



Azienda Unità Sanitaria Locale  
della Romagna



## Master di II Livello

Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

Scuola di Medicina e Chirurgia  
Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC)  
A.A. 2018/2019

# ACUTE CARE SURGERY AND TRAUMA (MiACS&T)

Orazio Campione e Giorgio Gambale

Il bando per la partecipazione scade il 14/09/2018  
Il corso assegna 60 Crediti Formativi Universitari (CFU)



*Il MiACS&T è una proposta formativa volta a declinare a livello italiano ed europeo la Acute Care Surgery, fornendo conoscenze teorico- pratiche e spunti organizzativi relativi a tutte le tre componenti dell'ACS.*



**A chi è dedicato questo Master?**

**Orazio Campione**, nato a Bologna nel 1948 è stato ucciso da un male incurabile, mentre era direttore della chirurgia d'urgenza del Ospedale Sant' Orsola-Malpighi, il 23 Agosto 2003, quando aveva 55 anni, ammalatosi pochi mesi prima, benchè la malattia non gli avesse impedito di restare al suo posto in corsia fino all' ultimo. Orazio Campione era diventato Professore Ordinario dell'Università di Bologna nel 1998, dove aveva percorso tutta la sua formazione didattica, scientifica ed assistenziale ed ha prodotto più di 500 pubblicazioni distinguendosi particolarmente nel campo della chirurgia d'urgenza. Inoltre per quanto riguarda l'Attività Assistenziale Orazio Campione ha sempre svolto con impegno e capacità l'assistenza ai malati, ha frequentato costantemente le sale operatorie ed ha eseguito personalmente interventi chirurgici tra i più impegnativi. E' stato un uomo generoso, onesto e sempre disponibile con amici e colleghi e soprattutto svolgeva il suo lavoro con i pazienti con molta umanità ed intelligenza. In una lettera firmata 'quelli che hanno lavorato con te' diffusa nel giorno del decesso si legge: «Una carriera piena di successi e soddisfazioni, ma troppo breve. Sei stato un uomo che non ha avuto bisogno di indossare giacca e cravatta, ti è bastata la tua divisa da lavoro. A tratti duro, pronto ad arrabbiarti se anche la minima sbavatura o disattenzione potesse inficiare la qualità della cura o l'assistenza al malato. Un maestro. Severo ed esigente, ma che non ci ha mai lasciati soli nei momenti difficili».

**Giorgio Gambale**, autodefinitosi Capitan Zantax, era nato a Pesaro il 14 novembre 1955 e ci ha lasciato il 16 ottobre 2015. Giorgio Gambale aveva svolto la prima parte della sua vita professionale all'Ospedale Maggiore di Bologna, come anestesista-rianimatore nel settore dell'Emergenza e della Terapia Intensiva, occupandosi di traumatologia ed organizzazione di sistemi per i traumi ed essendo tra i protagonisti dell'avvio, primo in Italia, dell'elisoccorso. In seguito ha contribuito, presso l'Azienda Usl di Forlì, al coordinamento dell'attività dei blocchi chirurgici, sviluppando un sistema informatizzato per la sicurezza e l'efficienza dei percorsi operatori che ha ricevuto riconoscimenti a livello europeo. Direttore dell'Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Bufalini di Cesena, ha guidato il Dipartimento di Emergenza dello stesso Ospedale. La sua esperienza professionale e umana, riletta con la lente della malattia, è raccontata in "La medicina secondo Capitan Zantax", pubblicato nell'aprile 2015: il soprannome Capitan Zantax era nato tra le corsie dell'Ospedale Maggiore perché Giorgio Gambale, come il farmaco, aveva fama di avere sui colleghi dell'Emergenza un effetto tranquillizzante.

