. A parte i già numerosi impegni, non vi nego le perplessità legate al momento difficile di rapporti con i paesi arabi, ma accetto stimolato da curiosità e rassicurato da chi aveva più esperienza di me circa la tutela garantita della nostra sicurezza. Sedici chirurghi di diversa provenienza, alcuni amici, altri noti, altri ancora mai conosciuti: un gruppo di chirurghi esperti e giovani, finanche ancora in formazione, che hanno la possibilità di condividere un'esperienza lavorativa e di vita comune - anche indirettamente - ascoltando i racconti di chi, di queste esperienze, ne ha fatte veramente tante, in particolare in paesi dell'Africa e del Medio Oriente.

Giunti all'aeroporto del Cairo, nuovo, immenso e semideserto, veniamo scortati in hotel dall'organizzazione locale che

si è presa carico dei nostri spostamenti per tutti i tre giorni del Congresso, all'apertura del quale mi rendo conto della stima e credibilità di cui gode il nostro capogruppo presso i chirurghi locali e non dall'accoglienza che ci viene riservata.

Le sessioni procedono su due aule in contemporanea e noi relatori italiani ci succediamo in base agli argomenti di nostra pertinenza confrontandoci con gli altri colleghi in interessanti discussioni. Oltre i relatori egiziani e medio orientali, ve ne sono provenienti da diverse nazioni europee e stati americani: io mi trovo a discutere i risultati della chirurgia robotica del retto verso quelli del programma inglese di insegnamento della TaTme coordinato da un consultant di origine egiziana molto competente. Vengono trattati altri argomenti di chirurgia digestiva miniinvasiva con particolare spazio e competenza per la chirurgia bariatrica che risulta notevolmente sviluppata in questi Paesi. Non solo lavoro: non manca un rapido giro all'iconico Museo Egizio con il nostro capogruppo che si trasforma in guida per farci apprezzare le opere principali e in particolare il tesoro di Tutankhamon che vale da solo la corsa fatta per stare nei tempi.

Al Congresso rimaniamo in tema con le relazioni storiche sulla storia della Medicina e Chirurgia nell'antico Egitto: appare chiaro come allora questa civiltà primeggiasse nell'arte medica fungen-

do da riferimento mondiale, mentre ora i problemi di risorse si fanno sentire nel sistema pubblico a favore di un privato molto efficiente e competitivo.

Ma le iniziative sull'appropriatezza non mancano, anche semplici, mi colpisce uno studio di un Ospedale del Cairo su 100 colecistectomie programmate in day surgery di cui solo 3 pazienti si sono dovuti fermare la notte: quanti di noi riescono ad ottenere questa performance? La sera durante e dopo cena continuano i racconti sulle iniziative analoghe alla nostra o di missioni umanitarie che sento mancare nel mio bagaglio, mentre i giovani legano tra di loro, si scambiano idee ed esperienze ponendo le basi di future collaborazioni e rapporti di amicizia. I membri del direttivo della Società Egiziana di chirurgia laparoscopica manifestano il loro interesse verso le nostre presentazioni e si prodigano nel dimostrare amicizia e ospitalità anche durante la cena ufficiale del Congresso. Una *incoscienza* visita serale senza accompagnatore al famoso Suq e un passaggio alle Piramidi prima del rientro completano l'esperienza culturale a 360° e consolidano il ricordo tra noi partecipanti. Durante il ritorno penso al valore indiscusso di queste iniziative di scambio internazionale, tanto per chi ospita - che ne trae un vantaggio in termini di arricchimento scientifico - quanto per chi è ospitato che, oltre a questo, matura una esperienza unica in termini di crescita umana e professionale.

ESPERIENZA A TEHERAN, FORMAZIONE CHIRURGICA E SCAMBI CULTURALI

di **Vincenzo Trapani**

Mi fa piacere condividere la mia esperienza di chirurgo in Iran, dove ho affiancato il mio primario, la dottoressa Micaela Piccoli, in un intenso workshop dal 22 al 24 aprile, avente come topic "la chirurgia di parete, dalla laparoscopia alla chirurgia open dell'addome complesso".

Il workshop è stato patrocinato da un'azienda leader di mercato nelle *mesh*, che con grandi sforzi sta riuscendo a diffondere materiali e tecnologie che un tempo erano assenti per questioni geopolitiche facilmente intuibili.

