

RECEPITA LA DIRETTIVA UE

ASSISTENZA TRANSFRONTALIERA.

CURARSI IN EUROPA SARÀ PIÙ FACILE: ECCO COSA CAMBIA

■ RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

All'esame della Camera 5 Ddl che dovrebbero confluire in un testo unico.
Aogoi: i nostri 6 punti "irrinunciabili"

■ SPECIALE CONGRESSO NAZIONALE

Report dal Congresso di Napoli. Vito Trojano, riconfermato alla guida dell'Aogoi: L'Europa in cima alla nostra agenda

■ PERCHÉ SONO SOCIO AOGOI

Dalla tutela sul fronte sindacale, legale, assicurativo alle attività di formazione. Tante buone ragioni per far parte della nostra grande squadra

8/9
2013

Formula innovativa!

{
 tocotrienoli
 +
 acido clorogenico
 +
 berberina
}

↓ LDL
= ↓ TRIGLICERIDI
↓ GLICEMIA

=
TRIXY

Scoperta la vera sinergia per un metabolismo in equilibrio



Il mix vincente di 3 principi attivi naturali nella modulazione delle vie metaboliche di colesterolo, trigliceridi e zuccheri.
Tutto questo è **TRIXY**

NATHURA.COM


NATHURA[®]
Nutrizione Scientifica

cgp.it

13



Sigo 2013 Napoli 6-9 ottobre

“Accolgo questa riconferma alla guida dell'Aogoi con grande emozione e come ulteriore stimolo a proseguire con fiducia alcune importanti iniziative che abbiamo in cantiere per il prossimo triennio”

24

www.ecm.aogoi.it

La piattaforma Aogoi per l'erogazione di Corsi Ecm online



PRIMO PIANO

4 **Assistenza sanitaria transfrontaliera: cosa prevede il Decreto attuativo della Direttiva Ue**

6 **Da Fiaso il secondo 'Libro Bianco della Buonasanita'**

7 **"Bollini rosa" 2013: Onda premia 230 strutture al top per le donne**

8 **Tumori: in Italia si sopravvive di più che nel resto d'Europa**
I risultati dello studio EURO CARE-5

8 **Specializzandi: "Le Regioni ne chiedono 8mila, ma il Governo ha soldi per formarne solo 2mila"**

9 **Precari sanità: accordo tra Sindacati e Ministero**

9 **Colpa medica e legge Balduzzi: Corte Costituzionale respinge ricorso illegittimità**

10 **Responsabilità professionale. Aogoi: i nostri 6 punti "irrinunciabili"**
• Perché un T.U. di *Vania Cirese*

11 **Le Risoluzioni approvate dai delegati FESMED in tema di responsabilità professionale**

Speciale Congresso nazionale SIGO-AOGOI-AGUI

12 **La "casa comune" dei ginecologi italiani: una meta più vicina**

13 **VITO TROJANO RICONFERMATO ALLA GUIDA DELL'AOGOI**
"L'Europa in cima alla nostra agenda"
• Il nuovo Direttivo AOGOI per il triennio 2014/2016

14 **Chiantera: il nostro futuro è una grande "casa comune"**

15 **PAOLO SCOLLO È IL NUOVO PRESIDENTE SIGO**
"Continuità e ammodernamento: le due parole d'ordine della mia presidenza"
• Il nuovo Direttivo SIGO per il triennio 2014/2016

16 **Le Medaglie d'oro Aogoi 2013**

16 **"Il Territorio può supportare l'Ospedale in un contesto di assoluta sinergia"**
Sandro Viglino

18 **AGITE al Congresso nazionale di Napoli**
Rinnovamento e continuità
Giovanni Fattorini

19 **AIO: Antonella Marchi riconfermata presidente**

**IN EVIDENZA
PERCHÉ SONO SOCIO AOGOI**
Vito Trojano *Presidente Aogoi*

21

PROFESSIONE

22 **La dimensione etica dell'ostetricia e ginecologia**

Il workshop Aogoi alla IX Conferenza Mondiale della Cattedra di Bioetica dell'UNESCO

23 **AOGOI Sardegna**
"I colori dell'Umanizzazione. Architettura e cura"
Giovanni Urru

24 **Benvenuto in Ecm Aogoi: il portale di Formazione a Distanza AOGOI**

RUBRICHE

27 **Meditazioni**
Giuseppe Gragnaniello

29 **Fatti&Disfatti**
Carlo Maria Stigliano

30 **AOGOI-LIONS**
Progetto Martina: parliamo con i giovani dei tumori

Assistenza transfrontaliera: cosa prevede il Decreto legislativo attuativo della direttiva UE

Sanità senza frontiere: ecco cosa cambierà

Farsi curare fuori dall'Italia sarà più facile: si dovrà chiedere l'autorizzazione alla propria Asl che avrà 30 giorni per rispondere. I costi saranno anticipati dai pazienti e saranno rimborsati entro 60 giorni. La normativa vale solo per le strutture pubbliche. Agevolato anche il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro. Lo prevede il Dlgs di recepimento della "Schengen" della sanità approvato dal CdM il 4 dicembre scorso, che dovrà ricevere entro 60 giorni il placet della Conferenza Stato-Regioni e delle commissioni parlamentari preposte



Assistenza transfrontaliera? L'Italia non vuole perdere il treno e ha approvato, il 4 dicembre scorso, il Dlgs che recepisce la direttiva UE sulle cure sanitarie nei Paesi membri. Si tratta della direttiva 2011/24, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, e 2012/25, che prevede misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro (co-proponente il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin).

Con l'intervento proposto – sottolinea Palazzo Chigi – si conferisce al tema della mobilità sanitaria internazionale un impulso senza precedenti, attraverso la eliminazione degli ostacoli che impediscono ai pazienti di curarsi in altri Paesi UE. Sarà consentito pertanto recarsi in un altro Stato membro al fine di riceverne cure ed ottenere al proprio rientro il relativo rimborso. Il rimborso avverrà alle condizioni e nei limiti stabiliti dalla legislazione dello Stato di appartenenza dell'assistito. I costi relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera saranno rimborsati o direttamente pagati dallo Stato membro di affiliazione in misura corrispondente ai costi che il sistema avrebbe coperto se tale assistenza sanitaria fosse stata prestata nello Stato membro di affiliazione, senza che tale copertura superi il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta.

Inoltre il medesimo intervento, attraverso il recepimento della direttiva 2012/52/UE, è diretto ad agevolare il riconoscimento delle ricet-

te mediche emesse in altro Stato membro. Si prevede che le prescrizioni mediche rilasciate nel territorio nazionale per essere utilizzate in un altro Stato membro contengano precisi dati, con specifiche caratteristiche e contenuti.

Entrando più nel merito del provvedimento, il decreto ribadisce quali sono le prestazioni per cui l'assistenza transfrontaliera non è valida: la normativa infatti non si applica ai servizi di assistenza di lunga durata, ai trapianti d'organo e ai programmi pubblici di vaccinazione. E soprattutto vale solo per le strutture pubbliche o che operano per il pubblico. Niente rimborsi per chi vuole andare in una clinica privata tout court. Oltre a fissare il quadro normativo e i termini chiave entro cui il decreto si inserisce il provvedimento parla anche delle garanzie per i pazienti:

Le Garanzie per chi si cura in Italia. I pazienti hanno diritto ad ottenere informazioni presso il Punto di contatto nazionale. Esso è istituito presso il Ministero della Salute, ma le Regioni potranno dotarsi di punti di contatto regionale. Il Punto di contatto offrirà tutte le informazioni utili (legislazione, strutture, modalità rimborso, meccanismi di tutela, etc..) in tre lingue. Il paziente che subisce un danno in Italia a causa dell'assistenza ricevuta in Italia potrà avvalersi di tutti gli strumenti giuridici previsti dall'ordinamento nazionale. Inoltre, i pazienti hanno diritto alla cartella clinica in formato elettronico. Per quanto riguarda le tariffe i prestatori d'assistenza devono applicare gli stes-

si onorari applicati ai pazienti nazionali. Prevista anche la possibilità attraverso un decreto di Salute ed Economia di limitare l'accesso alle cure.

Le Garanzie per i cittadini italiani. Come per gli stranieri anche gli assicurati in Italia avranno il diritto di ricevere dal Punto di contatto nazionale tutte le informazioni sull'assistenza transfrontaliera in particolare sul sistema autorizzativo e di rimborso. Prevista anche la costituzione di un sistema informativo su cui riportare la valutazione di strutture e professionisti.

Ma vediamo come fare per curarsi all'estero:

Autorizzazione e rimborso costi

Autorizzazione preventiva. È obbligatoria per l'assistenza che comporta il ricovero del paziente per almeno una notte; nei casi in cui è richiesto l'utilizzo di una struttura o apparecchiature mediche altamente specializzate e costose; e quando è prestata da un soggetto sanitario che suscita preoccupazioni in merito a qualità e sicurezza. Ma a prescindere da ciò, l'autorizzazione preventiva può essere rifiutata se: il paziente sarà esposto a un rischio per la sua sicurezza ritenuto inaccettabile; il prestatore di assistenza suscita preoccupazioni su qualità e sicurezza; l'assistenza può essere erogata sul proprio territorio entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico. **Come si richiede l'autorizzazione.** Una prima domanda con la richiesta di autorizzazione dev'essere presentata alla propria Asl che ha tempo 10 giorni per ri-

spondere. Se la risposta è favorevole si procede all'inoltro vero e proprio della domanda di autorizzazione in cui bisognerà inserire almeno l'indicazione diagnostica o terapeutica e la prestazione sanitaria di cui si intende usufruire nonché il luogo prescelto per la prestazione e il prestatore di assistenza sanitaria presso cui la persona assicurata intende recarsi. La risposta definitiva della Asl dovrà arrivare entro 30 giorni, 15 se il caso è giudicato grave. **Rimborso dei costi.** Come previsto dalla direttiva Ue il paziente ha

La Direttiva

è volta a garantire il diritto di libera scelta del luogo di cura nell'ambito dei Paesi Ue. Ed è questa la principale novità, a prescindere dagli aspetti tecnici. Ma l'applicazione di questo principio non vuol dire che non vi siano dei 'paletti' e che soprattutto vi sia una sorta di "tana libera tutti". La normativa prevede infatti una serie di strumenti che dovranno essere regolamentati e recepiti dagli Stati membri. I punti cardine sono essenzialmente tre:

Autorizzazione, Criteri di rimborso e Accordi di confine. Accanto a questi la direttiva affronta poi anche altri aspetti legati all'assistenza sanitaria: Libera circolazione dei professionisti, Tariffe, Prescrizione farmaci e presidi, Reti di riferimento europee (centri di eccellenza e malattie rare), Valutazione delle tecnologie, Sistemi informativi, Punti di contatto.

diritto a vedersi rimborsato il costo delle cure ricevute all'estero secondo quanto previsto dalle tariffe vigenti nel proprio Paese. Il costo eccedente è a carico del paziente. È fatta salva in ogni caso la possibilità per le Regioni di rimborsare i costi eccedenti come le spese per vitto e alloggio. Sarà sempre in ogni caso il paziente ad anticipare i costi per poi presentare apposita domanda di rimborso con allegata la fattura della prestazione e il certificato medico. Tempi previsti per il rimborso: 60 giorni.

Cooperazione in materia di assistenza sanitaria. Il decreto regola la mutua assistenza agli Stati membri dell'Ue, compresa la cooperazione in merito agli standard e agli orientamenti di qualità e sicurezza e lo scambio di informazioni, soprattutto attraverso il Punto di Contatto Nazionale. L'Italia si impegna a facilitare la cooperazione nell'erogazione di assistenza sanitaria transfrontaliera a livello regionale e locale anche mediante l'impiego di tecnologie dell'informazione e della comunicazione. Si ribadisce poi che le informazioni sul diritto di esercizio della professione da parte dei prestatori sanitari iscritti nei registri nazionali siano, su richiesta, messe a disposizione delle autorità degli altri Stati membri dell'Ue. Via libera anche al riconoscimento delle prescrizioni rilasciate in un altro Stato membro. La norma non pregiudica comunque le norme nazionali, compresa quella in materia di sostituzione con medicinali generici. Viene anche fatto salvo il diritto del farmacista di rifiutarsi, per ragioni



Tonio Borg, Commissario Ue per la Salute e la protezione dei consumatori “L'Europa non è solo crisi ma anche difesa della salute”

■ “L'Italia avrebbe il compito essenziale di far da traino per tutte le problematiche della salute per i paesi del Mediterraneo: è la sua vocazione e l'Ue si attende che la interpreti con decisione”. Ad affermarlo è il commissario per la Salute dell'Ue, Tonio Borg, in un'intervista pubblicata sull'ultimo numero di *AboutPharma and Medical Devices*. Una responsabilità grande e a cui è difficile rispondere. Perché il contesto Mediterraneo è anche quello gravato dal fenomeno dell'immigrazione, con i suoi morti in mare e i suoi sopravvissuti che vivono in condizioni di disagio e precarietà nei centri di accoglienza sparsi nel Sud d'Italia. Anche per questo parlare di Unione Europea è per molti impossibile. Troppe diversità tra i tanti Paesi che la compongono, e come si fa a mettere insieme Scandinavia e Mediterraneo, Carpazi e Pirenei? Per Tonio Borg è possibile: “Per estrazione culturale e politica io sono un sostenitore della sussidiarietà – afferma nell'intervista – e penso che soprattutto nell'ambito della salute occorra armonizzare il necessario centralismo e gli elementi di sussidiarietà: dove non si può combattere la battaglia da soli, essere cittadini europei deve risultare un evidente vantaggio”. Perché Europa “non è solo crisi, ma anche difesa della salute”. Questo non significa che ogni Paese, individualmente, non debba fare la propria parte. E secondo Borg

“La direttiva transfrontaliera entrata in vigore il 25 ottobre sarà molto importante per noi perché ci darà modo di vedere quali ostacoli naturali dovrà affrontare un percorso di abbattimento di frontiere non riferito a regole di commercio. Vogliamo che la direttiva sia non solo carta inutile e stiamo lavorando per produrre un bench-marking per registrare tempi, modi e criticità della sua implementazione”

non ci si può neanche aspettare che le riforme “siano a costo zero”. Ma “senza riforme radicali i sistemi non sono più sostenibili”. La soluzione è “puntare a farle senza ricorrere a tagli selvaggi”. E puntare all'e-health, che secondo Borg rappresenta “uno strumento strategico di risparmio. L'E-Health Network avviato dall'Ue può diventare un motore di contenimento di costi, però occorre crederci tutti”. Il problema, secondo il ministro della Salute Ue, sta anche nel fatto che “i ministri della salute

si vedono due volte l'anno, mentre quelli dell'economia lo fanno ogni mese: non si potrebbe intensificare il calendario? Riusciremmo così ad interloquire con più forza con gli altri settori politico-decisionali”. Le cose da fare, d'altra parte, sono tante. Epatiti virali, diabete, dipendenze e soggetti deboli, ad esempio, che “sono al centro delle nostre attenzioni. Lo sforzo congiunto di clinici, governi, agenzie regolatorie e pazienti deve farci abbreviare i tempi di risposta: più siamo veloci, più vite vengono salvate”. D'altra parte, l'avaria e la febbre suina hanno già dimostrato, secondo Borg, che non tutte le battaglie possono essere vinte se condotte individualmente. “I vari tipi di minacce per la salute possono

essere affrontati con una strategia uniforme a livello dell'Ue”. Ma il vantaggio di essere cittadini europei, secondo il commissario alla Salute Ue, non risiede solo nelle grandi minacce. “La direttiva transfrontaliera, entrata in vigore il 25 ottobre (in Italia, com'è noto, la scadenza è slittata al 4 dicembre), sarà molto importante per noi perché ci darà modo di vedere quali osta-



► Segue a pagina 30

etiche, di dispensare un farmaco. L'Italia concorre allo sviluppo delle reti di riferimento europee “ERN” tra prestatori di assistenza sanitaria e centri di eccellenza dell'Ue, impegnandosi a promuovere e agevolare il coordinamento dei propri centri di eccellenza in vista della partecipazione a tali reti. In tema di **Malattie rare**, si dovrà lavorare per rendere i professionisti sanitari consapevoli degli strumenti a loro disposizione

per aiutarli a compiere diagnosi corrette, sfruttando in particolare la base dati di Orphanet. L'Italia si è impegnata, inoltre, nello scambio di informazioni nell'ambito di una rete volontaria che collega fra loro le autorità nazionali responsabili dell'assistenza sanitaria online.