## L'Acute Care Surgery: un nuovo concetto per un vecchio bisogno

Il sistema delle cure d'emergenza è universalmente riconosciuto essere ad un punto di rottura. I pazienti sopraffanno la capacità dei Pronto Soccorso e delle sale d'emergenza (Emergency Rooms, ER) di fornire cure adeguate a tutti. Dovunque i sistemi di assistenza sociale a causa dell'allungarsi delle liste d'attesa obbligano i pazienti ad aspettare per lunghi periodi le visite elettive, costringendoli essenzialmente a cercare le loro cure di routine attraverso il pronto soccorso e lo stesso accade, seppur per ragioni differenti, nei sistemi sanitari basati sulle assicurazioni private.

Le emergenze chirurgiche sono un esempio primario di queste criticità. Pazienti e medici soffrono allo stesso modo, mentre lottano per fornire o ricevere cure in modo tempestivo in ambienti spesso caotici. I chirurghi del trauma (soprattutto in USA) hanno fatto uno sforzo notevole per consentire un accesso tempestivo della maggior parte dei pazienti traumatologici ai centri di eccellenza. Negli Stati Uniti i sistemi di trauma e i centri di trauma sono stati fondati circa 40 anni fa e hanno rapidamente creato nuovi riconosciuti standard di cura.

I pazienti traumatizzati vengono rapidamente trasferiti in ospedali specializzati e gestiti da team dedicati. Sono stati sviluppati sistemi di gestione integrata del trauma e centri traumatologici con riduzione della mortalità (soprattutto quella evitabile). L'uso di indicatori di qualità, l'innalzamento degli standard di cura, i corsi di formazione strutturata e la ricerca avanzata hanno portato il campo della cura del trauma ad un nuovo e più efficiente livello. I pazienti traumatizzati sono attualmente gestiti in modo rapido ed esperto e i risultati sono notevolmente migliorati; sfortunatamente, lo stesso livello di tempestività ed organizzazione non è stato offerto e creato per le emergenze chirurgiche non traumatiche e la mancanza di team chirurgici dedicati a prendersi cura di questi pazienti è un grosso difetto nell'organizzazione medica attuale.

L'associazione americana per la chirurgia del trauma (American Association for Surgery in Trauma, AAST), come molte altre società chirurgiche in tutto il mondo, ha creato una nuova sottospecialità, l'Acute Care Surgery (ACS). Lo scopo della sua creazione è stato di provvedere ed identificare una pratica clinica che includa la maggior parte delle emergenze chirurgiche ad eziologia traumatica o non traumatica, affrontate tenendo in grande attenzione soprattutto l'aspetto fisiopatologico. L'assistenza alle emergenze chirurgiche traumatiche e non è fornita da team chirurgici (in collaborazione con medici d'urgenza e rianimatori) impegnati e appositamente addestrati, che offrono una rete di sicurezza per l'ospedale e la comunità 24 ore su 24.

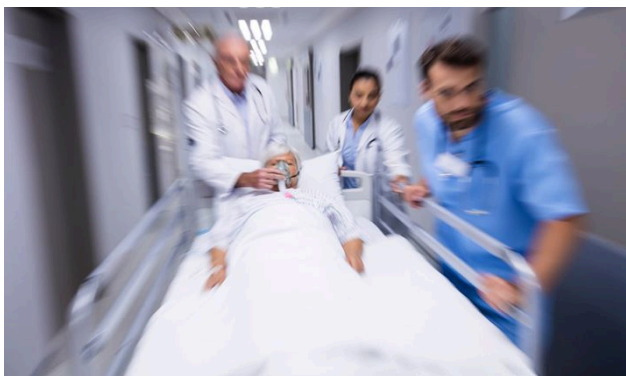
**“Il chirurgo dell'ACS del futuro è il naturale completamento del chirurgo del trauma..”**

Il chirurgo dell'ACS del futuro è il naturale completamento del chirurgo del trauma, trattando tutte le emergenze chirurgiche e preferibilmente sviluppando competenze utili anche nell'unità di terapia intensiva. La rianimazione e la gestione di questi pazienti molto critici richiedono medici che siano in grossa sintonia con la fisiologia umana complessa e le esigenze di assistenza critica dei pazienti.