Da premettere che la collaborazione tra la Scuola di Chirurgia Laparoscopica di Modena e la Chirurgia Iraniana risale ormai ad un trentennio fa, quando il prof. Melotti, insieme alla sua equipe, iniziò a tessere rapporti di reciproco scambio culturale e formazione chirurgica con le società chirurgiche afferenti alla MMESA (Mediterranean and Middle Eastern Endoscopic Surgery Association) tra le quali quella Iraniana ha sempre avuto un ruolo di rilievo.

Da allora, gli scambi e le occasioni di confronto sono stati continui. Nello specifico, questa esperienza ci ha visto il primo giorno impegnati in una intensa giornata di Live Surgery e relazioni in aula presso il Milad Hospital di Teheran, il principale ospedale pubblico della città. Sono rimasto subito colpito dall'imponenza della struttura, più di mille posti letto, con un blocco operatorio costituito da 18 sale comprendenti tutte le specialità chirurgiche. Calorosa l'accoglienza dei chirurghi e del personale sanitario, che ci hanno assistito in ogni passo, dalla valutazio-



ne preoperatoria dei pazienti, alla sala operatoria, condividendo cordialissime pause tra un intervento e l'altro, in cui, oltre a scambiarci in modo informale le nostre conoscenze sorvegliando ottimismo iraniano, abbiamo potuto percepire attraverso le loro parole, le difficoltà e nello stesso tempo la grandissima forza di volontà che contraddistingue il loro operato quotidiano. Dopo la chirurgia in diretta, c'è stato un piacevole momento di confronto in aula, con relazioni sugli argomenti trattati ma soprattutto con *question time* vivace, in cui abbiamo potuto scambiare le nostre conoscenze con i colleghi afferiti da molti ospedali, anche distanti da Teheran, molti giovani di cui una minoranza donne (in realtà più di quante me ne aspettassi considerata la ancora difficile situazione). Terminata la giornata a Teheran sia-

mo partiti con volo interno alla volta di Mashad, città che più risente della imponente Moschea, che influenza in maniera rigorosa usi e costumi della popolazione locale.

L'ospedale e le strutture ci sono apparse più ridimensionate rispetto alle risorse viste a Teheran, restano invece immutati l'interesse, l'ospitalità e la voglia di scambiare cultura dei colleghi del posto. Per tale motivo, anche se con qualche sforzo di adattamento in più, abbiamo trascorso due intense giornate di Live Surgery e relazioni in aula.

Non è stato il primo di questi viaggi per me; grazie alla struttura in cui lavoro, da anni ho la fortuna di partecipare a questi scambi, ed ogni volta la sensazione che ho al rientro è sempre la stessa: parti per formare, e torni con la sensazione che quello che apprendi è maggiore di quello che hai dato....



DA PARTE NOSTRA

LA CHIMERA DEL RINNOVO CONTRATTUALE

Riceviamo e pubblichiamo la riflessione sul rinnovo contrattuale della Dirigenza Medica nel Pubblico impiego vista con lo sguardo di un giovane chirurgo

di Fulvio Manzi

Dopo 9 anni di ritardo ed una perdita del potere d'acquisto stimata intorno al 20%, finalmente, con il decreto Madia è ripartita la contrattazione per il rinnovo contrattuale della Dirigenza Medica nel Pubblico impiego.

Quando la notizia è apparsa su tutti i quotidiani Nazionali tutti i Medici dipendenti/elettori hanno tirato un sospiro di sollievo, nonostante fosse chiaro sin da subito che le risorse messe in campo per il rinnovo contrattuale sarebbero state molto esigue rispetto alla succitata perdita di potere di acquisto. Ciò nonostante, con una manovra di equilibrio all'Italiana si è dato corso, nel 2018, ad una trattativa partita con più di 2 anni di ritardo rispetto al contratto che si sarebbe dovuto siglare (parliamo del C.C.N.L. 2016-2018, in ritardo di almeno 7 anni rispetto a quanto previsto per obblighi di legge).