Sul sito Aogoi, in allegato all'articolo: il Dlgs di recepimento, la Direttiva Ue e il memorandum della Commissione europea. **Y**

UE. In arrivo una tessera elettronica per facilitare la mobilità professionale

■ In base alla nuova proposta di legge approvata dal Parlamento europeo, ai titolari di una qualifica professionale - tra cui medici, farmacisti - verrà rilasciata una tessera elettronica europea per agevolare l'esercizio della professione in qualsiasi Stato membro dell'Ue. “L'introduzione di una tessera professionale europea, la creazione di programmi comuni di formazione e il riconoscimento di tirocini come parte dell'esperienza professionale migliorerà notevolmente la mobilità e la sicurezza europea”, ha affermato la relatrice Bernadette Vergnaud (S&D, FR). Le nuove norme, permetteranno ai professionisti che desiderano accelerare il riconoscimento delle loro qualifi-

■ La proposta di legge approvata permetterà ai titolari di una qualifica professionale di veder accelerato il riconoscimento dei loro titoli da parte di un altro Stato membro. Si eviterà così che gli operatori sanitari condannati per un crimine o sottoposti a grave azione disciplinare possano esercitare in un altro Stato

che da parte di un altro Stato membro di optare per la tessera europea delle qualifiche professionali. Le tessere professionali saranno fornite dagli Stati membri d'origine, principalmente per brevi periodi di lavoro all'estero e dallo Stato membro ospitante nel caso in cui la pratica sia stata trasferita. Il sistema si baserà sull'attuale sistema d'informazione del mercato interno tra le amministrazioni degli Stati membri. Si accelererebbero così i tempi di procedura e si faciliterebbe il processo di riconoscimento, poiché

il titolare di una qualifica professionale potrebbe chiedere al proprio paese di origine di completare tutte le fasi preparatorie invece di dover far domanda presso il paese ospitante, come avviene attualmente. Qualora uno Stato membro ospitante non adotti una decisione entro il termine stabilito dalla direttiva, la tessera professionale europea si considererà rilasciata e sarà inviata automaticamente al titolare di una qualifica professionale. La direttiva approvata mira anche a prevenire che gli operatori sa-

nitari - tra cui medici, infermieri, veterinari e specialisti di assistenza per l'infanzia - condannati per un crimine o sottoposti a grave azione disciplinare possano esercitare la professione in un altro Stato membro. Tutti gli Stati membri dell'UE dovrebbero essere informati di tali condanne o decisioni entro tre giorni. In base all'attuale direttiva sulle qualifiche professionali, esistono circa 800 professioni regolamentate, di cui sette automaticamente riconosciute in tutti i paesi membri. A tale categoria appartengono:

medici, dentisti, farmacisti, infermieri, ostetrici, veterinari e architetti. Per garantire maggiore trasparenza nel mercato dei servizi professionali, la Commissione svilupperà e terrà aggiornata una banca dati delle professioni regolamentate che sarà accessibile al pubblico. In essa saranno inserite le informazioni fornite dagli Stati membri, specificando le attività contemplate da ogni professione e dimostrando che i requisiti a esse correlati non siano discriminatori. Per esempio, attualmente i fioristi e i tassisti non risultano regolamentati in tutti gli Stati membri dell'Ue. La nuova direttiva, adottata con 596 voti favorevoli, 37 contrari e 31 astensioni, dovrà ora essere approvata formalmente dagli Stati membri.

La sanità che funziona

Da Fiaso il secondo 'Libro Bianco della Buonasanita'

Le best practice selezionate hanno riguardato per lo più l'assistenza domiciliare e le modalità organizzative. Coinvolte 37 aziende sanitarie. La parte del leone la fa ancora l'Emilia Romagna, con 25 buone pratiche, seguita dalle Marche, con 12, ma nel complesso si assiste ad una rimonta del Sud, dove si collocano il 18,7% delle esperienze, due anni fa localizzate quasi esclusivamente al Nord

La sanità non è solo 'mala'. Anzi, crescono sempre di più le aziende che investono nelle buone pratiche stando attente ai costi. Questo il quadro che emerge dalla seconda raccolta di esperienze aziendali del "Libro Bianco della Buonasanita", presentato il 10 dicembre a Roma e che raccoglie 75 esperienze selezionate dal Comitato Scientifico (composto da esperti delle istituzioni, del mondo accademico e delle rappresentanze dei cittadini) dell'Osservatorio Fiaso (la Federazione di Asl e Ospedali) sulle buone pratiche sanitarie. Una pubblicazione realizzata grazie anche alla collaborazione della redazione dell'agenzia giornalistica Ansa e al contributo della Glaxo Smith Kline. Al Libro Bianco, infatti, si affianca la messa in rete di oltre 200 buone pratiche selezionate dall'Osservatorio Fiaso e accuratamente classificate in modo da renderle facilmente consultabili e quindi più facilmente esportabili su tutto il territorio nazionale.

La maggior parte delle esperienze selezionate dall'Osservatorio Fiaso sulla "buonasanita" ha riguardato l'integrazione socio-sanitaria e la presa in carico delle malattie croniche (27%), tema sempre più strategico per Aziende ed assistiti. Mentre al secondo posto ci sono le modalità organizzative, gestionali, formative e valutative che connotano la politiche del personale (25%). Seguono le buone pratiche tese a migliorare le strategie e gli strumenti correlati alle performance clinico-assistenziali e gestionali (24%), il rapporto medico-paziente (19% delle esperienze), i mutamenti nel ruolo e nelle funzioni dell'operatore infermieristico nei servizi ospedalieri e territoriali (5%). In tutto sono state coinvolte 37 Aziende, circa il 23% in più rispetto al 2011. Buonasanita in rimonta al Sud. Mentre le politiche di welfare sembrano sempre più orientate verso il "mettere soldi in tasca" per assistere chi è più fragile, la Asl 4 di Prato dimostra quanto sia molto più produttivo offrire servizi alle persone. E così, con soli mille euro ad



Sono sempre più numerose le iniziative per migliorare il rapporto medico-paziente. Che significa consenso alle cure e quindi minor contenzioso sanitario, all'origine di quella medicina difensiva che ci espone a rischi inutili e provoca almeno 10 miliardi di sprechi l'anno

anziano, riesce a garantire l'assistenza domiciliare agli ultra sessantacinquenni soli e non autosufficienti, formando anche le badanti e abbattendo le più costose giornate di ricovero. A Trento invece si è puntato sul sapere degli utenti dei servizi di salute mentale e dei loro familiari, che con l'esperienza favoriscono il rapporto dei pazienti con gli operatori, migliorando l'adesione alle terapie; fatto tutt'altro che frequente nel campo del disagio psichico e mentale. Poi c'è chi, come a Bologna, ha creato una banca del latte materno per il nutrimento sicuro dei nati prematuri. O l'Ospedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia, che dotando i ricoverati di semplice braccialetto con codice a barre è riuscito ad abbattere gli errori in corsia, soprattutto nella somministrazione di farmaci. Il polo ospedaliero del Santo Spirito a Roma si è calato invece nella realtà multietnica di oggi e ha trovato il modo di garantire l'assistenza religiosa alle persone di altri credi. Tutto questo mentre si diffondono le esperienze dei Pdta, i Percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali, che per le principali patologie individuano gli accertamenti e le cure più appropriate per i pazienti. Un modo per migliorare gli standard di assistenza eliminando al contempo gli sprechi.

"Il Libro bianco della Buonasanita - sottolinea il Presidente di Fiaso, **Valerio Fabio Alberti** - è il contributo che come Aziende offriamo in tempi di crisi al Paese, per dimostrare con i fatti che è ancora possibile coniugare buona qualità dei servizi e sostenibilità economica". È importante rimarcare che in oltre il 70% dei casi le esperienze sono state adottate in forma stabile dalle aziende. La parte del leone la fa ancora l'Emilia Romagna, con 25 buone pratiche, seguita dalle Marche, con 12 ma nel complesso si assiste ad una rimonta del Sud, dove si collocano il 18,7% delle esperienze, due anni fa localizzate quasi

Pierpaolo Vargiu (Sc)

"Basta pregiudizi ideologici su finanziamento Ssn. Si apra a fondi integrativi o franchige"

Bisogna avere il coraggio di parlare chiaramente. La sfida sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale si giocherà su due temi principali: l'innovazione tecnologica e le cronicità. L'adozione di buone pratiche in sanità diventa di un'importanza fondamentale in un contesto caratterizzato da una scarsità di risorse da poter

destinare al finanziamento della spesa sanitaria". Lo ha detto il presidente della Commissione Affari Sociali della Camera, **Pierpaolo Vargiu** (Sc), intervenendo alla Tavola rotonda per la presentazione del *Libro Bianco per la buona sanità* realizzato dalla Fiaso. "Bisogna avere il coraggio di ammettere che nel nostro Paese esistono 21 sanità diverse che riescono a garantire

in maniera non omogenea i servizi, generando una mobilità sanitaria passiva che non fa che penalizzare ulteriormente le zone più 'deboli' del Paese", ha aggiunto Vargiu. Riguardo poi la possibile chiusura di 175 piccoli ospedali, il presidente della Commissione Affari Sociali ha precisato che, in mancanza di ulteriori risorse da investire nel settore sanità, "andranno sal-

vati anche i piccoli ospedali fatiscenti perché, in molte zone, sono gli unici presidi esistenti". Il presidente Vargiu ha poi parlato della possibile riforma del Titolo V della Costituzione, evidenziando come, anche in questo caso, "va sfatato un mito, in quanto di fatto stiamo andando verso un accentramento del sistema. Con il Tavolo Massicci si ha, di fatto, un nuovo centralismo che spesso ha dimostrato di saper produrre risultati migliori dei Consigli regionali". Infine, riguardo la crescita della spesa out of pocket, Vargiu ha lanciato una sfida: "Bisogna rompere questo pregiudizio ideologico sulle forme di finanziamento del Sistema sanitario nazionale - ha concluso - Il fi-

esclusivamente al Nord. Anche se nel settentrione sono state selezionate il 56% delle esperienze e nel centro poco più del 25%. Al Sud la piccola Basilicata, con 4 best practice è seconda solo alla Sicilia (5 esperienze) tra le regioni del Sud e delle Isole.

Rispetto alla presa in carico dell'assistito e all'integrazione socio-sanitaria, le numerose esperienze segnalate da Fiaso mostrano come sia oramai una realtà sempre più diffusa quella della continuità assistenziale, ossia dei servizi capaci di prendersi cura del paziente dal momento del suo ricovero fino al post dimissioni, attraverso équipe multidisciplinari di professionisti sanitari che agiscono anche a domicilio. E sempre più numerose sono le iniziative per migliorare il rapporto medico-paziente. Che significa consenso alle cure e quindi minor contenzioso sanitario, all'origine di quella medicina difensiva che ci espone a rischi inutili e provoca almeno 10 miliardi di sprechi l'anno.

“La Buonasanita passa per l'autonomia delle Aziende. Le esperienze e i progetti innovativi realizzati in questi anni dimostrano come sia possibile fare Buonasanita anche in tempi di crisi” sottolinea il presidente di Fiaso, Valerio Fabio Alberti. “Risultati – ha proseguito – che sarebbe stato impossibile conseguire senza un management all'altezza e la dedizione del personale sanitario. Spesso costretto a lavorare in condizioni non agevoli ma sul quale è fondamentale puntare anche in futuro attraverso forme che incentivino meglio merito e professionalità”. “Al di là dei campanilismi – sottolinea a sua volta **Giampiero Maruggi**, vice presidente Fiaso e coordinatore dell'Osservatorio – la raccolta selezionata dimostra che è possibile fare buonasanita anche al Sud perché la discriminante non è geografica ma gestionale.” “Senza dimenticare – ha aggiunto – come ciò avvenga mentre le mai sopite tendenze centralistiche trovano nelle esigenze di bilancio l'occasione per riprendere slancio, mortificando quell'autonomia di gestione senza la quale un'Azienda non può essere tale.” **Y**

nanziamiento tramite la fiscalità generale e i ticket non è sufficiente, bisogna ragionare anche sui fondi integrativi e i sistemi di franchigia”. In piena sintonia con le parole del presidente Vargiu anche il segretario generale di Cittadinanzattiva, **Antonio Gaudio**, che ha iniziato il suo discorso intervenendo per sfatare il mito sul Ssn italiano, giudicato tra i migliori al mondo. “Non è così – ha detto Gaudio – o meglio, lo può essere a seconda dei territori che si prendono in considerazione: ci sono grandi eccellenze così come enormi buchi”. “Discutere oggi di buone pratiche in sanità – ha concluso Gaudio – vuol dire parlare di un riformismo possibile, da attuare in tempi brevi.” **Y**

Ospedali. I "Bollini rosa" 2013

Onda premia 230 strutture al top per le donne

■ L'Osservatorio nazionale sulla salute della donna ha assegnato i "Bollini rosa" alle realtà che si sono distinte per l'attenzione verso le principali patologie di interesse femminile. Particolare attenzione alla Sclerosi multipla che colpisce le donne in un rapporto 2:1 rispetto agli uomini

Gennaro Barbieri

Presenza di specialità cliniche dedicate alle principali patologie di interesse femminile e appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici. È sulla base di questi parametri che 230 ospedali italiani hanno ricevuto quest'anno i bollini rosa, speciale riconoscimento assegnato dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (O.N.Da) che ha ideato il programma con l'intento di premiare le strutture che già possiedono caratteristiche a misura di donna e di incentivare gli altri ospedali ad adeguarsi. La valutazione prevede l'attribuzione di tre, due o un bollino, a seconda dello status raggiunto. E in questa edizione sono 65 gli ospedali che hanno guadagnato il massimo riconoscimento, mentre 12 (distribuiti tra Lombardia, Emilia Romagna, Piemonte e Trentino Alto Adige) hanno conquistato una menzione speciale per avere ottenuto sempre, dal 2007 a oggi, tre bollini.

I criteri considerati per l'assegnazione dei bollini rosa alle varie strutture sono stati: presenza di servizi nell'ambito delle specialità di maggior rilievo clinico ed epidemiologico per la popolazione femminile; appropriatezza del percorso diagnostico-terapeutico da intendersi come garanzia di un approccio clinico alla patologia specifico e accurato in relazione alle esigenze e alle caratteristiche psico-fisiche della donna; presenza di servizi per l'accoglienza della paziente e per la tutela della sua dignità. La valutazione è stata effettuata tramite la procedura dell'autocertificazione: a ogni struttura è stato sottoposto un questionario composto da 162 domande che erano state definite da un gruppo multidisciplinare di esperti in accordo con le Linee guida del Ministero della Salute e delle società scientifiche.

