

12 FEBBRAIO 2014

**SCIOPERO
DEI GINECOLOGI
UN ANNO DOPO**

LA CONFERENZA
STAMPA

Perché siamo ancora qui

■ L'INTERVISTA

Come cambiare marcia.
Il patto per la salute e le altre priorità
dell'agenda Lorenzin: un ministro
"innamorato della sanità"

■ LITE TEMERARIA

Riflettori accesi su una delle contestate
norme del "pacchetto giustizia: la
responsabilità solidale dell'avvocato
in caso di condanna per lite temeraria

■ FONDAZIONE

Fabio Sirimarco è il nuovo presidente
della Fondazione Confalonieri Ragonese,
"braccio scientifico" dell'Aogoi

01
2014

DONNA. SEMPRE.

Nonstop Woman



CLASSE SSN: C

P.P. € 14,00

Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica

sibilla®

2 mg/0,03 mg

Dienogest/etinilestradiolo

4

LA CONFERENZA
STAMPA**Perché siamo (ancora) qui**

Un anno fa lo sciopero nazionale e lo stesso giorno (365 giorni dopo) il 12 febbraio 2014 ginecologi e ostetriche annunciano di nuovo lo stato di agitazione e si dichiarano pronti a incrociare le braccia insieme ai chirurghi e agli anestesisti

11

ISOLA DONNA
AL CENTRO DEL MONDO
MEDICO E SOCIALE



Umanizzazione • Benessere • Innovazione

PRIMO ANNUNCIO

Cagliari
28 Sett. - 1 Ott. 2014

89° Congresso Nazionale SIGO
54° Congresso Nazionale AOGOI
21° Congresso Nazionale AGUI

Presidenti:
Salvatore Dessole | Giovanni Monni
Gian Benedetto Melis | Giovanni Urru

5 PRIMO PIANO

"Non ci battiamo per ottenere privilegi ma per la messa in sicurezza del percorso nascita"

Vito Trojano, Presidente AOGOI

6 Chiantera: nel nostro spot né "zero anticipi/zero rischi" né "avvoltoi"

7 Sciopero dei ginecologi: un anno dopo. Il nostro appello a Governo, Regioni e Parlamento

Gli interventi dei rappresentanti delle società scientifiche e delle organizzazioni sindacali che hanno partecipato alla conferenza stampa organizzata il 12 febbraio scorso a Roma

Contributi di: Paolo Scollo, Nicola Surico, Nicola Colacurci, Carmine Gigli, Alessandro Vergallo, Giovanni Fattorini, Luigi Presenti, Sergio Barbieri, Antonella Marchi

10 Contenzioso medico: la guerra degli spot in Tv

12 "Giù le mani dal Patto. La spending sanitaria la faremo noi"

Intervista di Cesare Fassari al ministro della Salute Beatrice Lorenzin

Vito De Filippo è il nuovo sottosegretario alla Salute

14 De Biasi (Pd): "Vorrei che Renzi ringraziasse anche chi lavora nella sanità"

15 "Un Tripadvisor della sanità che lancerà una rivoluzione della trasparenza"

16 Corruzione: il piano del Ministero per neutralizzarla

Corruzione in Europa: la sanità tra le aree più a rischio

17 Specializzandi: Via libera al concorso unico nazionale

PROFESSIONE

18 Contenzioso medico legale: le nuove norme del "pacchetto giustizia"
Carlo Balbi

20 Cassazione: un anno di sentenze

Publicata dall'Ufficio del Massimario la rassegna della giurisprudenza di legittimità in ambito penale nell'anno 2013

21 Le linee guida sono sempre uno strumento di difesa del medico?

Pier Francesco Tropea

22 Fondazione Confalonieri Ragonese: Fabio Sirimarco nuovo presidente

L'uomo nuovo della Fondazione
Carlo Sbiroli

23 Il processo di cura in ginecologia: le ostetriche ci sono

Fabrizio Perillo, Chiara Ricchelli e coll.

AGGIORNAMENTI

24 La vaginosi batterica: novità terapeutiche in tema di infezioni vaginali

Maurizio Silvestri

RUBRICHE

27 Meditazioni

Giuseppe Gragnaniello

29 Fatti&Disfatti

Carlo Maria Stigliano

30 In ricordo di un caro amico: Vittorio Namiri
Angelo Careccia

6

G Y N E C O
AOGOI

NUMERO 1 - 2014
ANNO XXV

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Vito Trojano

Comitato Scientifico

Antonio Chiantera
Valeria Dubini
Felice Repetti
Carlo Sbiroli
Carlo Maria Stigliano
Direttore Responsabile
Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: gynecoaogoi@hcom.it
Pubblicità
Edizioni Health Communication srl
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461, Fax 06 59446228

Editore

Edizioni Health Communication srl
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228

Ufficio grafico

Daniele Lucia
Barbara Rizzuti
Stampa
STRpress

Pomezia - Roma**Abbonamenti**

Annuo: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa - Spedizione in
abbonamento postale - D.L. 353/03
(Conv. L. 46/04) Art. 1, Comma 1

Roma/Aut. n. 48/2008

Finito di stampare: marzo 2014
Tiratura 8.000 copie. Costo a copia: 4 euro

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Organo ufficiale

AOGOI
ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

Testata associata

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITRICE



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Perché siamo (ancora)

Un anno fa lo sciopero nazionale e lo stesso giorno (365 giorni dopo) il 12 febbraio 2014 ginecologi e ostetriche annunciano di nuovo lo stato di agitazione e si dichiarano pronti a incrociare le braccia insieme ai chirurghi e agli anestesisti

La data è importante, è quella del primo “sciopero nazionale delle sale parto”, come è stato definito allora dai media. Ma la conferenza stampa organizzata il 12 febbraio scorso non è stata una commemorazione o la celebrazione del primo anniversario quanto piuttosto un nuovo grido di allarme. Un secondo ultimatum che le società scientifiche dei ginecologi e delle ostetriche, insieme alle associazioni dei chirurghi Cic e Acoi e alle organizzazioni sindacali di Fesmed, Cimo e Aaroi hanno lanciato a Governo, Parlamento e Regioni per scongiurare un nuovo sciopero: un’eventualità che nessuna di queste associazioni, rappresentative delle specialità più “rischiose” della classe medica, auspica ma che potrebbe rendersi necessario in assenza di risposte. È questa in sostanza la prima cosa che il presidente dell’Aogoi **Vito Trojano** ha chiarito ai giornalisti. La precisazione era d’obbligo dopo la provocazione giornalistica del moderatore dell’incontro, Cesare Fassari, che ha spiegato la difficoltà che spesso (quasi sempre) si incontra nel richiamare l’attenzione dei media su temi “triti e ritriti”, come quello della responsabilità professionale e del contenzioso medico-legale, per esempio. Questioni sulle quali alcune società scientifiche particolarmente ostinate, come quelle dei ginecologi, cercano sistematicamente di accendere i riflettori. Perciò se i media, come sempre, cercano “la notizia”, ecco la notizia: oltre 50mila medici, tra ginecologi, ostetriche, anestesisti e chirurghi del Cic e dell’Acoi (in pratica tutta la chirurgia italiana), sono pronti a un secondo sciopero se non arriveranno in tempi brevissimi nuove regole sulla responsabilità medica, sicurezza delle cure e assicurazioni.

“Sono tre gli obiettivi fondamentali a cui puntiamo per qualificare la sanità italiana: la rivisitazione della colpa medica, l’obbligatorietà dell’assicurazione aziendale e la rivisitazione del

Il 12 febbraio dello scorso anno la ginecologia italiana, con il forte appoggio di tutta la classe medica, incrociava le braccia attuando il primo sciopero nazionale delle sale parto pubbliche e private. Due le richieste dell’epoca: messa in sicurezza dei punti nascita e una nuova legge sulla responsabilità professionale per limitare il contenzioso medico legale. A distanza di un anno però nulla di

quanto richiesto dai medici è stato attuato: “per questo siamo tornati a protestare proclamando lo stato di agitazione della categoria – affermano le associazioni professionali e sindacali dei ginecologi e dei chirurghi italiani riunite in conferenza stampa – e in mancanza di risposte, ci dichiariamo pronti ad organizzare manifestazioni sensibilizzanti e a proclamare lo sciopero della categoria”



rischio clinico – ha affermato Trojano nel corso dell’incontro con la stampa. Ma queste tre questioni essenziali cui dare risposta – e che hanno portato l’ostetricia italiana per la prima volta compatta a scioperare lo scorso anno con un’adesione che ha superato il 90% - a distanza di un anno sono rimaste irrisolte, imbrigliate nella fase delle promesse”. Nonostante, come abbia sottolineato in più occasioni il presidente Aogoi, non si possa non prendere atto della “sensibilità” che le istituzioni e il Dicastero della Salute, ministro Lorenzin in testa, hanno dimostrato su questi temi nei numerosi incontri che si sono svolti con i rappresentanti dell’Aogoi, della Sigo e del Cic nell’an-

no appena trascorso.

Promesse a parte, resta però il fatto che in Parlamento giacciono da mesi ben **sette proposte di legge sulla responsabilità professionale che ancora non si sa quando verranno discusse**. La facilità con la quale si riescono ad ottenere degli indennizzi per presunti errori sanitari è arrivata ad un livello tale che la stessa rete televisiva nazionale fa passare degli spot pubblicitari che promuovono, senza anticipi, la denuncia di qualsivoglia esito non favorevole delle cure. In pratica, i promotori dell’offerta sono convinti che riusciranno ad ottenere un indennizzo nella stragrande maggioranza dei casi. In questi 12 mesi la situazione si

Sono ancora 128 le strutture che fanno meno di 500 parti l’anno. Dovevano essere chiuse 3 anni fa

è ulteriormente aggravata anche sul versante **assicurazioni**: un numero crescente di aziende sanitarie non sta rinnovando la polizza assicurativa per la responsabilità civile, prevista dal contratto di lavoro e sta utilizzando sempre più spesso il sotterfugio della “auto-assicurazione”. Con il semplice accantonamento di una somma modesta, le Asl eludono il contratto di lavoro e non stipulano la polizza assicurativa, con la connivenza delle Regio-

ni e tra l’indifferenza della magistratura. Inoltre, dovendo pagare gli indennizzi ai danneggiati con fondi propri, le stesse aziende cercano in tutti i modi di riversare sui medici la responsabilità sanitaria, ipotizzando regolarmente che abbiano commesso una “colpa grave”. E così i contenziosi alla Corte dei Conti aumentano e il medico, oltre che dal paziente, si trova a doversi difendere anche dalla propria azienda. “La legge Balduzzi (189/2012) stabiliva che, su proposta del Ministro della salute, entro il 30 giugno 2013, venisse emanato il decreto del Presidente della Re-

cora) qui...

pubblica finalizzato ad agevolare l'accesso alla copertura assicurativa degli esercenti le professioni sanitarie - ha ricordato il presidente della Fesmed **Carminè Gigli**. I tavoli tecnici che il Ministero della salute aveva convocato a questo scopo hanno concluso i loro lavori da oltre sette mesi e del decreto non si vede traccia!". E intanto le compagnie assicurative si ingrassano... mentre si avvicina la scadenza del 15 agosto, data in cui scatterà per gli "esercenti le professioni sanitarie" l'obbligo di stipulare una polizza assicurativa per la responsabilità professionale. E allora chi pagherà per i **giovani medici**, che non possono far fronte alle spese esorbitanti delle polizze che sono costretti a stipulare anche semplicemente per apprendere la professione? "Il problema degli specializzandi è un problema che ci sta particolarmente a cuore - ha detto il presidente Agui **Nicola Colacurci**. C'è una problematica assicurativa che, se è drammatica già per noi, diventa tragica per questi giovani i quali si trovano a dover far fronte a spese che non sono in grado di gestire". L'allarme, più volte paventato, è che "il rischio di contenziosi medico legali allontana i giovani dalla sale parto. Tocchiamo ogni giorno con mano che troppi studenti che frequentano le sale parto si trovano a ricevere avvisi di garanzie e denunce al pari degli strutturati". "La crescita del contenzioso, il mancato rinnovo di contratti assicurativi anche a chi non ha subito sinistri e l'aumento a volte insopportabile, soprattutto per i più giovani, delle polizze riguardano anche i ginecologi che operano nei Consultori, nei Poliambulatori pubblici e nelle Strutture private" ha ricordato il presidente Agite **Giovanni Fattorini**. "Una situazione che rischia di paralizzare anche alcune attività istituzionali nei consultori e nei poliambulatori, spesso non sufficientemente attrezzati per garantire la sicurezza delle pazienti e la serenità degli operatori". Ma per i ginecologi il punto più caldo della protesta è e resta quello della messa in **sicurezza dei punti nascita**. La sicurezza delle pazienti che si rivolgono ad alcune strutture sanitarie per partorire è a rischio. Così come quella dei

medici e dei professionisti sanitari che in queste strutture, non adeguatamente attrezzate per affrontare le urgenze, sono costretti ad operare "senza il paracadute" delle moderne tecnologie e talvolta anche senza le apparecchiature indispensabili per una moderna medicina. "Tutto questo ci impedisce di operare al meglio e con la dovuta serenità, esponendoci ai contenziosi medico-legali". Insomma, "le strutture pericolose vanno chiuse: e lo devono fare le Regioni, non i medici" ha affermato tranchant **Paolo Scollo**, presidente Sigo. A fargli eco il presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi **Nicola Surico**, che ha allargato il discorso anche ad altre

strutture, ai piccoli ospedali: "La chiusura dei piccoli punti nascita e dei piccoli ospedali è una battaglia per la sicurezza - ha detto. Bisogna ricordare alla politica che là dove non c'è una casistica adeguata non è possibile garantire cure di qualità". Anche per **Alessandro Vergallo**, presidente dell'Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani (Aaroi-Emac) la mancata riorganizzazione dei Punti Nascita, a quasi tre anni di distanza dalla sua genesi, è un punto focale: "come si può pensare di arginare la pericolosa escalation del rischio clinico concentrandosi sulla sola responsabilità professionale e non anche su quella strutturale ▶

ALLE PAGINE 7-9

Gli interventi dei rappresentanti delle società scientifiche e delle organizzazioni sindacali che hanno aderito all'iniziativa, in occasione della conferenza stampa organizzata il 12 febbraio scorso a Roma presso la Fondazione Primoli

Vito Trojano Presidente AOGOI

"Non ci battiamo per ottenere privilegi ma per la messa in sicurezza del percorso nascita"

Non vorremmo arrivare ad un nuovo sciopero ma la soluzione alle gravi problematiche che abbiamo posto non può essere rinviata continuamente a data da destinarsi. Le fasi dell'ascolto, della condivisione e delle promesse devono ora cedere il passo a una fase nuova, più difficile: quella della concretezza. Non ci battiamo per ottenere privilegi, non siamo una lobby che vuole mantenere posizioni acquisite. Siamo professionisti che si battono, anche a livello europeo, per poter operare in sicurezza e per garantire i migliori standard di assistenza alle nostre pazienti

"Sono tre gli obiettivi fondamentali a cui puntiamo per qualificare la sanità italiana: la rivisitazione della colpa medica, l'obbligatorietà dell'assicurazione aziendale e la rivisitazione del rischio clinico. Tre questioni essenziali cui dare risposta e che hanno portato l'ostetricia italiana per la prima volta compatta a scioperare lo scorso anno con un'adesione che ha superato il 90%. Questioni cui dare risposte immediate, se vogliamo rendere competitiva la sanità italiana anche a livello europeo, soprattutto ora che l'adeguamento alla direttiva europea sulla medicina transfrontaliera apre nuove opportunità per i

professionisti e per i pazienti. Dobbiamo quindi adottare misure adeguate ad assicurare un'assistenza qualificata e garante anche dell'operatività del medico stesso. Per questo si dovrebbe parlare di colpa medica facendo riferimento solo quella relativa a un atto medico in cui il professionista è realmente coinvolto in prima persona. Colpa che deve tenersi ben distinta da quella legata a disfunzioni organizzative della struttura sanitaria: in caso di contenziosi medici si indaga sempre sulla colpa personale dell'operatore sanitario (o dell'equipe), anche quando è invece ravvisabile un disservizio o una carenza dell'organizza-

zione. Serve un nuovo percorso di individuazione e prevenzione del rischio. Un punto quest'ultimo che abbiamo fortemente voluto quando con il ministro Fazio abbiamo realizzato i dieci paletti per la messa in sicurezza dei punti nascita. Misure anche queste rimaste in molte realtà inapplicate. Inoltre se le regole non cambieranno, nell'arco di pochi anni le specializzazioni in ostetricia e ginecologia e in chirurgia perderanno completamente *appeal* tra le nuove generazioni di medici perché i rischi professionali saranno talmente alti che le coperture assicurative verranno a mancare. Non vogliamo tutto questo, co-



Vito Trojano
Presidente Aogoi

sì come non vorremmo arrivare ad un nuovo sciopero. Non ci battiamo per ottenere privilegi, non siamo una lobby che vuole mantenere posizioni acquisite. Siamo professionisti che vogliono poter operare in sicurezza e ci battiamo per i nostri pazienti. Perché solo se operiamo in sicurezza avremo un'assistenza qualitativamente alta e realmente incisiva nei confronti delle patologie". **Y**

PUNTI NASCITA Ecco quelli a rischio



Sono quasi 40mila gli eventi nascita che avvengono ogni anno in queste strutture che non dovrebbero esserci più. Presenti in quasi tutte le Regioni preoccupa la situazione di Campania e Sicilia che ne hanno rispettivamente 21 e 19. Alcune non arrivano neanche a 20 parti l'anno

Strutture che effettuano meno di 500 parti l'anno

Regioni	Numero strutture
Piemonte	4
Lombardia	9
P. A. Bolzano	4
P. A. Trento	3
Veneto	6
Friuli Venezia Giulia	2
Emilia Romagna	7
Toscana	6
Umbria	5
Marche	4
Lazio	10
Abruzzo	3
Campania	21
Puglia	10
Basilicata	2
Calabria	4
Sicilia	19
Sardegna	9
ITALIA	128

Sul sito ww.aogoi.it l'elenco completo dei 128 punti nascita (pubblici e privati) con meno di 500 parti l'anno

"La conseguenza peggiore di queste campagne mediatiche è quella di minare la fiducia nei professionisti del servizio sanitario nazionale e di mandare in frantumi l'alleanza medico-paziente". Un rischio inaccettabile per il presidente Aogoi **Vito Trojano** "soprattutto in un momento delicatissimo come l'attuale che vede tutti gli operatori sanitari approfondire il massimo impegno e sacrificio per mantenere, nonostante le mille difficoltà, la qualità di cura e di assistenza della nostra sanità pubblica". "La nostra associazione è da sempre stata interessata a favorire il dialogo tra i diversi soggetti, che deve però essere indirizzato all'elaborazione di percorsi comuni di reciproca collaborazione e non a ▶

Perché siamo (ancora) qui...

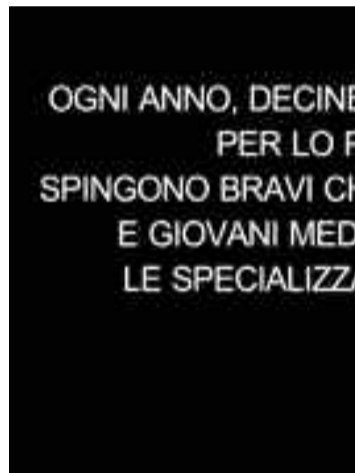
ed organizzativa, quando esistono ancora ospedali non adeguatamente attrezzati per il percorso nascita, non collegati a terapie intensive, e in cui l'organizzazione del lavoro dei professionisti si basa sulle pronte disponibilità invece che sulle guardie?" Il punto è che le raccomandazioni previste dall'Accordo Stato-Regioni del 2010 – dalla chiusura dei punti nascita che effettuano meno di 500 parti l'anno alla guardia ginecologica e pediatrica attiva h24, fino ad un numero adeguato di ostetriche nei reparti e alla predisposizione di sale operatorie vicino alle sale parto – non sono applicati in tutto il Paese. Così di parto intanto si continua a morire, da Nord a Sud, in quei "piccoli" punti nascita che andrebbero chiusi e che invece continuano a operare nonostante tutto. Ma quanti sono? Secondo gli ultimi dati disponibili del Piano Nazionale Esiti di Agenas-Ministero Salute relativi al 2012, **sono 128 i punti nascita** (su un totale di 536 strutture tra pubblico e privato) **che effettuano meno di 500 parti l'anno** (in Campania e Sicilia il numero più elevato). Considerando che nel 2010 il ministro Fazio parlava di 158 punti nascita da chiudere o mettere in sicurezza perché con meno di 500 parti l'anno, da allora ad oggi se ne sarebbero chiusi in realtà non più di una trentina e cioè meno del 20%. "La chiusura dei tanti, troppi, piccoli punti nascita con meno di 500 parti all'anno presenti sul nostro territorio, soprattutto nel Mezzogiorno non è un processo indolore, ma è comunque necessario" – ha affermato **Vito Trojano**, ricordando come "già nel 2011 l'Indagine conoscitiva della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, a cui contribuì fattivamente anche l'Aogoi, avesse ben messo a fuoco queste criticità e anche le soluzioni per la messa in sicurezza del percorso nascita". A condividere le ragioni della protesta sono anche le ostetriche dell'Associazione Italiana di Ostetricia (Aio), affiliata Aogoi, Per le ostetriche uno dei problemi più spinosi è la carenza di organici. "La quantità esigua di ostetriche rispetto al reale fabbisogno ha ripercussioni importanti sulle professioniste comportando ritmi stressanti, mancanza di adeguato riposo ed eccessivi carichi di lavoro che espongono ostetriche, medici e pazienti a rischio" – spiega la presidente Aio **Antonella Marchi**, che punta il dito contro un fenomeno allarmante: l'abusivismo professionale. "La carenza di personale e la presenza di molte strutture obsolete fa sì che l'utenza cerchi alternative per l'assistenza, rischiando troppo spesso di mettersi in mano a coloro che esercitano in maniera abusiva la professione".

La coperta della sanità italiana

è corta e lo resterà a lungo, ma i margini per ridurre alcuni sprechi ci sono. Per esempio quelli della **medicina difensiva**: costo stimato oltre 12 miliardi di euro l'anno. Risorse che potrebbero essere risparmiate e altrimenti destinate, e che invece se ne vanno in esami e interventi inutili, effettuati di fatto solo per "auto protezione" da parte dei sanitari, nella speranza di evitare possibili contenziosi futuri con i pazienti e i loro avvocati. Per **Sergio Barbieri**, vice Presidente Nazionale Cimo, "abbattendo anche solo del 10 per cento i costi della medicina difensiva si libererebbero le risorse necessarie a coprire tutti i rischi ed i risarcimenti". Un obiettivo non irraggiungibile, "se il medico si sentisse garantito e potesse così ridurre le richieste di esami inutili o addirittura dannosi". Ma "al di là dei costi, la medicina difensiva è un'aberrazione grave della professione medica – come ha ricordato **Luigi Presenti**, Presidente Associazione nazionale chirurghi ospedalieri. Di fatto è uno 'sciopero bianco' sotterraneo e permanente. È un rifiuto della responsabilità, che è la caratteristica fondamentale della professione medica". Un fenomeno preoccupante che ora è aggravato dal sempre più frequente ricorso alla medicina astensiva, come ha ricordato il presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi **Nicola Surico**, "con il medico che si rifiuta di eseguire operazioni giudicate troppo rischiose anche per il fatto che molte strutture ospedaliere non hanno una copertura assicurativa".