Nonostante il velato ottimismo, è però apparso sin da subito che il tanto agognato rinnovo non sarebbe stato facile. In effetti, a seguito della convocazione da parte dell'ARAN dei rappresentanti delle sigle sindacali e regioni, sembrava di aver avviato un confronto positivo, che aveva indotto i sindacati, con grande senso di responsabilità, a rinunciare allo sciopero indetto per il 23 Febbraio u.s. A seguire l'avvio delle contrattazioni, si prospettava però un lungo periodo di incontri infruttuosi, che portava poi ad una nulla di fatto, inducendo addirittura i rappresentanti sindacali ad abbandonare il tavolo politico delle trattative, lasciando in piedi solo il tavolo tecnico.

Il problema risiedeva soprattutto nel di-

saccordo tra regioni e MEF sulla copertura economica delle contrattazioni. Il tutto si concentrava quindi sulla inclusione o meno dell'indennità di esclusività all'interno della massa salariale, sulla quale deve essere calcolato l'aumento retributivo.

Quello che a prima vista può sembrare un tecnicismo, risulta però cozzare in maniera importante con i principi di equità e di rispetto della categoria dei Dirigenti Medici dipendenti del S.S.N. La mancata inclusione della suddetta indennità nella massa salariale comporterebbe infatti un incremento retributivo per la categoria di circa il 2%, a fronte dell'incremento già concesso a tutte le altre categorie della P.A. di cui è stato effettuato il rinnovo, compreso il comparto sanità, del 3,48%. Questo trattamento, qualora accettato dalle sigle sindacali, non potrebbe non apparire ingiusto nei confronti di una categoria che, nonostante il costante e continuo deterioramento delle condizioni di lavoro, ha contribuito in maniera sostanziale alla tenuta del nostro prezioso Sistema Sanitario Universalistico.

Lo stallo della trattativa, in effetti, non è da imputare esclusivamente ad un progressivo definanziamento del Sistema Sanitario Pubblico, di cui siamo vittime ed allo stesso tempo muti spettatori. La perdita progressiva ed inesorabile di potere contrattuale dei Sindacati medici dipende anche da un progressivo disinteresse e da una continua accentuazione delle divisioni all'interno della categoria. Non è un caso che le percentuali di adesione agli scioperi registrino un progressivo calo, al netto degli annunci eclatanti di questa o quell'altra sigla sindacale.

Ben venga, quindi, la nascita di confederazioni sindacali che, al prezzo di una minore rappresentatività dell'interesse delle singole bandiere e specialità, aumentino la coesione e il peso specifico della categoria Medica tutta nei tavoli di contrattazione. Altre iniziative lodevoli, per il coinvolgimento dei Colleghi, sono quelle di alfabetizzazione sindacale, laddove le sessioni sindacali congressuali e la recente nascita di scuole sindacali presentano l'innegabile pregio di sposare all'interesse per l'aggiornamento negli aspetti squisitamente tecnici quello per gli aspetti amministrativi collegati al delicato lavoro dirigenziale che siamo chiamati a svolgere.

Sarebbe bene anche che si entrasse un po' di più nell'ottica del bene comune, tralasciando piccoli benefici personali che comunque non dimostrano di avere la tenuta nel tempo delle conquiste di categoria.

Inoltre, un ammodernamento del sistema, inteso come superamento del vecchio ordine piramidale e Tayloristico, porterebbe ad un sicuro incremento delle produttività dei reparti, ed un incremento produttivo è sempre un'ottima arma quando si tratta di chiedere aumenti retributivi ed ampliamento di garanzie contrattuali.

Un'ultima considerazione per quanto riguarda il tempismo nelle reazioni della classe Medica: nonostante il massimo dell'indignazione collettiva, che si è toccato alla notizia dell'esiguo adeguamento contrattuale cui si andava incontro, nessun accenno è stato fatto alla questione che lo stato attuale delle cose è cominciato da molto lontano. In effetti, quando nel 2001 la legge Brunetta recitava che le contrattazioni collettive in contrapposizione con norme di legge devono ritenersi nulle, di fatto svuotava quasi completamente di significato le suddette trattative, portando la discussione sugli aspetti più cogenti fuori dai tavoli tecnici, e richiudendola nelle mura del dibattito politico istituzionale.

Ecco, quello sarebbe stato il momento di un moto di orgoglio e di indignazione da parte di tutta la categoria, e forse oggi il potere contrattuale dei nostri rappresentanti inviati ai tavoli di sarebbero adeguati ad esso.