Le migliori performance si registrano in Lombardia, con 63 strutture premiate, a seguire Veneto e Lazio, rispettivamente con 23 e 21 ospedali 'rosa'. “Con questa nuova edizione – ha commentato **Francesca Merzagora**, presidente di O.N.Da – confermiamo il nostro impegno nel promuovere, anche all'interno delle strutture ospedaliere, un approccio di genere nella definizione e nella programmazione strategica dei servizi socio-sanitari, imprescindibile per poter garantire, secondo i principi fondamentali di parità ed equità delle cure, il diritto alla salute non solo delle donne, ma anche degli uomini”. Gli obiettivi di O.N.Da sono dichiaratamente ambiziosi, in funzione di miglioramenti costanti e progressivi. “Vogliamo trasformare il processo di assegnazione dei bollini in un vero e proprio programma di certificazione – ha annunciato il vicepresidente **Alberto Costa** – in modo da giungere a conclusioni basate su verifiche attive e non solo più sull'acquisizione di informazioni autocertificate. Altra nostra idea è quella di iniziare a tratteggiare un possibile Ospedale della donna, riprendendo il modello tedesco austriaco e quello americano di Boston”. Quest'anno sono poi stati inseriti due focus specifici. Uno sulla Neonatologia, intesa come area specialistica di interesse, con particolare riferimento alla nascita prematura. L'altro riguarda la Sclerosi multipla (Sm), una patologia che colpisce soprattutto le donne, in un rapporto di 2:1 rispetto agli uomini: in Italia, su 68mila persone affette da Sm, circa 45mila sono di sesso femminile. Per la prima volta nella storia di 'Bollini Rosa' il programma è stato aperto anche alle strutture attive nella diagnosi e nel trattamento di questa patologia. E il risultato è stato eloquente: in 94 hanno

aderito all'iniziativa, con tutte le regioni rappresentate. “Questo approfondimento ha un'importanza enorme – ha sottolineato **Sabrina De Camillis**, sottosegretario alla Presidenza del Consiglio – Si tratta infatti di una patologia a elevato impatto sociale, che deve impegnarci maggiormente nella ricerca di soluzioni e nella comprensione delle dinamiche sociali che la caratterizzano”. Nel complesso è la medicina di genere che richiede un'attenzione particolare “perché ci sono ancora – ha aggiunto – deficit strutturali e qualitativi che vanno colmati al più presto. In questo senso è fondamentale trovare nuove fonti di finanziamento per il sistema della ricerca”. Quando viene diagnosticata una patologia potenzialmente invalidante come la sclerosi multipla, “una donna percepisce immediatamente un rischio per il suo ruolo di madre o di moglie perché la malattia può incidere fortemente sulla sua vita sessuale, affettiva o lavorativa. – spiega **Maria Rosaria Tola**, Direttore dell'Unità Operativa di Neurologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara - Arcispedale Sant'Anna – Per questo le donne con sclerosi multipla necessitano di assistenza non solo da parte di specialisti in neurologia, ma anche di un team multidisciplinare in grado di rispondere alle loro esigenze, in particolare in fasi della vita delicate come la gravidanza o la menopausa. Nella nostra struttura, ad esempio, offriamo alle donne un sostegno psicologico mirato per aiutarle nella loro vita di coppia e nella scelta di una maternità consapevole”. Un altro elemento nodale è costituito dalla comunicazione. “È indispensabile un lavoro capillare e costante in termini di sensibilizzazione – ha ricordato **Emilia De Biase**, presidente della Commissione Igiene e sanità del Senato – per costruire una nuova consapevolezza rispetto ai problemi delle donne. E per farlo il punto di partenza deve essere una riconversione qualitativa della spesa che consenta di agire maggiormente su prevenzione e ricerca. Nell'ottica di una valorizzazione



Quest'anno sono stati inseriti due focus specifici. Uno sulla Neonatologia, intesa come area specialistica di interesse, con particolare riferimento alla nascita prematura. L'altro riguarda la Sclerosi multipla (Sm), una patologia che colpisce soprattutto le donne, in un rapporto di 2:1 rispetto agli uomini: in Italia, su 68mila persone affette da Sm, circa 45mila sono di sesso femminile

ne della medicina di genere auspico che nel secondo round di discussione sulla Legge di stabilità – ha concluso – ci sarà spazio per nuovi stimoli a favore della salute delle donne”. Grazie a un accordo con Federafarma, prosegue il rapporto di stretta collaborazione con le 17mila farmacie presenti sul tutto il territorio nazionale: aiuteranno la popolazione femminile a trovare l'ospedale più vicino con i migliori servizi per le donne. “La farmacia sta cercando di implementare questo percorso di integrazione – ha spiegato **Maria Grazia Mediati** di Federafarma – Le nostre strutture possono infatti ridurre le difficoltà di accesso alle prestazioni per le donne, contribuendo a diffondere la conoscenza degli ospedali premiati con i bollini rosa”. **Y**

I risultati dello studio Eurocare

Tumori: in Italia si sopravvive di più che nel resto d'Europa

■ **A 5 anni dalla diagnosi di un tumore allo stomaco il 32% dei pazienti italiani sono ancora vivi, contro il 25% della media europea. Per il tumore del rene la percentuale è 67% contro 61% sempre a favore dell'Italia. Per la prostata 89% contro 83%. Per il colon 61% contro 57% e per la mammella (86% contro l'82%). Sono alcuni dei risultati dello studio EURO CARE-5, condotto dai ricercatori dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e dell'Istituto superiore di Sanità, presentato lo scorso dicembre nella sede del Parlamento Europeo a Bruxelles**

In Italia i pazienti oncologici sopravvivono ai tumori di più rispetto alla media europea. Lo dimostra lo studio EURO CARE-5, condotto dai ricercatori dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e dell'Istituto superiore di Sanità e pubblicato sulla rivista scientifica *The Lancet Oncology*.

EURO CARE - 5 è la più vasta indagine sulla sopravvivenza per tumore, che copre oltre il 50% della popolazione europea adulta (461 milioni) e il 77% di

quella infantile (59 milioni). I dati parlano chiaro. L'Italia è tra i Paesi dove a 5 anni dalla diagnosi di un tumore si sopravvive di più. Le differenze maggiori si osservano per i tumori dello stomaco (sopravvivono a 5 anni dalla diagnosi il 32% di persone in Italia rispetto al 25% della media europea), del rene (67% contro il 61%), della prostata (89% contro l'83%), del colon (61% contro il 57%), e della mammella (86% contro l'82%). Nonostante i migliora-

menti nella diagnosi precoce e nel trattamento dei tumori dell'ultimo decennio, comunque, la sopravvivenza varia notevolmente a seconda del Paese in cui si vive: in particolare in Europa occidentale si vive di più rispetto ai paesi orientali. Aumenta in generale la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per tutti i tumori nei bambini: a 5 anni dalla diagnosi la sopravvivenza europea è del 79% nel periodo di studio (2005-2007) con un lieve aumento rispetto al passato (76% nel periodo 1999-2001). Il lavoro ha messo in luce la sopravvivenza ai dieci tumori più diffusi attraverso l'analisi dei dati provenienti dai registri di tumore di 29 paesi europei per confrontare la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di oltre 10 milioni di adulti e

Sopravvivenza ai 10 tumori più diffusi, relativa a 5 anni, aggiustata per età, dei pazienti adulti diagnosticati dal 2000 al 2007 per Italia, Europa e regione europea

	Italia	Media europea
Stomaco	32,4	25,1
Colon	60,8	57,0
Retto	58,3	55,8
Polmone	14,3	13,0
Melanoma cutaneo	85,4	83,2
Mammella	85,5	81,8
Ovaio	38,1	37,6
Prostata	88,6	83,4
Rene	67,1	60,6
Linfoma Non-Hodgkin	61,7	59,4

60.415 bambini europei diagnosticati tra il 2000 e il 2007 e osservati fino al 2008. Questo studio, che fa parte del più vasto progetto EURO CARE che sta

monitorando la sopravvivenza ai tumori nei paesi europei da oltre 20 anni, è stato presentato dai ricercatori nel corso di un incontro che si è tenuto il 5 dicembre scorso nella sede del Parlamento Europeo a Bruxelles, con l'obiettivo di individuare le cause di tali differenze geografiche e sviluppare misure correttive per il futuro. ■

EURO CARE - 5 è la più vasta indagine sulla sopravvivenza per tumore, che copre oltre il 50% della popolazione europea adulta (461 milioni) e il 77% di quella infantile (59 milioni). Questo studio fa parte del più vasto progetto EURO CARE che sta monitorando la sopravvivenza ai tumori nei paesi europei da oltre 20 anni

Specializzandi

Carrozza: "Le Regioni ne chiedono 8mila ma il Governo ha soldi per formarne solo 2mila"

Le regioni chiedono 8mila borse per formare i medici ma il Governo, attraverso il ministro **Maria Chiara Carrozza**, durante il question time a Montecitorio il 4 dicembre scorso, risponde, con tutta franchezza a due interrogazioni sulla formazione medica che non ci sono i fondi. O meglio i fondi ci sono ma per formarne solo 2mila. L'esecutivo, ha spiegato la ministra, però ha a cuore il problema, dimostrazione il recente decreto 104/2013 (che ha riformato la disciplina delle scuole di specializzazione medica), e sta cercando risorse ulteriori.

Due al momento sono le ipotesi allo studio di Palazzo Chigi.

Così il ministro dell'Istruzione nel corso del question time alla Camera. L'Esecutivo però sta cercando fondi, in primis in Europa, successivamente c'è la razionalizzazione operata con il decreto 104/2013 e se questo non dovesse bastare il governo potrebbe chiedere al Parlamento interventi normativi

La prima: "Destinare alla formazione parte dei fondi comunitari per la coesione 2014-2020. Questa destinazione potrebbe essere coerente con l'utilizzo stesso dei fondi". La seconda, che come ha spiegato la stessa Carrozza è di prospettiva, passa attraverso "il decreto 104 e le disposizioni contenute che consentono di ridurre la durata dei corsi di formazione generando dunque un risparmio utile a fi-

nanziare nuovi contratti di formazione specialistica". "Il tema della formazione specialistica dei medici - ha detto Carrozza alla Camera - è ben presente al governo che vi è intervenuto recentemente con il decreto 104/2013, ed è impegnato nel reperimento di risorse adeguate. Il fabbisogno di medici specialistici da formare è determinato ogni tre anni dalle Regioni e dalle province autonome

che lo comunicano al ministero della Salute e al ministero dell'Istruzione e Università. È alle Regioni dunque che spetta per legge la rilevazione del fabbisogno di medici specialistici. Il ministro della Salute di concerto con l'Economia e il Miur, sentita la conferenza Stato-Regioni provvede alla determinazione del numero complessivo degli specializzandi da formare ogni anno". "Il ministero dell'istruzione - ha aggiunto la Ministra - sulla base del numero complessivo determina i posti da assegnare a ciascuna Scuola di specializzazione; è ovvio che il numero di medici specializzandi dipende dalla disponibilità di risorse finanziarie che purtroppo risente della difficile situazione della finanza pubblica.

Il numero di contratti di specializzazione è stato ridotto negli ultimi anni dai 5mila contratti attivati nell'AA 2011-2012 ai 4500 attivati per l'AA 2012-2013.

Al momento la previsione per l'anno accademico 2013-2014 è di circa 2000 contratti salvo nuovi stanziamenti. Si tratta di un numero insufficiente e il governo è impegnato nel reperimento di risorse ulteriori per aumentarlo". In che modo? "Ulteriori risorse per i contratti - secondo Carrozza - potranno derivare dall'uso di fondi europei e in prospettiva con la razionalizzazione del decreto 104/2013. Qualora non fosse sufficiente il governo non mancherà di cercare soluzioni alternative. Anche ulteriori interventi normativi necessari al Parlamento". I due parlamentari interroganti, **Gian Luigi Gigli** (Scelta Civica) e **Raffaele Calabrò** (Ncd), parzialmente soddisfatti della risposta, hanno fatto presente alla ministra che la Camera ha in agenda l'approvazione della legge di Stabilità che potrebbe essere usata per trovare i fondi necessari alla formazione medica. ■

Precari sanità: accordo tra Sindacati e Ministero

“In data 3 dicembre 2013, il Sottosegretario di Stato alla Salute Paolo Fadda e le organizzazioni sindacali delle aree dirigenziali medico-veterinario, SPTA e del comparto sanità dopo un confronto ampio ed articolato sulla bozza di dPCM previsto dall'art.4, comma 10, della legge 125/2013 si sono espressi favorevolmente sul testo finale, fermi restando i vincoli posti dal legislatore che impediscono ad oggi di dare risposte complessive al problema del precariato nel Ssn, mettendo a repentaglio la salvaguardia degli attuali livelli essenziali di assistenza”. Inizia così il testo del protocollo d'intesa raggiunto tra Governo e sindacati della dirigenza e del comparto del Ssn sulla scottante tematica del precariato in sanità.

Si ai concorsi a tempo indeterminato. Proroghe contratti fino al 2016. Ma resta il problema per i contratti atipici sul quale c'è l'impegno comune a trovare soluzioni. Il protocollo d'intesa sulla bozza di Dpcm sottoscritto tra il sottosegretario Fadda e i sindacati di categoria, ora deve passare il vaglio del Mef e della Funzione pubblica, prima di andare in Stato Regioni

I punti forti del decreto, che ora dovrà raccogliere l'avallo dei ministeri dell'Economia e della Funzione Pubblica e poi delle Regioni, restano la possibilità per gli Enti (compresi quelli di ricerca e l'Iss) del Ssn di bandire concorsi per assunzioni a tempo indeterminato per il personale oggi a contrat-

to a tempo determinato con particolari caratteristiche individuate nel Dpcm e la proroga dei contratti del personale interessato fino all'espletamento dei concorsi e comunque non oltre il 2016.

“L'esame approfondito del complesso ed articolato fenomeno del precariato all'interno del Ssn

– sottolinea però il documento d'intesa tra Governo e sindacati – ha fatto emergere la necessità, ferma restando l'emanazione della direttiva sulla proroga, di individuare ulteriori soluzioni, anche normative, per i percorsi di stabilizzazione di quelle tipologie di lavoro flessibile che non potranno trovare soluzione

nel predetto dPCM. Ulteriori iniziative dovranno essere adottate per garantire anche alle Regioni in piano di rientro dal deficit sanitario la piena attuazione del dPCM”.

“Le parti – prosegue ancora – convengono che queste due questioni debbano trovare soluzioni adeguate e si impegnano, ciascuno per la parte di competenza, a proporre ogni iniziativa ritenuta necessaria”.

“Si concorda infine – conclude il protocollo d'intesa – sulla necessità di introdurre nell'ordinamento vincoli per evitare la creazione di ulteriore precariato per effetto dell'uso improprio dei rapporti di lavoro flessibile. Il Sottosegretario si impegna ad emettere entro breve tempo specifiche direttive alle Regioni, che possano consentire il mantenimento in essere sino al 31 dicembre 2016 di tutti i rapporti di lavoro anche flessibili e atipici al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza e lo sviluppo dei programmi di ricerca in sanità”. **Y**

Colpa medica e legge Balduzzi: Corte Costituzionale respinge ricorso illegittimità

La Corte ha dichiarato l'inammissibilità del ricorso contro l'art. 3 della legge dell'ex ministro della Salute riguardante la responsabilità professionale. Il ricorrente ha infatti presentato “un'insufficiente descrizione della fattispecie concreta” che ha impedito la “necessaria valutazione della questione di legittimità”

La Corte Costituzionale, nell'ordinanza n. 295, ha dichiarato la manifesta inammissibilità della questione di legittimità costituzionale, sollevata dal Tribunale di Milano, dell'articolo 3 della legge 189/2012 (legge Balduzzi) riguardante la colpa medica. L'oggetto del contendere riguardava, in particolare, il comma 1 dell'articolo 3 che recitava: “L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve”. Per i giudici di Milano, si legge nell'Ordinanza, rimarrebbe “assolutamente incerto” anzitutto, se, con la formula “non risponde penalmente per colpa lieve”, la norma escluda che versi in colpa lieve il sanitario attenutosi alle linee guida e alle buone pratiche, o preveda invece una causa di non punibilità in senso stretto a favore del sanitario cui pure sia addebitabile una colpa lieve. L'equivo-

cità della locuzione in questione, non superabile tramite “una mera attività ermeneutica”, renderebbe il dato normativo impreciso, ponendolo in contrasto con i principi di ragionevolezza e di tassatività della fattispecie penale (artt. 3 e 25, secondo comma, Cost.), nonché con la funzione rieducativa della pena (art. 27 Cost.). Il rimettente sottolineava inoltre, ricorda ancora l'Ordinanza, come, nonostante la ratio della non punibilità dell'operatore sanitario da essa sancita, risiederebbe nell'intento di contrastare la medicina difensiva, la soluzione concretamente adottata dal legislatore tradirebbe, tuttavia, questa finalità, rischiando “di burocratizzare le scelte del medico e quindi di avvilire il progresso scientifico”: essa “premierrebbe”, infatti, coloro che prestano una “acritica e rassicurante adesione” alle linee guida e alle buone pratiche già codificate, penalizzando invece chi, con una pari dignità scientifica, se ne discosta, con l'effetto di bloccare l'evoluzione

del pensiero scientifico e la sperimentazione clinica.