Parole rese più forti dalle immagini del **video spot realizzato dal Cic, a firma di tutte le società che afferiscono al Collegio**, proiettato in chiusura dell'incontro, che si conclude con il passaggio finale in sovraimpressione: "Ogni anno decine di migliaia di denunce per lo più infondate spingono bravi chirurghi a non operare e giovani medici a non scegliere le specializzazioni chirurgiche. Dovevamo arrivare a questo?". **Un'alleanza con i cittadini**. In conclusione della conferenza stampa, il presidente Aogoi ha rivolto un appello alle associazioni dei pazienti. "Le vogliamo a nostro fianco – ha detto Trojano – perché la nostra è una battaglia per la sicurezza, non per ottenere privilegi o difendere posizioni acquisite. Abbiamo bisogno di ricomporre un saldo rapporto di fiducia tra medico e paziente, e più in generale tra il cittadino e la nostra sanità pubblica". E infine l'ultima chiamata per la riqualificazione della rete dei punti nascita: "Sono 128 i punti nascita che effettuano meno di 500 parti l'anno, per un totale di 40mila parti a rischio. A rischio per la donna e il suo bambino e per la nostra responsabilità professionale. **Y**

Quattro fotogrammi dello spot realizzato dal Collegio Italiano Chirurghi (Cic), a firma di tutte le società che afferiscono al Collegio



CHIANTERA

Nel nostro spot nè "zero anticipi/zero rischi" né "avvoltoi"

#ichirurghiperlatuasalute: un video spot buonista? "Direi proprio di no – afferma il segretario nazionale Aogoi **Antonio Chiantera**. Piuttosto lo definirei uno spot verità, che nasce da una esigenza autentica: quella di tradurre in immagini un bisogno profondo di recuperare il rapporto di fiducia tra medico e paziente, il desiderio di riprendersi una dignità professionale per troppo tempo sottratti, la voglia di vedere i nostri giovani affrontare con passione una scelta difficile, come ha detto il presidente del Cic Nicola Surico. Il fatto è che noi siamo lì: quando nasce un bambino, durante una malattia, dopo un incidente... pronti ad assumerci le nostre responsabilità, a portare cura, con la nostra professionalità e umanità". Il fatto è, soprattutto, sottolinea Chiantera, che "dietro la salute, le emozioni e i diritti non dovrebbero esserci operazioni commerciali o attacchi mirati a certe categorie professionali. Non si è credibili. Se si vuole parlare al cuore delle persone



Antonio Chiantera
Segretario nazionale AOGOI

bisogna farlo con delicatezza e soprattutto con verità". "Bocciato" quindi non solo il vergognoso spot di Obiettivo Risarcimento, che invita i pazienti che si sentono vittime di presunti casi di malasanità a far valere i propri diritti in tribunali ma anche quello promosso dall'associazione A.M.A.M.I.: 'Medici, pazienti e avvoltoi'. "Chi sono

gli avvoltoi della sanità? Forse gli avvocati? No, il titolo non mi piace e nemmeno l'approccio".

A PAGINA 10

Contenzioso medico: la guerra degli spot in Tv

PAOLO SCOLLO
Presidente Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)

“Le strutture pericolose vanno chiuse. Le Regioni provvedano. I medici sono stanchi di pagare”



Le criticità relative all'area materno infantile generate dalla mancata applicazione del Piano nazionale per i Punti nascita e le problematiche relative alla responsabilità professionale medica sono questioni imprescindibili per una sanità degna di un Paese civile. Questioni sulle quali è mancato un intervento deciso da parte delle istituzioni, nonostante abbiano appunto ricadute importantissime sull'assistenza ai pazienti e sul lavoro dei medici. Il decreto Fazio per il riordino dei punti nascita è rimasto in troppe realtà inapplicato: ci sono ancora reparti di ginecologia e ostetricia con meno di 500 parti l'anno nonostante la letteratura ci dica con chiarezza che quelle dove si effettuano più di mille parti hanno tassi di mortalità nettamente inferiore a quelli delle strutture piccole. Strutture che continuano a rimanere in essere per ragioni a noi sconosciute e che possiamo immaginare siano solo di natura politica. Strutture che non sono state messe in sicurezza, non hanno piante organiche adeguate e non hanno adottato idonei adeguamenti strutturali. Un problema che investe sia il Nord sia il Sud Italia. Emblematici i casi di Nicosia in Sicilia e di Domodossola in Piemonte che sono costati la vita ad una paziente e ad un neonato. Questi ospedali vanno chiusi. E la responsabilità è politica e istituzionale: quanto previsto nel Piano nazionale dei Punti nascita doveva essere portato avanti dal Governo nazionale a prescindere dalle realtà regionali. La conclusione di tutto questo è che a pagare sono i cittadini e i medici che, per la mancanza di un provvedimento che chiarisca una volta per tutte la responsabilità professionale, vengono colpiti in prima persona a causa delle inadempienze. Non possiamo quindi rimanere in silenzio di fronte a una classe amministrativa politica che espone pazienti a rischi elevatissimi mandando avanti i medici che per motivazioni etiche continuano comunque a prestare la loro opera. Medici che sono lasciati soli senza coperture assicurative. Le strutture pericolose vanno chiuse: e lo devono fare le Regioni, non i medici. E se anche ci fossero resistenze da parte dei medici a mettersi in mobilità sul territorio, siamo disposti a prenderci le nostre responsabilità e ad intervenire con i nostri associati”.

NICOLA COLACURCI
Presidente Associazione Ginecologi Universitari Italiani

“Il rischio di contenziosi medico legali allontana i giovani dalle sale parto”



Le nostre rivendicazioni sono sostanzialmente le stesse dello scorso anno, di fatto nulla è cambiato. La nostra Associazione, in particolare, si batte da sempre per risolvere il problema degli specializzandi. Tocchiamo ogni giorno con mano che troppi studenti che frequentano le sale parto si trovano a ricevere avvisi di garanzie e denunce al pari degli strutturati. È una cosa che ha del paradossale. C'è una problematica assicurativa che, se è drammatica già per noi, diventa tragica per questi giovani i quali si trovano a dover far fronte a spese che non sono in grado di gestire. Ci sono stati anche diversi casi di denunce ricevute a 9 anni di distanza dall'evento, quando è praticamente impossibile anche solo ricordarsi quanto accaduto. Hanno ricevuto denunce addirittura medici ormai in pensione da anni! Tutto questo fa sì che i giovani sempre meno vogliono andare a formarsi nelle sale parto, perché si deve anche tener conto che, al di là dell'eventuale ingente danno economico cui potrebbero andare incontro se qualcosa dovesse non andare per il verso giusto, ricevere un avviso di garanzia o una denuncia comporta anche una destabilizzazione molto importante dal punto di vista emotivo, motivazionale. Purtroppo non credo che il Governo stia attivando realmente per trovare una soluzione concreta a tutto questo. Si parla da anni di disegni di legge presentati, ma la realtà è che noi ci troviamo ancora ad operare in queste situazioni, abbandonati a noi stessi, con le stesse Aziende che, in caso di condanna, tendono a rifarsi sul singolo professionista. Non dimentichiamo poi che con il blocco del turnover ci troviamo con un personale sempre più anziano, spesso demotivato a causa di denunce a proprio carico e ulteriormente penalizzato da turni di lavoro massacranti”.

NICOLA SURICO
Presidente Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC)

“La chiusura dei piccoli punti nascita e dei piccoli ospedali è una battaglia per la sicurezza”



Mi sono sempre battuto per la chiusura dei “piccoli” Punti nascita, una misura che, nonostante la normativa, è stata attuata solo in poche Regioni. Rispetto alla protesta dello scorso anno è rimasto tutto invariato, l'unica novità riguarda le diverse proposte di legge sulla responsabilità professionale medica presentate in Parlamento. Ho apprezzato le parole del Ministro Lorenzin, che ha dichiarato di voler arrivare al più presto ad una conclusione in modo da poter tutelare al meglio sia i cittadini che i medici, garantendo loro condizioni favorevoli per poter lavorare con serenità. Proprio su questo punto sono intervenuto in prima persona scrivendo una lettera alle Commissioni competenti di Camera e Senato chiedendo di accelerare i lavori. In caso contrario, se l'iter parlamentare non arriverà ad una conclusione entro aprile, potremmo decidere di prendere posizioni più dure per manifestare la nostra protesta, non escludo che si possa arrivare anche ad uno sciopero. Il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin si è da subito interessata e ci ha fatto sapere che sarebbe disposta anche a far proprio un progetto di legge governativo o un decreto legislativo. Uno dei punti fondamentali della protesta, che condividiamo a pieno, è quello che riguarda la chiusura dei Punti nascita che operano al di sotto degli standard previsti dalla legge. In questo senso noi vogliamo allargare il discorso anche ad altre strutture, ai piccoli ospedali. Bisogna ricordare alla politica che là dove non c'è una casistica adeguata non è possibile garantire cure di qualità. C'è infine da sottolineare un problema di medicina difensiva-astensiva. Già la sola medicina difensiva comporta dei costi inutili che si aggirano intorno ai 13-15 mld, a questo fenomeno ora si è aggiunto un sempre più frequente ricorso alla medicina astensiva, con il medico che si rifiuta di eseguire operazioni giudicate troppo rischiose anche per il fatto che molte strutture ospedaliere non hanno una copertura assicurativa”.

CARMINE GIGLI
Presidente Federazione Sindacale Medici Dirigenti (FESMED)

“Un anno di silenzio dalle Istituzioni”



La responsabilità professionale dei medici e degli operatori che lavorano nei punti nascita e la messa in sicurezza di queste strutture sono state le motivazioni che ci hanno spinto esattamente un anno fa, a scioperare. All'epoca non c'era un Governo in carica con il quale confrontarci e ci siamo rivolti ai partiti per chiedere di inserire questi temi nell'agenda dei loro impegni politici. È passato un anno, abbiamo un Governo, ma i problemi che abbiamo sollevato sono rimasti irrisolti e siamo ancora nella fase delle promesse. Un numero crescente di Aziende sanitarie, con la complicità delle rispettive Regioni, cerca di sfuggire al suo dovere di rispondere alle richieste di indennizzo per danni da errori sanitari e di scaricarle sui medici. Il Ministero della salute latita. La legge “Balduzzi” (189/2012) stabiliva che, su proposta dello stesso Ministro, entro il 30 giugno 2013, venisse emanato il DPR finalizzato ad agevolare l'accesso alla copertura assicurativa degli esercenti le professioni sanitarie. I tavoli tecnici convocati al Ministero della salute hanno concluso i loro lavori da mesi e nei giorni scorsi il Ministro Lorenzin ha dichiarato in un'intervista che ‘le proposte fin qui fatte non vanno bene’. Anche noi siamo convinti, come dice il Ministro, che si devono ‘conciliare l'esigenza del cittadino ad essere garantito sul risarcimento di un eventuale danno subito e quella del medico di poter operare’ ma, siamo altrettanto convinti che se non si affrontano i problemi non si fanno passi in avanti e la speranza di stroncare la medicina difensiva rimane solo un'illusione. In Parlamento sono state depositate, da maggioranza e opposizione, ben sette proposte di legge sulla responsabilità professionale ma non si sa quando verranno discusse. I medici chiedono una legge che dia delle certezze e gli consenta di ristabilire al più presto l'alleanza con i cittadini, messa in crisi dall'ombra incombente del contenzioso medico-legale. Per questo motivo torniamo a protestare e proclamiamo lo stato di agitazione della categoria e in mancanza di risposte, ci dichiariamo pronti ad organizzare manifestazioni sensibilizzanti e a proclamare lo sciopero della categoria”.



RO RICHIEDE
ILI

E DI MIGLIAIA DI DENUNCE,
PIU' INFONDATE,
CHIRURGHI A NON OPERARE
NICI A NON SCEGLIERE
AZIONI CHIRURGICHE.

PUNTI NASCITA segue

provocare scontri al fine di realizzare profitti sulla pelle di medici e pazienti – ha sottolineato Trojano. La malasanità e il contenzioso si combattono come l'Aogoi sta facendo anni: assicurando il costante dialogo tra istituzioni, pazienti e medici, mediante l'elaborazione di linee guida, l'aggiornamento costante dei medici, la collaborazione con le strutture sanitarie e la sollecitazione continua delle istituzioni nella ricerca di soluzioni condivise. “Stiamo combattendo perché la colpa medica sia affrontata dalla legge in modo più articolato rispetto a oggi” ha spiegato il presidente Aogoi in varie interviste rilasciate in questi giorni. “In moltissimi casi la controversia ruota attorno a questioni di tipo strutturale e assistenziale, non clinico, su cui in altri paesi risponde la struttura sanitaria”. “Sulla base dei dati raccolti da Aogoi in uno studio sui punti nascita e i contenziosi, appare chiaro che le strutture che effettuano meno di mille parti all'anno dovrebbero essere chiuse, come poco tempo fa ha ribadito anche il ministro”. A confermarlo purtroppo è anche la cronaca, come nel caso recente che ha riguardato una donna che ha perso uno dei due gemelli in un ospedale che era rimasto aperto in virtù di una sentenza del Tar. “Un caso emblematico per spiegare l'aumento degli atti medici compiuti solo in funzione difensiva e dei premi assicurativi”.

ALESSANDRO VERGALLO

Presidente Nazionale Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani (AAROI-EMAC)

Gestione del Rischio Clinico: il ruolo dei professionisti e delle strutture

Nel nostro Paese la responsabilità sanitaria resta ad oggi un problema irrisolto. In una recente Audizione, abbiamo definito "epocale" l'intento delle proposte di legge in materia. Tuttavia, per il momento possiamo continuare ad apprezzarne solo i proponimenti e non i risultati. Il tema è estremamente complesso, tale da dover essere affrontato nella sua globalità, e non, come finora è avvenuto, per singoli settori.

Finora, diverse iniziative politiche e istituzionali si sono limitate a voler arginare il fenomeno della costante crescita del contenzioso sanitario con tentativi di una miglior definizione della responsabilità dei professionisti e dei corrispondenti profili di "colpa". Tali tentativi, già difficoltosi per le sottostanti questioni legate ai rispettivi profili giuridici delle diverse categorie di operatori, non hanno certo tratto beneficio dalle ultime previsioni di riorganizzare le attività e le competenze. Un altro approccio al problema si è sviluppato attraverso previsioni normative di obblighi assicurativi a carico degli stessi professionisti. A tale approccio, peraltro, non ha corrisposto un'altrettanto mandatoria previsione di obblighi a carico delle strutture. Avevamo chiesto un maggior coinvolgimento delle Associazioni Professionali nella gestione del rischio clinico, che a nostro parere deve basarsi in primo luogo sulla gestione del rischio organizzativo, individuando e risolvendo le criticità delle numerose situazioni strutturalmente "a rischio". Questo invito non è stato ancora raccolto. Un esempio tra tutti: la riorganizzazione dei Punti Nascita. A quasi tre anni di distanza dalla sua genesi, l'Accordo tra il Governo e le Regioni sulle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" non ha prodotto nulla di concreto. Come denunciato lo scorso agosto attraverso un comunicato stampa congiunto AAROI-EMAC/FESMED, esistono ancora ospedali non adeguatamente attrezzati per il percorso nascita, non collegati a terapie intensive, e in cui l'organizzazione del lavoro dei professionisti si basa sulle pronte disponibilità invece che sulle guardie. Tutto ciò continua ad alimentare una pericolosa escalation del rischio clinico: come si può pensare di arginarla concentrandosi sulla sola responsabilità professionale e non anche su quella strutturale ed organizzativa?

GIOVANNI FATTORINI

Presidente Associazione dei Ginecologi Territoriali

"Le nostre rivendicazioni si conciliano con gli interessi di tutta la società"

Anche i ginecologi che operano nei Consultori, nei Poliambulatori pubblici e nelle Strutture private, diventati negli anni una componente essenziale del mondo della Ginecologia e dell'assistenza alle donne e alle coppie, esprimono il loro totale consenso alle battaglie che tutte le nostre Società Scientifiche stanno conducendo con senso di responsabilità, ma con una determinazione che non potrà non radicalizzarsi se non si otterranno risultati convincenti. La prima rivendicazione che riguarda una profonda rivisitazione dell'attuale normativa che regola il tema del risarcimento del danno e del concetto stesso di responsabilità medica e sanitaria è un tema che coinvolge anche chi non opera nelle strutture di diagnosi e cura. Ne fanno fede sia la crescita delle cause intentate anche a chi lavora al di fuori degli ospedali, sia

il mancato rinnovo di contratti assicurativi anche a chi non ha subito sinistri, ed infine un aumento a volte insopportabile, soprattutto per i più giovani, delle polizze. Una situazione che come si è più volte detto rischia di paralizzare anche alcune attività istituzionali nei consultori e nei poliambulatori, spesso non sufficientemente attrezzati per garantire la sicurezza delle pazienti e la serenità degli operatori. La seconda richiesta che in un clima di grande unità con le altre Associazioni vogliamo esprimere è la piena ed integrale applicazione delle 10 Linee di azione per la riorganizzazione dei punti nascita approvate nel 2010 e di altre importanti raccomandazioni elaborate in questi ultimi anni, che non solo prevedono un riordino della distribuzione dei punti nascita ma anche una più aggiornata e moderna collaborazione tra le strutture ospedaliere e quelle territoriali con espliciti riferimenti alla appropriatezza degli accertamenti clinici e strumentali. Il tutto a vantaggio della qualità dell'assistenza, del contenimento della spesa, della riduzione al ricorso a comportamenti sanitari difensivi umilianti per il professionista e immensamente costosi per la comunità. La mancata applicazione di indicazioni sulle quali era stato raggiunto, una volta tanto, un accordo ampio tra forze politiche, società scientifiche e società civile si coniuga, purtroppo, con una riduzione significativa degli investimenti del Ssn e nel settore Materno-Infantile in particolare, e in una politica non adeguata a favorire l'inserimento delle nuove generazioni di medici, vedi il blocco delle iscrizioni alle scuole di specialità e la prospettiva di un futuro incerto tra rischi di contenzioso e perdita di identità professionale. Anche per questo la vertenza che i ginecologi e le ostetriche italiane hanno aperto con le istituzioni dello Stato - Parlamento, Forze politiche e Governo - è una vertenza che concilia i diritti di una categoria professionale strategicamente rilevante per la salute di tutti i cittadini donne, uomini, bambini e gli interessi, questa volta sì, di tutta la nostra società.

La cosa più urgente da fare è creare un contesto di copertura assicurativa che garantisca i cittadini e i professionisti. E permetta di riconoscere un giusto indennizzo per i danni che rappresentano un rischio tipico di un'azienda sanitaria**LUIGI PRESENTI**

Presidente Associazione nazionale chirurghi ospedalieri

"La medicina difensiva è un'aberrazione grave della professione medica"

L'emergenza e la crescita del contenzioso medico-legale in Italia ha progressivamente peggiorato la qualità dell'assistenza erogata dal nostro sistema sanitario nazionale. In un Paese come l'Italia, ad alto tasso di litigiosità, in cui i numeri

del contenzioso civile sono tra i più alti in Europa, e con crescente senso di sfiducia del cittadino nelle istituzioni pubbliche, la sanità sembra diventato il terreno favorito di conflittualità. La medicina difensiva è un'aberrazione grave della professione medica, è di fatto uno "sciopero bianco" sotterraneo e permanente: al di là dei costi stimati di 12 miliardi di euro all'anno, è un rifiuto della responsabilità, che è la caratteristica fondamentale della professione medica. Responsabilità, da termine positivo, carico di significati virtuosi, ha acquisito una accezione terroristica. L'esito di una prestazione sanitaria è condizionato da molti fattori, il paziente, i professionisti, la struttura, le tecnologie disponibili. Nessuno può garantire il 100% di risultati positivi, un

esito non favorevole non è sempre determinato da un errore e la cultura della "colpa" è da bandire. La cosa più urgente da fare è creare un contesto di copertura assicurativa che garantisca i cittadini e i professionisti e permetta di riconoscere un giusto indennizzo per i danni che rappresentano un rischio tipico di un'azienda sanitaria. Le proposte di legge ci sono e tutte convergono su questo punto. Altrettanto importante è un programma serio sulla gestione del rischio, che ha una normativa già identificata, ma su cui Regioni e Aziende sanitarie non investono. Su questo si innesta la necessità di un rigoroso riordino della rete ospedaliera, basata sulle competenze, sulla valutazione di volumi ed esiti, sui principi di qualità delle prestazioni e sicurezza delle cure. Bisogna pensare ad una incisiva e rapida de-burocratizzazione che non è solo abbattimento dell'apparato, ma anche realizzazione di processi virtuosi che rimettano al centro del sistema un rapporto non mediato tra cittadini (utenti, ma anche finanziatori del sistema) e professionisti. Le leggi e le norme purtroppo non sono in grado di sanare tutti i guasti prodotti in sanità nel corso degli ultimi decenni. È necessario un cambio di mentalità in tutti gli attori del sistema.



SERGIO BARBIERI
Vice Presidente Nazionale Cimo

“Per il problema della colpa medica puntiamo sul Sistema *no blame*”



“Il sistema *no blame* può essere sinteticamente descritto come un sistema in cui sia il medico che il paziente non sono costretti ad andare in tribunale. Il medico non sostiene rischi legali ed economici ed il paziente non deve assumere un legale e sostenere le spese ed i rischi di una causa. Nella nostra realtà una proposta significativa è già stata formulata da Giovanni Comandè e prospetta l'ipotesi di un sistema *no blame* regionale. Lo scopo è quello di superare logiche di conflittualità, garantire la terzietà tra danneggiato e danneggiante e capitalizzare tutte le informazioni raccolte per migliorare la sicurezza. Un sistema questo che consentirebbe di ridurre drasticamente la durata del contenzioso con benefici per tutti. Come finanziare un sistema come questo in Italia? La risposta è nei dati messi a

disposizione dall'Agenas nel 2013. I sinistri denunciati nel 2012 sono stati 12.000 su 10 milioni di ricoveri ed 1 miliardo di prestazioni specialistiche. I premi pagati ammontano ad 1 miliardo di euro includendo le strutture ed i professionisti. La media delle liquidazioni è inferiore ai 50mila euro. L'85% dei sinistri è stato liquidato per gestione diretta o franchigia. Il costo della medicina difensiva è stimato tra i 10 e 14 miliardi di euro. Appare quindi evidente che con una riduzione di quest'ultimo costo del 10% circa si libererebbero le risorse necessarie a coprire tutti i rischi ed i risarcimenti. La riduzione dei costi della medicina difensiva, anche molto più significativa del 10% necessario ad avviare un sistema di copertura assicurativa globale delle strutture e dei professionisti, sia un obiettivo relativamente facile da raggiungere, se il medico si sentisse garantito e potesse così ridurre le richieste di esami inutili o addirittura dannosi. Nella prevenzione del rischio vi sono oramai esperienze consolidate che dimostrano che solo un sistema che garantisca l'anonimato consente di denunciare gli eventi avversi e, cosa ancora più importante, i cosiddetti near miss cioè situazioni di grave rischio che solo per un caso fortunato non hanno prodotto danni. È del tutto evidente che più la raccolta di dati sugli incidenti è completa, più si può lavorare al miglioramento della sicurezza. Non va dimenticato che quasi sempre il lavoro clinico è un lavoro di equipe e che i danni sono nella maggior parte dei casi provocati da falle nell'organizzazione, nella routine e nelle procedure, più che dall'operato del singolo professionista. Ma un sistema come questo non può essere pienamente implementato se poi i dati raccolti sono usati, come è già accaduto, per intentare cause civili e penali contro il medico che li ha resi noti”.



Fucci: “Parlamento al lavoro su legge su responsabilità medica”

“Condivido e sostengo in modo convinto le ragioni che oggi hanno portato le associazioni dei ginecologi e delle ostetriche e il Collegio italiano dei chirurghi a protestare con forza in merito alle condizioni sempre più difficili e a volte insostenibili in cui i medici si trovano a lavorare tra tecnologie non adeguate, sale operatorie con gravi carenze e la minaccia continua di azioni giudiziarie per responsabilità professionale” ha affermato il collega parlamentare Benedetto Fucci, segretario della Commissione Affari Sociali della Camera, presente alla conferenza stampa del

12 febbraio. “C'è bisogno di intervenire in tempi brevi su questi fronti per evitare il ricorso estremamente dannoso per le casse statali alla medicina difensiva”. “Quanto al tema della responsabilità professionale, ricordo che la Commissione sta esaminando numerose proposte di legge (due delle quali a mia firma) in materia. È stata conclusa la fase delle audizioni e c'è l'impegno, pur nelle difficili condizioni politiche in cui lavora il Parlamento, a pervenire a un testo unificato delle varie proposte sul tavolo.

Su questo fronte - ha concluso Fucci - desidero continuare a im-



pegnarmi con forza e convinzione in un'opera di interlocuzione con le società scientifiche, cui rinnovo il ringraziamento per il loro impegno”.

ANTONELLA MARCHI
Presidente Associazione Italiana di Ostetricia (A.I.O.)