BREVI

BREVI

BREVI

FAKE NEWS E MEDICINA INTESA ANTI DISINFORMAZIONE TRA ISS E ADNKRONOS

Una alleanza anti bufale contro le fake news in sanità. È questo il contenuto dell'intesa firmata dal presidente dell'Istituto superiore di sanità (Iss) Walter Ricciardi, e dall'editore del Gruppo Gmc Giuseppe Marra.

La collaborazione tra l'istituto e l'Adnkronos Salute servirà ad intercettare le troppe fake news e ad informare correttamente i cittadini con una informazione scientifica accurata e sicura e, ha affermato Ricciardi, punta ad aiutare a smascherare la falsa attraverso Doctor's Life, il canale 440 per medici e farmacisti edito da Adnkronos Salute e in onda h24 sulla piattaforma Sky, è il punto di forza dell'intesa. Oggi molte delle fake news viaggiano su tanti media e vedono in prima linea i medici nel lavoro di contrasto, avere un canale come Doctor's Life - ha sottolineato Ricciardi - è di aiuto per veicolare l'informazione contro le bufale in medicina e in sanità e formare nel modo migliore i medici. Il progetto di una rete anti bufale che si declinerà sul canale Doctor's Life, online e sulla rete dell'agenzia di stampa Adnkronos Salute, ha già avuto il patrocinio del ministero della Salute. Medici e giornalisti insieme contro violenza e fake news.

MEDICI E GIORNALISTI INSIEME CONTRO VIOLENZA E FAKE NEWS

È l'obiettivo del protocollo d'intesa siglato tra il presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Roma, Antonio Magi, e l'Associazione Stampa Romana Asr, per una buona comunicazione della salute e sanità.

Oltre 40 aggressioni al 118, 320 negli ambulatori, 20 nelle case di riposo, 400 nei Reparti di degenza, 37 in assistenza domiciliare, 456 al Pronto Soccorso, 72 negli ambulatori del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, 62 in Terapia Intensiva, 11 nei penitenziari: disegnano infatti un vero e proprio bollettino di guerra i nuovi dati sugli episodi di violenza ai danni di medici e di altri sanitari, compiuti nel 2017 in Italia e presentati oggi da Magi in occasione della firma del protocollo.

Non va meglio ai giornalisti: secondo i numeri dell'Osservatorio Ossigeno per l'informazione, sono 3574 quelli minacciati in Italia dal 2006 ad oggi, 423 nel 2017. Siamo soddisfatti di firmare un protocollo di intesa con l'Ordine dei Medici su buone pratiche comuni e condivise - ha affermato il presidente Asr, Lazzaro Pappagallo. Le nostre professioni sono intaccate dalle stesse problematiche, le aggressioni ma anche le fake news, e sono fondate sulla difesa di diritti costituzionalmente protetti. Anzi, i medici tutelano un valore, quello della salute, che è a monte di tutti gli altri diritti. Per questo è importante creare un'alleanza sociale tra le due professioni.

I problemi legati a violenza, minacce, cause temerarie, fake news e abusivismo, ha sottolineato Magi, sono diventati trasversali all'intera società: non sono più specifici di una singola professione ma sono legati all'organizzazione che la società si sta dando.

I dati confermano una triste escalation della violenza contro medici, giornalisti, insegnanti - commenta Filippo Anelli, presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Fnomceo - È urgente ripartire da una nuova alleanza sociale tra medici, giornalisti, insegnanti, intellettuali, cittadini e istituzioni, che ricostruisca la stessa società civile. (ANSA).

OGNI ANNO 8,8 MILIONI DI ITALIANI VITTIME DI BUFALE SU SALUTE

In Italia, secondo gli ultimi dati Censis-Assosalute, sono 8,8 milioni ogni anno le vittime di fake news in materia di salute, mentre 3,5 milioni i genitori che si sono imbattuti in indicazioni mediche sbagliate in rete.

È l'allarme lanciato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri Fnomceo in occasione della presentazione della campagna **Una bufala ci seppellirà**.

Inoltre, sono 15 milioni gli italiani che in caso di piccoli disturbi cercano informazioni sul web.