La disposizione denunciata comprometterebbe, inoltre, per il giudice a quo, la tutela giudiziaria della persona offesa, la quale, nei casi previsti dalla disposizione stessa, potrebbe agire solo in sede civile, vedendosi così privata dei più ampi strumenti di tutela offerti dal processo penale, diversamente da quanto avviene in rapporto ai reati commessi con colpa lieve da soggetti non esercenti la professione sanitaria. A questo si aggiunge che, nell'ipotesi in cui i sanitari fossero dipendenti pubblici, essi fruirebbero, in violazione degli artt. 3 e 28 Cost., di un trattamento privilegiato rispetto a quello riservato a tutti gli altri dipendenti pubblici, i quali, a parità di condotta lievemente colposa lesiva dei medesimi beni giuridici, continuano invece a rispondere penalmente. Ulteriore vulnus del principio di tassatività sarebbe, infine, secondo i giudici di Milano che hanno portato la questione all'attenzione della Consulta, il riferimento

alle “linee guida” e alle “buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica”, delle quali non vengono precisate le fonti, le modalità di produzione e le procedure di diffusione, con il risultato di rendere indeterminabile l'area della non punibilità. Questi rilievi non sono stati però sufficienti a convincere la Corte Costituzionale poiché, si legge nell'Ordinanza, “il giudice a quo ha ommesso di descrivere compiutamente la fattispecie concreta sottoposta al suo giudizio e, conseguentemente, di fornire una adeguata motivazione in ordine alla rilevanza della questione”. Il tribunale di Milano, si legge ancora nell'Ordinanza, “si limita in effetti a riferire di essere investito del processo penale nei confronti di alcuni operatori sanitari, imputati del reato di lesioni personali colpose gravi, cagionate ad una paziente con colpa generica e per violazione dell'arte medica”. Per la Corte Costituzionale, inoltre, “il rimettente non specifica la natura dell'evento lesivo, le modalità con le quali esso sarebbe stato causato e il grado della colpa ascrivibile agli imputati; ma, soprattutto, non precisa se, nell'occasione, i medici si siano attenuti – o, quantomeno, se sia sorta questione in ordine al fatto che essi si siano attenuti – a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica

proprie del contesto di riferimento, così che possa venire effettivamente in discussione l'applicabilità della norma censurata”. Viene inoltre evidenziato dalla Consulta come la giurisprudenza di legittimità abbia ritenuto – in accordo con la dottrina maggioritaria – che “la limitazione di responsabilità prevista dalla norma censurata venga in rilievo solo in rapporto all'addebito di imperizia, giacché le linee guida in materia sanitaria contengono esclusivamente regole di perizia: non, dunque, quando all'esercente la professione sanitaria sia ascrivibile, sul piano della colpa, un comportamento negligente o imprudente”. Dunque, l'insufficiente descrizione della fattispecie concreta “impedisce alla Corte la necessaria verifica della rilevanza della questione, affermata dal rimettente in termini meramente astratti e apodittici, e le rilevate manchevolezze dell'ordinanza di rimessione comportano, secondo la costante giurisprudenza di questa Corte (ex plurimis, ordinanze n. 99 del 2013, n. 314 e n. 268 del 2012), la manifesta inammissibilità della questione”. **Y**



All'esame della Camera 5 Ddl che dovrebbero confluire in un testo unico

Responsabilità professionale. Aogoi: i nostri 6 punti "irrinunciabili"

I rappresentanti dell'Aogoi, della Sigo, della Fesmed, del Collegio Italiano Chirurghi e degli anestesisti dell'Aaroi-Emac: tutti riuniti intorno ad un tavolo, il 29 novembre scorso a Roma, per fissare, nero su bianco, i punti cardine "irrinunciabili" che per le categorie più rischiose della classe medica dovranno essere contenuti nella elaboranda legge sulla responsabilità professionale. Una legge "organica" che, nell'auspicio dei rappresentanti delle società scientifiche e sindacali di categoria intervenuti all'incontro, riunisca in un testo unico quanto di meglio è contemplato nelle cinque proposte di legge presentate da parlamentari appartenenti a diversi schieramenti politici che attualmente sono all'esame della Camera dei Deputati. Nello specifico: i due disegni di legge d'iniziativa Fucci (Fi-PdL) e quelli di Grillo (M5S), Calabrò (Ncd) e Vargiu (Scelta civica), che dovrebbero andare in discussione il prossimo gennaio.

La richiesta che da questo "tavolo tecnico" promosso da Aogoi e Sigo viene inviata alla politica è di fare presto: la classe medica è spossata e ora si è toccato il fondo. "Sono anni che discutiamo di responsabilità professionale e assicurazioni in convegni, seminari, giornate di studio, in cui abbiamo coinvolto il gota della magistratura, avvocati, rappresentanti delle società scientifiche, delle istituzioni, della società civile e dei media - ha affermato il presidente Aogoi Vito Trojano -. Ne abbiamo scervato le cause, denunciato le conseguenze e il vuoto normativo, che negli anni è stato colmato a colpi di sentenze dalla magistratura. Pronunce spesso contrastanti che hanno contribuito ad alimentare un clima di incertezza e di vulnerabilità per gli operatori della sanità. "Ora dalla 'diagnosi' dobbiamo passare alla 'terapia' - ha sottolineato il segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera. Ora la politica deve riprendere in mano il suo potere legislativo: la classe medica si aspetta ed esige una buona legge sulla responsabilità professionale, una normativa di respiro europeo".

Se non si porrà subito rimedio a questa situazione, "il rischio, che potrebbe presto manifestarsi in tutta la sua gravità, è che nel pubblico non si trovi più nessun chirurgo disposto a fare gli interventi difficili". Da tener presente inoltre che il paziente può denunciare il medi-

L'ipotesi di un testo unico che riunisca, modifichi e armonizzi le varie previsioni in materia di responsabilità professionale contenute nei 5 Ddl attualmente all'esame della Camera è auspicabile, purché contempli alcuni punti "irrinunciabili". È quanto emerso da un confronto promosso da Aogoi e Sigo con i chirurghi del Cic e gli anestesisti dell'Aaroi lo scorso novembre, finalizzato ad elaborare una proposta condivisa sui contenuti della futura legge



co anche dopo 10 anni, come hanno ricordato anche Nicola Surico e Marco d'Imporzano, rispettivamente presidente e past president del Collegio Italiano dei Chirurghi (Cic), che rappresenta 70 Società scientifiche di chirurgia e nel suo complesso la quasi totalità dei chirurghi italiani.

"I 5 disegni di legge all'esame della Camera recepiscono molte delle proposte Aogoi, e i vari Ddl presentati da parlamentari appartenenti a diversi schieramenti politici hanno tra loro molti punti comuni - ha spiegato la responsabile dell'Ufficio legale Aogoi Vania Cirese - e questo è un segnale incoraggiante, sia ai fini della possibile e auspicabile elaborazione di un testo unico sulla responsabilità professionale, sia perché queste convergenze denotano che il grande lavoro di disseminazione svolto dalle società scientifiche in questi anni ha prodotto dei buoni risultati. Su questi temi ora riscontriamo una nuova sensibilità, un mutamento culturale, non solo da parte del mondo politico ma anche da parte della magistratura".

L'avvio dell'esame di queste pro-

Perché un T.U.

Vania Cirese

Responsabile Ufficio legale AOGOI

L'analisi comparata dei pregevoli testi dei Ddl all'esame della Camera (i Ddl 259 e 262 d'iniziativa Fucci, il Ddl 1324 (Calabrò, Fucci, Elvira Savino), il Ddl 1312 (Grillo, Ciccioni, Dall'Osso, Di Vita, Lorefice, Mantero, Baroni, Silvia Giordano) e il Ddl 1581 (Vargiu, Binetti, Gigli, Monchiero) mette in luce una apprezzabile convergenza di politiche sanitarie tendenzialmente favorevoli all'adozione di una disciplina organica in grado di dare risposte efficaci alle problematiche della sanità italiana. La linea di tendenza riflette un "mutamento culturale" condiviso, un modo comune di confrontarsi con il tema, adottando categorie concettuali e modelli che riflettono una prospettiva più aderente all'attuale realtà socio-sanitaria. Inseguendo i diversi itinerari

Un'analisi comparata dei vari Ddl evidenzia la ricerca di modelli organizzativi e strumenti di tutela dei diritti in sanità che hanno obiettivi, contenuti e percorsi comuni

dei Ddl si nota il medesimo sforzo di liberarsi dai condizionamenti del passato e calibrare un modello di responsabilità professionale non più incentrato sulla figura del professionista intellettuale, singolo prestatore d'opera di tradizione Ottocentesca, bensì l'imporsi di un paradigma generale (e comune) di una disciplina della responsabilità sanitaria riferibile ad un'attività professionale svolta all'interno di una struttura sanitaria, quale soggetto che per legge deve adeguarsi a quelle regole di efficienza e sicurezza nell'erogazione delle cure che devono informare le attività organizzate per evitare la reiterazione di rischi ed eventi avversi in danno della salute dei pazienti e della serenità di lavoro degli operatori sanitari.

Analizzando i contenuti dei Ddl si rileva un riconoscimento dell'esigenza primaria di adozione di un vero e proprio sistema di monitoraggio, prevenzione, valutazione del rischio clinico. Si dà atto invero in tutti i percorsi legislativi che:

1. la struttura a mezzo del legale rappresentante, e non il medico, ha l'obbligo di garantire la sicurezza delle cure predisponendo la dovuta organizzazione di mezzi e di persone, potendosi rinvenire anche collegamenti causali tra organizzazione deficitaria e danni al paziente per inosservanza degli standard di sicurezza imposti dalla legge (colpa specifica) o da un generale dovere di diligenza, prudenza, perizia (colpa generica).

2. Del pari si dà atto che solo un sistema obbligatorio e organizzato permetterà di evitare la reiterazione degli errori e anche di individuare le fonti di responsabilità, distinguendo un doppio binario di responsabilità: il sanitario, se sbaglia per propria colpa professionale (negligenza, imperizia, imprudenza); gli amministratori delle strutture per deficit organizzativo.

Tutti i Ddl danno conto che al monitoraggio dei rischi e degli eventi avversi nelle strutture sanitarie deve seguire la raccolta e la fruizione dei dati a livello regionale e nazionale, per consentire di emettere direttive e giungere a modelli più omogenei, più sicuri e più efficienti di erogazioni delle cure nelle realtà locali, evitando il più possibile penalizzanti disparità di trattamento dei pazienti nonché assicurando la piena collaborazione con le società scientifiche per emettere raccomandazioni ed elevare lo standard della prevenzione dei rischi e della cor-

► Segue a pagina 30

poste di legge in Commissione Affari Sociali della Camera, è, come ha affermato il collega parlamentare Benedetto Fucci in varie occasioni, "un passo importante per portare avanti un lavoro utile e di qualità". "Un'occasione che le nostre società scientifiche non possono e non vogliono perdere ed è per questo, come abbiamo ribadito nel corso di questo confronto che è per tutti noi fondamentale dar vita a una squadra coesa - ha concluso Trojano".

Un altro aspetto su cui si è molto insistito nel corso di questo incontro riguarda la scelta dei contenuti della nuova disciplina sulla responsabilità medica, ovvero la necessità di "non cedere alla tentazione di inserire troppa carne al fuoco (Legge Balduzzi docet): dobbiamo concentrarci su alcuni aspetti e fissare dei punti irrinunciabili" è stato detto. Vediamoli dunque nel dettaglio.

I pilastri di una normativa sulla responsabilità professionale

1. Assicurazione obbligatoria delle aziende sanitarie

Le attuali polizze assicurative coprono solo la responsabilità professionale del medico per sua negligenza, imprudenza, imperizia e non già quella diretta

e autonoma dell'ente stipulante (ad es. per deficit organizzativo). Inoltre il continuo ondeggiare del legislatore nazionale tra "obbligatorietà" e "facoltatività" della copertura assicurativa dei medici dipendenti di strutture sanitarie presta il fianco a dispute dottrinali e giurisprudenziali. Molte strutture non sono più assicurate e i medici e i sanitari sono "scoperti" di garanzia assicurativa anche per la colpa lieve. Altre aziende sono in "autoassicurazione" e basta il pagamento di un sinistro per "prosciugare" le riserve.

2. Tentativo obbligatorio di conciliazione e azione giudiziaria per il risarcimento del danno nei confronti dell'assicuratore

Previo tentativo di composizione bonaria delle controversie, il danneggiato potrà agire direttamente nei confronti della compagnia assicuratrice. Questa proposta rispecchia riforme già attuate con successo nei Paesi dell'Unione Europea per evitare lunghi e defatiganti iter giudiziari, spesso del tutto infruttuosi o comunque dall'esito incerto, che penalizzano sia il paziente sia l'operatore sanitario.

3. Sistema di monitoraggio per la prevenzione, riduzione dei rischi ed

eventi avversi

Nella ricostruzione giudiziaria di un episodio di "medical malpractice" raramente viene preso in esame un disservizio o una disfunzione organizzativa della struttura sanitaria e si continua ad aprire indagini, sempre e comunque, sulla colpa professionale dell'operatore sanitario o dell'équipe, anche in quei casi in cui è palese il disservizio o la carenza organizzativa. In realtà spetta alla struttura, a mezzo del legale rappresentante, e non al medico, l'obbligo di garantire la sicurezza delle cure, predisponendo la dovuta organizzazione di mezzi e di persone. Pertanto è l'amministrazione dell'ente che deve predisporre meccanismi di controllo dei rischi per i pazienti, ciò configurando un preciso obbligo giuridico di attivarsi con la previsione, in caso di violazione, di sanzioni almeno nell'ambito del diritto punitivo amministrativo. Attualmente però manca nel Ssn un sistema concordato e condiviso (nazionale-regionale-locale) di monitoraggio-gestione del rischio clinico e manca la previsione normativa dell'obbligo in capo alle aziende ospedaliere di istituire unità di gestione del rischio clinico per individuare i rischi, eventi avversi e fonti di responsabilità. In caso di carenze strutturali,

organizzative, mancato approntamento del sistema di monitoraggio del rischio ed eventi avversi occorre dunque prevedere una responsabilità autonoma in capo ai legali rappresentanti delle strutture (o loro preposti), con precisi obblighi e sanzioni. Il sistema di monitoraggio dovrà raccordare le Unità di rischio clinico a livello aziendale (obbligatorie) con Agenzie di raccordo a livello regionale e un Osservatorio Nazionale (presso il Ministero della Salute). Al monitoraggio dei rischi e degli eventi avversi nelle strutture sanitarie dovrà seguire la raccolta e la fruizione dei dati a livello regionale e nazionale, che consentirà di emettere direttive e raccomandazioni per aver modelli più omogenei e più efficienti di erogazioni delle cure nelle realtà locali, evitando il più possibile penalizzanti disparità di trattamento dei pazienti, relativamente a livelli di qualità delle cure e sicurezza delle prestazioni erogate, e assicurando la piena collaborazione con le società scientifiche per emettere raccomandazioni ed elevare lo standard della prevenzione dei rischi e della corretta prestazione.

4. Fondo regionale (o nazionale) vittime da alea terapeutica

La previsione rispecchia lo sforzo di rispondere, per doverosità sociale, all'esigenza di assicurare un giusto indennizzo a titolo di solidarietà alle persone danneggiate, più vulnerabili e meritevoli di tutela, nella raggiunta consapevolezza che ciò non debba passare forzatamente e irragionevolmente sempre e solo attraverso lo strumento giudiziario in quei casi non ricollegabili a ipotesi di responsabilità del singolo operatore o dell'ente. Si tratta di considerare complicità derivanti dall'"alea" della patologia e pertanto non ascrivibili a imprudenza, negligenza, imperizia del medico o sanitario né a carenze organizzative, o strutturali dell'ente e quindi a responsabilità degli amministratori.

5. Nomina dei CT specialisti accanto al medico legale nei processi per responsabilità professionale in sanità

Le complesse istruttorie e indagini peritali chiamano in causa competenze specialistiche di settore che necessitano di esperti della singola branca accanto al medico legale.

6. Prescrizione dell'azione per risarcimento dei danni da attività sanitarie nel termine di 5 anni dal fatto o dalla conoscenza del fatto

Risoluzioni approvate dai delegati FESMED in tema di responsabilità professionale

Carmine Gigli
Presidente FESMED

In occasione del Convegno FESMED "Verso un nuovo contratto", che si è tenuto a Rimini il 22 e 23 novembre 2013, i rappresentanti FESMED riuniti in gruppo di studio hanno discusso la questione della responsabilità professionale in sanità e della medicina difensiva.

Di seguito vengono riportate, in ordine prioritario, le norme che sono state considerate utili per risolvere questo grave problema, nella speranza che possano essere inserite in una legge sulla responsabilità professionale sanitaria

1. L'esercente la professione sanitaria, nello svolgimento della propria attività con finalità terapeutica secondo le regole dell'arte e nel rispetto della normativa vigente, risponde dei danni derivanti da tali attività solo nei casi di dolo e colpa grave, sia in caso di azione civile diretta che per azione amministrativa indiretta;
2. La responsabilità civile per danni a persone causati dal personale sanitario medico

e non medico, occorsi in una struttura sanitaria pubblica, privata accreditata e privata, ivi compresa l'attività libero-professionale intramuraria, è sempre a carico della struttura stessa;

3. Obbligo della polizza assicurativa per la responsabilità civile, per tutte le strutture sanitarie e ospedaliere, pubbliche e private, direttamente con una compagnia assicurativa o attraverso un sistema regionale, escludendo ogni

forma di auto-assicurazione;

4. Istituzione di un fondo di solidarietà nazionale per l'indennizzo delle vittime da alea terapeutica (danno senza colpa);
5. Depenalizzazione delle lesioni gravi e gravissime verificatesi in conseguenza di una prestazione sanitaria, previste attualmente dal Codice penale, art. 586, 589 e 590;
6. Attuazione di quanto stabilisce la legge 189/2012 art.3, dove prevede il "fondo appo-

- sitamente costituito, di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie", al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie;
7. Normativa che regoli il Consenso informato all'atto medico e all'intervento chirurgico, rilasciata da un organismo istituzionale o per legge;
8. Tutta la documentazione raccolta nelle Aziende sanitarie

e ospedaliere ai fini della prevenzione del rischio clinico non può essere utilizzata in alcun modo a fini giudiziari;

9. Prevedere un finanziamento per l'attuazione di quanto previsto dalla legge 189/2012 art.3 bis, dove stabilisce che le Aziende sanitarie "curano l'analisi, studiano e adottano le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi".