“La carenza di organici espone ostetriche, medici e pazienti a rischi”



“Rispetto allo sciopero indetto l'anno scorso la situazione è rimasta invariata. Anche questa volta rivendichiamo come nostre le rimostranze avanzate dai ginecologi riguardo il problema della mancanza di norme adeguate sulla responsabilità professionale e la mancata attuazione della norma sui Punti nascita. Ma, come Associazione Italiana di Ostetricia, chiediamo anche di rivedere gli organici delle ostetriche assumendo quindi nuovo personale. Spesso e volentieri, infatti, nei posti di lavoro si trova una quantità esigua di ostetriche, rispetto al reale fabbisogno. Questa situazione ha ripercussioni importanti sulle professioniste comportando ritmi stressanti, mancanza di adeguato riposo ed eccessivi carichi di lavoro che mettono ostetriche, medici e pazienti a rischio. L'errore dei sanitari coinvolti è solo l'effetto, bisogna agire sulla causa. In Italia assistiamo ancora a concorsi presi da assedio da mille professionisti che tentano di accaparrarsi gli unici due posti disponibili. È una situazione vergognosa. Basta osservare il resto d'Europa per vedere come, invece, si è puntato sull'assunzione di ostetriche proprio per migliorare l'assistenza alla maternità. C'è poi da rimarcare un'inadeguatezza strutturale e tecnologica, si chiudano i Punti nascita che non rispettano gli standard previsti. Allo stesso modo, non è possibile che ancora non vi siano percorsi di fisiologia nei consultori e negli ospedali affidati alle ostetriche, nonostante esista una normativa a riguardo, che poi è sempre la stessa dei Punti nascita. Infine, bisogna prestare attenzione anche ad un altro fenomeno: la carenza di personale e la presenza di molte strutture obsolete fa sì che l'utenza cerchi alternative per l'assistenza, rischiando troppo spesso di mettersi in mano a coloro che esercitano in maniera abusiva la professione”.

Protesta Ginecologi: reazioni & commenti

ANAAO ASSOMED:

“Condividiamo i motivi. Urge legge su responsabilità professionale”

“Condividiamo ancora una volta la protesta di chi lavora nei punti nascita alle prese con i problemi di sempre, acuiti dalla assoluta mancanza di risposte da parte di Governo e Regioni e dai ben noti effetti di tagli indiscriminati di posti letto e blocco del turn over”. Così l'Anaa Assomed in una nota sullo stato di agitazione dei ginecologi. “Sono noti a tutti - ha commentato il sindacato - i problemi della sicurezza dei luoghi di lavoro e i costi della cosiddetta medicina difensiva, dovuti principalmente all'esponentiale aumento della conflittualità legale. Le linee guida prodotte in questo campo, derivate per lo più da società scientifiche di origini anglosassoni, vanno applicate e adattate ad un Paese lungo, stretto e con tante piccole isole, come il nostro, tenendo conto anche delle criticità di collegamenti stradali o marittimi, per non negare il diritto alla nascita a parte non marginale dei cittadini italiani”. Quello che è certo - ha concluso l'Anaa - è la necessità assoluta ed impellente che questo Paese si doti al più presto di una legge specifica sulla responsabilità professionale che dia risposte chiare ed esaurienti. Interesse di tutti deve essere l'obiettivo 'ospedale sicuro', sicuro sia per chi dovesse aver necessità di accedervi, sia per chi ha scelto di identificarlo con la propria vita lavorativa”.

SIN

“Razionalizzazione punti nascita, una necessità per la sicurezza di madre e bambino”

La Società Italiana di Neonatologia (Sin) si associa alla protesta sollevata da Ginecologi e Ostetriche per la mancata attuazione della razionalizzazione dei punti nascita e la scarsità di sicurezza per madre e bambino in strutture il cui volume di attività sia ridotto. A un anno dallo sciopero nazionale del personale delle sale parto pubbliche e private, i Neonatologi si schierano a supporto di Ginecologi e Ostetriche sulla chiusura dei punti nascita dove avvengono poche centinaia di parti l'anno. “Da anni la Sin ▶

BOTTA&RISPOSTA

LORENZIN/FESMED SU COLPA MEDICA

Lorenzin:
“Su colpa medica ho trovato il tavolo deserto. Comunque nuove misure entro maggio”

“Stiamo predisponendo nuove misure che presenteremo entro maggio per affrontare il problema della colpa medica, fondamentali per sconfiggere la medicina difensiva”. Ad annunciarlo il 12 febbraio scorso il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commentando alle agenzie di stampa lo stato di agitazione dei ginecologi. Ma Lorenzin ci tiene anche a precisare che “Non è che sulla colpa medica non sia stato fatto nulla fino ad ora ma ho trovato un tavolo deserto, a partire dalle assicurazioni”.



Gigli (Fesmed):
“Al tavolo del ministero i sindacati c'erano”

Il presidente della Fesmed risponde così alle dichiarazioni del ministro della Salute all'indomani della protesta dei ginecologi. “Se il Ministro ha rilevato che le assicurazioni erano assenti, ne avrebbe potuto trarre le dovute conclusioni e intraprendere gli opportuni correttivi”. “Spiace dover contestare le dichiarazioni di un Ministro appartenente ad un Governo dimissionario ma, le dichiarazioni del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin meritano una puntualizzazione”. Il riferimento del presidente della Fesmed, Carmine Gigli, è alla frase “Non è che sulla colpa medica non sia stato fatto nulla



fino ad ora ma ho trovato un tavolo deserto, a partire dalle assicurazioni” con cui lo scorso 12 febbraio il ministro della Salute, secondo quanto riportato dalle agenzie di stampa, ha commentato lo stato di agitazione dei ginecologi. “Mi trovo costretto – replica Gigli – a constatare che il Ministro era in carica dalla fine di aprile 2013 e il Tavolo tecnico del Ministero della Salute su ‘Responsabilità professionale dell’esercente le professioni sanitarie’ ha continuato le sue riunioni sino alla fine del successivo luglio. I rappresentanti delle organizzazioni sindacali erano presenti al tavolo e dopo la sua chiusura hanno continuato a sollecitare su questo argomento il Ministro e le Regioni per tutti questi mesi, sino ad arrivare alla proclamazione dello stato di agitazione il 12 febbraio”. Per il presidente della Fesmed “se il Ministro ha rilevato che le assicurazioni erano assenti, ne avrebbe potuto trarre le dovute conclusioni e intraprendere gli opportuni correttivi, almeno per evitare che le Aziende sanitarie, lasciate allo sbando, prendessero la via dell’auto-assicurazione, che non è nello spirito della legge e viola il contratto di lavoro”.

segue

Protesta Ginecologi: reazioni&commenti

si sta battendo perché si riducano o si eliminino i punti nascita con meno di 1000 parti l’anno” – afferma il Presidente della Sin Costantino Romagnoli.

“Questo porterebbe ad un migliore utilizzo delle risorse economiche ed umane, migliorerebbe la qualità delle prestazioni sanitarie e, soprattutto, porterebbe ad una riduzione dei rischi di contenziosi medico-legali”. Il maggior ostacolo nella razionalizzazione dei punti nascita, secondo la Sin, è nella mancata attuazione dell’Accordo Stato-Regioni. “Nonostante l’impegno dei Presidenti delle regioni italiane e della Sin, le proposte fatte trovano quasi sempre l’opposizione delle autorità regionali che sono quelle dedicate a legiferare in campo sanitario – continua Romagnoli –. Il Governo centrale emana degli indirizzi, ma le singole regioni si ritengono autonome nell’applicarle o meno. In questo gioco la voce delle Società scientifiche, spesso coinvolte in tavoli tecnici, viene ascoltata molto poco se non per nulla”. L’autonomia regionale, secondo la Sin, si riflette anche sui comportamenti assicurativi a danno dei sanitari. “Si è calcolato – continua Romagnoli – che di tutti i contenziosi medico-legali che coinvolgono i neonatologi/pediatri meno del 5% si conclude con il riconoscimento di una colpa, non sempre grave. Tuttavia la mole di contenziosi che vengono sollevati nella speranza di un indennizzo, sempre più facile, pesa in modo determinante sui bilanci delle società assicuratrici che stanno progressivamente abbandonando il mercato sanitario. Di qui le auto-assicurazioni delle aziende con ripercussioni negative sui sanitari. Non è il caso di fare demagogia, ma è certo che la chiusura dei centri nascita con meno di 1000 parti l’anno e la centralizzazione delle attività di terapia intensiva neonatale porterebbero ad un notevole risparmio economico e ad una migliore utilizzazione delle risorse umane”. Anche i problemi medico-legali e assicurativi “ne avrebbero un giovamento e i sanitari potrebbero svolgere il loro lavoro più serenamente”.

In questo scenario, la Società Italiana di Neonatologia auspica l’intervento del Ministro. “È ora di cambiare passo e modo di ragionare – conclude il Presidente della Sin –. Le autonomie regionali non possono continuare a creare discrepanze di tipo assistenziale e disparità di prestazioni, quantitative e qualitative, tanto più ingiuste quanto più penalizzano i soggetti più fragili. Non dimentichiamo che i neonati di oggi costituiranno la società italiana di domani”.

Contenzioso medico: la guerra degli spot in Tv

Medici contro avvocati: “Siete avvoltoi”. E si minacciano querele

Dopo lo spot di Obiettivo Risarcimento sulla malasanità, che aveva provocato richieste di ritiro, interrogazioni parlamentari e via dicendo, ora sotto accusa è finito il filmato di Amami. E a protestare, stavolta, sono gli avvocati

Contenzioso medico legale: prosegue la guerra degli spot tra medici e avvocati. Ora è la volta del video “Medici, pazienti e avvoltoi” presentato

ufficialmente da Amami (Associazione dei medici accusati ingiustamente) il 24 febbraio scorso nel corso di un convegno sul contenzioso medico legale pa-

trocinato dal Ministero della Salute (che ha patrocinato l’evento ma non il video in sé). Nello spot si invitano i cittadini a diffidare degli “avvoltoi” che “si ap-

profittano della fiducia dei pazienti” e propongono “facile arricchimento con cause milionarie” e che vedono “i medici come prede costose”. E ancora “il danno vero lo fanno alla sanità e ai vostri diritti perché un medico che ha paura di prendere una decisione farà male il suo lavoro”. Lo spot sottoscritto da numerose associazioni sindacati di categoria – e che rappresenta una chiara risposta allo spot della società “Obiettivo Risarcimento” che ha fatto il giro di molte TV nazionali e che ha fatto imbufalire associazioni mediche e anche esponenti politici e sindacali (vedi GynecoAgoi n. 10/2013) – ha suscitato la forte reazione degli avvocati. Ancor prima della sua presentazione



ISOLA DONNA

AL CENTRO DEL MONDO MEDICO E SOCIALE



pietrucci peddagine

Umanizzazione • Benessere • Innovazione

PRIMO ANNUNCIO

Cagliari

28 Sett.- 1 Ott. 2014

89° Congresso Nazionale SIGO



54° Congresso Nazionale AOGOI



21° Congresso Nazionale AGUI



Presidenti:

Salvatore Dessole

Giovanni Monni

Gian Benedetto Melis

Giovanni Urru

Intervista al ministro della Salute Beatrice Lorenzin

“Giù le mani dal Patto. La spending sanitaria la faremo noi”

Cesare Fassari

Patto per la Salute, spesa sanitaria, spending review, riforma del territorio e standard per il personale sanitario. Ma anche responsabilità professionale, ticket e nuovo ruolo del ministero della Salute. Questi i temi sul tappeto per Beatrice Lorenzin, un ministro “innamorata” della sanità, come lei stessa si è definita. È un amore nato in questi primi nove mesi di Governo quello di Beatrice Lorenzin. “Ho imparato ad amare la sanità perché vi ho trovato una complessità di saperi e di opportunità straordinaria. La sanità è sicuramente salute e assistenza e quindi questione di vita e benessere per tutte le persone. Ma la sanità è anche uno straordinario volano di opportunità per il Paese e la sua economia. Investire in sanità vuol dire investire nella vita ma anche nella ricchezza del Paese. E con questa logica, per la prima volta, inseriremo la sanità e le sue strutture nel decreto di coesione e sviluppo che sta met-

tendo a punto il ministro Triglia. E parliamo di miliardi di euro di investimenti per ammodernare il nostro sistema sanitario”. Ma oggi la priorità dell’agenda è senza dubbio il Patto per la Salute con le Regioni. L’atto che dovrà sancire la ripresa del settore dopo anni di tagli e disinvestimenti. E quindi è da qui che partiamo con la nostra intervista, raccolta due settimane prima della crisi di governo e che oggi con la riconferma di Lorenzin alla Salute riacquista piena valenza.

Patto salute. Ministro Lorenzin, ci siamo veramente?

Penso proprio di sì. Con le Regioni stiamo lavorando a tamburo battente. Il Patto è in fase operativa. Ma non vorrei che da qualche altra parte ci fosse invece la tentazione di mandare a monte tutta la partita.

Cioè?

Lo dico chiaramente. Il Patto si basa sulla certezza di un budget per la sanità emersa dal Def di dicembre, dalla legge di stabilità e confermata dallo stesso premier Letta. Grazie a questo noi abbiamo oggi un fondo sanitario ben individuato per fare il Patto e le cifre sono: 109,902 miliardi per il 2014, 113,452 miliardi nel 2015 e 117, 563 miliardi nel 2016.



Ottimismo ma anche diffidenza verso chi ha “la tentazione di rimettere in discussione tutta la partita del Patto”. L’accordo è vicino. Sul tavolo la spending review interna per bruciare sul tempo i tagli di Cottarelli. La questione ticket e quella della riforma del territorio. Ma anche gli investimenti e una nuova politica del personale che parta dalla definizione di standard precisi per medici, infermieri e amministrativi. E infine una nuova governance del sistema che riveda i rapporti di forza tra Governo e Regioni. Compresa la possibilità di intervenire dove il management è inadeguato

Chiaramente con una clausola di salvaguardia implicita, legata al ciclo dell’economia, consapevoli del fatto che se dovessimo nuovamente trovarci sotto pressione con il Pil ancora in calo, sarà obbligatorio risederoci attorno al tavolo e ridiscutere il tutto. Ma oggi queste sono le cifre e su queste non torno indietro.

Molti soldi...

Attenzione sono le risorse programmate che già scontano i tagli di 25 miliardi effettuati con le spending di Tremonti e Monti, calcolando solo gli effetti nel periodo 2013/2016. Quindi per la sanità non c’è un euro in più a quanto previsto dal quadro normativo vigente.

D’accordo, ma allora a chi si riferisce quando parla di “tentazione di mandare tutto a

monte”?

A tutti coloro che non si rendono conto della complessità del sistema sanitario e delle sue dinamiche e della stringente interconnessione tra ogni settore di spesa che rende estremamente pericoloso operare ancora con la logica del taglio lineare. Il sistema non reggerebbe più e rischierebbe il collasso. Senza contare le sfide che abbiamo davanti sulla farmaceutica con l’imminente ingresso di nuovi farmaci importanti e costosi (basta pensare all’epatite C e ai prodotti in arrivo nel 2014 capaci di eradicare il virus ma che avranno un impatto economico di 3 miliardi di euro l’anno), sulla medicina personalizzata e la sfida delle sfide per essere protagonisti e non soggetti passivi dell’apertura dei confi-

ni sanitari che si è venuta a creare con la direttiva sulla medicina transfrontaliera. Il nostro orizzonte non sarà più la mobilità interna ma quella competitiva con Londra, Parigi, Berlino.

Però non mi ha ancora risposto del tutto. Da chi teme un attacco al Patto?

Dall’idea che, data la difficoltà di incidere con la spending review in molti comparti della PA dove non è così chiara la linea della spesa, si scelga ancora una volta la sanità dove è più facile tagliare con risultati di risparmio certi e immediati.

Solo un timore o sta già accadendo?

In questo caso, più che in qualsiasi altro, vale l’idea che “prevenire è meglio che curare”. E quindi giù le mani dal Patto. La spending sanitaria la faremo noi, con le Regioni.

E loro sono d’accordo?

Ho chiarito subito che questo Patto nasce dalla presa in carico delle Regioni di una realtà molto netta per la sanità: siamo in bilico dal punto di vista della sostenibilità finanziaria di un sistema che rischia di non reggere più nel prossimo futuro. Quindi da un lato il sistema va ammodernato per renderlo competitivo e più

efficiente ma dall’altro bisogna fare anche scelte forti. E la domanda che ho posto ai territori è stata: siete in grado e ve la sentite di fare voi queste scelte forti o preferite che le faccia qualcun altro? Hanno risposto di essere in grado di farlo. E adesso vedremo. Dalle parole stiamo passando ai fatti, mettendo tutto nero su bianco sul Patto.

Ma quali sono queste azioni “forti”?

Quelle in grado di abbattere definitivamente le sacche di sprechi e inefficienze ancora presenti nel sistema. E il mio mettere le mani avanti con il Mef, soprattutto, sta proprio qui. Voglio che sia chiaro il fatto che riuscire a tagliare ancora su sprechi e inefficienze in sanità non si traduce automaticamente in un taglio al budget. Perché la sanità ha bisogno di investimenti per cambiare. Il passaggio dall’ospedale al territorio non è gratis. Mettere a norma standard qualitativi e strutturali di quella metà dell’Italia sanitaria che non vede investimenti, chi dal 2006, chi dal 2009, non è gratis. L’informatizzazione del sistema, indispensabile per una governance moderna ed efficace, non è a costo zero. O riusciremo a fare questo e cioè taglia-

Gli auguri del presidente Aogoi al Ministro Lorenzin per la sua riconferma

“Le mie più sincere congratulazioni per la sua riconferma alla guida del Dicastero della Salute. Sono convinto che il tema della rivisitazione della colpa medica e il disegno di legge sulla responsabilità professionale con lei finalmente giungeranno al traguardo. RinnovandoLe ancora la mia stima più sincera e la mia più concreta disponibilità di collaborazione Le invio gli auguri di un proficuo lavoro”

Vito Trojano

re per reinvestire oppure nessuno fermerà Cottarelli e i suoi tagli lineari.

Tutto affidato alle Regioni, dunque?

Non proprio. Non ne ho ancora parlato alle Regioni ma io immagino un sistema di commissariamento per cui, ad esempio, come le Regioni incidono automaticamente sulla leva dell'Irpef per finanziare i sistemi in crisi, così, mano mano che si raggiunge l'equilibrio finanziario si riducono automaticamente le tasse per legge. E stiamo parlando di 2 miliardi di euro. Un'operazione in linea con gli obiettivi primari della spending review di Cottarelli, che sono quelli della riduzione del carico fiscale a cittadini e imprese.

Nuovi Lea. Ci saranno tagli alle prestazioni attuali?

Ci stiamo lavorando per aggiornarli e rispondere meglio ai bisogni della popolazione. Ci saranno new entry e qualche rimodulazione. Ma abbiamo già raggiunto un accordo importante sulle risorse per i nuovi Lea. Si tratta di 800 milioni di euro che, d'accordo con le Regioni, utilizzeremo per disegnare il nuovo paniere delle prestazioni del Ssn, recuperandoli da interventi specifici sull'appropriatezza nei ricoveri ospedalieri. E questa è una cosa rivoluzionaria, anch'essa in linea con la logica della spending interna, perché fino ad oggi le Regioni hanno sempre chiesto un extra budget per i Lea. E lo stesso avverrà per il nomenclatore tariffario per il quale stanziamo 350 milioni per aggiornare l'elenco dei dispositivi, fermo da 25 anni. Risorse che deriveranno anch'esse dalla spending interna.

Ticket. La palla passa alle Regioni. Ma qual è la sua idea?

Le Regioni stanno lavorando partendo dal presupposto di esentare nuove fasce di popolazione oggi in difficoltà come i disoccupati e i cassintegrati e contemporaneamente rivedere le attuali fasce di esenzione dove oggettivamente c'è molto da rivedere per evitare palesi abusi. E questa è anche la mia linea.

Ma come pensa di riuscirci visto che sono anni che si parla di un ticket più equo ma senza costruito?

A differenza del passato abbiamo molti più dati, dall'anagrafe nazionale degli assistiti, alla tessera sanitaria e alla ricetta elettronica, da cui possiamo avere una vera e propria tabella del cittadino paziente/utente e dei suoi consumi reali. Tutti dati sui quali possiamo lavorare per rivedere il sistema di esenzione con successo.

Cure primarie e H24. Riuscirà il Patto per la salute dove hanno fallito la riforma Bindi del '99 e il decreto Balduzzi del 2012?

Intanto dobbiamo riconoscere che la riforma del territorio è già in atto in molte parti d'Italia. Non siamo all'anno zero. E poi c'è ormai la consapevolezza che la riconversione dei piccoli ospedali e la creazione nel territorio degli indispensabili filtri al ricor-

so all'ospedale sia un processo ineludibile. E poi, come ho già detto, c'è la presa d'atto che la riforma delle cure primarie non si può fare a costo zero e infatti essa rientra tra quei settori dove investire con le risorse derivanti dalla spending sanitaria interna. Quindi, consapevolezza dell'irreversibilità del cambiamento ma anche della necessità di mettere risorse e impegni concreti. Tut-

“Per il Piano nazionale punti nascita la responsabilità è delle Regioni ma è certo che il ministero deve esercitare appieno la sua funzione di controllo e intervento laddove la situazione stagna”

to questo rende la sanità territoriale un obiettivo reale e raggiungibile in tutta Italia, non più nelle solite situazioni avanzate.

Ma pensa che la nuova sanità territoriale si possa fare con medici, pediatri e specialisti convenzionati?

Il problema non è essere dipendenti o professionisti. Il tema è cosa fanno questi operatori per il Ssn. E anche la medicina convenzionata è ormai in linea con il cambiamento e con la necessità di stare in rete. E lo stesso deve avvenire con le farmacie dei servizi che devono decollare e che saranno inserite nel Patto. In sostanza noi abbiamo due formidabili reti territoriali già operative, quelle dei medici di medicina generale e dei pediatri e quella delle 20 mila farmacie sparse su tutto il territorio. La riforma deve mettere a sistema queste reti già esistenti. Nessuna rivoluzione, abbiamo già tutti i presupposti perché la nuova medicina territoriale decolli definitivamente.

Personale Ssn. Sembra un po' il grande assente. Contratti bloccati, turn over a singhiozzo. Ma come si pensa di far andare avanti la sanità con gli operatori demotivati e arrabbiati?

Intanto abbiamo stabilizzato 35 mila precari grazie al decreto fatto insieme al ministro D'Alia. Per quanto riguarda il blocco del turn over dobbiamo partire dal fatto che esso si lega alla mobilità che dobbiamo intendere sia regionale che nazionale. E quindi torna la questione degli standard: di quanti medici e infermieri abbiamo effettivamente bisogno? Dobbiamo fare gli standard, per adeguare la nostra dotazione di personale al cambiamento della medicina e dei nuovi bisogni di assistenza. E il contratto stesso rientra in una logica di pianificazione di tutto il comparto, ma in questo momento non sono in grado di fare una valutazione precisa sul “quando”, questa decisione spetta più al Mef che a noi. È certo che dobbiamo affrontarlo. Fino ad oggi gli operatori hanno capito le difficoltà economiche che hanno impedi-

to la naturale rivalutazione degli accordi, ma adesso dobbiamo offrire loro un disegno chiaro del futuro. Non si può certo continuare così.

I ginecologi hanno annunciato la decisione di un possibile nuovo sciopero nazionale delle sale parto a distanza di un anno da quello del 12 febbraio 2013. Il motivo è la mancata legge sulla responsa-

bilità professionale e la mancata attuazione del Piano sui punti nascita. Cosa sente di dirgli?

Sulla responsabilità professionale abbiamo costituito un tavolo al ministero della Salute per rivedere tutta la materia. Le proposte fin qui fatte non vanno bene. Dobbiamo conciliare l'esigenza del cittadino ad essere garantito sul

risarcimento di un eventuale danno subito e quella del medico di poter operare con serenità riconoscendo una specificità giuridica all'atto medico. Ma rispetteremo i tempi e le nuove norme saranno pronte molto presto. Un'operazione che, a regime, stroncherà anche la medicina difensiva che oggi ci costa cifre tra gli 11 e i 13 miliardi l'anno. Per il Piano nazionale punti nascita la responsabilità è delle Regioni ma è certo che il ministero deve esercitare appieno la sua funzione di controllo e intervento laddove la situazione stagna.