Un atteggiamento pericoloso, che è sempre più diffuso tra i giovani: il 36,9% dei Millennials usa infatti autonomamente il web per trovare informazioni su come curare i piccoli disturbi. Il problema, avverte la Fnomceo è che le fonti di informazione sul web non sempre sono autorevoli: nel 17% dei casi si tratta di siti web generici sulla salute e nel 2,4% di social network; solo nel 6% si tratta di siti istituzionali.

Tuttavia, il 69% degli italiani vorrebbe trovare sul web informazioni certificate sulle piccole patologie e sui farmaci. (ANSA).

BREVI

BREVI

BREVI

SANITÀ: MEDICI AGGREDITI A NAPOLI E ROMA, 3.000 MILA CASI L'ANNO

Dottori e infermieri sempre di più nel mirino. Nel week end tre nuovi casi di violenza a Napoli, Roma e Palese, in provincia di Bari.

Nel capoluogo campano una dottoressa del 118 è stata aggredita insieme ad altri operatori: presa a schiaffi, pugni e sputi da parenti e amici di due persone cadute da un motorino proprio mentre le stava soccorrendo.

Nella Capitale, all'ospedale Sant'Andrea, il padre di un paziente ricoverato si è scagliato contro la dottoressa di turno minacciandola di morte e stringendole le mani al collo. A Palese un intero equipaggio del 118 è stato minacciato a lungo da un paziente armato di una spada katana.

Secondo la stima della Fiaso, la Federazione di Asl e Ospedali, sono 3 mila ogni anno le aggressioni a medici e personale sanitario.

All'Inail sono stati denunciati 1.200 casi nel 2018.

Le violenze negli ospedali e negli ambulatori pubblici sono un'emergenza che richiede risposte d'emergenza, a cominciare dall'inasprimento delle pene per chi aggredisce gli operatori delle aziende sanitarie, propone la Federazione.

Il presidente Francesco Ripa di Meana annuncia l'avvio di una raccolta firme per la presentazione di un disegno di legge di iniziativa popolare. Oltre a proporre un confronto con Prefetture e Questure per concordare procedure che possano garantire la massima tempestività dell'intervento nei luoghi di cura. A rendere noti gli ultimi episodi è stata la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo) che avverte: *A rischio è la stessa relazione di cura medico-paziente. Serve un cambio di passo che restituisca a tutti, medici e pazienti, strutture e organizzazioni in grado di rispondere alle richieste di salute*, commenta il presidente **Filippo Anelli**, che auspica una rivoluzione dell'opinione pubblica per rimettere al centro l'alleanza terapeutica: *Sono i medici e gli operatori sanitari che ormai stanno reggendo il sistema, soli contro carenze organizzative e istituzionali. E lo fanno a costo di gravi sacrifici personali.*

Sull'argomento interviene anche il sindacato dei Medici dirigenti Coas che tra l'altro mette sul banco degli imputati il web: *Svolgere con professionalità il proprio mestiere sembra non bastare più in questo clima di fake news e polemiche in cui tutti hanno la possibilità di consultare online i sintomi della propria malattia senza averne le adeguate competenze.*

Alessandro Garau, segretario nazionale del sindacato, descrive inoltre un malessere diffuso da parte degli utenti della sanità pubblica che rivolgono astio, rabbia e frustrazione contro il personale medico. Il Coas, in seguito alle continue

aggressioni ai danni di dottori e infermieri, ha deciso di lanciare sul suo sito una sorta di contatore per monitorare i casi di violenza nelle strutture ospedaliere.

E ha messo a disposizione di chi vuole raccontare casi simili una mail simile ad uno sportello d'ascolto. (ANSA)

SANITÀ: MARINI (ACOI), STOP ESCALATION VIOLENZA NEGLI OSPEDALI

Gli ospedali e addirittura le sale operatorie sono diventate trincee, medici, chirurghi e personale ospedaliero dei bersagli da colpire.

Nella sola giornata di ieri ci sono state altre due violente aggressioni a Napoli e Palermo, una addirittura appena fuori la sala operatoria. *Esprimo a nome di tutta la categoria la massima solidarietà, in particolare alla collega donna afferrata alla gola* afferma **Pierluigi Marini**, presidente dell'ACOI (Associazione chirurghi ospedalieri italiani).