Eventuali suggerimenti, commenti e richieste di spiegazioni potranno essere indirizzati via e-mail a: segreteria@fesmed.it, anche attraverso il sito www.fesmed.it





La “casa comune” dei ginecologi italiani: una meta più vicina

“È cambiato il clima, lo vedo in questa assemblea. Ospedaliere, universitari, territoriali e libero professionisti mi sembrano ora una vera, grande famiglia. Abbiamo ritrovato una compattezza che proprio qui a Napoli sei anni fa forse non avremmo immaginato”. Così ha esordito il presidente Aogoi Vito Trojano nel suo discorso all’assemblea Aogoi che lo ha riconfermato alla guida dell’Associazione per il prossimo triennio 2014-2016. E in effetti alla Stazione Marittima di Napoli, la bella struttura monumentale anni ’30 che domina il Molo Angioino e che ha ospitato la nostra quattro giorni, si è respirato davvero un’aria diversa. Delle vecchie contrapposizioni, dei livori e particolarismi che hanno attraversato le “diverse anime della ginecologia”, e che negli anni passati si sono insinuati perfino nel dibattito scientifico, resta poco o nulla. Ha prevalso la volontà di integrazione, di riunire le forze e le competenze in un unico campo d’azione. La costruzione di un grande Collegio italiano dei ginecologi: “la casa comune, una e assolutamente paritetica, con pari dignità e responsabilità, capace di avere una forza d’urto”, come l’ha definita in

Un clima di grande armonia tra le società scientifiche rappresentative della ginecologia italiana ha contraddistinto questa edizione congressuale riconosciuta dai partecipanti come tra le più interessanti degli ultimi anni. Il congresso si è concluso con la riconferma di Vito Trojano alla guida dell’AOGOI e l’elezione di Paolo Scollo alla presidenza SIGO. Buona l’affluenza degli iscritti, al di là delle previsioni, numerosi anche gli ospiti italiani e stranieri. Seguitissime tutte le sessioni, in particolare quelle dedicate alle nuove frontiere nella diagnosi e cura dei tumori ginecologici femminili, alla sicurezza in sala parto e al contenzioso medico legale. Successo anche per i simposi delle società affiliate. Riconferma di Giovanni Fattorini alla presidenza AGITE

più occasioni il segretario nazionale Antonio Chiantera nel corso dei lavori congressuali, non sembra più una meta così lontana, un “sogno” della Dirigenza Aogoi. Del resto solo una potente forza d’urto può essere in grado di smuovere dallo stallo i problemi delle assicurazioni, della

responsabilità professionale, del contenzioso, dei tagli ai servizi e agli organici, del blocco del turnover e delle retribuzioni dei medici del Ssn. La posta in gioco è la tenuta della nostra sanità pubblica, la messa in sicurezza della rete materno infantile e il futuro di una specialità tra le

più “rischiose”. Di questo sembrano esserne consapevoli tutti. E non è un caso che ancor prima dell’inizio dei lavori gli interventi dei vari ospiti alla cerimonia inaugurale, messo da parte il “cerimonioso” tipico di queste occasioni, si siano concentrati su problemi concreti, che pon-

gono seri interrogativi sul futuro, soprattutto dei giovani: “futuri ginecologi o giovani colleghi che si stanno affacciando alla professione, per i quali le nostre società scientifiche devono farsi garanti, non solo sul piano di una offerta formativa al passo con i migliori standard inter-

Vito Trojano riconfermato alla guida dell'AOGOI

L'Europa in cima alla nostra agenda

Vito Trojano
Presidente Aogoi

È cambiato il clima, lo vedo in questa assemblea. Ospedalieri, universitari, territoriali e libero professionisti sono ora una vera, grande famiglia. Il momento di difficoltà che proprio qui a Napoli sei anni fa abbiamo toccato con mano sembra davvero definitivamente alle spalle. Abbiamo ritrovato una compattezza che forse non avevamo neppure immaginato. Abbiamo accantonato le discussioni sterili, i particolarismi, il futile e ci siamo uniti intorno agli obiettivi comuni e soprattutto alla grande emergenza: salvare la ginecologia italiana in tempo di crisi. Lo sciopero del 12 febbraio è solo l'ultima delle tante occasioni in cui in questo ultimo biennio le nostre società scientifiche hanno saputo mostrare la loro compattezza. A ciò ha contribuito anche la condivisione del percorso che l'Aogoi ha aperto nelle sedi istituzionali, nella consapevolezza che senza interlocutori la nostra voce è perduta. Nei prossimi mesi proseguiamo in questa direzione, intensificando la nostra azione con il sostegno del nostro collega parlamentare Benedetto Fucci, che ci ha sempre seguito passo dopo passo in questo cammino.

Nella nostra agenda per i prossimi mesi: sicurezza del percorso nascita, responsabilità professionale, assicurazioni e formazione dei giovani specialisti sono in cima alla lista delle nostre priorità. Proseguiamo inoltre il nostro impegno per l'espansione della rete dei poli d'eccellenza, costituiti dagli ospedali d'insegnamento, che svolgono in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica e ricerca di base e clinica e per rendere sempre più estesa ed efficace l'integrazione della rete ospedaliera con il territorio, "al fine di integrare le attività di tutti gli operatori che svolgono un ruolo per la salute e il benessere della donna nei suoi vari aspetti", come ha affermato il ministro della salute Lorenzin nel suo intervento sul numero congressuale di GynecoAogoi, e si garantisce, attraverso una completa integrazione dei servizi dei diversi livelli operativi, una effettiva presa in carico e continuità assistenziale in termini di prevenzione e trattamento delle principali patologie

ginecologiche. Su queste direttrici proseguiamo a fianco dei nostri colleghi universitari e territoriali, rendendo ancora più solide le fondamenta su cui poggiare il nostro progetto di una casa comune dei ginecologi.

Ma per realizzare un vero cambiamento nei più svariati ambiti non possiamo mancare la sfida europea.

Per questo ci stiamo adoperando per far sì che l'Aogoi sia non solo rappresentata in ambito comunitario ma si renda promotrice di un network europeo degli ostetrici ginecologi. Network che per le professioni sanitarie è già attivo da ben tre anni!

L'importanza di questo cammino europeo è del tutto evidente, basti pensare alla direttiva europea sull'assistenza sanitaria transfrontaliera, di prossima applicazione, che contempla, tra l'altro, anche aspetti che riguardano la cooperazione sanitaria tra gli Stati membri, la libera circolazione dei professionisti, la creazione di reti di riferimento europee di fornitori di assistenza sanitaria (che dovrebbe contribuire a promuovere la mobilità degli esperti in Europa e l'accesso a cure altamente specializzate), organismi di valutazione delle tecnologie sanitarie, sistemi informativi e molto altro. In questo, come in altri casi, dobbiamo essere capaci di trasformare gli "obblighi di recepimento" in opportunità.

Accolgo questa riconferma alla guida dell'Aogoi con grande emozione, perché premia il nostro impegno, mio personale e di tutto il Direttivo. La accolgo come il riconoscimento che il cammino intrapreso dalla nostra società scientifica è stato da voi condiviso e che ha risposto, nei limiti del possibile, alle vostre istanze e aspettative. Questo sarà un ulteriore stimolo a proseguire con fiducia alcune importanti iniziative che abbiamo in cantiere per il prossimo triennio, come il progetto europeo, nel quale mi impegnerò al massimo, come ho detto in più occasioni, supportato dall'Ufficio legale e da tutta la squadra Aogoi. **Y**

"Accolgo questa riconferma alla guida dell'Aogoi con grande emozione e come il riconoscimento che il cammino intrapreso dalla nostra società è stato da voi condiviso e che ha risposto, nei limiti del possibile, alle vostre istanze e aspettative"



nazionali ma anche in termini di opportunità e di tutele che gli alti costi assicurativi e il contenzioso medico legale stanno mettendo a serio rischio".

Ad esprimere disagio e allarme a riguardo molte voci autorevoli della sanità partenopea. "Con 3 milioni di euro non troviamo nessuna compagnia disposta ad assicurarci" - ha tuonato Giovanni Persico, direttore generale dell'Azienda Policlinico Federico II, che si è soffermato sulla sfida impari con cui oggi si deve misurare il Dg "tenuto a fare miracoli, con pochi soldi e poco personale". A fargli eco Bruno Zuccarelli, Presidente dell'Ordine dei medici di Napoli: "Turnover bloccato, costi assicurativi insostenibili... stiamo cancellando il futuro dei giovani. È inammissibile che un giovane specialista per assicurarsi debba pagare 15-20 mila euro l'anno! Dobbiamo combattere le lobby delle assicurazioni". E poi Franco Rengo, preside della facoltà di Medicina dell'Università Federico II di Napoli, che nel porre l'accento sull'imperativo di misurarsi con il resto d'Europa, promuovendo un percorso di internazionalizzazione, ha messo in guardia in guardia dal pericolo brain drain: "dobbiamo promuovere lo scambio dei giovani medici - scambi bidirezionali, non unidirezionali! Dobbiamo far sì che i nostri giovani, dopo un'esperienza di formazione all'estero, ritornino!". Anche i media nazionali nel dare notizia della quattro giorni di ginecologia si sono concentrati su questi temi, rilanciando l'appello dal congresso alle Istituzioni "perché sia tutelata la ginecologia italiana, un'eccellenza del nostro sistema sanitario, e dopo tanti tagli si torni a investire nella formazione di giovani medici, si dia seguito alla riorganizzazione dei punti nascita del 2010 e si giunga finalmente a una riforma del contenzioso medico-legale, con una rivisitazione della colpa medica: anomalia del tutto italiana, visto che il nostro è pressoché l'unico paese al mondo (insieme, solo per certi versi a Polonia e Messico) in cui gli errori clinici sono perseguibili penalmente". Di qui il rilancio dei dati sulla medicina difensiva (12 miliardi le spese in più a carico del Servizio sanitario nazionale) e sulle 33.700

denunce presentate contro i camici bianchi che, sebbene per la maggior parte si risolvano in una bolla di sapone, bastano e avanzano a scoraggiare le nuove generazioni di medici. Il rischio, come ha scritto Repubblica, è che il ginecologo diventi "una specie in via d'estinzione" e che nei prossimi 10 anni le corsie siano "sguarnite". Anche per questo, come è stato sottolineato dalle tre società scientifiche "è necessario il ministero dell'Istruzione preveda già dal prossimo anno accademico un aumento del numero di specializzandi in ginecologia ed ostetricia che, nell'aprile 2013, è stato solo di 211 nuovi studenti".

Gli altri due temi ripresi con rilievo dalla stampa nazionale riguardano i dati sulle mamme italiane, sempre più anziane, e sulla contraccezione, con l'Italia fa-



nalino di coda nella classifica europea per l'accesso alla contraccezione moderna. L'aumento dell'età media delle donne al primo parto, salita a 32,6 anni (nel 2004 era 31,8) preoccupa da tempo i ginecologi che periodicamente invitano ad accendere i riflettori sul fenomeno, per sensibilizzare le donne a non spostare troppo in là le lancette dell'orologio biologico pena una riduzione della fertilità e un incremento dei fattori di rischio connessi alla gravidanza. Riguardo alla contraccezione sono stati sottolineati due dati apparentemente contrastanti. Il primo è che l'Italia si colloca al terzo ultimo posto in Europa per l'accesso alla contraccezione moderna, come rileva "Barometer of women's access to modern contraceptive choice in 10 EU Countries" - un'indagine presentata a giugno al Parlamento Europeo, che vede in testa alla classifica la Germania (73%), seguita dai Paesi

Fucci: "lieto per rielezione di Trojano alla presidenza Aogoi"

"Sono molto lieto per la conferma, avvenuta nel congresso di Napoli, del prof. Vito Trojano, illustre collega e caro amico, alla presidenza dell'Aogoi - ha affer-

mato in una nota Benedetto Fucci, segretario della Commissione Affari Sociali della Camera. "Avendo avuto modo di collaborare con lui in più occasioni, a

partire dall'indagine parlamentare sui punti nascita da me condotta nella passata legislatura, so bene quanto il suo impegno sia stato forte e proficuo, e quanto quindi questa conferma gli consentirà di proseguire sulla strada intrapresa".

Bassi (69%) e dalla Francia (67%). Il secondo dato è che ci collochiamo invece tra gli stati europei virtuosi (al quinto posto) per quanto riguarda l'educazione sessuale. Un dato che a prima vista può sorprendere, visto che siamo tra i pochi paesi a non ave-

re l'educazione sessuale come materia obbligatoria nelle scuole, come hanno commentato il presidente uscente della Sigo Nicola Surico e il presidente Smic Emilio Arisi, ma fino a un certo punto perché "è il risultato dell'impegno di noi ginecologi e di

insegnanti e volontari che danno il loro contributo con iniziative nelle scuole, ma soprattutto del progetto Scegli Tu promosso dalla Sigo, che dal 2005 fornisce sostegno e supporto ai giovani".

► Segue a pagina 14

► Segue da pagina 13

Tra i momenti congressuali che hanno suscitato grande interesse, solo per citarne alcuni che non potevano essere "fotografati in anteprima" nello speciale del numero scorso, ricordiamo: la Sessione Congiunta Aogoi - Siu in teleconferenza, che ha visto protagonisti il segretario nazionale Antonio Chiantera e in diretta dal congresso Siu di Riccione, Vincenzo Mirone, segretario generale della Società italiana di Urologia (vedi Box pag.19).

La partecipazione a tutte le sessioni è stata ampia. La felice scelta della location e soprattutto l'abile regia organizzativa messa in campo dai tre presidenti del Congresso hanno reso molto fruibile il programma congressuale, consentendo agli oltre mille partecipanti di accedere agevolmente alle varie sessioni che si svolgevano in contemporanea per seguire le relazioni di specifico interesse.

Come avevano anticipato i presidenti di Aogoi e Sigo nelle loro lettere ai soci, è stato un con-

gresso interessante e ben strutturato, che ha puntato sui temi concreti della professione medica e sull'up-to-date scientifico, senza mai perdere di vista la dimensione delle medical humanities. Questo Nazionale in sintesi ha voluto essere "una risposta, anche questa, seppur piccola, allo scenario di crisi che stiamo vivendo" - come ha affermato il presidente Vito Trojano nel suo discorso inaugurale. Soprattutto, "la risposta di una ginecologia italiana che non si arrende e non deroga alla qualità".



"Wrongful life: il dibattito sulla sentenza della Cassazione civile n. 16754/2012", che ha riconosciuto al neonato il diritto autonomo da danno per essere nato malformato. Alla tavola rotonda è intervenuto anche il giudice Giacomo Travaglino, estensore della ponderosa pronuncia che ha suscitato grande sconcerto tra i ginecologi, tanto che l'Aogoi la pose anche all'attenzione della Commissione Errori sanitari, fortemente preoccupata per la sua portata e le sue possibili gravi conseguenze (v. Gyneco 8/2012). Molto seguita anche la **sessione Fesmed sull'errore e la colpa nelle professioni sanitarie**, che ha coinvolto Salvatore Aleo, professore di diritto penale all'Università di Catania, con grande esperienza nel campo della responsabilità professionale medica (vedi box pag. 20). Tra gli interventi dei numerosi ospiti stranieri (Antsaklis A, Grecia; Bitzer J. Basilea; Cabero-Roura L. Spagna; Demir C. Truchia; Nicolaidis K. UK (lectio sulla nuova piramide di assistenza prenatale); Norman Jane - Edimburgo; Premru-Srsen Lubiana slovenia; Radunovic N. Belgrado Serbia), ha riscosso un grande successo la lettura magistrale **"The new pyramid of prenatal care"** di K. Nicolaidis, esperto di fama e direttore del prestigioso Centro di medicina fetale londinese, la "Fetal Medicine Foundation" (vedi box pag. 17).

Chiantera: il nostro futuro è una grande "casa comune"

"Ora ci sono tutte le premesse per fondare una vera Casa comune dei ginecologi italiani. Una Casa comune - una e assolutamente paritetica tra tutte le componenti della ginecologia - che sia capace di avere una forza d'urto nei nostri ospedali. Per migliorare le condizioni di lavoro e di assistenza e per contrastare chi, ai vari livelli, specula sulla salute della donna. Siano essi direttori generali, colleghi o avvocati". Così il segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera ha in più occasioni ricordato nel corso dei lavori congressuali quello che è l'obiettivo prioritario cui tendere nel prossimo futuro: riunire tutte le anime della ginecologia in un grande Collegio dei ginecologi. Il sogno che l'Aogoi coltiva da molti anni oggi si presenta come un progetto non solo possibile ma anche "irrinunciabile": un Collegio Italiano di Ostetricia e Ginecologia infatti avrebbe "una forza d'urto in grado di spianare

la strada a molte problematiche irrisolte, a beneficio della classe medica e dei pazienti". Per la realizzazione di una casa comune dei ginecologi ita-

liani mancano però alcuni tasselli. In primis è necessario che anche la Sigo, come da tempo ha fatto l'Aogoi, conceda adeguato spazio

e riconoscimento alla "terza anima professionale": il Territorio. Per questo, nel corso del-

Un Collegio Italiano di Ostetricia e Ginecologia avrebbe una "forza d'urto" in grado di spianare la strada a molte problematiche irrisolte



Il nuovo Direttivo AOGOI per il triennio 2014/2016

Ecco la nuova compagine guidata da Vito Trojano

Nella penultima giornata dei lavori congressuali, l'8 ottobre 2013, si sono svolte le due assemblee elettive di Aogoi e Sigo che hanno rinnovato le cariche sociali per il triennio 2014-2016.