Riforma titolo V. Il segretario del Pd Renzi parlando della riforma del Titolo V della Costituzione, ha detto che prima di tutto si elimineranno le competenze “concorrenti”. Tra queste c'è la sanità. Pensa che la riforma annunciata, e che dovrebbe far parte del pacchetto di riforme concordato con il Pdl, toccherà anche la materia sanitaria?

Renzi parla di quello di cui da anni parliamo tutti. Negli anni che ho passato in Commissione Affari Costituzionali e nella bicamerale per il federalismo non si è fatto altro che lavorare per aggiustare il titolo V. Ma dobbiamo essere realisti. A prescindere dal fatto che mi piaccia o meno il federalismo sanitario, la realizzazione del sistema sanitario regionale è costata 100 miliardi di euro, smontarla ne costerebbe altrettanti. Detto questo non esiste norma che dopo 13 anni non possa essere cambiata. Ci sono degli elementi del federalismo sanitario che non hanno funzionato e temi che devono essere ricondotti all'asset nazionale. E del resto se non lo si fa per legge lo si fa de facto. Cos'altro è il commissariamento sanitario di metà d'Italia?

Quali sono questi asset nazionali?

Poteri di controllo e intervento su governance, Lea e standard, compresi quelli per la dotazione di personale. Dobbiamo sapere di quanto personale abbiamo effettivamente bisogno, a tutti i li-

velli, compresi quelli amministrativi. Ma poi anche sulla ricerca scientifica e la spesa farmaceutica e all'accesso ai farmaci con la necessità di rivedere la funzionalità di Aifa che deve essere capace di dare risposte in tempo reale. E poi il tema della prevenzione: non possiamo pensare che a Milano se ho un tumore al seno vivo e a Reggio Calabria non mi fanno la diagnosi per tempo. Ma anche il tema delle grandi epidemie nell'agro alimentare che oggi affrontiamo fortunatamente in modo vincente ma che corroso su binari esclusivamente amministrativi burocratici, impensabili visto il livello dei virus. Il ministero della Salute deve diventare un dicastero di operatività non può essere un ministero di burocrazia.

Vale a dire?

Prima di tutto dobbiamo cambiare marcia. Questo ministero era stato ucciso, è rinato, ma ora deve essere rafforzato. Soprattutto nella sua attività di controllo sulla governance e sul rispetto dei

livelli di assistenza. Se un manager di una Asl non funziona ma resta lì, noi dobbiamo avere la potestà di intervento con meccanismi di sanzioni più forti e questa logica deve entrare nel Patto. Insieme a nuove regole per l'arzuolamento del management superando le norme attuali. Se oggi vuoi portare un manager “forte” in una struttura sanitaria in crisi non è così facile farlo.

E sul fronte delle decisioni in materia di spesa sanitaria? Oggi queste spettano al Mef, le rivorrebbe lei?

Fermo restando che la materia dovrebbe essere del ministero della Salute, chiediamoci perché con il Decreto legislativo del 2009 che ha reistituito il ministero essa sia stata trasferita al Mef. Il motivo è semplice: il ministero della Salute non era stato in grado di gestirla. È un fatto con cui dobbiamo fare i conti. Oggi le cose sono cambiate e penso che si possa lavorare in modo diverso con il Mef, come la logica del Patto sta dimostrando. ■

Vito De Filippo è il nuovo sottosegretario alla Salute

Vito De Filippo (Pd), presidente della Regione Basilicata dal 2005 al 2013, prende il posto dell'uscente Paolo Fadda (Pd)

Nato a Sant'Arcangelo (Potenza), il 27 agosto 1963, De Filippo è laureato in filosofia. Diventa giornalista, collaborando con riviste e giornali locali, lavorando anche per Tele Norba. Inizia l'attività politica a 26 anni nel Consiglio Provinciale di Potenza; ricopre la carica di assessore provinciale alla Sanità e di vicepresidente della Provincia.

Dal 1990 al 1995 assume anche la Presidenza del Centro di Drammaturgia Europeo, presso l'Amministrazione Provinciale di Potenza. Nel 1995 diventa consigliere regionale della Basilicata; ricopre la carica di capogruppo e di assessore regionale all'Agricoltura. Nel 2000 è riconfermato consigliere regionale; diventa vicepresidente della Giunta Regionale e assessore regionale alla Sanità.

Dal 2002 al 2003 è capogruppo in Consiglio Regionale della Margherita e nel dicembre 2003 viene eletto presidente del Consiglio regionale della Basilicata. Ha vinto le elezioni del 17 e 18 aprile 2005, guidando una coalizione di centrosinistra, con il 67% dei voti (236.814 voti), battendo il rappresentante della lista di centrodestra "Per la Basilicata", Cosimo Latronico.

È membro dell'Assemblea Nazionale della Margherita. Nel 2007 si candida alle primarie del Partito Democratico nel collegio di Lauria in una lista a sostegno di Enrico Letta.

Nel marzo 2010, con circa il 60 % dei voti, viene riconfermato alla guida della regione Basilicata, superando Nicola Pagliuca del Pdl e Magdi Allam del movimento "Io amo la Lucania".

Il 24 aprile 2013 la Procura di Potenza arresta due Assessori regionali della Giunta De Filippo: l'Assessore al Lavoro Vincenzo Vita (Pd) e l'Assessore alla Agricoltura Rosa Mastrosimone (IdV) nonché il capo dell'opposizione in Consiglio regionale ed ex candidato presidente del centrodestra della Regione nel 2010 contro De Filippo, il capogruppo Pdl Nicola Pagliuca spiccando provvedimenti di divieto di dimora per 11 tra consiglieri ed ex consiglieri di maggioranza e opposizione per peculato nello scandalo rimborsi ai gruppi regionali che già vedeva indagati moltissimi tra nuovi e vecchi consiglieri regionali tra cui lo stesso Governatore. De Filippo, dopo gli arresti, nomina una nuova Giunta, la terza della legislatura con il compito di traghettare la Regione al voto dopo i numerosi scandali. Quindi formalizza le dimissioni. Il 19 novembre 2013 gli succede alla carica di presidente il collega di partito Marcello Pittella. Dal settembre 2013 è segretario regionale Pd Basilicata.



La sanità è tra i temi non toccati dal presidente del Consiglio Renzi nel suo discorso del 24 febbraio al Senato. Una mancanza notata da alcuni senatori (Volpi della Lega, Romano dei Popolari per l'Italia) ma rimarcata soprattutto da Emilia Grazia De Biasi, la presidente della Commissione Sanità del Senato, Pd, che ha incentrato tutto il suo intervento in Aula proprio su questa mancata citazione. Eccolo nella sua versione integrale riportata dai bollettini del Senato.

“Signor Presidente, il Presidente del Consiglio ha ringraziato giustamente gli insegnanti; io vorrei che si associasse a noi nel ringraziamento alle tantissime persone che lavorano ogni giorno nella sanità e nel welfare del nostro Paese, e lo fanno in alcuni casi in condizioni francamente preoccupanti. Io condivido quello che lei ha detto, cioè che bisogna cambiare, ma sono ancora di più d'accordo con l'idea che bisogna cambiare non conservando ma innovando, e noi abbiamo bisogno proprio in questi settori di un'innovazione di sistema.

Abbiamo a che fare non solo con un Servizio sanitario nazionale, ma con un diritto, quello alla salute, che è l'unico diritto che la Costituzione definisce come fondamentale, e con una definizione di salute, da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità, come benessere fisico e psichico delle persone. Bisogna tutelare, ma per tutelare occorre avere contezza dei cambiamenti avvenuti nel Paese e delle necessità di adeguamento, di modernizzazione, sapendo però che la sanità italiana è una buona sanità. La sanità è leva di sviluppo economico, sociale, istituzionale, culturale, e di sviluppo economico: penso al farmaco, alla ricerca, al fatto che in Italia siamo leader mondiali nella ricerca delle molecole, da siamo quasi una sede di delocalizzazione per la produzione.

In secondo luogo, basta con quel luogo comune della sanità come spreco, anche perché 30 miliardi tagliati in questi anni alla sanità ci pongono al di sotto della media europea per le spese e gli investimenti in questo settore. E allora credo che si debba passare dalla logica del taglio lineare a quella della riconversione della spesa; in una parola, come abbiamo detto al commissario Cotarelli, da qui non esce uno spillo: ogni euro risparmiato in sanità deve ritornare ad incrementare quantitativamente e qualitativamente il Servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda lo sviluppo

Il richiamo al nuovo Governo: mettere al centro la salute

De Biasi (Pd): “Vorrei che Renzi ringraziasse anche chi lavora nella sanità”

Così la presidente della Commissione Igiene e Sanità nel corso degli interventi seguiti al discorso del presidente del Consiglio in Senato per ottenere la fiducia. Un intervento tutto segnato dal richiamo al nuovo Governo a dare il massimo per il rilancio del Ssn



sociale, mi permetta di lanciare un allarme molto grande sulla non autosufficienza: a quando un piano sociosanitario per que-

ste migliaia e migliaia di persone che davvero sono abbandonate a se stesse e non riescono ad avere né nel pubblico né nel

privato la soddisfazione di quel diritto minimo alla vita quotidiana?

In terzo luogo, vorrei soffermar-

SENATORI PD A RENZI:

“Salute e benessere delle persone siano al centro dell'agenda di Governo”

Lo chiedono, a partire dalla capogruppo Nerina Dirindin, tutti i componenti democratici della Commissione Sanità del Senato che, in una nota, sottolineano anche come una “sanità che diventi volano di sviluppo” possa contribuire ai grandi obiettivi strategici di coesione sociale, di crescita e di lavoro.

“La salute è un diritto fondamentale. Il Servizio sanitario nazionale deve garantire pari opportunità, universalità, sostenibilità e sicurezza. La riforma del titolo V e la riqualificazione dei servizi regionali saranno decisivi per raggiungere tali obiettivi. Per questo Cambiare verso all'Italia significa anche mettere al centro dell'agenda politica del

nuovo Governo la salute e il benessere delle persone. Lo chiediamo al presidente incaricato Matteo Renzi e al suo nuovo governo perché siamo convinti che la sanità (così come il sociale) non siano un costo, ma una reale opportunità di sviluppo e di coesione sociale, di lavoro e di innovazione”.

La richiesta è della senatrice **Nerina Dirindin**, capogruppo del Pd in Commissione Sanità del Senato, ed è contenuta in una nota diramata il 19 febbraio scorso e sottoscritta da tutti i componenti del gruppo Pd, **Bianco, De Biasi, Granaiola, Mattesini, Maturani, Padua e Silvestro**. “Siamo consapevoli - prosegue la nota - che, soprattutto in periodi di cri-

si, integrare gli obiettivi macroeconomici e di finanza pubblica con obiettivi strategici capaci di promuovere la coesione sociale, possa rappresentare un significativo cambio di rotta per il Paese, anche per favorire la crescita e il lavoro. Una sanità che diventi volano dello sviluppo e al tempo stesso prosegua con rinnovata determinazione il processo di revisione della spesa (riconosciuto dalla Corte dei Conti fra più avanzati dell'intera pubblica amministrazione). Questo chiediamo a Renzi, certi che la sua sensibilità maturata come Sindaco di una grande città e quindi attento ai bisogni dei cittadini saprà rispondere a questa richiesta con energia e costante impegno.”

mi sullo sviluppo istituzionale e sulla riforma del Titolo V della Costituzione. Credo che con tutte le buone intenzioni di partenza, noi oggi dobbiamo però dirci che la sanità non può essere affidata a 21 «Staterelli» autonomi che non comunicano con lo Stato, con uno Stato che non comunica con loro, al di là della Conferenza Stato-Regioni.

Credo che vi sia un tema serio; la diversità dei modelli e del modo di lavorare è una ricchezza, ma la difformità è un'altra cosa, perché la difformità diventa disuguaglianza e, dato che io credo nelle pari opportunità, come ridefinizione moderna del valore dell'uguaglianza, penso che non possa essere il caso, dove si nasce o si vive, a decidere se una persona viene curata bene o male. Credo che questo sia un tema che riguarda il rapporto con il territorio, con modelli innovativi che portino al risparmio, al reinvestimento e ad una semplificazione. Ci vogliono persino 50 mesi per definire protocolli sui farmaci innovativi tra l'Agenzia nazionale del farmaco e le Agenzie regionali: 50 mesi per un farmaco innovativo significa che uno, nel frattempo, è morto. Penso allora che su questo si debba mettere mano velocemente. Per quanto riguarda lo sviluppo culturale, sono convinta che anche nella sanità e nel welfare il tenore di vita si definisca come un incrocio tra le condizioni materiali di vita, il reddito e le ambizioni sull'autonomia del proprio progetto di vita, che è la grande sfida moderna del welfare. Un welfare che ci accompagni lungo l'arco della vita e sappia produrre lavoro e qualità sociale, che sappia mettere in Rete le risorse e che si occupi delle vecchie e nuove povertà, che non sono solo materiali.

Insomma, sanità e welfare sono nella scia dello sviluppo come libertà, per dirlo con Amartya Sen. Ciò significa che almeno una parte di questo immenso compito - io mi auguro - possa essere abbracciata dal suo Governo, a cui mi appresto a dare fiducia, convinta che al centro vi sarà la promozione della libertà umana”. ■

Al via nuovo portale del Ministero "Dovesalute"

Lorenzin: "Un Tripadvisor della sanità che lancerà una rivoluzione della trasparenza"

Giovanni Rodriguez

Da oggi basterà digitare una 'parola chiave' riguardante la patologia dalla quale si è affetti, aggiungere il Cap o il luogo di residenza, e si potrà facilmente consultare l'elenco degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico dove questa viene trattata. Ma non si tratta di un mero elenco, la pagina di ogni struttura, infatti, è corredata da informazioni che vanno dai contatti alle indicazioni stradali per raggiungerla, fino ai servizi offerti e alle facilitazioni, come la presenza di un parcheggio a pagamento o la possibilità di sistemazione per i familiari. Ma la novità più rilevante è contenuta nelle ultime schede, quelle di colore giallo, nelle quali vengono indicati commenti e valutazioni. Si potrà infatti leggere le esperienze di chi ha già usufruito di queste strutture sanitarie e vedere il livello di gradimento sintetizzato in una valutazione che va da un minimo di 1 fino ad un massimo di 5 stelle. Insomma, un vero e proprio Tripadvisor della sanità. Questo, in sintesi, il contenuto del nuovo portale Dovesalute realizzato dal ministero della Salute e presentato il 3 marzo scorso a Roma nella sede del dicastero di Lungotevere Ripa.

Una rivoluzione che porterà a un "cambio culturale". Così il ministro della Salute ha presentato il portale che conterrà informazioni, servizi presenti e commenti degli utenti che hanno usufruito di una struttura sanitaria, con valutazioni da 1 a 5 stelle. "Si comincia con gli Irccs, ma la sfida è allargare l'offerta a tutto il Ssn". E sul budget per la sanità: "Ho chiesto un incontro a Padoan, c'è bisogno di certezza"

Ricordiamo che fu lo stesso ministro Lorenzin, lo scorso settembre, in un'intervista a Repubblica a lanciare l'idea dicendo: "È il momento di avere più coraggio ed essere trasparenti. Sia-

mo nell'era degli open data e le informazioni sul nostro sistema sanitario devono circolare. I dati esistono già, bisogna solo renderli consultabili da tutti". Un annuncio che non era certamente stato accolto con entusiasmo da sindacati e addetti ai lavori. Ma Lorenzin ha tenuto il punto e ha ufficialmente annunciato il lancio del Tripadvisor della sanità.

"Da oggi prende il via una rivoluzione nella trasparenza dei sistemi sanitari, è un vero cambiamento culturale, la realizzazione di quello che avevo definito 'TriAdvisor' della sanità - ha affermato Lorenzin. Si è iniziato con gli Irccs che sono vigilati dal Ministero, ma è stata lanciata la sfida alle Regioni, chiedendo che ci inviino i loro dati, così da allargare l'offerta a tutto il Servizio sanitario nazionale. Si tratta di un passo molto importante, il sistema sanitario ha realizzato per primo costi standard e ora è il turno dell'open data che vogliamo venga realizzato in tutto il Ssn".

L'obiettivo per il futuro, come ha spiegato il ministro, è quello di inserire i dati relativi non solo a tutti gli ospedali e le cliniche convenzionate, ma anche quelli riguardanti le farmacie, i laboratori analisi, i medici di famiglia e i pediatri di libera scel-

ta. "Inoltre - ha spiegato Lorenzin - il sistema si interfaccerà col Piano nazionale esiti, argomento del quale ho già parlato col presidente Bissoni ottenendo una risposta molto positiva, per consentire ai pazienti di conoscere anche gli esiti di ciascuna struttura o di un singolo reparto per una certa patologia".

Quanto poi alle valutazioni degli utenti contenute nelle ultime due schede delle pagine delle strutture contenute nel portale, il ministro ha tenuto a sottolineare che "le valutazioni riguarderanno aspetti come l'accoglienza e la gentilezza del personale della struttura, la qualità dei pasti e dell'assistenza da parte dei volontari. Da questo punto di vista, i pazienti avranno un ruolo passivo, potendo leggere i commenti degli altri utenti, e attivo, potendo lasciare un proprio commento in seguito a un ricovero o all'aver usufruito di una prestazione sanitaria". Al momento, i dati relativi ai 49 Irccs presenti sul territorio nazionale, per un totale di 60 sedi, sono disponibili in italiano e in inglese ma, ha assicurato il ministro, in futuro verranno tradotti anche in spagnolo. "Abbiamo aperto una porta importante - ha sottolineato - perché per le strutture rendersi più trasparenti significa anche rendersi più competitive".

Infine, Lorenzin ha anche spiegato di aver chiesto al nuovo ministro dell'Economia, Pier Carlo Padoan, un incontro "per sapere se le 'regole dell'ingaggio' sono sempre le stesse, perché ci vuole certezza di budget". Un incontro necessario proprio perché il ministero dell'Economia, insieme a quello della Salute e delle Regioni, è "la terza gamba" per la programmazione del Servizio sanitario nazionale. Quanto poi al Patto della Salute, dopo la sospensione dovuta al cambio di governo, si riaprirà dopo un confronto con l'Economia, "anche perché noi - ha concluso Lorenzin - abbiamo già quantificato i risparmi possibili per il nostro settore".



Salute e burocrazia: indagine della Funzione Pubblica

Per gli italiani l'accesso alle prestazioni è un incubo

La scelta del medico di base on line, la prenotazione di prestazioni sanitarie direttamente dal medico di base e la prescrizione dei farmaci per i malati cronici, le modalità di pagamento del ticket e di rilascio dei referti. Sembrano azioni semplici, ma sono delle vere e proprie imprese per gli italiani. Tanto che le hanno segnalate come terza area critica per "complicazioni burocratiche", seguita, al quarto posto, dalle procedure per i diversamente abili, contro le quali si segnalano soprattutto la ripetiti-

vità degli adempimenti, particolarmente onerosi, richiesti per il riconoscimento dell'invalidità, per il contrassegno per l'auto, per le agevolazioni fiscali, etc. A stilare la classifica delle procedure burocratiche più odiate dagli italiani è stato l'ex Ministro per la PA e la semplificazione Gianpiero D'Alia (in collaborazione con la Conferenza dei Presidenti delle Regioni, l'Anci e l'Upi), che ha lanciato una consultazione pubblica con l'obiettivo di raccogliere le indicazioni, le proposte e le priorità d'intervento sulle "100 proce-

EDURE da semplificare" per snellire il carico burocratico che pesa sui cittadini e le imprese. Dai risultati emerge che per le imprese le 5 procedure burocratiche più complicate sono: 1° Adempimenti fiscali, 2° Adempimenti e procedure in materia edilizia, 3° Autorizzazioni e inizio attività d'impresa, 4° Documentazione per gli appalti e Durc, 5° Adempimenti di sicurezza sul lavoro.

Per i cittadini, invece, la top 5 vede al primo posto gli Adempimenti fiscali, poi gli Adempimenti e procedure in materia



edilizia. Come detto, il terzo posto è occupato dagli Adempimenti per l'accesso alle prestazioni sanitarie seguiti (quarto posto) dalle Procedure per i disabili. Chiude la classifica gli Adempimenti in materia di Lavoro e previdenza.

La top ten è stata predisposta sulla base delle quasi 2000 se-

gnalazioni pervenute. Il ministero sta ora lavorando a un report dettagliato sui risultati della consultazione, ma intanto ha pubblicato sul suo sito, oltre alla classifica, "le storie, i problemi e i suggerimenti", pervenuti da cittadini e imprese nell'ambito della consultazione pubblica.

Autorizzazione e concessione, scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera. Sono le quattro macroaree in cui nascondono 360 rischi di corruzione contro cui il ministero della Salute è pronto a dichiarare guerra attraverso una serie di misure obbligatorie, cioè previste dalla legge, ad altre di iniziativa propria del ministero. Rischi e strumenti per neutralizzarli sono contenuti nel Piano triennale di prevenzione della corruzione 2013-2016 del ministero della Salute, che identifica come responsabile del piano Giuseppe Viggiano. Il piano anticorruzione, si spiega nello stesso documento, "comprende non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati dal codice penale, ma anche le situazioni in cui - a prescindere dalla rilevanza penale - sia evidente un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui essa rimanga a livello di tentativo".

Come accennato, le misure per neutralizzare o ridurre il rischio

Corruzione: il piano del Ministero per neutralizzarla

Rotazione dei dirigenti e del personale, astensione in caso di conflitti di interesse, inconfiribilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali, tutela per chi effettua segnalazioni di illeciti, Patti di integrità negli affidamenti. Sono alcune delle misure contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione del ministero della Salute



di corruzione si distinguono in "obbligatorie" e "ulteriori". Delle prime fanno parte, ad esempio, l'adozione di un Codice di comportamento e la sua diffusione; la rotazione del personale, dei dirigenti e del personale non dirigenziale; l'astensione in caso di conflitto di interesse; l'inconfiribilità e l'incompatibilità di incarichi dirigenziali; lo svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro con l'amministrazione, la formazione di commissioni, l'assegnazione agli uffici; il conferimento di incarichi dirigenziali in corso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione; la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito; la formazione; i Patti di integrità negli affidamenti; azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile; il monitoraggio dei tempi procedurali e quello dei rapporti tra amministrazioni e soggetti esterni; la trasparenza.