Negli Stati Uniti questo concetto organizzativo-assistenziale è stato discusso fin dai primi anni 2000, ma è diventato pienamente operativo nel 2006 con la creazione del comitato AAST per la costituzione dell'ACS, l'istituzione di un percorso formativo (fellowship) apposito per l'ACS della durata di 2 anni (che include la frequenza in chirurgia del trauma, chirurgia d'urgenza non traumatica e terapia intensiva chirurgica) e l'applicazione del concetto in selezionate grandi istituzioni accademiche. In brevissimo tempo il concetto di ACS si è diffuso in tutti gli Stati Uniti, sia negli ospedali accademici, che comunitari. Attualmente, dopo solo 10 anni la maggior parte delle istituzioni ospedaliere statunitensi ha o sta cercando di avere un team di ACS. Tale rapidità con cui il concetto è stato adottato negli Stati Uniti dimostra la validità degli argomenti a favore dell'adozione dell'ACS.

Risulta però del tutto evidente come, se la filosofia statunitense dell'ACS sia assolutamente adatta a quel paese, non possa però essere esportata come modello organizzativo assoluto e rigido nelle realtà di altri paesi (per esempio quelli europei). Chiaramente, rimangono universalmente valide le linee guida generali sulla funzione, lo scopo della pratica e i limiti dei teams di ACS. La copertura h24 365 giorni all'anno, lo stretto rapporto con i colleghi della medicina d'urgenza e pronto soccorso e delle terapie intensive, la rapida risposta alle emergenze chirurgiche e un approccio organizzato che obbedisce a principi stabiliti a priori e precedentemente dai trauma teams sono gli indiscussi elementi fondanti la nuova specialità. D'altro canto, istituzioni diverse hanno esigenze diverse e dovrebbe esistere flessibilità su questioni relative alla copertura dell'attività solo da interni al team di ACS o con aggiunte di esterni, alle dimensioni e alla profondità del team, al coinvolgimento o all'assenza di coinvolgimento nella pratica chirurgica elettiva, ecc.

Il team dell'ACS può inoltre essere efficacemente utilizzato per quella che viene definita "rescue surgery", cioè la chirurgia delle complicanze delle diverse specialità chirurgiche.



Numerosi articoli hanno anche esaminato l'impatto economico della creazione di un team di ACS. Tutti concludono che vi è un vantaggio anche economico per l'istituzione ospedaliera e/o i teams chirurgici. Nei sistemi privatistici, è stato dimostrato che l'attività dei chirurghi generali non subisce un ridimensionamento finanziario, se viene istituito un team ACS nel loro ospedale.

Inoltre, non si deve sottovalutare l'effetto del sistema ACS sulla formazione della nuova generazione di medici e chirurghi. Gli studenti di medicina e soprattutto gli specializzandi negli Stati Uniti, che spesso percepivano la chirurgia del trauma come una specialità con orari di lavoro sfavorevoli e un coinvolgimento chirurgico decrescente, stanno ora riprendendo a considerare l'ACS come una delle migliori scelte per la formazione e allenamento chirurgico e dei medici che si occupano dell'urgenza. Benchè, chiaramente, ci siano numerosi ostacoli ancora da superare, questo nuovo concetto sta prendendo piede anche in realtà diverse da quella statunitense e vi è fiducia che la ACS migliorerà in modo sostanziale la cura dei pazienti con patologie chirurgiche emergenti.

**“[...] nonostante ci siano numerosi ostacoli ancora da superare, vi è fiducia che la ACS migliorerà in modo sostanziale la cura dei pazienti con patologie chirurgiche emergenti.”**



## OBIETTIVI DEL MASTER

Il MiACS&T "Orazio Campione e Giorgio Gambale" è una proposta formativa volta a declinare a livello italiano ed europeo la Acute Care Surgery, fornendo conoscenze teorico-pratiche e capacità di autonomia organizzativa relative a tutte le tre componenti dell'ACS stessa: la chirurgia d'urgenza non-traumatica, il trattamento del trauma e la gestione del malato critico.