Alla guida dell'Aogoi è stato riconfermato il prof. Vito Trojano, eletto per la

prima volta presidente al congresso nazionale di Milano nel 2010.

Il Consiglio di Presidenza Aogoi, approvato all'unanimità dall'Assemblea nazionale dei Soci nell'ambito del 53° Congresso Nazionale Aogoi, risulta così composto:

Presidente
Prof. Vito Trojano

Dott. Pasquale Pirillo

Vice Presidente
Dott. Sandro M. Viglino
D.ssa Elsa Viora

Consiglio dei Proviviri
Proviviri

Dott. Giancarlo Cecchini
Prof. Roberto Seclì
Dott. Roberto Sposetti
Supplente

Segretario nazionale
Prof. Antonio Chiantera

D.ssa Giuseppina Comitini

Tesoriere
Dott. Carlo Maria Stigliano

Collegio dei Revisori

Revisori dei Conti
Dott. Gianfranco Quintarelli
Dott. Franco Rodio
D.ssa Silvia Von Wunster

Consiglieri
Dott. Maurizio Silvestri
Prof. Luigi Alio

Scollo: "Le due parole d'ordine della mia presidenza saranno continuità e ammodernamento"



"È un grandissimo onore poter dirigere per i prossimi tre anni una così prestigiosa Società scientifica. Le due parole d'ordine della mia presidenza saranno continuità e ammodernamento. In questi ultimi anni noi ginecologi abbiamo portato avanti tanti importanti progetti di ricerca e di prevenzione e avviato numerose collaborazioni con le istituzioni e altre associazioni mediche. Queste iniziative proseguiranno insieme a nuovi programmi sempre rivolti alla salvaguardia del benessere e della salute femminile. Al tempo stesso, la Sigo inizia a sentire il peso degli anni. Il mio obiettivo sarà rinnovare la ginecologia italiana, per dare più spazio ai giovani e alle donne. Per

raggiungere questi obiettivi punteremo sulla formazione delle nuove leve in tutte e tre le anime della ginecologia: universitaria, ospedaliera e territoriale. Cercherò una sempre più stretta collaborazione con le Istituzioni, Ministero e Regioni in primo luogo, perché si dia seguito ai processi di riorganizzazione dei punti nascita, ormai indispensabile in tutto il Paese, a tutela delle pazienti e dei ginecologi. Con un grande impegno anche ad affrontare il tema sempre più spinoso del contenzioso medico legale, diventato uno dei problemi più rilevanti per la categoria. Senza dimenticare, anzi incrementando, le campagne di prevenzione per il benessere riproduttivo".

la tavola rotonda "Per una casa comune dei Ginecologi italiani" organizzata da Agite, il segretario nazionale Chiantera ha espresso l'augurio "che in occasione del Congresso Nazionale del prossimo anno a Cagliari si possano creare le condizioni per iniziare a modificare lo Statuto della Società italiana di ginecologia e ostetricia, nel senso di riconoscere quale elemento fondante la terza anima professionale che è quella del Territorio, ponendo fine all'anacronistica natura di Sigo che risulta costituita soltanto da ospedalieri ed universitari". Augurio condiviso anche dal presidente uscente della Sigo Nicola Surico che ha detto di aver già chiesto una modifica dello statuto in tal senso. "L'integrazione ospedale territorio fa bene ai medici e ai pazienti - ha affermato Surico. Il territorio può davvero completare il percorso assistenziale ospedaliero. Riempie i vuoti e le carenze del sistema, offre soprattutto quella continuità assistenziale che ora è quasi del tutto inesistente". Pieno accordo anche sulla necessità di una formazione specifica, "sia per gli ospedalieri che andranno sul territorio sia per i territoriali, che dovrebbero svolger-

re un periodo di tirocinio anche negli ospedali". Sul fronte assicurazioni e responsabilità professionale, il segretario nazionale ha assicurato che l'Aogoi "continuerà a fare la sua parte, anzitutto vigilando affinché l'iter intrapreso porti ai risultati attesi". Al ministero della Salute, ha ricordato Chiantera "c'è un tavolo delle assicurazioni che, come chiede anche la Fnomceo, dovrà trovare una proposta sull'accessibilità delle polizze a tutti i medici", ma che per ora non ha ancora trovato molti punti d'intesa. Alla Camera è incardinato il ddl Fucci sulla responsabilità professionale, "che dobbiamo sostenere con forza, in attesa di una riforma organica dell'intero sistema della responsabilità medico sanitaria, di stampo europeo". Il segretario nazionale ha poi puntato l'indice contro un altro serio problema che attende soluzione: la riforma degli albi dei Ctu: "Invito tutti i colleghi a sostenere la nostra battaglia e ad attivarsi per indicare i migliori specialisti nelle varie branche. Dobbiamo mettere in piedi una squadra e porre fine alla vergogna di consulenze tecniche che gridano vendetta, fatte dai nostri stessi colleghi!"



Il nuovo Direttivo SIGO per il triennio 2014/2016

Paolo Scollo è il nuovo presidente Sigo

Il prof. Paolo Scollo, direttore del Dipartimento materno-infantile dell'Azienda ospedaliera "Cannizzaro" di Catania, è il nuovo Presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia. Dal 2011 Scollo era vice presidente della Sigo e dal 2012 presiede anche la Società Italiana di

Oncologia Ginecologica (Siog). Subentra al prof. Nicola Surico, eletto presidente del Collegio italiano dei Chirurghi il 27 settembre scorso. Ecco il nuovo direttivo eletto dall'Assemblea Generale dei Soci nell'ambito dell'88° Congresso Nazionale Sigo:

Presidente
Paolo Scollo
Vice Presidente
Mauro Busacca
Tesoriere
Sandro Massimo Viglino

Probiviri
Domenico Arduini
Mario Campogrande
Ettore Cicinelli
Alessandro Melani
Anna Paoletti

Consiglieri
Giuseppe De Placido
Valeria Dubini
Emilio Stola
Pier Luigi Venturini

Revisore dei Conti
Maurizio Silvestri
Andrea Bilotti

Il presidente uscente della Sigo Nicola Surico è stato eletto Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi (Cic). Il prof. Surico è subentrato al prof. Marco d'Imporzano alla guida del Cic, il Collegio che rappresenta 70 Società Scientifiche di Chirurgia e nel suo complesso la quasi totalità dei Chirurghi Italiani.



Il "pacchetto" tutela legale e assicurativa del socio Aogoi

Nel corso del consueto spazio che l'Assemblea nazionale Aogoi dedica alla tutela legale e assicurativa il segretario nazionale **Antonio Chiantera** ha ricordato come, nonostante l'incremento dei costi, l'Aogoi sia riuscita anche quest'anno ad offrire ai propri iscritti, inclusa nella quota di iscrizione, una formula di tutela legale che copre fino a 15mila

euro di spese legali e civili, incluse le spese peritali. Ma non è tutto. Il "pacchetto" di tutela legale infatti offre ai soci anche un servizio di consulenza e orientamento per identificare gli strumenti migliori a difesa del proprio patrimonio (ad ed. il fondo patrimoniale). Sempre sul fronte della tutela legale, Chiantera ha ricordato che

l'Aogoi sta lavorando alla creazione di un network di legali, ramificato su tutto il territorio nazionale, con specifiche competenze nel campo della colpa medica e in particolare per quanto attiene l'ambito ginecologico. "Dateci notizia dei vostri eventi avversi!". Dal congresso è giunto l'invito a tutti gli iscritti affinché contribuiscano a rafforzare l'importante strumento

► **Segue a pagina 20**



Le Medaglie d'oro Aogoi 2013

Susan Mbiye Diku Per il suo impegno a servizio della popolazione femminile più a rischio di esclusione

La cerimonia delle medaglie d'oro Aogoi si è aperta con la consegna della medaglia d'oro alla dottoressa Diku, per il suo impegno plurien-



nale di ginecologa a servizio delle fasce più deboli della popolazione femminile italiana e straniera. "Mi fa piacere vedere che il lavoro che ciascuno di noi fa nel quotidiano non è misconosciuto ed è seguito dalla grande famiglia dell'Aogoi - ha detto la dottoressa Diku ricevendo l'onorificenza dal presidente Trojano. Diku, già insignita del titolo di Ufficiale dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana nel 2000,

Consegnati dal presidente Vito Trojano i prestigiosi riconoscimenti che l'Aogoi attribuisce a coloro che hanno contribuito "in maniera significativa al progresso dell'ostetricia e ginecologia"

è stata responsabile dell'Ambulatorio di ginecologia e ostetricia del Centro Welcome della Caritas e consulente della Uoc di ginecologia ed ostetricia dell'Ospedale Fatebenefratelli. Inoltre, ha fatto parte dello staff medico del Progetto Lampedusa organizzato dall'Inmp e dal Ministero dell'Interno nel 2008. Attualmente è dirigente medico ginecologa dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (Inmp) che ha sede a Roma.

Ef시오 Renato Poddi



Gianfranco Marongiu



Molto di più di due "storici" segretari regionali

Per oltre vent'anni segretari regionali, Poddi (Aogoi Puglia) e Marongiu (Aogoi Sardegna) "sono stati per l'Aogoi molto di più di due segretari regionali: sono due degli uomini che più hanno contribuito a far crescere la nostra Associazione!" Così il presidente Trojano e il segretario nazionale Chiantera hanno ricordato nel corso della cerimonia la lunga militanza di Poddi e Marongiu in Aogoi e i rapporti di grande amicizia, stima e affetto.

Benedetto Fucci Il suo sostegno nelle sedi istituzionali ha permesso che molti dei nostri obiettivi fossero raggiunti

"Un amico, un collega in Parlamento che non ha mai dimenticato il suo camice di medico. Ci ha sempre seguiti nel nostro percorso di dialogo e collaborazione con le istituzioni e grazie al suo sostegno molti dei nostri obiettivi e dei nostri progetti hanno potuto realizzarsi". L'onorificenza per premiare l'impegno di Benedetto Fucci, collega parlamentare, attualmente segretario della commissione Affari Sociali della Camera, assente per problemi di salute, è stata ritirata dallo stesso presidente Aogoi.



Giovanni Adinolfi Un maestro e un grande presidente Aogoi

"Siamo onorati di averlo tra i nostri. Per me è stato un maestro e i suoi anni alla presidenza Aogoi sono stati tra i migliori". Così il segretario nazionale Chiantera ha introdotto il professor Giovanni Adinolfi, past president Aogoi, già vicepresidente Upigo e co-fondatore dell'Ebcog: quarantaquattro anni di vita in Aogoi, da quando nel '69 lasciò l'Università per l'Ospedale, "allora luogo di cura per la povera gente. Zero attrezzature e strutture fatiscenti", come ha ricordato lui stesso. Adinolfi - già Me-

Tavola rotonda AGITE: Per una casa comune dei Ginecologi italiani

"Il Territorio può supportare l'Ospedale in un contesto di assoluta sinergia"

Sandro Viglino

Vice Presidente AGITE, AOGOI

"Voglio trovare un senso a questa situazione, anche se questa situazione un senso (non) ce l'ha...". Così recitava un famoso brano di qualche anno fa, che ruotava intorno al senso dell'amore e quindi della vita. Ma perché scomodare Vasco Rossi per introdurre il tema del difficile rapporto Ospedale-Territorio? Perché penso che in questo caso "il senso di questa situazione" ci sia tutto, anche se lo dobbiamo ritrovare insieme.

Ospedale e Territorio rappresentano due ambiti professionali che per tanti anni non si sono parlati, talvolta per contrapposizione di interessi e talvolta per indifferenza e disinteresse, specie da parte degli ospedalieri, anche sulla base di pregiudizi culturali e retaggi storici ancora oggi non del tutto superati. La contingenza economica spinge invece oggi a

Nel nostro Paese promettere è facile ma realizzare quasi mai, incominciamo noi Ginecologi a presentare progetti condivisi ai nostri interlocutori politici nazionali e regionali. Nei cassetti di Agite da oltre due anni giace uno specifico progetto a riguardo

cercare un'armonizzazione tra i due ambiti. L'età media dei ginecologi territoriali è di oltre 50 anni, un'età non più da entusiasmi ma la necessità deve farsi virtù.

Il Territorio non significa soltanto anziani o malati cronici cui garantire un'assistenza alternativa all'ospedale. Territorio significa trasferire lì tutte quelle attività che non rivestono carattere di urgenza e che non necessitano di ricorrere alla chirurgia più o meno complessa. Il Territorio può davvero supportare l'Ospedale in un contesto di assoluta sinergia (esiste da oltre due anni uno specifico progetto Agite a questo proposito). Le Regioni già da tempo hanno cominciato a trasferire risorse economiche e

materiali (personale) sul Territorio ma spesso le idee non sono chiare e rischiano di disperdersi in rivoli che non sempre garantiscono un risparmio. Dobbiamo essere noi specialisti a farci sentire presentando progetti politici e organizzativi concreti, realizzabili e a costi contenuti. Poiché nel nostro Paese promettere è facile ma realizzare quasi mai, incominciamo noi Ginecologi a presentare progetti condivisi ai nostri interlocutori politici nazionali e regionali.

La Ginecologia territoriale garantisce una presenza capillare e diffusa in tutto il Paese, specie al centro-nord ma ciononostante si sente abbandonata e ghettizzata. Le Società scientifiche, le Associazioni di categoria in-

sieme a quelle sindacali possono, debbono provare ad essere propositive attraverso la presentazione di progetti-obiettivo finalizzati a migliorare la qualità delle prestazioni e quindi la compliance delle pazienti/utenti e a ridurre parte di quei costi impropri che gravano inutilmente sull'assistenza ospedaliera e che forniscono l'alibi a chi governa e amministra di esprimersi con i cosiddetti "tagli lineari".

Cominciamo noi Ginecologi, sempre più spesso al centro dell'attenzione "pelosa" dei mass media, a dare "un senso a questa situazione" perché questa situazione un senso... ce l'ha. **Y**

Dobbiamo essere noi specialisti a farci sentire presentando progetti politici e organizzativi concreti, realizzabili e a costi contenuti



daglia d'oro Aogoi e ora insignito del titolo di "Socio onorario" - ha ripercorso i momenti essenziali della sua vita nell'Associazione: dai primi anni alla segreteria regionale - "quando assunsi l'incarico di segretario regionale della Campania, gli associati erano 8. Dopo dieci anni, con pazienza, tenacia e soprattutto passione riuscii a portarli a oltre 300! - a quelli della presidenza Aogoi: "che fortunatamente coincise con la presidenza Sigo di Varesino portando a un nuovo dialogo tra le due anime della ginecologia. In quegli anni la diatriba universitari-ospedalieri aveva raggiunto livelli mai visti" -.

"Da allora molta strada è stata fatta - ha concluso Adinolfi - e sono orgoglioso che i momenti essenziali della mia vita in Aogoi siano coincisi con la sua rinascita".

In memoria di Mauro Buscaglia "Un uomo che ha dato tanto all'Aogoi fino agli ultimi giorni della sua vita"

Un lungo applauso ha accolto le parole del presidente Trojano che ha ricordato l'appassionato impegno professionale e civile del collega Buscaglia, prematuramente scomparso nel dicembre 2012.