Le misure ulteriori invece, saranno individuate entro 3 mesi dall'approvazione del piano. Nei successivi 6 mesi tali misure saranno applicate in via sperimentale per verificare l'impatto sull'organizzazione e sull'attività di servizio, anche in base alle risorse disponibili. Concluso il periodo di sperimentazione, le misure di prevenzione saranno attuate con le eventuali correzioni necessarie. **Y**

La corruzione continua a costituire un problema per l'Europa. È un fenomeno che interessa tutti gli Stati membri e che costa all'economia europea circa 120 miliardi di euro all'anno. Ma l'Italia è tra i Paesi dove il fenomeno è più grave, tanto che la corruzione nel nostro paese vale circa 60 miliardi l'anno, pari a circa il 4% del Pil e la metà che in tutta l'Ue. Malgrado le molte misure prese negli ultimi anni dagli Stati membri, i risultati sono disomogenei e occorre fare di più a livello di prevenzione e repressione. Queste sono alcune delle conclusioni della prima relazione dell'Unione sulla lotta alla corruzione, presentata il 3 febbraio scorso dalla Commissione europea e nella quale si illustrano, per i diversi Stati membri, le misure anticorruzione esistenti, quali di queste sono efficaci, cosa si potrebbe migliorare e in che modo. Quel che è chiaro infatti, secondo l'Ue, è che contro la corruzione occorre fare di più. Come dimostrano anche i risultati di un sondaggio Eurobarometro sull'opinione degli europei riguardo alla corruzione. Dal sondaggio risulta che secondo tre quarti degli europei (76%) e ben il 97% degli italiani, la corruzione è un fenomeno dilagante e che per più della metà degli europei (56%) il livello di corruzione nel proprio paese è aumentato negli ultimi tre anni. Un europeo su dodici (8%) afferma di essere stato og-

Corruzione Europa: la sanità tra le aree più a rischio

Nella Ue persi 120 miliardi all'anno, 60 in Italia

Il dato nel 1° Rapporto della Commissione Europea sul fenomeno, "dilagante" per il 76% dei cittadini europei e per ben il 97% degli italiani. Per l'88% degli italiani la corruzione e le raccomandazioni sono spesso il modo più facile per accedere ai servizi pubblici. E se la legge anticorruzione "segna un importante passo avanti", per la Commissione Europea l'Italia deve fare di più. Le osservazioni Ue sull'Italia

getto o testimone di casi di corruzione nel corso dell'anno precedente (vedi la scheda di sintesi dei dati italiani). Occhi puntati soprattutto su alcuni settori, considerati particolarmente vulnerabili, come lo sviluppo urbano, l'edilizia e anche l'assistenza sanitaria. "La corruzione mina la fiducia dei cittadini nelle istituzioni democratiche e nello Stato di diritto, danneggia l'economia europea e priva gli Stati di un gettito fiscale particolarmente necessario. Gli Stati membri hanno fatto molto negli ultimi anni per combatterla, ma la relazione odierna mostra che è lungi dall'essere sufficiente. La relazione suggerisce alcune linee di intervento che auspico di poter seguire assieme agli Stati membri", ha commentato Cecilia Malmström, Commissaria UE

per gli Affari interni. Riguardo al nostro Paese, secondo la Commissione Ue l'adozione a novembre 2012 della legge anticorruzione ha segnato "un importante passo avanti". Sono state infatti "rafforzate le politiche di prevenzione mirate a responsabilizzare i pubblici ufficiali e la classe politica e a bilanciare l'onere della lotta al fenomeno, che attualmente ricade quasi esclusivamente sulle forze dell'ordine e sulla magistratura". Tuttavia, secondo la Commissione Ue, gli sforzi profusi dall'Italia pur "notevoli", non sono sufficienti. Nella relazione la Commissione europea suggerisce di potenziare il regime di integrità per le cariche pubbliche elettive introducendo codici etici e strumenti di rendicontazione del loro operato. Per l'Ue "l'Italia dovrebbe anche

consolidare lo strumentario giuridico e istituzionale sul finanziamento ai partiti e risolvere con la massima urgenza le carenze del regime di prescrizione". La Commissione consiglia anche di "estendere i poteri e di sviluppare la capacità dell'autorità nazionale anticorruzione in modo che possa reggere saldamente le redini del coordinamento, garantire maggiore trasparenza degli appalti pubblici e adoperarsi ulteriormente per colmare le lacune della lotta anticorruzione nel settore privato". Sono questi dunque, secondo l'Ue, gli interventi necessari per invertire una tendenza che è fortemente avvertita dai nostri cittadini. Come accennato, per il 97% degli italiani la corruzione è un fenomeno nazionale di

lagante. Peggio di noi solo la Grecia (99%). Il 42% dei nostri connazionali afferma di subire personalmente la corruzione nel quotidiano (contro una media UE del 26%). Per l'88% dei rispondenti italiani corruzione e raccomandazioni sono spesso il modo più semplice per accedere a determinati servizi pubblici (contro una media UE del 73%).

La mancanza di fiducia nelle istituzioni pubbliche risulta molto diffusa. In particolare nei confronti dei partiti politici, dei politici nazionali, regionali e locali e dei funzionari responsabili dell'aggiudicazione degli appalti pubblici e del rilascio delle licenze edilizie.

Il 92% delle imprese italiane partecipanti al sondaggio Eurobarometro 2013 sulla corruzione nel mondo imprenditoriale ritiene che favoritismi e corruzione impediscano la concorrenza commerciale in Italia (contro una media Ue del 73%), il 90% pensa che la corruzione e le raccomandazioni siano spesso il modo più facile per accedere a determinati servizi pubblici (contro una media UE del 69%), mentre per il 64% le conoscenze politiche sono l'unico modo per riuscire negli affari (contro una media UE del 47%).

Solo per il 22% degli italiani nel nostro Paese vi è un numero sufficiente di azioni penali per dissuadere le persone dalle pratiche di corruzione. **Y**

Specializzandi

Via libera al concorso unico nazionale

È partita la riforma che cambia le regole per i medici specializzandi alle scuole di specializzazione. La firma al Decreto che istituisce il concorso unico e nazionale per l'accesso alle scuole di specializzazione di Medicina è arrivata il 21 febbraio scorso subito dopo il parere favorevole del Consiglio di Stato. Un decollo in extremis annunciato via Twitter dal ministro Maria Chiara Carrozza proprio nell'ultimo giorno del suo mandato incassando il plauso dei medici specializzandi. "Una riforma storica" per l'Associazione Italiana Giovani Medici (Sigm) e il Comitato Pro Concorso Nazionale che rimuove finalmente "ogni discrezionalità ai fini dell'accesso dei medici alla formazione specialistica post laurea". Per FederSpecializzandi, la Confederazione Nazionale delle Associazioni dei Medici Specializzandi, il decreto "rappresenta l'ultima tappa di una battaglia di civiltà, iniziata molti anni fa".

Cosa cambia. La riforma - il Decreto sarà pubblicato a breve in Gazzetta Ufficiale - introduce la graduatoria nazionale per tipologia di specializzazione e valorizza il merito rimuovendo ogni forma di discrezionalità. Le regole per il concorso a graduatoria nazionale sono applicate già nell'anno accademico 2013/2014. I 120 quiz, 90 generali uguali per tutte le scuole e 30 differenziati per tipologia, saranno prodotti da esperti e verranno corretti centralmente in modo automatico. La selezione sarà supervisionata da una Commissione nazionale guidata da un presidente nominato dal ministero e comporta da docenti sorteggiati. La prova, suddivisa in due parti, verrà somministrata in più sedi (non necessariamente corrispondenti alle sedi universitarie delle scuole di specializzazione).

Per quanto riguarda la valutazione del curriculum degli studi verranno conteggiati: la media aritmetica dei voti degli esami sostenuti durante il corso di laurea; il voto di laurea (avrà peso molto limitato, ma non sarà standardizzato in percentili); esami fondamentali del corso di laurea e specifici della tipologia (fino a 5); tesi (se sperimentale e ricadente in un Ssd affine alla ti-

Il decreto che cambia le regole per l'accesso alle scuole di specializzazione è stato firmato in extremis dal Ministro Carrozza prima della fine del suo mandato. Soddisfatte le associazioni dei giovani medici che chiedono al neo Ministro Giannini di proseguire sulla strada delle riforme



Dal reperimento dei fondi per allineare i nuovi contratti di specializzazione al numero di laureati, alla programmazione di un nuovo numero di accessi fino alla riforma delle metodologie didattiche. Ecco alcune priorità che dovranno essere affrontate nei prossimi mesi

pologia di scuola); il titolo di dottorato nei Ssd della tipologia della Scuola (laddove posseduto dal candidato)

Soddisfatti i medici specializzandi. "Ringraziamo il Ministro Carrozza per avere dato il via ad una riforma epocale che innoverà ed innalzerà, attraverso l'incremento di una competitività interna al sistema, gli standard delle scuole di specializzazione di medicina - hanno affermato congiuntamente Giovani Medici (Sigm) e Comitato Pro Concorso Nazionale - questa riforma, inoltre, rappresenta un importante segnale di discontinuità culturale in seno al mondo della medicina e della sanità, va-

lorizzando il merito e rimuovendo ogni discrezionalità nella valutazione dei candidati. Siamo certi - hanno aggiunto - che tale iniziativa investirà come un'onda positiva tutti gli ambiti della sanità, anche al di fuori del contesto prettamente accademico, a cominciare dalle modalità di selezione per l'accesso ai ruoli di dirigente medico

nel Ssn e dal sistema a graduatoria per l'accesso all'assistenza primaria, alla medicina generale ed alla specialistica ambulatoriale, all'insegna di più merito e meno politica in Sanità". Un plauso è arrivato da FederSpecializzandi che invita il nuovo Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca Stefania Giannini a proseguire la strada della riforma della formazione medica pre-laurea e post-laurea iniziata dal ministro uscente Carrozza.

"L'emanazione del decreto ministeriale rappresenta l'ultima tappa di una battaglia di civiltà, iniziata molti anni fa ed accelerata nei mesi scorsi grazie alla

ampia e generosa mobilitazione degli studenti, per arrivare ad un nuovo regolamento che rispecchiasse i principi che, da sempre, FederSpecializzandi ritiene debbano essere alla base dell'accesso alle scuole di specializzazione: valorizzazione del merito, completa trasparenza del concorso, nazionalizzazione delle graduatorie, prove d'esame realmente in grado di valutare le conoscenze e le competenze degli aspiranti specializzandi" ha dichiarato la Confederazione Nazionale delle Associazioni dei Medici Specializzandi che ribadisce tuttavia l'urgenza di rendere note al più presto le fonti bibliografiche da cui verranno tratte le prove concorsuali in modo da fornire agli aspiranti specializzandi indicazioni certe circa la preparazione dell'esame nazionale.

Ma per medici specializzandi ci sono anche alcuni nodi da sciogliere per questo chiede un incontro urgente al neo Ministro Stefania Giannini. Per FederSpecializzandi occorre infatti: reperire fondi necessari per allineare il numero di nuovi contratti di specializzazione e dei posti per il corso specifico in medicina generale rispetto al numero dei laureati in medicina e chirurgia; attuare un nuovo sistema di programmazione del numero di accessi al corso di laurea in medicina e chirurgia e ai corsi di formazione post-laurea, e più in generale di tutti gli operatori che operano all'interno del Ssn, sulla base di una prospettiva di lungo corso che tenga conto del mutamento dei profili socio-demografici della popolazione e del conseguente cambiamento dei bisogni di salute e di assistenza sanitaria; una profonda riforma, oltre che delle classi e delle tipologie delle scuole di specializzazione, anche e soprattutto degli ordinamenti didattici delle stesse in modo da aggiornare i profili di conoscenze e competenze che qualificano ogni singolo profilo specialistico rispetto a quanto realmente richiesto, con una prospettiva di lungo corso, dal Ssn in cui gli specialisti sono chiamati ad operare. E ancora, una profonda riforma delle metodologie didattiche e di valutazione del conseguimento degli obiettivi formativi, il potenziamento dell'Osservatorio nazionale della formazione medica specialistica e l'equiparazione del corso specifico in medicina generale ad una scuola di specializzazione e l'equiparazione contrattuale degli specializzandi di area sanitaria ai medici in formazione specialistica. **Y**

Specializzazione: quale scuola scegliere?

In arrivo una mappa per consigliare i giovani medici

Si chiamerà MedSpecMaps-dove specializzarsi in medicina la mappa che sarà realizzata dall'Associazione Italiana Giovani Medici (Sigm) per aiutare i giovani medici a scegliere la scuola di specializzazione per la quale concorrere. La mappa, infatti, permetterà agli aspiranti medici di leggere i giudizi e i voti di gradimento che gli specializzandi e specialisti stessi hanno dato sulle scuole di specializzazione di area sanitaria che frequentano. Uno strumento di orientamento "indispensabile a seguito dell'introduzione di un sistema di accesso alle scuole di specializzazione a graduatoria nazionale", secondo il Sigm. Con l'approvazione della Legge n. 128 dell'8 novembre 2013 è stato infatti stabilito che all'esito delle prove di ammissione alle scuole di specializzazione di area medica siano formate graduatorie nazionali per tipologia di specializzazione, in base alle quali i vincitori saranno destinati, in ordine di graduatoria di merito, alle sedi prescelte. La prima parte del Progetto consiste in una survey on line rivolta a tutti gli specializzandi in atto iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria ed a tutti gli specialisti, con lo scopo di raccogliere dati sul gradimento sulla scuola di specializzazione frequentata. I dati verranno elaborati e resi fruibili, attraverso un'interfaccia userfriendly, in maniera trasparente per ciascuna scuola di specializzazione in modo da fornire un supporto agli aspiranti specializzandi. "Tale iniziativa - commentano in conclusione i Giovani Medici - si fonda sulla convinzione che, ad integrazione delle informazioni e degli indicatori istituzionali, che abbiamo peraltro già chiesto al Miur di rendere pubblici, vada garantita ai futuri specializzandi un'informazione non convenzionale ed indipendente, frutto della diretta esperienza di chi ha vissuto il momento qualificante della formazione specialistica. Invitiamo i colleghi specializzandi e specialisti ad aderire numerosi all'iniziativa".

Responsabilità solidale dell'avvocato nel caso di condanna per lite temeraria

Un possibile freno al contenzioso infondato?

La disposizione è una delle norme contenute nel disegno di legge delega di riforma del processo civile, inserito dall'ex Governo Letta nella Legge di Stabilità. Sul piede di guerra la categoria forense che, dopo lo sciopero nazionale di tre giorni a febbraio, annuncia nuove iniziative di protesta

IL CORSIVO

Il fine giustifica i mezzi?

Talvolta gli errori sono innegabili nella pratica medica ed è quindi giusto, in caso di certa e chiara negligenza, intraprendere una richiesta di risarcimento. Ma altrettanto innegabile è che una parte cospicua dell'imponente mole di azioni legali nei confronti dei sanitari sia costituita da richieste di risarcimento del tutto infondate o comunque incongrue. Pretese che originano dalla semplice insoddisfazione dei pazienti nei confronti del proprio medico, come conseguenza di una cattiva comunicazione, difficoltà di relazioni interpersonali, aspettative esagerate da una concezione miracolistica del sapere medico. Oppure, nel peggiore dei casi, da dolo e malafede. I risultati di alcune indagini condotte in ambito europeo, riportate in questo articolo, evidenziano che in circa la metà delle controversie medico-legali non viene riconosciuta alcuna indennità risarcitoria e che solo nel 33-50% dei casi si è proseguito in giudizio e/o conciliazione. E allora con quali strumenti arginare questo flusso di pretese risarcitorie (evitabili), che comportano oneri economici altissimi per la comunità oltre che per il medico che, dopo un lungo calvario umano, professionale e processuale, vede poi riconosciuta la propria innocenza?

In questo contesto assume un particolare interesse una nuova norma contenuta nel disegno di legge sul processo civile inserito dall'ex Governo Letta nella Legge di Stabilità, che prevede, in caso di lite temeraria, la responsabilità in solido tra avvocato e parte soccombente qualora abbia agito con colpa grave o mala fede. Una norma di fatto rafforzata da una pronuncia della Cassazione (2011) che ha stabilito che, ai fini del risarcimento da lite temeraria, gli eventuali danni possono essere liquidati dal giudice nella sentenza stessa.

Ma non è la sola norma contenuta nel "pacchetto giustizia" dell'ex governo Letta che ha fatto infuriare la categoria forense. Tra le norme previste dal Ddl vi è anche l'aumento del contributo unificato per l'iscrizione delle cause a ruolo (di fatto triplicato) e la possibilità che il giudice possa rimettere alle parti la scelta se richiedere la motivazione estesa ai fini della impugnazione della sentenza, previo pagamento di una quota del contributo unificato dovuto per il giudizio successivo.

Di fatto queste nuove misure, ancorché discutibili e comprensibilmente indigeste per la categoria degli avvocati, potrebbero forse essere un deterrente contro il proliferare di un contenzioso ingiustificato. Ciò detto - dando per buona la migliore intenzione del legislatore di porre un freno all'aumento sconsiderato di cause infondate - val forse la pena di porsi la domanda (e i nostri amici avvocati ci perdoneranno) se "il fine può giustificare i mezzi". Laddove, beninteso, i mezzi poi funzionino davvero.

Carlo Balbi*

Gli aspetti forensi della professione medica sono divenuti di primaria importanza, in quanto se da una parte vi è una maggiore coscienza da parte dell'individuo dei propri diritti, dall'altra si assiste all'insorgere di una serie di eccessi, per i quali, di fronte a qualunque tipo di evento avverso, si intraprende un'azione legale nei confronti dei sanitari con la speranza di ottenere un risarcimento. In molti casi è iniziato un lunghissimo "iter" giudiziario che ha comportato esosi oneri economici per la comunità ed hanno coinvolto medici che solo dopo lungo tempo si sono visti riconoscere la propria innocenza. La Corte di Cassazione ha, recentemente, riconosciuto non più di rilevanza penale la condotta medica se "all'interno dell'area segnata da Linee Guida o da pratiche mediche purché accreditate dalla Comunità Scientifica". Questa situazione si è ripercossa anche nella quotidianità della pratica clinica, in quanto, soprattutto per le categorie a maggior rischio, si è osservata una condotta riferibile a canoni di una "medicina difensiva".

"Malpractice": il quadro europeo

Talvolta gli errori sono innegabili nella pratica medica ed è quindi giusto, in caso di certa e chiara negligenza, intraprendere una richiesta di risarcimento ma spesso è la semplice insoddisfazione dei pazienti nei confronti del medico e/o una difficoltà di relazione interpersonale ad essere responsabile di una lite medico-legale medico-paziente (Hickson

GB., Patients complaints and malpractice risk: *JAMA*, 287, 2951-7; 2002).

Si è stimato che negli Usa, il costo della medicina difensiva, si aggira annualmente su circa 50 miliardi di dollari, ed inoltre, la maggior parte delle liti medico-legali non porta ad alcun pagamento risarcitorio per "malpractice" medica, mentre è solo causa di "stress" e danno di reputazione nei confronti del medico (Baicker K., Malpractice liability costs and the practice of medicine in the medicare program: *Health Affairs*, 26, 841-52; 2007).

Tale situazione, contemporaneamente agli alti costi presenti in caso di "malpractice", ha, nella realtà attuale, determinato una riluttanza, da parte dei medici, a trattare casi clinici considerati ad alto rischio (Studdert DM. Defensive medicine among high risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005; 293:2609-17;).

Una recente analisi di 885 casi di "malpractice" ostetrico-ginecologica, verificatisi in Catalogna (Spagna) tra il 1986 e il 2010, ha evidenziato come nel 33.1% dei casi la problematica riguardava il travaglio e il parto (problemi neurologici neonatali; isterectomie post-partum) ma nella maggior parte dei casi non si è riconosciuta alcuna indennità risarcitoria e solo nel 37.1% dei casi si è proseguito in un procedura giudiziaria da parte del tribunale (Gomez-Duran EL. Analysis of Obstetrics and gynecology professional liability claims in Catalonia, Spain (1986-2010). *J Forensic Leg Med* 2013; 20:442-6). Un analogo studio eseguito in un Dipartimento Universitario francese ha evidenziato che in 59 ca-



si di controversie medico-legali verificatisi tra il 1997 ed il 2010, solo nel 50% dei casi si è proseguito in giudizio e/o conciliazione (Shojai R., Litigation in Obstetrics and Gynaecology: experience of a university hospital in France; *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 42, 71-5; 2013). Da tali dati emerge come sia sempre più importante realizzare Linee Guida scritte, in modo da creare ordine e una medicina sempre più uniforme e non attaccabile da controversie medico-legali, anche se tali orientamenti potrebbero avere la limitazione di una generalizzazione non sempre applicabile ai singoli casi clinici e realtà ospedaliere.

La lite temeraria nel nuovo "pacchetto giustizia"

Da ultimo un breve ma importante cenno alla cosiddetta "lite temeraria", tra le nuove riforme del pacchetto giustizia "in materia di riforma del processo civile è prevista la responsabilità in solido tra avvocato e parte soccombente qualora abbia agito con colpa grave o mala fede". La riforma prevede la responsabilità dell'avvocato, in solido con il proprio cliente, in caso di liti temerarie; quindi gli avvocati, all'atto del conferimento dell'incarico, dovranno essere, prima ancora



che legali, giudici di se stessi, filtrando le questioni fondate da quelle manifestamente infondate. Secondo l'art. 96 c.p.c. "Se risulta che la parte soccombente ha agito o resistito in giudizio con mala fede o colpa grave, il giudice, su istanza dell'altra parte, la condanna, oltre che alle spese anche al risarcimento dei danni, che vengono liquidati d'ufficio nella sentenza". Vengono cioè risarciti gli oneri di ogni genere che l'eventuale parte lesa abbia dovuto affrontare per essere sta-

Dalla letteratura internazionale emerge come sia sempre più importante realizzare Linee Guida scritte, in modo da creare ordine e una medicina sempre più uniforme e non attaccabile da controversie medico-legali

ta costretta a contrastare l'ingiustificata iniziativa dell'avversario e/o derivanti dai disagi affrontati per effetto di tale iniziativa. **Si parla quindi, di lite temeraria, quando si agisce in giudizio con mala fede**, ossia con la consapevolezza del proprio torto o con intenti dilatori o defattori e gli eventuali danni possono essere liquidati dal giudice nella sentenza stessa. Infatti la

Corte di Cassazione nella sentenza n 17485/2011 ha stabilito che per ottenere il risarcimento da lite temeraria non è necessario dovere fornire la prova concreta del danno subito.

Nel procedimento civile la domanda di condanna ai danni per lite temeraria può essere proposta fino all'udienza di precisazione delle conclusioni (Ultima udienza prima delle fasi finali scritte e della sentenza); nel procedimento penale la richiesta di danni può essere chiesta dal difensore dell'imputato durante l'arringa finale che si svolge dopo la chiusura dell'istruttoria dibattimentale e prima della sentenza.

Magistratura Indipendente in una nota del 19/12/2013 ritiene che una eventuale responsabilità solidale del legale e della parte soccombente, in caso di lite temeraria, sia pienamente in linea con il vigente disposto di cui al terzo comma art. 96 c.p.c., che non ha natura meramente risarcitoria, bensì sanzionatoria, avendo la richiamata disposizione introdotto nell'ordinamento una forma di "danno punitivo"

diretto a scoraggiare l'abuso del processo e degli strumenti forniti dalla legge alle parti. Naturalmente l'Associazione Nazionale Forense in una sua nota ribadisce che tale norma vuole "punire" soltanto gli avvocati e definisce tale norma ingiustificata, immotivata ed inaccettabile.

* Già Professore della Clinica Ostetrica della II Università degli studi di Napoli

Fucci: "Responsabilità dei medici, necessario accelerare i lavori parlamentari"

"I dati contenuti nel rapporto Medmal sugli errori in sanità confermano che il tema della responsabilità professionale dei medici deve essere urgentemente affrontato sul piano normativo" - afferma in una nota l'on. Benedetto Fucci, deputato di Forza Italia e segretario della Commissione affari sociali della Camera. "Il calo degli infortuni e degli errori sanitari denunciati alle assicurazioni è compensato dall'aumento costante dei premi e delle richieste di risarcimento. Alcune specialità come la ginecologia, con un aumento del 2% delle richieste di risarcimento danni collegati al parto nel 2012, sono particolarmente colpite", aggiunge Fucci.

"Si tratta di una situazione sempre più complessa che, temperando i diritti dei pazienti ma anche la garanzia per il medico e per il personale sanitario di compiere il proprio delicato lavoro con serenità e senza ricorrere alla medicina difensiva, impone al Parlamento di accelerare nell'esame delle proposte di legge sulla responsabilità professionale - conclude Fucci - da ormai molti mesi nel calendario della Commissione affari sociali".

Errori in sanità: il rapporto Marsh

Risarcimenti per 1,5 mld in 9 anni. Assicurazioni più care del 16%

Calano gli errori denunciati nella sanità pubblica, che però diventano sempre più cari: sono costati 300 milioni di euro di risarcimento nel solo 2012. Ogni anno si registrano in media 61 denunce di sinistro per ospedale. I costi assicurativi sono cresciuti del 15-17%. Nel 2012 il costo medio per sinistro ha toccato il picco di 116mila euro spiegabile in parte con un leggero aumento delle richieste di risarcimento danni agli ospedali, e in parte con un aumento del 2% delle richieste di risarcimento danni collegati al parto. Ecco i dati del V rapporto Medmal sui sinistri in sanità di Marsh

Calano infortuni ed errori sanitari denunciati alle assicurazioni ma aumentano i premi e le richieste di risarcimento danno, facendo segnare una vera e propria esplosione nel 2012, complici i danni da parto e anche l'aumento di infortuni in aree che prima non ne registravano, o molto pochi, come neurochirurgia e cardiocirurgia. È questo il quadro che emerge dal V rapporto Medmal sui sinistri in sanità di Marsh, relativo a 96 Asl e aziende ospedaliere pubbliche, pre-

sentato il 25 febbraio scorso a Milano, che ha analizzato i sinistri denunciati dal 2004 al 2012. In questo arco di tempo il costo medio per sinistro è salito da 40mila a 66mila euro, con un picco registrato nel 2012, dove il valore medio del risarcimento è arrivato a 116 mila euro, quasi il doppio. In totale in nove anni sono stati pagati risarcimenti per 1,5 miliardi di euro, di cui 300 milioni solo nel 2012. "Il picco del 2012 - spiega Emanuele Patrini, healthcare risk manager di Marsh

che ha curato lo studio - è spiegabile in parte con un leggero aumento delle richieste di risarcimento danno agli ospedali, e in parte con un aumento del 2% delle richieste di risarcimento danni collegati al parto. Inoltre abbiamo registrato nel tempo l'aumento di sinistri collegati a specialità ad alto impatto come neurochirurgia, oncologia e cardiocirurgia".