Le aggressioni ai danni dei chirurghi aumentano di anno in anno per numero e per pericolosità - aggiunge Marini - *Cos'altro deve accadere perchè si prendano provvedimenti per garantire la sicurezza dei chirurghi negli ospedali?*

I chirurghi hanno l'obbligo di dare informazioni relative all'intervento ai pazienti ed ai loro familiari, anche quando queste sono drammatiche per chi le dà e soprattutto per chi le riceve, ma non si può certamente tollerare che ciò si trasformi in un ulteriore rischio professionale. Tra il problema del contenzioso medico-legale e l'aumento della violenza fisica, rischiamo, in tempi brevi, di non avere più chirurghi italiani.

SANITÀ: IL 70,7% OVER 65 HA ALMENO DUE PATOLOGIE E PRENDE FINO A 10 FARMACI

Ogni giorno 6 milioni over 65 consumano più di cinque medicinali e 1,3 milioni arriva a prenderne fino a dieci. Farmaci che spesso entrano in conflitto tra loro e costringono circa 1,5 milioni d'italiani a nuovi ricoveri in ospedale per far fronte ai danni provocati dalla loro interazione.

Dati del *Rapporto Osservasalute 2017* che fanno riflettere, se si pensa che l'Italia è il Paese con il maggior numero di anziani che richiedono cure sempre più complesse e personalizzate. Fondamentale, in questo scenario, una nuova figura professionale: quella dell'hospitalist, medico internista con

BREVI

BREVI

BREVI

competenze cliniche, gestionali e relazionali necessarie per seguire pazienti affetti da più patologie croniche.

Di questa figura si parlerà in occasione del XXIII Congresso di Fadoi (Federazione nazionale Dirigenti ospedalieri internisti), che si è svolto dal 12 al 15 maggio a Bologna (Palazzo della Cultura e dei Congressi) alla presenza, tra gli altri, del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, del presidente dell'Istituto superiore di Sanità, Walter Ricciardi, e del direttore generale dell'Aifa, Mario Melazzini.

Siamo il secondo Paese più vecchio al mondo - dice Andrea Fontanella, presidente Fadoi - e il terzo per aspettativa di vita. I nuovi farmaci, le nuove tecnologie, la diagnostica rapida ed efficace, hanno permesso di contrastare in modo significativo le malattie acute: si muore molto meno per infarto e ictus, persino il cancro è stato 'cronicizzato'.

Eppure il 70,7% degli over 65 ha almeno due patologie concomitanti e assume dai 5 ai 10 farmaci al giorno. Questi pazienti, presenti in tutti i reparti ospedalieri, non solo in quelli di medicina interna, vengono gestiti per i loro problemi in modo frammentato, spesso da differenti sub-specialisti che si occupano della patologia d'organo, senza tener conto della complessità e delle politerapie.

Soprattutto, prosegue Fontanella, non hanno un medico di riferimento che abbia la cultura della complessità e una visione globale della persona, oltre la capacità di gestire la comunicazione col paziente e i suoi familiari. *In pratica, un medico che, oltre a sapere, sappia fare. Questa figura professionale è quella che coincide con l'Internista "Dottore degli adulti".*

La Fadoi, ricorda quindi il presidente, ha già iniziato un percorso formativo in questa direzione, proiettando le competenze dell'internista, gestore della complessità, verso una conduzione trasversale della stessa in tutti i reparti ospedalieri.

È questa la figura dell'hospitalist in chiave tutta italiana, per garantire la migliore assistenza ai pazienti cronici e complessi. Durante i lavori del Congresso, particolare attenzione verrà data all'eccesso dei farmaci prescritti agli over 65, causa sempre più frequente delle riospedalizzazioni che hanno spinto l'Oms a lanciare la campagna di sensibilizzazione *Medication without harm*. Progetto che anche in Italia vede in prima linea medici e infermieri con un unico obiettivo: ridurre i danni correlati all'abuso e all'errato uso dei farmaci, migliorando le pratiche e riducendo gli errori terapeutici.

Ampio spazio sarà dedicato al ruolo che Fadoi sta assumendo nei confronti del servizio del sistema sanitario nazionale e al contributo delle Società Scientifiche nella produzione di informazioni utili al Ssn e all'Aifa (Agenzia italiana del Farmaco).