Sandro Viglino riconfermato alla vicepresidenza Aogoi

"Un riconoscimento al contributo della Ginecologia territoriale"

Quando nel 2008 l'allora Direttivo di Aogoi, in occasione del Congresso nazionale Sigo-Aogoi di Torino, mi accolse in qualità di Vice Presidente proposto e sostenuto dal segretario nazionale Antonio Chiàntera che, con lungimiranza e superando le perplessità di molti membri di quel Direttivo, aveva compreso che era giunto il momento di riconoscere uno spazio anche a chi rappresenta il Territorio, capii che qualcosa stava cambiando nel mondo della Ginecologia italiana. Da quel momento i rapporti tra ospedalieri e territoriali subirono un'accelerazione e sperimentarono una collaborazione prima sconosciuta. A Napoli, all'appena concluso Congresso nazionale Sigo-Aogoi, mi è stata offerta la possibilità di essere riconfermato nel ruolo di Vice Presidente dell'Associazione in rappresentanza della Ginecologia territoriale. Non ho chiesto io questa riconferma ma non nascondo che mi ha fatto molto piacere, non per



In memoria di Eleonora Cantamessa "affinché il suo esempio resti vivo"

Un momento di grande commozione ha segnato la consegna dell'onorificenza Aogoi ai genitori della giovane ginecologa uccisa da un gruppo di immigrati mentre prestava soccorso ad un loro connazionale coinvolto in una rissa. "Eleonora non ha avuto esitazioni nel fermare l'auto sulla quale viaggiava per prestare immediato soccorso ad una persona distesa sulla strada e bisognosa di aiuto, rispondendo a quell'obbligo morale di ogni medico di tutelare la salute ed alleviare la sofferenza e a quel-

la spontanea generosità che la caratterizzava - ha detto Trojano. Questo crimine - è ancora più assurdo alla luce del fatto che Eleonora assisteva gratuitamente nel proprio studio le donne immigrate e aveva chiesto di lavorare per Medici Senza Frontiere". "Vi ringrazio - ha detto la mamma ricevendo l'onorificenza dal presidente Aogoi-. Cerco, con tanto sforzo, di presenziare alle manifestazioni in ricordo di mia figlia perché resti vivo il suo ricordo di medico esemplare, dall'animo grande, dolce e generoso. Dovremo tutti imparare dal suo esempio e dal suo stile di vita".



la "carica" in sé ma per il significato che questa rielezione rappresenta in termini di fiducia, apprezzamento e continuità di collaborazione nei miei confronti e di ciò che rappresento. Sul piano strettamente persona-

le, restare nel contesto del rinnovato Direttivo Aogoi mi consente di continuare a dare il mio contributo nell'ambito di una squadra composta da fraterni amici oltre che da persone stimate e perbene.

IL SALUTO DELL'EBCOG



Apportare i saluti dell'European Board and College of Obstetrics and Gynaecology, la presidente **Chiara Benedetto**, che ha illustrato le iniziative messe a punto in questi anni con il contributo della rappresentanza Sigo-Aogoi.

"Nell'ultimo biennio il nostro impegno si è concentrato sull'elaborazione di un documento che mira a sviluppare standard assistenziali e di cura per la salute femminile comuni in tutta Europa" - ha detto la professoressa Benedetto. Il documento, suddiviso in due parti, una dedicata all'ostetricia e l'altra alla ginecologia, dovrebbe essere presentato al Parlamento europeo nel 2014 affinché possa essere approvato e adottato in tutti gli stati membri. Nel campo della formazione, Benedetto ha ricordato come l'Ebcog ha proseguito il suo impegno nel promuovere centri di formazione accreditati in ostetricia e ginecologia, in collaborazione con tutte le rappresentanze delle società scientifiche. "In



particolare ci siamo attivati per revisionare i programmi di formazione specialistica e subspecialistica e abbiamo organizzato corsi di formazione per formatori". L'obiettivo è di trovare strumenti nuovi ed efficaci per migliorare l'insegnamento al fine di rendere la formazione e la valutazione più in linea con gli standard europei. Uno di questi strumenti è la simulazione, "per questo - ha spiegato la presidente dell'Ebcog - un anno fa è stato creato

l'Ebcog Simulation Consortium, un consorzio tra ospedali e istituzioni finalizzato a sviluppare programmi di simulazione che possano essere utilizzati in tutta Europa". La formazione basata sulla simulazione, fortemente promossa dall'Ebcog, ha il vantaggio, tra l'altro di facilitare la valutazione e in alcuni casi anche l'accREDITAMENTO e la certificazione, il che, alla luce della Direttiva europea sul mutuo riconoscimento dei titoli assume ancor maggior rilievo.

Un altro punto importante nell'agenda dell'Ebcog è incoraggiare lo sviluppo di sistemi di accREDITAMENTO nazionale. "In paesi come il nostro, che già hanno un sistema di accREDITAMENTO nazionale, l'impegno è stato rivolto alla programmazione di una serie di viste di accREDITAMENTO congiunte fra le commissioni nazionali e europea in modo di uniformare al massimo questo sistema di accREDITAMENTO".

In conclusione del suo intervento la presidente dell'Ebcog ha annunciato un altro progetto "per ora allo studio, che prevede l'organizzazione di un sistema di validazione europeo per l'esercizio della professione medico specialistica" e ha invitato i presenti a partecipare al **prossimo 23° Congresso Ebcog**, in programma a **Glasgow** il prossimo maggio.

La nuova piramide dell'assistenza prenatale

Grande successo ha riscosso la lectio "The new pyramid of prenatal care" di **Kypros Nicolaides**, esperto di fama internazionale e direttore della prestigiosa "Fetal Medicine Foundation". Grazie al suo contributo è stata rovesciata l'ottuagenaria piramide della assistenza prenatale che ha dimostrato, sulla base dei progressi scientifici acquisiti negli ultimi vent'anni, come moltissime delle complicanze in gravidanza possano essere potenzialmente rilevate tra le 11 e 13 settimane di gestazione attraverso l'incrocio di una serie di dati: storia e caratteristiche materne, indagini ecografiche e test biochimici del sangue materno. Una prima visita integrata in questa epoca gestazionale precoce attraverso la combinazione di questi dati può dunque definire il rischio specifico della donna per un ampio spettro di complicazioni in gravidanza, incluso aborto e morte intrauterina fetale, preeclampsia, diabete mellito gestazionale, gravidanza pretermine, restrizione della crescita fetale e macrosomia.





AGITE al Congresso nazionale di Napoli

Rinnovamento e continuità

Giovanni Fattorini
Presidente AGITE

L'Assemblea annuale di Agite, prevista dallo Statuto della nostra società, si è svolta regolarmente nell'ambito del Congresso nazionale. L'Assemblea quest'anno era chiamata non solo all'adempimento di alcuni doveri istituzionali tra cui l'approvazione del Bilancio, ma anche a discutere del futuro dell'organizzazione, del suo ruolo e ad approvare il rinnovo delle cariche sociali.

A questo proposito ricordiamo che una delle caratteristiche fondamentali che abbiamo voluto attribuire alla nostra associazione, fin dalla sua fondazione avvenuta nel 2007, è stata proprio quella di ispirare la sua "forma" organizzativa a quella delle principali società scientifiche, evitando l'anomalia di associazioni che si sviluppano al di fuori di qualsiasi regola di democrazia interna, di rinnovamento dei gruppi dirigenti, di prospettive future, legate cioè, solo al destino del padre, o dei padri fondatori. Noi abbiamo creduto, invece, fin dall'inizio nelle ragioni scientifiche e culturali di chi opera con professionalità, nell'ambito della tutela della salute sessuale e riproduttiva delle donne, degli uomini e dei soggetti più giovani, nei Consultori, negli Ambulatori Ginecologici pubblici, negli studi privati del nostro Paese e della necessità conseguente che queste istanze vengano rappresen-

La direzione intrapresa è stata confermata nel corso di tutto il nostro Simposio che ha visto una buona e vivace partecipazione. Rinnovato dall'Assemblea annuale il CdP Agite, cui spetterà il compito di guidare l'associazione per tutto il prossimo anno e favorirne un ulteriore sviluppo



tate a prescindere dal destino di coloro che hanno contribuito alla nascita della Società. Anche se non ci nascondiamo che le professionalità di cui ci sentiamo legittimi detentori sono in buona parte ancora da definire e promuovere con maggiore rigore scientifico. Non casualmente è proprio questo uno dei compiti che come associazione scientifica ci interessa di più sviluppare. Tutela della salute e del benessere dunque, non nel momento

dell'"emergenza terapeutica", che va lasciata nelle mani esperte dei colleghi che operano nelle strutture di ricovero, ma nell'assistenza altrettanto esperta della prevenzione quotidiana delle patologie maggiori, nella "cura" dei singoli e della comunità tutta, tramite il lavoro clinico-ambulatoriale, la partecipazione ai progetti di sanità pubblica, l'impegno sul versante dell'educazione alla salute e dei diritti civili ad essa strettamente intrecciati in modo particolare proprio nel nostro settore. Un lavoro complicato, ma che a noi piace molto.

Questa direzione è stata comunque confermata nel corso di tutto il nostro Simposio che ha visto una buona e vivace partecipazione.

Ma, del rinnovo delle cariche sociali, si diceva. Era in gioco in questo frangente la necessità di assicurare rinnovamento e continuità. Abbiamo scelto, di provare a mettere in pratica questi due obblighi. Alcuni colleghi hanno lasciato il Consiglio di Presidenza (CdP) dopo avere esaurito i due esercizi di tre an-

ni. A questi amici e colleghi va la gratitudine di tutti noi con l'auspicio che l'assenza dal CdP non coincida con una riduzione del loro impegno nei confronti dell'Associazione. Lavoreremo per questo. Abbiamo deciso inoltre di prorogare, le cariche di Presidente e di conseguenza di past President, vice Presidente, Segretario e Tesoriere fino alla costituzione del Collegio degli Ostetrici e Ginecologi Italiani, ma non oltre un secondo mandato, come prevede lo statuto. In CdP è entrata inoltre per la prima volta Francesca Cappello anche in rappresentanza della Regione Sicilia, dove è stata per lunghi anni Segretaria Regionale, incarico che lascerà entro la fine dell'anno in corso. Sandro Viglino è stato riconfermato infine vicepresidente di Aogoi in rappre-

sentanza della ginecologia del territorio.

Queste decisioni sono state approvate all'unanimità dall'Assemblea.

Al nuovo CdP spetterà il compito di guidare l'associazione per tutto il prossimo anno e favorirne un ulteriore sviluppo, non

Quest'anno l'assemblea era chiamata non solo all'adempimento di alcuni doveri istituzionali, tra cui l'approvazione del Bilancio, ma anche a discutere del futuro dell'organizzazione, del suo ruolo e ad approvare il rinnovo delle cariche sociali

escludendo in occasione della prossima Assemblea prevista per il Sigo del 2014 a Cagliari, modificazioni importanti sia dello statuto sia degli organi dirigenti alla luce delle prossime impegnative scadenze. **Y**





Associazione italiana di ostetricia

Antonella Marchi riconfermata presidente

■ Tra gli impegni del prossimo triennio di presidenza, Marchi sottolinea la formazione continua in linea con le evidenze scientifiche ed il governo clinico, il contenzioso medico-legale e la lotta all'abusivismo professionale

Antonella Marchi è stata rieletta per il triennio 2014-2017 presidente dell'Associazione Italiana di Ostetricia (Aio), Società Scientifica di Ostetriche e Ginecologi Italiani affiliati Sigo e Aogoi. Ad affiancarla **Giuseppe Ettore**, vice presidente; **Giusy Di Lorenzo**, segretario nazionale; **Claudio Crescini**, tesoriere; **Roberta Giornelli**, **Davide De Vita**, **Giulia Anello**, consiglieri; **Giancarlo Cecchini**, **Anna Paola Caruso**, revisori dei conti; **Carmine Gigli**, **Fabrizio Perillo**, **Anna Zilioli**, probiviri; **Berta Comitini**, **Antonio Chiantera**, presidenti onorari; **Elsa Del Bo**, segretario per i rapporti internazionali; **Valeria Dubini** per la formazione.



“Trattandosi di una Società Scientifica, sono molteplici i fronti che ci vedono impegnati, ma le sfide maggiori riguardano il sostegno ai nostri associati per quanto attiene l'ambito professionale, sia in Italia che all'Estero, la formazione continua in linea con le evidenze scientifiche ed il governo clinico, il contenzioso medico-legale e la lotta all'abusivismo professionale”.

Tra le novità annunciate dall'Aio nel corso della sessione al congresso di Napoli, la pubblicazione della rivista scientifica *Maieutikos* e l'inizio di alcune ricerche da condurre in tandem ostetriche-ginecologi. “Si tratta di un progetto innovativo per

le ostetriche e ginecologi soci dell'Associazione – ha spiegato la presidente Marchi – ma anche per le Aziende pubbliche e private che potranno ricercare personale attraverso un forum aperto nel sito internet dell'associazione attivandosi per assunzioni su chiamata. Potranno quindi visionare parte dei curricula pubblicati che riportano anche le votazioni e le esperienze professionali dei soci, poiché vogliamo puntare a far emergere il merito dei professionisti”. Sono state anche ampliate le informazioni inerenti il lavoro all'estero con l'indicazione, nell'area riservata ai soci, della documentazione necessaria per lavorare in Olanda, negli Emirati Arabi, in Medio Oriente, in Inghilterra ed Australia. Inoltre, per dare il necessario supporto linguistico, Aio ha attivato una convenzione nazionale con la Oxford School.

Riguardo al contenzioso medico legale Marchi ha ricordato che l'Aio ha stipulato una convenzione di polizza assicurativa professionale per ostetriche dipendenti e libere professioniste. Tra le problematiche più urgenti da affrontare la presidente Aio ha poi sottolineato la lotta all'abusivismo professionale. “La responsabile dell'Osservatorio nazionale per i presunti abusi professionali, Roberta Giornelli, si è attivata nell'ultimo triennio grazie alle numerose segnalazioni pervenute da parte delle colleghe e colleghi, mappando la situazione dell'abusivismo a livello nazionale. Abbiamo supportato sia alcuni Collegi delle Ostetriche sia alcuni coordinamenti regionali di Ostetriche nelle azioni di tipo legale e segnalato gli aggiornamenti della mappatura nazionale alla Federazione Nazionale dei Collegi Ostetriche affinché provvedano con azioni mirate e quindi sostengano non solo la professionalità delle Ostetriche, ma soprattutto tutelino la salute delle donne e delle famiglie.”

Maieutikos: a presto nel nostro network!

Prima uscita: primo semestre 2014

A chi ci rivolgiamo: alle Studentesse/i di Ostetricia, alle Ostetriche/ci ed ai Ginecologi Italiani

Obiettivi e contenuti: l'obiettivo è di realizzare una rivista che armonizzi la “cultura dell'ostetricia” ma anche della Ginecologia, Neonatologia e discipline afferenti con un aspetto gradevole ma di forte impatto tecnologico.

L'intento di *Maieutikos* è di sviluppare nei lettori una coscienza scientifica su una vasta gamma di temi, dalle Medicine non Convenzionali riconosciute dalla Comunità Europea, agli aspetti Legali Forensi delle professioni, all'elaborazione di modelli organizzativi: il tutto finalizzato ad un rapporto one-to-one nello sviluppo delle competenze con il senior scientifico e con le aziende collegate.

La realizzazione di *Maieutikos* - periodico elettronico in cui verranno implementati tutti i canali comunicazionali ed informativi - è il primo passo per la creazione di un **vero e proprio** Network scientifico.

Struttura: ogni numero della rivista ospiterà contributi ed esperienze, approfondimenti, aggiornamenti, dossier. Nel nostro audace progetto, e poiché siamo all'interno di un Network interna-

zionale di Ostetriche, abbiamo anche l'obiettivo in futuro di far uscire la rivista in multilingua, non solo per gli utenti europei ma soprattutto per il mercato est-europeo, asiatico e cinese; in ogni numero ci sarà comunque uno spazio dedicato alla presentazione dei relatori e dell'azienda sponsor.

Periodicità: inizieremo con 2 numeri annui di “perle di cultura” per elevarci rispetto agli innumerevoli documenti che circolano sia per la levatura degli interlocutori ma anche per il processo di pubblicazione che si avvale di percorsi ufficiali e selettivi delle riviste scientifiche accreditate, al fine di rendere ogni uscita come una creatura “preziosa” con vita propria.

Scientificità: acquisiremo International Standard Serial Number (ISSN).

La Rivista avrà un Editorial Board rappresentato da accademici autorevoli italiani ed un Comitato Scientifico.



AOGOI e SIU: un'alleanza per il benessere e la salute sessuale della coppia

Le problematiche sessuali della coppia sono state un tema finora poco affrontato se non del tutto ignorato nella pratica clinica. Tuttavia le disfunzioni sessuali rappresentano un disturbo molto diffuso, che ha cause biologiche, ormonali, vascolari, muscolari oltre che psicologiche. Le ricadute sul benessere della coppia e a livello sociale sono importanti. Per questo l'Aogoi ha deciso di intraprendere un cammino insieme alla Società Italiana di Urologia (Siu) finalizzato a individuare e gestire clinicamente i problemi correlati alle disfunzioni sessuali dell'uomo e della donna, che minano il benessere e la serenità di circa 16 milioni di italiani.