Rispetto al precedente rapporto 2004-2011, si riduce leggermente la frequenza degli errori. Ogni ospedale riceve 61 ri-

chieste di risarcimento all'anno, corrispondenti a 1 sinistro ogni 10 posti letto e quasi 1,8 ogni 10 medici. "Nonostante il calo del numero dei sinistri - continua Patrini - il valore economico dei risarcimenti è stato maggiore perché i sinistri sono stati più gravi, in parte perché collegati ai parti".

L'aumento medio dei valori assicurativi registrato riguarda tutte le aree, e va dal 15,4% al 17,2% per medici, infermieri, posti letto, ricoveri. Il valore assicurativo medio è passato da 3.400 a 4.000 euro per posto letto: in termini assicurativi un medico costa in media 6.841 euro, un infermiere 2.864 euro, un ricovero 106 euro, con valori molto più alti nel centro Italia. Riguardo al numero di richieste di risarcimenti danni, al primo posto c'è il nord con il 55,4%, seguito dal centro con il 39% (14.801) e dal sud con il 6% (2298). Le specialità più a rischio sono ortopedia (13%), pronto soccorso (12,5%), chirurgia generale (10%), ostetricia e ginecologia (8%) e tra gli errori più reclamati ci sono quelli chirurgici (27%), diagnostici (19%), terapeutici (11%)

e cadute di pazienti e visitatori (10%).

Circa la strutture sanitarie coinvolte, quelle di primo livello, cioè quelle di base, hanno avuto il maggior numero di richieste danni (54,73%), seguite da quelle di secondo livello, come gli ospedali ad alta intensità di cura o ad alta specializzazione (23,46%) e gli ospedali universitari (18,8%). Molto distanziate sono le strutture specialistiche monotematiche come quelle ortopediche 1,8%, quelle materne infantili 1% e quelle oncologiche 0,23%.

I tempi per le denunce rimangono lunghi: se circa la metà delle richieste di risarcimento danni sono avanzate entro i primi 6 mesi dall'evento, molte arrivano entro due anni e alcune anche entro 6 anni. Nei nove anni esaminati dal rapporto sono state chiuse circa il 31% delle richieste danni, mentre resta aperto poco più del 45% di pratiche e il 23% è stato senza seguito. (A. L.)

Sul sito Aogoi, in allegato all'articolo il Rapporto Marsh su errori in sanità

Cassazione. Un anno di sentenze

Ecco i nuovi orientamenti sulla responsabilità penale medica

Il Decreto Balduzzi ha introdotto "novità di non poco rilievo" su cui sono "già intervenute due sentenze, quasi coeve, che hanno tracciato la strada della futura elaborazione giurisprudenziale". A sostenerlo è la Corte di Cassazione, nel Massimario fresco di pubblicazione che raccoglie i nuovi e principali orientamenti della giurisprudenza di legittimità in ambito penale derivanti dalle sentenze emesse nel corso del 2013. Tra le materie, non poteva certo mancare la sanità o, più precisamente, l'attività medico chirurgica.

La novità maggiore, secondo la Corte di Cassazione, è da individuare nel Decreto Balduzzi (n. 158 del 2012) e in particolare all'art. 3, dove si prevede che l'esercente una professione sanitaria, che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida ed a buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, non possa essere chiamato a rispondere penalmente per colpa lieve. "Si tratta di novità evidentemente di non poco rilievo, atteso che, per un verso, viene introdotta per la prima volta nell'ambito della disciplina penale dell'imputazione soggettiva la distinzione tra colpa lieve e

Publicata dall'Ufficio del Massimario la rassegna della giurisprudenza di legittimità in ambito penale nell'anno 2013. Per la sanità, centrale la distinzione tra colpa lieve e colpa grave. Novità anche sul valore delle linee guida e dei protocolli in funzione della responsabilità medica



colpa grave e, per altro verso, risultano valorizzate le linee guida e le virtuose pratiche terapeutiche, purché corroborate dal sapere scientifico", osserva la Cassazione nel Massimario. Ricordando due sentenze, "quasi coeve, che hanno tracciato la strada della futura elaborazione giuri-

sprudenziale".

La prima è Sez. IV, 29 gennaio 2013, n. 16273, "con cui la Corte affronta ex professo il tema dell'incidenza della citata nuova legge sui processi in corso, fornendo gli elementi ermeneutici per distinguere la colpa lieve dalla colpa grave e chiarendo, altre-

si, la funzione assolta dalle linee guida e dai protocolli. Evidenzia, in particolare, che le linee guida accreditate operano come direttiva scientifica per l'esercente le professioni sanitarie ma non danno luogo a norme propriamente cautelari, di talché non configurano ipotesi di colpa specifica, in ragione sia della loro varietà e del loro diverso grado di qualificazione sia per la loro natura di strumenti di indirizzo e di orientamento, privi della prescrittività propria di una regola cautelare, per quanto elastica". Dopo avere esaminato la posizione della Corte, nel Massimario si sottolinea come, secondo la stessa, il Decreto Balduzzi abbia "determinato la parziale abrogazione delle fattispecie colpose commesse dagli esercenti le professioni sanitarie e, segnatamente degli artt. 589 e 590 cod. pen.; la restrizione della portata delle incriminazioni de quibus ha avuto luogo attraverso due passaggi: l'individuazione di un'area fattuale costituita da condotte aderenti ad accreditate linee guida e l'attribuzione di rilevanza penale, in tale ambito, alle sole condotte connotate da colpa grave, poste in essere nell'attuazione in concreto delle direttive scientifiche. In altri termini, nell'indicata sfera fattuale, la regola d'imputazione soggettiva è ora quella della sola colpa grave mentre la colpa lieve è penalmente irrilevante con conseguente parziale effetto abrogativo ex art. 2 cod. pen". Quanto alla seconda sentenza, IV Sezione penale, 24 gennaio 2013, n. 11493, si afferma, invece, che la limitazione della responsabilità in caso di colpa lieve, opera soltanto per le condotte professionali conformi alle linee guida contenenti regole di perizia, ma non si estende, quindi, agli errori diagnostici connotati da negligenza o imprudenza. "Interessante - si sottolinea nel Massimario - è anche un passaggio della motivazione con cui si evidenzia che le linee guida, per avere rilevanza nell'accerta-

mento della responsabilità del medico, devono indicare standard diagnostico-terapeutici conformi alle regole dettate dalla migliore scienza medica a garanzia della salute del paziente e non devono essere ispirate ad esclusive logiche di economicità della gestione, sotto il profilo del contenimento delle spese. Se è vero, infatti, che anche le aziende sanitarie devono ispirare il proprio agire anche al contenimento dei costi ed al miglioramento dei conti - a maggior ragione in un contesto di difficoltà economica - è altresì vero che tali scelte non possono in alcun modo interferire con la cura del paziente. Nella pronuncia è chiaramente affermato che l'efficienza del bilancio può e deve essere perseguita sempre garantendo il miglior livello di cura, al fine di assicurare il quale il sanitario ha il dovere di disattendere indicazioni stringenti dal punto di vista economico che si risolvano in un pregiudizio per il paziente".

Ma i casi riguardanti l'attività medico chirurgica non si fermano qui. Tra le altre cose, con la sentenza n. 26966 del 19 aprile 2013, la Corte ha affermato che il medico, il quale compie insieme al direttore del reparto attività sanitaria e risulta pienamente al corrente delle condizioni cliniche del paziente, non può pretendere di essere sollevato da responsabilità ove ometta di differenziare la propria posizione, rendendo palesi i motivi che lo inducono a dissentire dalla decisione eventualmente presa dal direttore. Di responsabilità a titolo di cooperazione colposa si è parlato nella sentenza n. 21220 del 24 aprile 2013, che ha riconosciuto in capo al direttore responsabile di un centro sanitario privato la responsabilità, ex art. 113 cod. pen., per il delitto di lesioni colpose realizzato in danno di un paziente curato esclusivamente da un collaboratore dello studio fornito di titolo abilitante allo svolgimento dell'attività. **Y**

Pillola del giorno dopo

Sulla GU: "Non è un abortivo". Pubblicata la nuova scheda tecnica

È stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale del 4 febbraio la revisione da parte dell'Aifa della scheda tecnica della "Pillola del giorno dopo" a base di Levonorgestrel (Norlevo) che cancella la vecchia dicitura "il farmaco potrebbe anche impedire l'impianto" sostituendola con "inibisce o ritarda l'ovulazione". Una revisione che mette la parola fine a ogni dubbio sulle azioni del farmaco: la pillola del giorno dopo non è un abortivo, ma un semplice e puro contraccettivo. Un aspetto peraltro già riconosciuto dalla comunità scien-

Il nuovo "bugiardino" dell'Aifa fa definitivamente chiarezza sulla pillola a base di Levonorgestrel: "Inibisce o ritarda l'ovulazione". Una revisione che mette la parola fine a ogni dubbio sulle azioni del farmaco

tifica per la Pillola dei cinque giorni dopo. A dare l'annuncio la Smic - la Società Medica Italiana per la Contraccezione, affiliata Aogoi, da sempre attiva nell'opera di dell'informazione scientifica nel campo della riproduzione. Per Ulipristal acetato (principio attivo di ellaOne) già dal 2011 gli stampati ufficiali dichiaravano che il meccanismo di azione del farmaco era mediato

dalla inibizione dell'ovulazione. Ora anche il foglietto illustrativo del Levonorgestrel (principio attivo di Norlevo) si è adeguato. "Cade definitivamente l'appiglio che consentiva ai medici obiettori di coscienza di negare la somministrazione della contraccezione di emergenza. Si colma così un gap noto da anni a tutta la comunità scientifica - ha detto Emilio Arisi, presidente della

Smic - e si corregge una vecchia scheda tecnica che risale al 2000. Avevamo già commentato precedentemente gli aggiornamenti, anticipati dalla stampa, determinati dalla possibile non efficacia del Levonogestrel per le donne sopra gli 80 Kg di peso. Ma ora la vera novità per noi ginecologi e soprattutto per le donne è che, finalmente, in quella che potremmo chiamare la 'carta d'identità' del farmaco è stato corretto il suo 'stato civile': è un 'contraccettivo' e non un 'abortivo'".

"Troppe volte - ricorda la Smic

- alle donne è stato negato il diritto ad accedere alla contraccezione d'emergenza nascondendosi dietro la sua presunta abortività. Un atteggiamento inaccettabile, anche perché chi fa ricorso alla contraccezione d'emergenza vuole evitare di dover incorrere in un aborto".

"Siamo soddisfatti che anche il vecchio preparato si sia allineato a quanto già noto per la pillola dei cinque giorni dopo - ha aggiunto Arisi - sulla cui natura contraccettiva si era espresso anche il Consiglio Superiore di Sanità. Anche se le donne non devono dimenticare che il nuovo farmaco per la contraccezione d'emergenza a base di Ulipristal Acetato risulta funzionare di più, anche nelle prime 24 ore (cioè da subito) e anche in periodi del ciclo più a rischio rispetto al vecchio preparato a base di Levonorgestrel". **Y**

Le linee guida sono sempre uno strumento di difesa del medico?

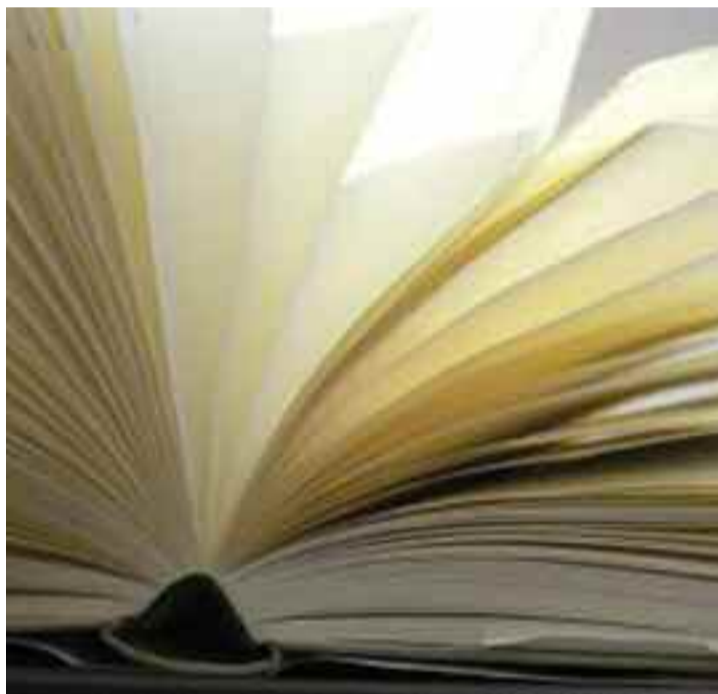
Pier Francesco Tropea

È ormai largamente noto che il cosiddetto Decreto Balduzzi, convertito nella Legge n. 189 dell'8 novembre 2012, fa preciso riferimento alle Linee guida, avendo sancito all'art. 3 comma 1 l'esclusione della responsabilità penale del medico per colpa lieve se questi, nell'adempimento della prestazione sanitaria, si è attenuto alle Linee guida e/o alle buone pratiche accreditate dalla Comunità scientifica.

Nell'immediatezza della promulgazione, la Legge Balduzzi è stata salutata con grande favore dal mondo medico, sembrando a tutti che la nuova normativa potesse rappresentare un opportuno correttivo all'aumento esponenziale delle denunce giudiziarie che negli ultimi anni hanno coinvolto i medici in sede anche penale. Una conferma di tale orientamento si è avuta a seguito di un'importante pronuncia della Corte di Cassazione la quale ha annullato con rinvio una sentenza di merito che aveva condannato penalmente un chirurgo, il cui intervento, pur seguito da un grave evento dannoso costituito dall'exitus del paziente, era stato praticato in modo tecnicamente corretto e cioè in applicazione delle Linee guida esistenti in materia. Tuttavia l'applicazione in giurisprudenza del Decreto Balduzzi si è rivelata più complessa del previsto, soprattutto in ordine alle difficoltà interpretative di tale normativa e alle conseguenti determinazioni dei giudici, spesso non consone alle aspettative dei medici chiamati in giudizio.

Rispetto al primo aspetto del problema (quello della formulazione della Legge n.189 e della sua conseguente interpretazione) è stato autorevolmente sottolineato che il predetto Decreto fa riferimento a due termini: le "Linee guida" e le "buone pratiche" apparentemente analoghi o affini ma sostanzialmente differenti, in quanto le Linee guida costituiscono, per definizione universalmente accettata, raccomandazioni di comportamento elaborate in base ai dati della letteratura scientifica, essendo considerate diverse dai "protocolli", costituenti model-

Il richiamo alle Linee guida in difesa del medico è stato escluso da una recente sentenza della Corte di Cassazione che, nelle sue motivazioni, rivolge un messaggio preciso alla classe medica: quello di non attenersi passivamente alle disposizioni dei vertici amministrativi, talvolta interessati più all'economicità della gestione che alla salvaguardia della salute del paziente



Quel che sembrava rappresentare una sorta di paravento per il medico chiamato giudizialmente a rispondere di colpa professionale, rischia di essere, se non demolito, certamente ridimensionato

li rigidi da rispettare fedelmente nella pratica dei singoli casi clinici, questi ultimi sostanzialmente sovrapponibili alle buone pratiche cliniche, più vincolanti nella loro applicazione pratica rispetto alle Linee guida le quali possono rispecchiare orientamenti di Scuola talora divergenti tra di loro.

Altro aspetto della legge Balduzzi concerne la definizione della colpa medica (lieve o grave), la cui interpretazione nello specifico rimane incerta e sostanzialmente affidata alla valutazione del Giudice, atteso che il grado della colpa è stato da sempre utilizzato, ex art. 133 c.p., come il

criterio per la determinazione della pena e non ai fini dell'accertamento del reato.

IL PRECEDENTE

Un ulteriore elemento da tener presente è relativo all'applicazione da parte del medico delle Linee guida che talvolta possono rappresentare

uno strumento di economia aziendale, prescindendo dalla loro attendibilità scientifica e dalla finalità di garantire al malato un corretto ed ottimale trattamento. In questo senso si è espressa la Corte di Cassazione (sez. IV, n. 8254, marzo 2011), disattendendo il richiamo del medico al rispetto delle Linee guida (che avevano condotto ad una precoce dimissione del paziente, successivamente deceduto), sottolineando che "nel praticare la professione il medico deve con scienza e coscienza perseguire un unico fine: la cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di

cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatigli dalla legge ed alle conseguenti, relative responsabilità".

IL CASO

Il richiamo alle Linee guida in difesa del medico è stato più recentemente escluso da una sentenza della Corte di Cassazione (Sez. IV, 24 gennaio 2013 n. 11493), le cui motivazioni meritano in questa sede di essere illustrate, in quanto concernenti un caso di encefalopatia neonatale con tetraparesi spastica conseguente ad un parto espletato per via vaginale. Infatti, alle argomentazioni offerte dal ginecologo secondo il quale la sua condotta clinica era stata conforme alle Linee guida emanate con specifica deliberazione dalla Regione cui afferiva la Struttura sanitaria in oggetto, i giudici hanno sostenuto l'inapplicabilità delle Linee guida, in quanto queste ultime riguardano e contengono solo regole di perizia e non afferiscono a profili di negligenza e di imprudenza. Inoltre la stessa Corte, a conferma della sentenza più sopra ricordata, ha precisato che "Le linee guida per avere rilevanza nell'accertamento della responsabilità del medico, devono indicare standard diagnostico-terapeutici conformi alle regole dettate dalla migliore scienza medica a garanzia della salute del paziente e, come detto, non devono essere ispirate ad esclusive logiche di economicità della gestione, sotto il profilo del contenimento delle spese, in contrasto con le esigenze di cura del paziente".

Un messaggio preciso, questo, rivolto alla classe sanitaria che viene sollecitata a non attenersi passivamente alle disposizioni dei vertici amministrativi della Struttura, interessati più all'economicità della gestione che alla salvaguardia della salute del paziente, alla cui protezione deve essere in ogni caso rivolto ogni sforzo da parte del medico.

In sostanza, quel che sembrava (nel caso delle Linee guida) una sorta di paravento per il medico chiamato giudizialmente a rispondere di colpa professionale, rischia di essere, se non demolito, certamente ridimensionato nei suoi aspetti protettivi nei confronti degli esercenti la professione sanitaria.

Dunque, un tunnel del quale, nonostante le numerose iniziative legislative e le lodevoli e forti pressioni dei sindacati medici, non si riesce ad intravedere la via d'uscita. **Y**

Orario lavoro sanitari

Italia deferita per mancato recepimento della direttiva europea

La Commissione europea ha deciso di deferire l'Italia alla Corte di giustizia UE in quanto "diversi diritti fondamentali come il limite di 48 ore stabilito per l'orario lavorativo settimanale medio e il diritto a periodi minimi giornalieri di riposo di 11 ore consecutive, non si applicano ai dirigenti operanti nel Ssn"



Dopo aver inviato all'Italia lo scorso maggio un "parere motivato" in cui si chiedeva di adottare le misure necessarie per assicurare che la legislazione nazionale ottemperasse alla direttiva europea sull'orario di lavoro dei medici operanti nel servizio sanitario pubblico, il 20 febbraio scorso la Commissione europea ha deciso di deferire il nostro Paese alla Corte di giustizia dell'Unione europea. Come ha spiegato la Commissione, in Italia "diversi diritti fondamentali contenuti nella direttiva sull'orario di lavoro, come il limite di 48 ore stabilito per l'orario lavorativo settimanale medio e il diritto a periodi minimi giornalieri di riposo di 11 ore consecutive, non si applicano ai dirigenti operanti nel servizio sanitario nazionale". La direttiva, infatti, non consente agli Stati membri di escludere "i dirigenti o le altre persone aventi potere di decisione autonomo" dal godimento di tali diritti. Tuttavia, i medici attivi nel servizio sanitario pubblico italiano sono formalmente classificati quali "dirigenti", senza necessariamente godere delle prerogative o dell'autonomia dirigenziali durante il loro orario di lavoro. Inoltre, secondo Bruxelles, "la normativa italiana contiene altre disposizioni e regole che escludono i lavoratori del servizio sanitario nazionale dal diritto di riposo giornaliero e settimanale minimo".

FONDAZIONE CONFALONIERI RAGONESE

Fabio Sirimarco è il nuovo presidente

Fabio Sirimarco, direttore dell'Unità Operativa a Struttura Complessa di Ginecologia e Ostetricia A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli, succede a Gian Paolo Mandruzzato alla guida della Fondazione Confalonieri Ragonese.

Su mandato dell'Aogoi, il nuovo Presidente sarà affiancato dal Vicepresidente Yoram Meir e dai Consiglieri Cristofaro De Stefano, Fabio Parazzini, Antonio Ragusa, Anita Regalia ed Enrico Vizza.

L'obiettivo del nuovo Consiglio di Amministrazione è quello di rilanciare l'attività della Fondazione e, soprattutto, di rendere più fruibile il ricco materiale scientifico che in questi anni è stato prodotto dalla Fondazione, grazie anche all'impegno del Prof. Mandruzzato.

A tal fine il presidente Sirimarco informa gli associati che, in occasione del IV Corso Interattivo di Ostetricia e Ginecologia che si terrà a Capri dal 15 al 17 Maggio p.v., presenterà la sua road map che prevede la tanto attesa elaborazione di nuove Linee Guida Sigo Aogoi Agui. La "disseminazione" e "implementazione" di questi preziosi documenti "sistematicamente sviluppati per assistere i medici nell'assumere decisioni relative a cure appropriate per le pazienti in specifiche circostanze"

Sirimarco, dopo aver ricoperto numerosi incarichi in seno alla Sigo e all'Aogoi, succede a Giampaolo Mandruzzato alla guida della Fondazione



ze" si è spesso rivelata sottoutilizzata. La promozione e la diffusione, il più estesa possibile,

di Linee Guida condivise rappresenta dunque la vera sfida di tutte le Società Scientifiche. **Y**

► Segue da pagina 10

Medici contro avvocati: "Siete avvoltoi". E si minacciano querele

ufficiale, l'avvocato Francesco Lauri, presidente di Osservatorio Sanità, associazione di avvocati e medici legali impegnata a tutela dei cittadini che hanno subito danni da errate prestazioni mediche, aveva messo le mani avanti: "annunciamo immediata querela che sarà depositata presso la procura della Repubblica di Roma qualora lo spot risultasse lesivo della dignità professionale forense". Annuncio poi rientrato: "è uno spot mesto e comico al tempo stesso, lugubre e comunicativamente errato, avrà solo l'effetto di rinforzare il messaggio negativo nei confronti della sanità italiana perché dove

ci sono avvoltoi, lì ci sono cadaveri... Da parte nostra, non ci sarà alcun esposto o denuncia, ma, accettati il presidente Amami un consiglio: cambi pubblicitario ed approfondisca una materia assai insidiosa come l'etologia". Il giorno dopo la presentazione e pubblicazione dello spot ad intervenire è il Consiglio nazionale forense (Cnf) annunciando una "formale diffida" volta ad ottenere il ritiro, dal web e da ogni altro canale, dello spot Medici-Pazienti-Avvoltoi. "Allo spot in questione spiega la nota del Cnf - è stato dedicato un ampio servizio nella edizione delle 20.00 del Tg5, secondo cui lo spot prodotto da Amami deve ritenersi riferibile agli avvocati, affermazione che ad ora non risulta smentita. Nel contempo, il Cnf ha chiesto al Ministro della Salute

di prendere immediatamente le distanze dallo spot presentato in un convegno dallo stesso patrocinato, e dunque sotto la sua responsabilità, e di assumere tutte le iniziative necessarie ad affermare la propria estraneità e non condivisione di tale iniziativa pubblicitaria". Poi è la volta dell'Unione delle Camere penali, altro organismo di rappresentanza degli avvocati, che definisce lo spot "più stupido e volgare di quello al quale intendeva rispondere". Dopo le proteste e la diffida annunciata dal Consiglio nazionale forense infine arriva la controreplica di Amami: "chiediamo scusa agli avvoltoi. Alcune categorie professionali si sono sentite offese dallo spot "Medici, pazienti e avvoltoi", diffidandoci e minacciando querele. Colpisce

L'uomo nuovo della Fondazione

di Carlo Sbiroli

Fabio Sirimarco è diventato il nuovo presidente della Fondazione Confalonieri-Ragonese.