Mira dunque a formare professionisti con competenze clinico-organizzative che si occupino dell'Emergenza/Urgenza Chirurgica, traumatica e non.

## DESTINATARI

Il master è rivolto ai laureati in Medicina e Chirurgia e soprattutto agli specialisti in Chirurgia Generale, in Anestesiologia e Rianimazione ed in Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso che intendano occupare posizioni direttive dal punto di vista clinico-organizzativo in strutture ospedaliere con forte vocazione al trattamento del malato chirurgico urgente, traumatico e non.

## DURATA E CFU

Il corso ha durata di un anno, da Novembre 2018 ad Ottobre 2019. Il programma prevede 150 ore di didattica frontale per 20 giornate di lezione organizzate in gruppi da 2/3 giornate (da Novembre ad Aprile), alcuni workshops ed un tirocinio di 80 giornate. La prova finale consiste nell'elaborazione di una tesina. Alla fine del percorso il Master prevede l'ottenimento di 60 Crediti Formativi Universitari

## CONSIGLIO SCIENTIFICO

**Rita Maria Melotti**, Direttrice, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna;

**Vanni Agnoletti**, AUSL Romagna;

**Luca Ansaloni**, AUSL Romagna;

**Fausto Catena**, World Society of Emergency Surgery; **Federico Cocolini**, AUSL Romagna;

**Giorgio Ercolani**, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna;

**Emiliano Gamberini**, AUSL Romagna;

**Luciano Margara**, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna;

**Emanuele Padovani**, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna;

**Gilberto Poggioli**, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna;

**Alessandro Ricci**, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna;

**Massimo Sartelli**, World Society of Emergency Surgery;

**Pierluigi Viale**, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna.

## PROGRAMMA

Il programma è suddiviso in quattro moduli:

**MODULO 1 - IL TRAUMA**

**MODULO 2 – DIAGNOSTICA E TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA CHIRURGICA NON-TRAUMATICA**

**MODULO 3 – IL PAZIENTE CRITICO**

**MODULO 4 – ORGANIZZAZIONE NELL'ACS&T**

## SEDE DIDATTICA

Il Master si svolge durante la settimana a Cesena, presso le aule dell'ospedale M. Bufalini o le sedi didattiche di Ser.In.Ar. Il tirocinio si svolge presso l'ospedale M.Bufalini.

## ACCOMODATION

I non residenti in zona possono rivolgersi al Ser.in.ar per servizi di orientamento all'accoglienza.

mail [aseveri@criad.unibo.it](mailto:aseveri@criad.unibo.it)

## ISCRIZIONI

Per informazioni è possibile rivolgersi alla Segreteria Didattica ([master.miacset@unibo.it](mailto:master.miacset@unibo.it); 338 6649881).

Il bando e tutte le informazioni necessarie per l'iscrizione al corso sono disponibili all'indirizzo web

<https://www.unibo.it/it/didattica/master/2018-2019/acute-care-surgery-and-trauma-miacs-t-orazio-campione-e-giorgio-5589>

- **Quota d'iscrizione: € 4.500,00**
- **Numero massimo di partecipanti: 8**
- **Scadenza Iscrizioni: 14/09/2018**



Il Master è organizzato da **Alma Mater Studiorum, Università di Bologna** (Scuola di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche) in collaborazione con **AUSL Romagna** ed è patrocinato da **WSES**, World Society of Emergency Surgery.

L'Ente gestore è Servizi Integrati d'Area

**Ser.In.Ar. Forlì-Cesena S.C.p.A.**

Per informazioni:  
Segreteria Didattica  
mail [master.miacset@unibo.it](mailto:master.miacset@unibo.it)  
tel. 3386649881