Quindi focus su malattie rare, rene e gravidanza e infezioni gravi in medicina interna. (Dire)

CARDARELLI: ACOI, SCIACALLAGGIO NON RISOLVE PROBLEMA SOVRAFFOLLAMENTO

I continui attacchi contro l'Aorna Cardarelli sul sovraffollamento e la presenza di barelle nel Dea, la facile retorica sui social e la strumentalizzazione mediatica del tema hanno prodotto grande confusione, ma non hanno dato alcun contributo utile alla soluzione del problema.

Al posto di puntare il dito contro medici e personale sanitario oberato di lavoro, che assorbono l'utenza di gran parte della regione Campania, sarebbe opportuno ricercare le cause di questo profondo disagio e stigmatizzare il comportamento di chi non offre collaborazione. L'ACOI è solidale con il Direttore Generale, Dott. C. Verdoliva, e con tutti i chirurghi operanti nel DEA.

È quanto dichiara in una nota il vicepresidente ACOI **Vincenzo Bottino**.

OSSERVASALUTE: MARINI (ACOI), 21 SISTEMI SANITARI DIVERSI HANNO AUMENTATO DISEGUAGLIANZE E CREATO CAOS

I federalismo sanitario ha fallito, ha creato nello stesso paese 21 sistemi sanitari diversi aumentando le disuguaglianze e diminuendo la possibilità di accesso a cure di qualità per tutti i cittadini.

Il rapporto Osservasalute conferma ancora una volta quanto ACOI ripete, troppo spesso inascoltata dalle istituzioni, da anni: è ora più che mai indispensabile ridurre il divario Nord-Sud e standardizzare il livello e la qualità delle prestazioni sanitarie nelle regioni, garantendo a tutti i cittadini le stesse possibilità.

Lo afferma il presidente ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani) **Pierluigi Marini**.

L'esplosione del turismo sanitario - prosegue Marini - è una delle tante conseguenze negative di un sistema che necessita di una profonda riforma, che non può prescindere da una revisione del Titolo V della Costituzione e dal miglioramento dell'offerta formativa. Speriamo - conclude il presidente ACOI - che il nuovo governo, se e quando ci sarà, e il nuovo Parlamento, rispondano alle sollecitazioni dei pazienti, delle società scientifiche, delle professioni sanitarie, che da anni chiedono un intervento normativo strutturale che permetta alla nostra sanità di essere sostenibile, ai nostri professionisti di formarsi e crescere correttamente e ai pazienti di avere un corretto accesso alle cure a tutte le latitudini del nostro territorio, rispettando il principio costituzionale del diritto universale alla salute.



Comsurgery è la nuova segreteria organizzativa della Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

ACOI è la più grande società scientifica di chirurgia: è nata "democraticamente", dal basso, come aggregazione spontanea da sempre votata ad una attenzione particolare verso il "chirurgo di tutti i giorni" in un mondo dove invece i riflettori erano perennemente accesi sulle "grandi star".

Oggi ACOI prosegue la sua missione di servizio, dedicandosi concretamente al futuro di questa professione, promuovendo la ricerca scientifica, l'innovazione, la formazione, con un occhio sempre attento ai bisogni dei giovani, per garantire ai cittadini, oggi come domani, una chirurgia di altissimo livello in ciascun ospedale italiano.

Per questa ragione una delle tante attività portate avanti da ACOI è l'organizzazione di eventi formativi, sotto forma di stages residenziali, di attività sul campo, di congressi. Anche per questo, ormai da molti anni, ACOI è provider ECM per il programma di Educazione Continua in Medicina che in Italia dal 2002 assicura l'aggiornamento dei professionisti.

Il numero e l'importanza delle iniziative formative organizzate da ACOI è cresciuto fino ad eccedere largamente le possibilità di una associazione su base volontaristica. D'altra parte il rilevante know-how sviluppato in questi anni merita di essere messo a frutto, a disposizione del pubblico, lasciando ad ACOI i soli compiti che competono ad una associazione scientifica.

Nasce così Comsurgery, un'agenzia di servizi in grado di curare la logistica, il fundraising, l'organizzazione e più in generale tutti gli aspetti commerciali di una vasta tipologia di eventi scientifici dedicati al mondo chirurgico.

Appena nata, Comsurgery può già vantare una esperienza di lunga data: **una nuova agenzia di servizi con un grande passato.**