Vuole giocare la carta del cambiamento. Ci riuscirà?

Fabio Sirimarco è l'esatto opposto di Giampaolo Mandruzzato sul piano caratteriale e formale. Ambedue hanno bruciato le tappe del cursus honorum della carriera ospedaliera. Ambedue hanno lavorato molto e dato lustro all'Aogoi.

Fabio giunge alla Fondazione dopo una lunga serie d'incarichi in Aogoi e Sigo. Gioca la carta del cambiamento. Si presenta come l'uomo nuovo alla guida della Fondazione per trasformarla nel vero "braccio scientifico" dell'Aogoi. Ci riuscirà?

Certamente è un ottimo organizzatore. Basti pensare ai corsi pratici di chirurgia sull'animale organizzati, fino a qualche anno fa, allo stabulario del Cardarelli a Napoli. E quelli più recenti, interattivi, su "argomenti sensibili" di ostetricia e ginecologia che ogni anno con estrema precisione allestisce a Capri. Conosce perfettamente le profonde radici della ginecologia italiana e le sue inadeguatezze. Sa tutto dei meccanismi e delle incomprensibili carenze di acculturamento di molti nostri ospedali. L'Aogoi lo chiama a dirigere la Fondazione in un momento di grave crisi economica. Questo costituisce un grosso ostacolo sul piano organizzativo e nella normale gestione di una "macchina" complessa, come la Fondazione. Avrebbe bisogno di più risorse per poter funzionare al meglio. Ma intanto bisogna pur cominciare. Sa che c'è molto da fare, come si è sentito ripetere molte volte nell'ultimo direttivo Aogoi di Milano. L'elaborazione delle tanto attese nuove Linee (di) Guida Sigo-Aogoi-Agui che da anni i soci Aogoi attendono; l'attivazione dei corsi regionali di aggiornamento che l'Aogoi ha programmato per quest'anno; l'utilizzo della Rivista di ostetricia e di una parte del sito web quali mezzi per raggiungere più facilmente gli ospedali periferici, sono solo alcuni dei compiti che l'aspettano e che mostrano urgenza di realizzazione.

È circondato da una valida équipe: da un tenace vicepresidente e da bravissimi consiglieri, leader nei diversi campi dell'ostetricia e ginecologia. Capaci di dare continuità al lavoro portato avanti per anni da Giampaolo Mandruzzato con grande dedizione.

Fabio Sirimarco vuole incarnare una figura nuova di presidente della Fondazione: disinibita, pragmatica, innovativa. Ha cura della sua immagine disinvolta e utilizza (sapientemente) un linguaggio giovanile o comunque alternativo. Il paradosso sta nel fatto che, al di là delle differenze personali e caratteriali, Sirimarco deve fare i conti con sfide analoghe a quelle fatte da Mandruzzato: le tre sfide che ogni presidente della Fondazione si trova ad affrontare quando va alla presidenza. Innanzitutto come gestire il vasto materiale delle linee guida, sempre esposte al sospetto di scarsa competenza. In secondo luogo quale metodo adottare; come collaborare con gli universitari. E infine, come dare slancio all'Aogoi in crisi di ispirazione in campo scientifico. Fabio sarà capace di raccogliere queste sfide nel modo più efficace? Ai posteri l'ardua sentenza.

pensare che per alcuni il messaggio fosse loro indirizzato. Amami non ritiene che gli avvoltoi della malasanità appartengano a uno specifico ordine professionale. Ce ne sono alcuni tra i medici, tra gli avvocati, tra i giornalisti e molti altri per i quali non è ancora stato inventato un ordine professionale. "Lanciamo invece la proposta, a tutti gli Ordini professionali, di costruire insieme un Osservatorio per smascherare gli avvoltoi della malasanità". Infine l'ultima presa di posizione, quella dell'Associazione Italiana Chirurgia Plastica Estetica (Aicpe), a sostegno dello spot Amami: "L'intento del messaggio pubblicitario è denunciare l'attività di una serie di persone che operano in diverse categorie, approfittando dei pazienti per ricavarne profitto.

Quello che si vuole condannare quindi non è una particolare categoria professionale, ma un comportamento che è, purtroppo, trasversale. È erroneo quindi identificare gli avvoltoi dello spot con gli avvocati" afferma il vice-presidente dell'Aicpe Mario Pelle Ceravolo. "Ci sono due diritti importanti da difendere - conclude Cerravolo - quello dei pazienti, che devono essere curati da medici responsabili e conservare il proprio diritto ad ottenere la migliore qualità della cura, e quello dei medici, che devono essere posti nelle condizioni di esercitare la propria professione con coscienza e tranquillità senza avvoltoi intorno che possano disturbare ed inquinare il rapporto medico-paziente". Questa la cronaca al 28 febbraio, ma sarà finita qui? **Y**

AIO

Il processo di cura in ginecologia: le ostetriche ci sono

Fabrizio Perillo,
Chiara Ricchelli e coll.

Azienda Ospedaliera
di Desenzano del Garda

L'Ostetrica è la figura professionale che, a partire dalla formazione universitaria di base, possiede competenze specifiche nell'erogazione dell'assistenza alla donna in tutte le fasi del ciclo vitale, a maggior ragione in quelle – come nei momenti correlati ad un intervento/trattamento ginecologico - in cui la donna necessita di un'assistenza dedicata, fornita da personale competente in area ginecologica.

Il Codice Deontologico dell'Ostetrica/o e il Profilo Professionale dell'Ostetrica affermano: "L'ostetrica/o è il professionista sanitario abilitato e responsabile dell'assistenza ostetrica, ginecologica e neonatale"; [...] sulla base delle competenze acquisite in ambito ginecologico, orienta il proprio operato a favore della continuità e della qualità dell'assistenza; partecipa alle procedure diagnostico-terapeutiche e sostiene in modo attivo il percorso di salute della donna", "[...] orienta la sua azione e la sua assistenza individuando e attivando le risorse e le competenze della donna in tutte le sue fasi vitali al fine di favorire e valorizzare la sua partecipazione attiva ai programmi diagnostici e terapeutici"; [...] per quanto di sua competenza, partecipa: [...] alla preparazione e all'assistenza ad interventi ginecologici": sono soltanto alcuni dei riferimenti normativi che definiscono la figura professionale dell'ostetrica e la vanno a collocare a pieno titolo tra le figure professionali coinvolte nell'assistenza ginecologica.

L'Associazione Italiana di Ostetricia si è mostrata sin dalla sua fondazione un punto di ritrovo e, al contempo, un punto di partenza e di stimolo nella promozione dell'inserimento di personale ostetrico nel percorso di cura in ginecologia; tramite i suoi principi-guida ha infatti garantito negli anni il confronto tra Ostetriche e specialisti Ginecologi, la promozione della cul-

La realtà del Presidio di Desenzano del Garda, anche grazie alle numerose ostetriche che hanno scelto di aderire all'Aio, si rivela da anni in linea con quanto espresso e raccomandato dalle normative di riferimento.

Ecco la nostra esperienza

tura dell'equipe di assistenza che prende in carico la donna e della diffusione delle Linee Guida, allo scopo di implementare la qualità dell'assistenza erogata, aspetti cardine di un efficace processo di cura in ginecologia, che l'ostetrica sa garantire. Il ruolo dell'Associazione risulta particolarmente prezioso e determinante in questi ultimi anni nei quali l'ostetrica ha assunto una collocazione "nuova" e pertinente al proprio Profilo in ambito ginecologico.

Chi potrebbe comprendere a fondo la patologia ginecologica meglio dell'ostetrica la quale, per definizione e formazione, è la figura che nel suo agire professionale riconosce, tutela e promuove la salute e la fisiologia della donna?

Ogni intervento relativo al processo di cura in ginecologia si rivela in effetti un'azione lesiva della femminilità, indipendente-

mente dal grado di invasività dell'intervento stesso; ai fini di un'assistenza alla persona in toto, che sempre deve guidare l'agire degli operatori sanitari, in ginecologia risulta prioritaria l'erogazione dell'assistenza da parte di una figura che sappia sostenere la donna, mettendo in atto le competenze peculiari che possiede per definizione professionale e per formazione.

L'ostetrica, in equipe con gli specialisti ginecologi, partecipa attivamente al processo della presa in carico della donna nella sua interezza

La realtà del Presidio di Desenzano del Garda, anche grazie alle numerose ostetriche che hanno scelto di aderire all'Aio, si rivela da anni in linea con quanto espresso e raccomandato dalle normative di riferimento: l'ostetrica, in equipe con gli specialisti ginecologi, partecipa attivamente al processo della presa in carico della donna nella sua interezza, dalla pre-ospedalizzazione/pre-ricovero, con un riguardo particolare per i colloqui nelle pre-ospedalizzazioni per la tutela della privacy degli utenti, fino alla dimissione.

Con un processo terapeutico fondato sulle Linee Guida più recenti, viene attuato un approccio chirurgico mininvasivo, attraverso tecniche laparoscopiche nel 90% delle utenze, anche in caso di patologia neoplastica di grado avanzato; dal punto di vista prettamente assistenziale, vengono promosse l'igiene e la mobilitazione precoce delle donne nelle prime ore del postoperatorio e, grazie alla continuità assistenziale garantita dalla presa in carico della donna da parte dell'ostetrica, vengono dedicati momenti per la corretta gestione di CVP, cateteri vescicali e drenaggi chirurgici, in base alle necessità terapeutiche individuali.

L'assistenza immediatamente post-chirurgica viene garantita secondo l'osservanza dei principi guida dell'"Ospedale senza dolore", al quale l'Azienda Ospedaliera ha aderito; dopo il risveglio protetto dall'intervento, la donna viene stabilizzata – anche dal punto di vista della percezione del dolore - e viene affidata al personale ostetrico a partire dal Blocco Operatorio, con la cura di valutare frequentemente il VNS (scala numerica verbale). Durante la degenza l'ostetrica ha totalmente in carico l'aspetto assistenziale e terapeutico del processo di cura, sostiene e consiglia la donna nel percorso di accettazione dell'intervento/trattamento ginecologico subito e,

in definitiva, attua piani di cura personalizzati e fondati sulle esigenze della singola donna che ha in carico; utilizza, in supporto al suo agire, strumenti – quali i consensi informati e informative ad hoc - fondamentali per la tutela della donna come persona, della quale riconosce la capacità di effettuare scelte informate. Si occupa, a completamento del processo di cura, dell'assistenza alla donna in vista della dimissione e del rientro a domicilio: fornisce informazioni sul decorso post-intervento, offre indicazioni circa il prosieguo terapeutico a domicilio, orientando ogni sua azione alla promozione dell'autonomia della donna stessa, al fine di renderla consapevole del processo di cura avvenuto. L'ostetrica garantisce poi, in equipe con il coordinatore e gli specialisti ginecologi dedicati, il follow-up per le donne trattate per patologie oncologiche e/o per le situazioni meritevoli di dimissione protetta.

Inoltre, è stato approvato per il 2014 il progetto interno al Presidio di attribuire alle ostetriche la totale gestione della prevenzione del carcinoma della cervice e delle malattie sessualmente trasmissibili, attraverso un ambulatorio ostetrico dedicato, che andrà a completare le occasioni di incontro dell'ostetrica con le donne, in piena linea con le normative di riferimento.

Nell'ottica del miglioramento delle prestazioni offerte, le criticità assistenziali nella definizione delle priorità del processo di cura sono costantemente motivo di audit per la ricerca di azioni correttive e migliorative, a tutela delle donne e delle professioniste ostetriche durante le cure.

Concludendo, dalla customer satisfaction, è emerso a più riprese che le donne hanno apprezzato l'erogazione delle cure durante la degenza da parte delle ostetriche, ritenute le figure più competenti e appropriate, insieme ai ginecologi, nell'erogazione delle cure ginecologiche. I risultati sono stati ottenuti grazie alla sinergia tra i coordinatori ostetrici della Sala Parto e del reparto di Ginecologia-Ostetrica, che hanno reso attuabile il percorso formativo offerto alle ostetriche dell'Azienda, avviato sia in corsia e che in Sala Parto, al fine di implementare quotidianamente le competenze ostetriche possedute e, in definitiva, la qualità dell'assistenza erogata. Sostegno alla donna, qualità e continuità dell'assistenza... Le ostetriche in ginecologia ci sono! **Y**



La vaginosi batterica

Novità terapeutiche in tema di infezioni vaginali

Le infezioni cervico-vaginali comprendono un ampio spettro di quadri clinici con differente eziopatogenesi a prevalente trasmissione sessuale che incidono negativamente sulla qualità di vita della coppia e che possono comportare sequele, anche gravi, sulla fertilità e sul

prodotto del concepimento. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene che ogni anno circa 500 milioni di donne nel mondo si ammalano di infezioni vaginali e nei paesi occidentali dal 40 al 60% delle donne che richiedono consulenza ginecologica per questa patologia presenta una vaginosi

batterica, spesso in co-morbilità con altre infezioni vaginali. La vulvo-vaginite da Candida è la seconda infezione per frequenza, interessando mediamente il 20-30% delle donne che richiedono consulenza ginecologica per alterazioni dell'ecosistema vaginale.

può essere isolata nel 50% delle donne asintomatiche.

IL TRATTAMENTO

Gli obiettivi del trattamento sono: la rapida risoluzione dei sintomi, l'eradicazione dei microrganismi coinvolti con il ripristino dell'ecosistema vaginale e la riduzione delle recidive, problema cardine nelle VB; per questo è importante la modifica degli stili di vita cercando di eliminare, quando possibile, i fattori di rischio.

La terapia antibiotica rappresenta il trattamento più utilizzato nelle VB: le Linee Guida internazionali del Center for Disease Control and Prevention (CDC) suggeriscono clindamicina e metronidazolo, utilizzati sia per uso topico che sistemico, secondo gli schemi posologici indicati nel box a fianco.

L'uso dei suddetti schemi posologici si è dimostrato molto efficace ai fini della risoluzione della sintomatologia, con una percentuale di guarigione del 71%-89% nel mese successivo al trattamento, ma sono frequenti le recidive, le pazienti "non responder" (il batterio *Atopobium vaginae*, presente nel 50% delle VB, è resistente al metronidazolo), l'antibiotico-resistenza e le candidiasi post-trattamento (fino al 20% di superinfezioni da candida dopo trattamento con clindamicina).

Gli antisettici sembrano essere efficaci in termini di cura della VB anche quando sono usati in sostituzione degli antibiotici, come può avvenire nei trattamenti cronici ripetuti oppure se si è sviluppata antibiotico-resistenza. I più utilizzati sono a base di clorexidina (ovuli), povidone ioduro (lavande), perossido d'idrogeno. Servono ancora dati sulla sicurezza e sugli effetti collaterali, come il bruciore e l'irritazione vaginale, riportati con l'uso di alcuni antisettici (perossido d'idrogeno, clorexidina).

L'uso di probiotici sembra promettente nel trattamento della VB pur in presenza di risultati contrastanti. Secondo una recente Cochrane i dati



La vaginosi batterica in gravidanza coinvolge il 9-23% delle donne e alcuni studi ne documentano un aumento di aborto spontaneo, parto pretermine, corionamnionite, rottura prematura delle membrane ed endometrite post partum

Maurizio Silvestri

Dirigente di I livello
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
Presidio Ospedaliero Spoleto

La vaginosi batterica (VB) è una condizione di polimicrobismo nella quale la normale flora batterica vaginale, composta prevalentemente da lattobacilli produttori di H₂O₂, è sopraffatta dallo sviluppo di anaerobi quali *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides species*, *Atopobium vaginae*, *Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Mycoplasma hominis*, con conseguente aumento del pH in assenza di floso vaginali.

Si presenta con maggiore frequenza in donne con disagio socio-economico, basso livello di istruzione, segni di

stress cronico, BMI >25, con alterazioni ormonali come la policistosi ovarica ed il diabete o con altre malattie sistemiche. La frequentazione di piscine e di toilette pubbliche, l'uso di biancheria sintetica, le irrigazioni vaginali e inoltre il fumo di sigaretta ne rappresentano fattori favorenti. È correlata all'attività sessuale, essendo più frequente in donne sessualmente attive e con rapporti sessuali frequenti, infatti lo sperma, modificando il pH della vagina, la rende ostile allo sviluppo dei lattobacilli. La VB, rientrando fra le malattie infettive della vagina a trasmissione non sessuale, non ottiene effetti benefici in termini di prevenzione delle recidive e delle ricadute con il trattamento del partner.

La terapia antibiotica prolun-

gata rappresenta un fattore di rischio di questa infezione, mentre ancora controverso è il ruolo favorente della pillola estroprogestinica o protettivo del condom.

L'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DELLA VB

Il principale sintomo è la secrezione maleodorante, dovuta alla volatilizzazione delle ammine prodotte dal metabolismo dei batteri anerobi e che, interferendo negativamente con la vita sociale e sessuale della donna, ne giustifica la richiesta di cure immediate.

La VB è associata alla malattia infiammatoria pelvica e all'endometrite successiva a procedure invasive (biopsia endometriale, isteroscopia, isterosalpingografia, inserzione di IUD).

In gravidanza coinvolge dal 9 al 23% delle donne, e alcuni studi ne documentano un aumento di aborto spontaneo, parto pretermine, corionamnionite, rottura prematura delle membrane ed endometrite post partum. Se tempestivamente diagnosticata e opportunamente trattata è risolvibile in tempi brevi senza importanti sequele. Le perdite vaginali bianche, maleodoranti, omogenee, che ricoprono le pareti vaginali, ci aiutano nell'inquadramento diagnostico, inoltre durante la visita possiamo eseguire valutazioni immediate che ci orientano nella diagnosi, come la misurazione del pH vaginale ed il "fishy odor test" (o "amine-test"). Gli esami colturali sono scarsamente specifici: la *Gardnerella vaginalis*, ad esempio,

Se tempestivamente diagnosticata e opportunamente trattata la VB è risolvibile in tempi brevi senza importanti sequele



tamento, indicano l'assenza di controindicazioni all'utilizzo del dequalinio cloruro in gravidanza oppure durante l'allattamento, ciò anche per il ridotto assorbimento sistemico del farmaco quando viene applicato in vagina.

La tollerabilità del prodotto è buona, i rari effetti collaterali segnalati sono: perdite vaginali, prurito ed eritema, sporadicamente ulcerazioni vaginali.

In conclusione: diversi studi clinici dimostrano che il dequalinio cloruro rappresenta una novità terapeutica in tema di vaginosi batterica, ma anche nelle

infezioni vaginali in generale, a seguito del suo ampio spettro d'azione, maggiore di altri prodotti presenti sul mercato. In particolare è dimostrata la grande attività nei confronti dell'*Atopobium vaginae* (anaerobio gram + presente nel 50% delle VB), che invece non è sensibile al metronidazolo. Il fallimento terapeutico di quest'ultimo, rappresentato da recidive e da pazienti non rispondenti al-

la terapia, è dovuto principalmente alla presenza dell'*Atopobium vaginae*.

L'efficacia terapeutica rende il dequalinio cloruro paragonabile alla clindamicina, rispetto alla quale però ha un più rapido ripristino della normale flora lattobacillare vaginale e quindi del pH, inoltre una minore incidenza delle superinfezioni da candida che si presentano con una certa frequenza dopo tratta-

mento della VB con clindamicina crema vaginale al 2%. Il farmaco è utilizzabile con sicurezza durante la gravidanza (unica limitazione non usarlo entro le 12 ore precedenti il parto per ridurre al minimo l'esposizione del neonato) e l'allattamento. I dati sulla sicurezza del metronidazolo in gravidanza sono contraddittori, motivo per cui il suo uso è controindicato; essendo poi secreto nel latte materno in concentrazioni significative anche quando viene somministrato per vie differenti da quella orale, è sconsigliato anche durante l'allattamento. La clindamicina non è raccomandata nel primo trimestre di gravidanza, ma può essere somministrata nel 2° e 3° trimestre. Non è noto se la clindamicina applicata per via vaginale venga escreta nel latte materno; è invece dimostrata tale presenza dopo somministrazione orale o parenterale. È opportuno, pertanto, valutare accuratamente il rapporto beneficio/rischio quando viene somministrata durante l'allattamento.

In sintesi si può affermare che da studi clinici recenti risulta chiaro che il dequalinio cloruro rappresenta una importante novità terapeutica nell'ambito delle infezioni vaginali nel loro complesso. **Y**

I regimi di trattamento raccomandati dai Centers of Disease Control and Prevention (CDC)

Metronidazolo orale 500mg	2 volte al dì per 7 gg
<i>oppure</i>	
Metronidazolo gel 0.75%	1 applicazione (5g) in vagina per 5 gg
Clindamicina crema 2%	1 applicazione (5g) in vagina per 7 gg, (non è il farmaco di prima scelta perché meno efficace e più costoso)
In alternativa:	
Metronidazolo* orale 2g	in singola dose
<i>oppure</i>	
Clindamicina orale 300mg	2 volte al dì per 7gg
<i>oppure</i>	
Clindamicina ovuli 100mg	1 ovulo in vagina per tre giorni

*L'asterisco segnala il trattamento farmacologico con il miglior rapporto costo-efficacia

Fonte: Centers for Disease and Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR 2006;55(RR11):1-94

non mostrano evidenze certe per la loro raccomandazione, anche se appare interessante la loro associazione con il metronidazolo nella riduzione delle recidive.

L'eziologia polimicrobica, l'epidemiologia, le complicanze ostetriche e ginecologiche e l'elevato tasso di ricorrenza dopo trattamento, sono da stimolo per la ricerca di nuovi farmaci per il trattamento della VB.

UNA NOVITÀ TERAPEUTICA

Recentemente è stato proposto un antisettico appartenente alla classe dei composti dell'ammonio quaternario, il dequalinio cloruro, un nuovo antiinfettivo topico con ampio spettro d'azione nei confronti dei principali patogeni responsabili delle infezioni vaginali quali Gram+ aerobi, Gram- aerobi, molti batteri anaerobi, miceti (*Candida* spp.) ed alcuni protozoi (*Trichomonas*). Tale preparato possiede inoltre una documentata

efficacia clinica ed un buon profilo di tollerabilità e sicurezza che lo rende utilizzabile anche in gravidanza e durante l'allattamento.

L'ampio spettro d'azione, maggiore di molti antibiotici, deriva dalla peculiarità di utilizzare molteplici modalità d'attacco ai patogeni, ciò conferisce al farmaco una rapida attività battericida ed impedisce la creazione di ceppi batterici resistenti. Il dequalinio cloruro, infatti, determina la morte delle cellule batteriche sia incrementandone la permeabilità con conseguente perdita di enzimi, che penetrando nella cellula e denaturando direttamente gli enzimi deputati ad alcune essenziali reazioni metaboliche (metabolismo del glucosio, sintesi dell'ATP mitocondriale, sintesi proteica a livello ribosomiale, legame col DNA).

Il dequalinio cloruro è commercializzato in compresse vaginali e la posologia consigliata è di 1 cpr/die per 6 giorni. La

remissione della sintomatologia avviene solitamente entro 24-72 ore dopo la prima applicazione, ma è necessario completare il trattamento anche dopo la scomparsa dei disagi soggettivi: la letteratura riporta che una terapia inferiore a sei giorni provoca frequentemente una recidiva sostenuta dall'*Atopobium vaginae*, riscontrato in alte concentrazioni nelle VB insieme alla *Gardnerella vaginalis*.

In uno studio randomizzato multicentrico internazionale che ha coinvolto 15 centri specialistici, per un totale di 321 donne arruolate con diagnosi certa di VB, è stato confrontato l'uso del dequalinio cloruro (1 compressa vaginale da 10 mg/die x 6 giorni: 164 donne) con clindamicina (5 g. crema vaginale al 2% /die x 7 giorni: 157 donne). I due trattamenti si sono rivelati ugualmente efficaci con una leggera superiorità terapeutica per il gruppo trattato con il dequalinio cloruro, dove si è riscontrato un tempo più breve di ripristino dell'ambiente vaginale fisiologico, ma soprattutto un'evidente minore incidenza di candidosi post-trattamento.

Quattro studi clinici, condotti su 181 donne gravide o in allat-

Il dequalinio cloruro è un nuovo antiinfettivo topico con ampio spettro d'azione nei confronti dei principali patogeni responsabili delle infezioni vaginali. Diversi studi clinici dimostrano che rappresenta una novità terapeutica in tema di vaginosi batterica, ma anche nelle infezioni vaginali nel loro complesso

Per saperne di più

- Centers for Disease and Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR 2006;55(RR11):1-94
- Nygren P, Fu R, Freeman M, Bougatsos C, Guise JM. Screening and Treatment for Bacterial Vaginosis in Pregnancy: Systematic Review to Update the 2001 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Evidence Synthesis No. 57. AHRQ Publication No. 08-05106-EF-1. Rockville, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; January 2008
- McDonald H, Brocklehurst P, Parsons J. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care - Routine care for the healthy pregnant woman. 2nd edition (2008 update)
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Assessment of risk factors for preterm birth - Clinical management guidelines for obstetrician gynecologists. No 31. Obstet Gynecol 2001;98:709-16
- British Association for Sexual Health and HIV and the Clinical Effectiveness Group. Revised national guideline for the management of bacterial vaginosis. London:ASHH; 2006
- Li J, McCormick J, Bocking A, Reid G. Importance of vaginal microbes in reproductive health. Re- prod Sci 2012;19:235-242
- Bohbot JM, Lepargneur JP. Bacterial vaginosis in 2011: a lot of questions remain. Gynecol Obstet Fertil 2012;40:31-36
- Verstraelen H, Verhelst R, Roelens K, Temmerman M. Antiseptics and disinfectants for the treatment of bacterial vaginosis: a systematic review. BMC Infect Dis 2012;28;12:148
- Ilkit M, Guzel AB. The epidemiology, pathogenesis, and diagnosis of vulvovaginal candidosis: a mycological perspective. Crit Rev Microbiol 2011;37:250-261
- Nyirjesy P, Robinson J, Mathew L, Lev-Sagie A, Reyes I, Culhane JF. Alternative therapies in women with chronic vaginitis. Obstet Gynecol 2011;117:856-861
- Payne SC, Cromer PR, Stanek MK, Palmer AA. Evidence of African-American women's frustrations with chronic recurrent bacterial vaginosis. J Am Acad Nurse Pract 2010;22:101-108
- Josey WE, Schwelke JR. The polymicrobial hypothesis of bacterial vaginosis causation: a reassessment. Int J STD AIDS 2008;19:152-154.
- Jesus De La Calle J, Jesus De La Calle MA. Bacterial vaginosis. Med Clin (Barc) 2009;133:789-797
- Lopes dos Santos Santiago G, Grob P, Verstraelen H, Waser F, Vaneechoutte M. Susceptibility testing of *Atopobium vaginae* for dequalinium chloride. BMC Res Notes 2012;5:151
- Weissenbacher ER, Donders G, Unzeitig V et al. Fluomizin Study Group. A comparison of dequalinium chloride vaginal tablets (Fluomizin®) and clindamycin vaginal cream in the treatment of bacterial vaginosis: a single-blind, randomized clinical trial of efficacy and safety. Gynecol Obstet Invest 2012;73:8-15
- Petersen EE, Weissenbacher ER, Hengst P et al. Local treatment of vaginal infections of varying etiology with dequalinium chloride or povidone iodine. A randomised, double-blind, active-controlled, multicentric clinical study. Arzneimittelforschung 2002;52:706-715
- Lamont RF, Sobel JD, Akins RA et al. The vaginal microbiome: new information about genital tract flora using molecular based techniques. BJOG 2011;118:533-549

SCOTTATURE

ABRASIONI



RAGADI AL SENO

FERITE

Per le ferite superficiali o profonde da oggi c'è un **lietofine**



Crema arricchita con colostro per una perfetta rigenerazione e protezione dei tessuti, anche quelli più delicati come il seno durante l'allattamento. Tutto questo è **LIETOFIX**

DISPOSITIVO MEDICO  0546

NATHURA.COM


NATHURA[®]
Nutrizione Scientifica

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello



Ignoranza e presunzione

In un convegno sui contraccettivi, dopo aver citato la palpazione delle mammelle tra le valutazioni pre-prescrizione, mi capitò in sede di discussione di arrivare quasi a litigare con una collega relatrice che ne dichiarava l'assoluta inutilità per far diagnosi di tumore

L'oncologia mi ha sempre appassionato, come scienza in continuo divenire, che si dibatte tra un costante aumento di casi e la necessità di trovare adeguate soluzioni. Per i risultati raggiunti non condivido l'esagerato entusiasmo di Umberto Veronesi: non penso che la terapia abbia fatto grandi passi avanti quanto almeno la diagnostica. È grazie alla prevenzione secondaria se siamo in grado di individuare quanto più precocemente un tumore e asportandolo garantire sopravvivenza. Purtroppo gli antitumorali non hanno fatto pari progressi: farmaci sempre più costosi e ancora molto tossici difficilmente riescono a guarire forme avanzate. Nel nostro campo dobbiamo essere grati al pap-test che ci ha consentito di limitare il cancro del collo dell'utero e all'ecografia che ci può svelare l'inizio di una neoplasia endometriale, mentre siamo ancora in affanno per quel che riguarda l'ovaio. Altro tumore che interessa pesantemente la donna è quello della mammella, da noi ginecologi in



verità piuttosto trascurata, pur essendo, nei controlli periodici che consigliamo, là, a portata di mano. Si è proprio il caso di dirlo: sebbene facilmente accessibile, troppo spesso la ignoriamo completamente. Eppure già molti anni fa l'American College aveva elaborato linee guida per una diagnosi precoce che ai primi due punti dicevano: 1) l'esame delle mammelle con ispezione visiva e palpazione deve formare parte integrante degli esami iniziali ostetrici e di tutti gli esami ginecologici completi; 2) le pazienti devono essere istruite nella tecnica di autoesame periodico del seno, nel corso di tutta la vita, e devono essere informate circa l'importanza di questo autoesame. Nella mia attività di ginecologo consultoriale, malgrado una numerosa utenza, dopo essermi adeguatamente istruito, non ho mai trascurato questa importante pratica, sia come controllo che come istruzione, cor-

redata da foglietto schematico per effettuarla a casa, soprattutto nelle donne di anni inferiori al limite consigliato per iniziare lo screening mammografico, non tralasciando però le eventuali richieste di qualsiasi età. Con la collaborazione di un buon radiologo, cui invio i casi sospetti, ho ottenuto due o tre brillanti risultati che mi hanno molto gratificato.

E ancor di più quando, in un convegno sui contraccettivi, dopo aver citato la palpazione tra le valutazioni pre-prescrizione - giusto quanto ricorda anche Paolo Quartararo - mi capitò in sede di discussione di arrivare quasi a litigare con una collega relatrice che ne dichiarava l'assoluta inutilità per far diagnosi di tumore. E chi pretende tanto? Certamente l'esame del seno non serve a questo. Solo pensarci sarebbe da folli. Ma se prima di iniziare un trattamento ormonale, che si suppone abbastanza lungo, un controllo molto semplice ti può far venire almeno il dubbio che ci possa essere qualcosa, non è senz'altro meglio? **Y**

ESTINETTE

75 microgrammi/20 microgrammi gestodene/etinilestradiolo

126 cpr

Novità Effik

Gynefam Oro New® integratore orosolubile per la gravidanza con Melatonina in confezione da 1 mese all'aroma zenzero

La famiglia di integratori per la gravidanza di Effik si arricchisce con Gynefam Oro New®, il nuovo orosolubile che si scioglie in bocca senza acqua, allo speciale aroma zenzero in confezione conveniente da 1 mese.

Gynefam Oro New® si caratterizza per alcune importanti novità rispetto ad altri integratori per la gravidanza: Gynefam Oro New® è infatti **l'unico integratore orosolubile per la gravidanza a contenere melatonina e un elevato contenuto di iodio** che raggiunge i 200 mcg per bustina.

L'IMPORTANZA DELLA MELATONINA

Sono numerosi i benefici apportati dalla melatonina, sostanza naturale che durante la gestazione è prodotta soprattutto a livello della placenta:

- **in gravidanza:** regola la produzione di progesterone fino alla 8^a - 9^a settimana, ha un'azione protettiva a livello vascolare periferico, e anche regolatoria del sistema immunitario materno, inoltre inibisce la contrattilità uterina.

- **a livello fetale:** determina l'instaurarsi dei corretti ritmi circadiani di produzione di vari ormoni e sostanze, regola il ritmo sonno veglia e i fenomeni di proliferazione cellulare, protegge i tessuti ed il cervello fetale dagli effetti dannosi dei radicali liberi e infine regola il momento del parto.

La **dose di melatonina di Gynefam Oro New® è di 1 mg per bustina**, in accordo con la normativa prevista per gli integratori, e a questo dosaggio non determina sonnolenza.

LO IODIO E I SUOI BENEFICI

In gravidanza un'adeguata assunzione di iodio è molto importante, in quanto la sua carenza è la principale causa di deficit cognitivi dell'infanzia.

Gynefam Oro New® contiene **200 mcg di iodio per bustina**,

per soddisfare le aumentate necessità della mamma e del suo bambino.

Gynefam Oro New® inoltre si caratterizza per il nuovo **aroma allo zenzero**, testato e scelto dalle donne in gravidanza, particolarmente gradito a chi soffre di nausea.

Gynefam Oro New®, dall'innovativa formulazione orosolubile, è **anche gluten free** e può essere assunto senza problemi dalle donne affette da celiachia.

Gynefam Oro New® è disponibile nella nuova confezione conveniente da 1 mese: 28 bustine, a 22€.

In farmacia si può trovare anche Gynefam Oro® da 16 bustine all'aroma arancia.

GYNEFAM MAMMA®

Nella famiglia Gynefam c'è anche **Gynefam Mamma®**, in capsule, l'unico integratore multivitaminico e multiminerale per la gravidanza a contenere **in una sola capsula giornaliera** dosi elevate di **Omega 3 (200 mg di omega 3, di cui 150 mg di DHA) e iodio (210 mcg), 120 mg di calcio**, oltre a **magnesio, fluoro, vitamine del gruppo B e D**. **Gynefam Mamma®** è un integratore bilanciato, studiato appositamente per la gestante, con il massimo della compliance, grazie alla **monosomministrazione giornaliera** e anche alla **confezione da 90 capsule (3 mesi di trattamento)**, con un **significativo risparmio economico, rispetto ad altri integratori per la gravidanza presenti sul mercato.**

Elena Casolati
Direzione Medica
Effik Italia



Detergente eutrofico igienizzante intimo

Uso esterno flacone da 250 ml



Lavanda Vaginale

Uso interno
5 flaconi da 140 ml



Novità

Gel intimo idratante eutrofico igienizzante

Uso esterno
tubetto da 30 ml



Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



Un popolo di guerrieri

Una recente pubblicità di una grande azienda energetica nazionale esaltava le virtù dell'italico popolo definendo gli italiani guerrieri... La domanda sorge spontanea: come mai un popolo di poeti, santi e navigatori (ma anche di mangiatori di spaghetti e suonatori di mandolino) può essersi trasformato d'un colpo in un popolo di guerrieri?

Una recente pubblicità... "elettrica" esaltava le virtù dell'italico popolo definendo gli italiani guerrieri: un tempo eravamo considerati un popolo di poeti, santi e navigatori, più tardi venimmo etichettati come mangiatori di spaghetti e suonatori di mandolino; in altri luoghi e altri momenti ci considerarono degli scansafatiche o addirittura alla stregua di mafiosi. Ci fu un tempo in cui si auspicava che divenissimo dei duri e puri soldati pronti alla battaglia ma gli Italiani, brava gente - si sa - hanno troppo cuore e sensibilità per fare la guerra per davvero. Ora invece la pubblicità di una grande azienda energetica nazionale ci ha dipinto realmente come "un popolo di guerrieri": siamo dunque così cambiati, si è a tal punto indurito il nostro cuore, notoriamente incline al buonismo? Gli 8 milioni di baionette, tanto inutilmente vagheggiate al tempo che fu, sono alfine comparse nelle mani di rudi soldati?

La spiegazione più semplice del perché un popolo di poeti, santi e navigatori possa essersi trasformato d'un colpo addirittura in un popolo di guerrieri potrebbe essere ricercata nella situazione e nel contesto nel quale siamo costretti a vivere nel nostro Bel Paese. A voi sembra facile sfidare ogni giorno la burocrazia che ci vessa in tutti i modi, fare lo slalom tra uffici e palazzi dove cercare di affermare il proprio buon diritto? E che dire delle fatiche quotidiane indispensabili per sopravvivere e per sbarcare il lunario?

Ci ripetono che questi quelli attuali sono "tempi duri": ma quand'è che sono stati "morbidi" per la maggior parte di noi?

Ora il lavoro o manca o è precario, purtroppo, e anche chi ce l'ha fatica a reggere di fronte ad un'organizzazione che fa di tutto per rendere difficile svolgere i propri compiti: noi medici ne sappiamo qualcosa, visto che ogni santo giorno dobbiamo districarci in una selva di leggi e disposizioni, in una burocratizzazione incessante della nostra professione, con controlli formali ed esasperanti e spesso cervellotici di ogni attività, nel presupposto che comunque o siamo nemici del popolo e responsabili di malasana o arraffatori di prebende! Da un lato, i cittadini vessati dalla



burocrazia e dall'organizzazione statale e regionale che tendono ad esigere sempre nuovi balzelli riducendo paradossalmente le prestazioni erogate; dall'altro ci siamo noi, nelle cui mani ai burocrati e ai politici non sembra vero di poter passare il cerino acceso: ma che razza di sanità sta diventando la nostra? Dice: son

finiti i soldi, dobbiamo risparmiare su tutto e rivedere il welfare; parliamone, ma non si può certo pretendere di riuscire a mantenere un adeguato livello di prestazioni senza risorse corrispondenti! In buona sostanza il quadro è questo: i 'vecchi' tra noi andrebbero 'rottamati' ma non si può per via della 'Fornero' che ci

costringerà ad andare in ospedale magari con la badante e in sala operatoria col pannolone; sui giovani non si investe perché non ci sono i quattrini; l'aggiornamento non si riesce a farlo per davvero perché le aziende farmaceutiche non possono più pagarlo (eh, non è mica 'etico'!) e le Asl non hanno fondi. Se le associazioni scientifiche professionali provano a organizzare la formazione e l'aggiornamento trovando risorse nell'ambito commerciale, anime belle gridano allo scandalo per via di una presunta mercificazione dell'impegno scientifico; i medici, come tutto il ceto medio nel nostro Paese, si stanno impoverendo, per via di entrate sempre più rarefatte a fronte di innumerevoli tasse e balzelli, diretti ed indiretti, sempre più esosi. Davvero non è un bel quadro quello che si presenta davanti a noi di questi tempi! D'altro canto se siamo costretti a lavorare in un contesto teso al risparmio indiscriminato e sempre più esasperato e con vincoli burocratici che ci strangolano,

Davvero non è un bel quadro quello che si presenta davanti a noi di questi tempi...E forse questo spiega perché i poeti, i santi ed i navigatori hanno alfine vestito l'armatura

come si fa a evitare il rischio di finire in tribunale per un nonnulla? E come si può agire serenamente con il pensiero continuo che cercare di ovviare ad un inconveniente dovuto alle carenze delle Asl, anziché portarci apprezzamenti per l'impegno e lo spirito di adattamento, in caso qualcosa vada storto (ma a volte

anche senza che nulla di grave accada), ci espone al rischio della gogna mediatica e di pesanti conseguenze legali ed economiche?

E le persone, che giustamente vorrebbero trovare una sanità omogeneamente valida in tutta la Penisola, come possono accettare di essere tartassati dalle tasse, vessati dai burocrati e curati... "al risparmio"? Insomma come riusciamo a salvare capra e cavoli? Ma davvero è stato un affare questo (maledetto?) euro? Non ci siamo impoveriti drammaticamente tutti? Insomma: si stava meglio quando si stava peggio (ma senza l'euro)? Certo sprechi e scandali non mancavano ma ciononostante non mi pare che fossimo ridotti così male, anche nella sanità! Oggi abbiamo la grande Europa con le frontiere aperte: è bello, è pratico ma qualcuno è purtroppo più uguale degli altri e qualche nazione ha approfittato della situazione per piazzarsi meglio di tutti. Ora, per dirne una, c'è anche la libertà di cura, possiamo (potremmo!) andare a curarci dovunque in Europa: la Germania ad esempio sarebbe un posto dove inviare tutti a curarsi (li i soldi per la sanità e il resto ce l'hanno di sicuro e noi potremmo fare qualche risparmio) epperò i tedeschi hanno già risposto: un momento, aspettate, parliamone! Bella solidarietà europea! Noi (che

siamo quasi alla canna del gas in patria) i soldi alla cassa comune della CEE continuiamo a darli (assai più di quanto riceviamo!) ma poi se proviamo ad andare magari in Germania per curarci, ciccia! È così che funziona la Grande e Solidale Europa?

Credo che in proposito dovremmo proprio meditare! E forse così si capisce perché i poeti, i santi ed i navigatori hanno alfine vestito l'armatura: forse per necessità siamo diventati davvero "un popolo di guerrieri" perché questa è proprio una guerra, certo mai dichiarata e con armi ben diverse da quelle tradizionali, ma altrettanto micidiali.

In ricordo di un caro amico: Vittorio Namiri Ciao Vittorio da tutta l'Aogoi

di Angelo Carecchia

Vittorio Namiri aveva cominciato la sua collaborazione sin dagli anni della segreteria del professor Corrado Confalonieri, seguendo con il professor Antonio Chiantera, e aveva continuato a dare il suo contributo secondo il suo stile semplice, cordiale, fattivo ed efficace. Anni vissuti con entusiasmo partecipato e coinvolgente. Ricordo i congressi Aogoi di Bormio, che lo videro organizzatore instancabile e l'ospitalità che aveva dato familiarmente ad alcuni di noi soci nella sua casa. Vittorio era tra noi allegro, sorridente, dinamico, con ancora uno spirito goliardico, trasmettendo ottimismo e stimolando amici e colleghi ad una presenza attiva e partecipata, armoniosamente fattiva.

Sei stato un esempio di vita. La vita non ti ha risparmiato dolori e durezze, ma tu le hai affrontate nel quotidiano con quello spirito di abnegazione e coraggio che ti ha sempre contraddistinto. Nulla di ciò che ha segnato il corso della tua e della nostra vita è andato perduto: la bontà d'animo, la compiacenza con gli amici, quel tuo forte vitalismo che si esprimeva in saggezza, equilibrio e comprensione.

Ricordo la sua attività, amabilmente contagiosa, come aiuto prezioso e insostituibile nella gestione dell'Aogoi e nelle iniziative di vari congressi dell'Associazione. Grazie Vittorio di aver donato tanta parte della tua vita a noi dell'Aogoi!



Il tempo non è di nostra proprietà: lo hai attraversato con la con-

vinzione che ogni epoca del nostro vivere ha delle proprie caratteristiche e valenze che danno significato all'esistenza.

Grazie Vittorio del tuo insegnamento sapienziale che fa crescere in noi la consapevolezza di un tempo che ci è amico, che ci fa riconoscere che il suo valore non ha preferenze di età e che dobbiamo gustarne la gioia in ogni attimo.

Nelle amichevoli conviviali eri sempre pronto ad essere interprete e fine dicatore di una letteratura lombarda ironica e arguta che, mentre piacevolmente allietava, induce nel contempo a riflettere. Ricordo con affetto e nostalgia quando recitavi in dialetto milanese la breve poesia "Pentimento". La storia di una donna nubile, ormai anziana, che una sera, nella sua tarda età. Ricorda i periodi della sua vita passata con emozioni, illusioni, delusioni, però sempre con la speranza di un nuovo giorno con tanto sole; ma a quei dolenti ricordi prova un "pentimento" per quelle occasioni perdute che avrebbero potuto dare un significato diverso alla sua vita. Purtroppo per lei ormai è sera, notte, e l'alba non ci sarà più! Grazie Vittorio di essere vissuto; di aver donato tanta parte della tua vita a noi dell'Aogoi, portatore di una virtù sempre più rara: un'amicizia affidabile, disinteressata e fedele.

Cia Vittorio da tutta l'Aogoi!

Violenza contro le donne

Bando di concorso per l'assegnazione di una borsa di ricerca/studio annuale alla memoria di Francesca Molfino

La **Fondazione per la promozione dello studio e della ricerca Roma Sapienza** bandisce per l'anno 2014 un concorso per l'assegnazione di una borsa di ricerca/studio post laurea,

post dottorato ovvero post specializzazione finalizzata a incentivare progetti di ricerca scientifica nel campo della violenza contro le donne.

La borsa di ricerca/studio, intitolata "Francesca Molfino", di importo pari ad €3.300,00, al lordo degli oneri a carico del/la beneficiario/a, è destinata a **un/a laureato/a delle Facoltà o dei Dipartimenti di Medicina, Psicologia, Sociologia, Lettere, Statistica, Filosofia** di tutte le Università italiane ed ha la durata annuale, con l'obbligo per il/la beneficiario/a di presentare al Presidente della Fondazione Roma Sapienza, una relazione scritta e documentata sul lavoro svolto, con giudizio del responsabile della ricerca, al termine del completamento del programma di ricerca.

L'intero bando di concorso è riportato sul sito www.Aogoi.it



remifemin®

SPEGNE I DISTURBI DELLA MENOPAUSA
Efficacia e sicurezza inimitabili

remifemin®, grazie ad un sistema di estrazione brevettato, **garantisce:**

- ✓ efficacia sui sintomi climaterici
- ✓ assenza di ormoni e/o fitoestrogeni
- ✓ protezione su apparato genitale e seno
- ✓ sicurezza per il tessuto epatico

remifemin® è il prodotto a base di *Cimicifuga racemosa* più studiato e documentato al mondo.

Leader di mercato, è distribuito in 28 Paesi e in tutti i continenti del mondo.



remifemin®
**la natura
al suo meglio!**

Chiedilo al tuo medico o al tuo farmacista.



OMEOPACENZA

Via G. Natta, 28 - 29010 Pontenure (PC)

www.pharmextracta.com - info@pharmextracta.com



PharmExtracta®



PharmExtracta
in ginecologia

RILASTIL SMAGLIATURE

ANCHE LE PELLI PIÙ SENSIBILI
SI AFFIDANO AL NUMERO 1*

Ricerca

Prevenzione

Trattamento

Sicurezza

Tollerabilità

Eccellenza



RILASTIL[®]
LABORATORI MILANO

SMAGLIATURE

CREMA

Efficiente, idratante ed esfoliante
per Azioni locali essenziali:
Vitamina A, Vitamina C, Glicolil Chitosan e
Fosfolipio Polimerico

STRETCH MARKS CREAM

Efficiente, idratante ed esfoliante
per Azioni locali essenziali:
Vitamina A, Vitamina C, Glicolil Chitosan e
Fosfolipio Polimerico

* IMS DataView Multichannel View, Canale Farmacia, Mercato prodotti Rassodanti ed Antismagliature (82F2), Totale Italia, Vendite a Valore, MAT 06-2013
** Ognuno inferiore a una parte per milione. Piccole quantità possono essere responsabili di sensibilizzazione cutanea.

Adolescenza, gravidanza, variazioni di peso importanti o repentine favoriscono la comparsa delle smagliature. Da oltre 40 anni, Rilastil Smagliature rappresenta per milioni di donne la soluzione a questo problema. Oggi la linea si arricchisce di un nuovo prodotto, appositamente formulato per le pelli ipersensibili, intolleranti, reattive e soggette a pruriti o allergie, che previene e contrasta le smagliature, evitando ogni forma di sensibilizzazione cutanea. Efficace, testato, sicuro: Rilastil Smagliature.

IN FARMACIA.



RILASTIL[®]

LABORATORI MILANO

EFFIprev

2 mg Dienogest / 0.03 mg Etinilestradiolo



EFFIprev 1 x 21 cpr

EFFIprev 3 x 21 cpr