“Aogoi e Siu si sono dati un compito educativo nei riguardi dei ginecologi, degli urologi e dei medici di medicina generale. Dobbiamo sensibilizzare, informare e fare formazione” – ha detto il segretario nazionale **Antonio Chiantera**

collegato in teleconferenza con **Vincenzo Mirone**, segretario generale della Società italiana di Urologia annunciando che “presto partirà la prima esperienza pilota di un Progetto innovativo e molto importante: la creazione di Dipartimenti della salute sessuale della coppia negli ospedali pubblici. Il primo Dipartimento - che vedrà ginecologi ed urologi collaborare insieme per supportare le coppie con attività informative-educative, colloqui, visite ed esami diagnostici per identificare e curare i disturbi che minano il benessere della relazione - decollerà a breve Napoli presso l'Azienda Policlinico Federico II e nei prossimi mesi ne verranno creati altri tre: a Milano, Roma e Palermo”.



Chiantera ha poi annunciato che a breve sarà disponibile anche un corso FAD elaborato dall'Aogoi (che darà diritto a 9 crediti Ecm) rivolto a Ginecologi, Urologi, Esperti in Andrologia e Sessuologia e Medici di Medicina Generale con l'obiettivo di sensibilizzarli al riconoscimento precoce dei disturbi sessuali maschili e femminili, fornendo gli strumenti adeguati per l'adozione di corretti criteri diagnostici e terapeutici.

5 priorità per migliorare l'accesso alla contraccezione moderna

La contraccezione ormonale è amica della salute riproduttiva ma i dati sul suo utilizzo nel nostro Paese sono poco confortanti. Come evidenzia un'indagine svolta quest'anno dalla Sigo: è usata solo dal 16,3% delle italiane - un dato tra i più bassi d'Europa. Inoltre il 42% delle under 25 non utilizza nessun metodo contraccettivo durante la prima esperienza sessuale e la prima fonte di informazioni e consigli sulla contraccezione sono le amiche (76%). Su questi temi solo 3 ragazze su 10 ricevono informazioni corrette da



parte di ginecologi, medici e insegnanti. Da tener presente poi che nel nostro Paese le baby mamme sotto i 19 anni, seppur in calo di mille unità rispetto al 2010, sono pur sempre 9mila.

Ecco dunque che per migliorare l'accesso alla contraccezione moderna nel nostro Paese i ginecologi hanno voluto lanciare dal congresso nazionale un programma in 5 punti: “**cinque priorità** da mettere in pratica con il sostegno e il coinvolgimento delle istituzioni”.

Eccole: perfezionare la formazione degli specialisti, già a partire dalle Università; introdurre l'educazione sessuale come materia obbligatoria nelle scuole; migliorare la situazione quali-quantitativa dei nostri consultori; condividere un'Agenda della salute per accompagnare le donne nelle diverse età della vita riproduttiva; migliorare l'assistenza post-partum e proseguire sulla strada intrapresa con il calo delle interruzioni.

Il "pacchetto" tutela legale e assicurativa del socio Aogoi

► Segue da pagina 15

to dell'Ufficio legale Aogoi. Come? "Anche la semplice segnalazione della vostra esperienza è utile per arricchire la nostra casistica - ha sottolineato l'avv. **Vania Cirese**, responsabile dell'Ufficio Legale Aogoi, che ha poi ricordato l'importanza di "contattare l'Ufficio legale Aogoi nell'immediatezza di un'indagine, anche qualora siate supportati da un vostro legale". "È importante la circolarità dei saperi: dobbiamo essere in grado di creare un circolo virtuoso che faccia circolare le sentenze più favorevoli e ampli la casistica. La nostra esperienza in questi anni ha prodotto ottimi risultati - ha concluso Cirese -. Le nostre competenze giuridiche specifiche e la casistica acquisita hanno contribuito anche a cambiare una certa mentalità e conseguenti comportamenti anche della magistratura".

Tutela assicurativa. Per quanto riguarda il capitolo Rc obbligatoria (l'obbligo di assicurarsi è stato rimandato ad agosto 2014 anche grazie all'impegno di Aogoi e Sigo) è stato ricorda-

to che la nostra Associazione sta ultimando la valutazione delle migliori polizze assicurative "tailor made" sul mercato da proporre ai propri iscritti. Verranno selezionati e contrattati i migliori prodotti assicurativi, calibrati sullo specifico profilo professionale, a cui i soci

potranno aderire con una formula di partecipazione alla spesa. "Più numerosi aderiremo alle proposte assicurative sotto l'egida Aogoi, migliori saranno le condizioni che si riusciranno a spuntare con le compagnie!" ha concluso il segretario nazionale Chiantera. **Y**



"Studio i medici perché li trovo un laboratorio straordinario"

"Vorrei che i medici, che io studio perché li trovo un laboratorio straordinario, smettessero di interrogare i giuristi per essere consigliati sui comportamenti da adottare." Così ha esordito così **Salvatore Aleo**, ordinario di diritto penale all'Università di Catania nel suo intervento su "Nesso causale e colpa nella responsabilità sanitaria" alla sessione Fesmed dedicata all'Errore e la colpa nelle professioni sanitarie, che si è svolta nell'ultima giornata dei lavori congressuali.

"Vorrei che voi medici poteste optare per quello che è più giusto per la mia salute senza dover tener conto di quello che è per voi più opportuno - ha spiegato Aleo -. Quante volte mi è capitato di sentirmi chiedere: lei che mi consiglia? Che cosa devo fare?...Il medico è terrorizzato, è ossessionato dal nesso causale e si rivolge agli esperti di diritto per sapere come comportarsi".

Nel caso del medico - ha poi sottolineato il giurista - "emerge chiaramente come la partita è truccata, nel senso che la casualità non è una categoria scientifica ma un canone argomentativo. Nel caso del medico risulta ancor più evidente quello che è vero in generale: ovvero che il giudizio di causalità è logicamente succedaneo al giudizio di colpa". Il paradosso per Aleo è che in questo ambito il rapporto causale è tra la malattia e l'evento infausto: "il medico ha una relazione funzionale con la malattia e disfunzionale con l'evento infausto". Insomma, in questo caso la causalità come categoria concettuale non c'entra nulla: il medico non ha rapporto causale, esercita una funzione, che se esercitata meglio aumenta la probabilità di guarigione se esercitata peggio l'abbassa". Insomma, per Aleo i medici "dovrebbero smetterla di essere ossessionati dal nesso causale" e poi, per dirla chiaro e tondo: "bisogna aver studiato tutta una vita la causalità per aver un'idea di che cosa voglia dire 'giudizio di causalità'!". E in effetti a queste problematiche il professor Aleo ha dedicato una vita e moltissimi libri. Sotto la sua supervisione a breve ne uscirà uno, scritto a più mani, **Le responsabilità in ambito sanitario**. "Il volume - come ha sottolineato il presidente Fesmed **Carmine Gigli** che ne è uno dei coautori - si rivolge ai soci Aogoi, ma anche (e forse soprattutto) ai magistrati, agli avvocati e alle istituzioni: affinché comprendano appieno il malessere che vive la nostra categoria".



Laerdal porta la simulazione medica in Ostetricia

La simulazione è parte integrante della formazione degli operatori sanitari. È accettata e riconosciuta come approccio fondamentale per contribuire a migliorare la sicurezza del paziente e la riduzione del rischio clinico.



In ostetricia, diversi lavori scientifici hanno dimostrato che un addestramento integrato con la simulazione è associato ad un miglioramento del lavoro clinico, all'affinamento della risposta individuale e di squadra alle situazioni critiche che si possono presentare durante il travaglio e il parto.



SimMom

Simulatore avanzato di parto madre-bimbo

Per simulare svariate situazioni di parto, gestione del travaglio, parto e post-partum. Permette l'addestramento di team multidisciplinari grazie al monitoraggio dei parametri vitali sia della madre, sia del bambino e per simulare scenari complessi.



PROMPT

Trainer simulazione parto

Trainer anatomicamente realistico per esercitarsi sulla gestione di possibili complicanze (es. distocia di spalla) ed eventi rari (parto podalico). Completo di misuratore di forza per valutare le trazioni da esercitare durante l'assistenza al parto.



Mama Natalie

KIT simulazione parto e gestione comunicazione con il paziente

Kit di simulazione che si allaccia all'istruttore. Controlla manualmente il sanguinamento e la condizione dell'utero, la dilatazione della cervice, la posizione del bambino, l'espulsione della placenta e l'emissione di suoni cardiaci fetali.

Perché sono socio AOGOI

Tante buone ragioni per far parte della nostra grande squadra

In tempi in cui la proliferazione di sigle associative è spesso semplice espressione di personalismi velleitari, la nostra resta la casa comune di oltre cinquemila colleghe e colleghi di tutta Italia: ospedalieri, universitari, territoriali e libero professionisti. Una casa comune in cui tutte le componenti della ginecologia hanno pari dignità e responsabilità.

Riunire tante anime sotto lo stesso tetto, comporre sfaccettature e punti di vista differenti, creare sinergie... non è stata un'impresa facile. Il cammino che l'Aogoi ha percorso per raggiungere questa meta è stato lungo, faticoso, ma anche entusiasmante: perché la pluralità è ricchezza per una grande associazione come la nostra.

Riuscire ad "ascoltare tutti e coinvolgere tutti" è un obiettivo difficile da centrare in pieno. Forse non sempre ci siamo riusciti ma abbiamo comunque avuto la capacità e la forza di rappresentarci all'esterno con una sintesi che è stata di proposta e di indirizzo. Con questo metodo siamo cresciuti, con questo sforzo unitario abbiamo rappresentato con autorevolezza i ginecologi italiani. E con questo spirito siamo divenuti il riferimento principale e la controparte insostituibile per le autorità sanitarie del nostro paese.

Tutela sul fronte sindacale, legale, assicurativo. L'Aogoi non ha mai lasciato indietro nessun collega: chiunque si sia trovato in difficoltà ha avuto da Aogoi sostegno, aiuto, supporto e difesa: tutto ciò con un impegno quotidiano e con la necessaria discrezione. I risultati, frutto di un lavoro corale, sono stati quasi sempre molto importanti e utili ai colleghi coinvolti in contenziosi medico legali o alle prese con problematiche sindacali o assicurative.

Sicurezza del percorso nascita, assicurazioni e responsabilità professionale: il cammino europeo. La nostra battaglia per promuovere una disciplina organica in materia di responsabilità professionale è ora approdata anche in Europa. Vogliamo aprire la strada a una normativa di stampo europeo promuovendo la costituzione di un gruppo di lavoro internazionale finalizzato all'elaborazione di una Proposta di Direttiva Europea che contempli: una più omogenea disciplina della responsabilità sanitaria negli Stati membri, l'assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie e l'obbligatorietà di sistemi di monitoraggio, riduzione, gestione dei rischi e degli eventi avversi. Il perché di questo cammino europeo è evidente: vogliamo accreditarci in Europa per renderci interlocutori attivi, per acquisire un "peso specifico" necessario per promuovere gli obiettivi Aogoi.

L'Aogoi oggi è una grande comunità scientifica: un punto di riferimento fondamentale della Ginecologia italiana, all'avanguardia nella ricerca scientifica in campo ostetrico e ginecologico. Questo ruolo è frutto dell'impegno di molti e della collaborazione di tutti. Le attività che hanno caratterizzato la vita della nostra associazione sono ormai tante e di grande spessore. Anche attraverso la Fondazione Confalonieri-Ragonese sono stati realizzati protocolli, linee guida, materiale scientifico, libri, con la presenza nelle società scientifiche internazionali e queste sono solo alcune delle attività svolte da Aogoi.

Aogoi provider Ecm n. 2223. Il sapere acquisito attraverso il corso di laurea e la specializzazione purtroppo risulta superato nel breve volgere di un decennio (o anche meno) da nuove acquisizioni scientifiche e l'esigenza di offrire strumenti validi per l'aggiornamento è molto sentita. Per questo l'Aogoi è diventato provider per l'Ecm (con il n. 2223) ed è ora in grado realizzare iniziative scientifiche e di offrire gratuitamente alle sezioni regionali, che già ne stanno usufruendo, i servizi di registrazione e di gestione delle procedure presso il Ministero della Salute.

La Fad Aogoi. La nostra Associazione è impegnata anche nella Formazione a Distanza. Grazie alla sua formula, che consente di superare gli ostacoli fisici, geografici ed economici legati alla didattica classica, la Fad è ormai il principale strumento di aggiornamento tecnico-scientifico che consente l'Educazione Continua in Medicina. Questa è una grande opportunità che Aogoi offre ai propri Soci per accrescere le conoscenze e le competenze professionali: un obiettivo che Aogoi persegue con molteplici iniziative, come ad esempio le borse di studio che abbiamo offerto, sotto forma di partecipazione al congresso nazionale, a quei colleghi particolarmente impegnati nelle attività dell'associazione.

La comunicazione istituzionale. La nostra rivista ufficiale, GynecoAogoi è divenuta un magazine apprezzato anche da chi è al di fuori della nostra disciplina per la sua capacità di parlare non soltanto ai ginecologi ma anche alla gente, di far conoscere i nostri problemi, di dibattere temi che sono propri della ostetricia e ginecologia ma che riguardano l'intero Paese. La nuova formula della Rivista Italiana di

Ostetricia Ginecologia e Medicina Perinatale riscuote consenso tra i colleghi e vanta già imitazioni da parte di altre società scientifiche per il suo taglio pratico che si confronta con l'esperienza di tutti i giorni e che tiene conto delle difficoltà del medico a tenere il passo con competenze ultra-specialistiche, spesso basate su tecnologie nuove e del cui utilizzo si ha poca esperienza.

In modo discreto e senza enfasi, viene fornito un servizio di consulenza pratica per i colleghi più giovani ed anche per tutti coloro che sentono il bisogno di verificare i propri comportamenti o le proprie conoscenze di fronte ad eventi a volte drammatici nella loro rapidità evolutiva e nei rischi che possono generarsi in relazione alla propria condotta professionale.

Il nostro sito. Internet ha cambiato completamente la comunicazione e anche l'approccio alla documentazione in medicina: Aogoi si è quindi dotata di un sito internet che consente a tutti i nostri associati di avere un aggiornamento rapido dei principali congressi e corsi in Italia e all'estero; di essere informati tempestivamente su tutte le attività istituzionali dell'Associazione e quelle di particolare interesse per la pratica clinica, per la previdenza e per gli aspetti medico-legali; di scaricare presentazioni e filmati scientifici prodotti da colleghi, esperti in alcune specifiche tematiche; di scaricare la versione online di tutti i numeri delle nostre pubblicazioni.

Ai soci vengono inviate tempestivamente, via e-mail e anche in cartaceo, le principali comunicazioni dell'associazione e le informazioni sul lancio di nuovi progetti educativi, informativi e di aggiornamento dell'associazione sia rivolti al medico sia utili per il counselling alla paziente; sul sito si può anche partecipare alle discussioni su AOGONetwork riguardo ad argomenti attinenti all'attualità nel campo professionale.

Aogoi è l'asse portante della nostra area sindacale: la FESMED, con la quale abbiamo organizzato il 12 febbraio scorso il primo sciopero nazionale dei ginecologi che è riuscito a scuotere il mondo delle istituzioni sul tema della tutela del ginecologo dalle continue aggressioni mediatiche e giudiziarie.

Le società affiliate Aogoi. Siamo il riferimento costante di una costellazione di Società scientifiche di settore come AIO, AGITE, AIUG, S.I.D.I.P., SIGITE, SIOS, SMIC, CIC - rappresentative di 50mila medici - che garantiscono un costante interscambio di informazioni scientifiche, giuridiche, legislative e sindacali; proprio attraverso l'AIO siamo divenuti un centro di aggregazione e di valorizzazione delle professionalità rappresentate dalle ostetriche, nella consapevolezza del comune impegno e della solidale responsabilità con i medici nella gestione della sala parto.

Aogoi e la comunità scientifica internazionale. Aogoi mantiene proficui rapporti con le principali società scientifiche internazionali che ci considerano interlocutori privilegiati per la rappresentanza dell'Italia, e lo svolgimento del Congresso Mondiale FIGO a Roma, lo scorso anno, ne è una concreta testimonianza.

Tutela legale degli iscritti. Oltre al sistema assicurativo che stiamo con sacrificio mantenendo finché sarà economicamente possibile, l'Aogoi ha creato una rete di tutela del ginecologo a tutti i livelli e su tutto il territorio, attraverso un Ufficio Legale nazionale che mette a disposizione gratuitamente la consulenza di avvocati particolarmente esperti nel contenzioso riguardante la nostra professione che possono fornire fondamentali elementi per la corretta e sicura gestione di un eventuale procedimento giudiziario. Oltre a ciò l'Aogoi mette a disposizione degli associati un ulteriore servizio di consulenza, il Progetto Protezione del Patrimonio, allo scopo di valutare e attivare opportune forme di tutela del patrimonio personale e familiare del ginecologo di fronte a possibili aggressioni da parte di soggetti che si ritengono danneggiati nel corso della nostra attività professionale.

Questo e tanto altro è Aogoi: un'Associazione quotidianamente al fianco dei ginecologi italiani, che vive direttamente le loro difficoltà, i loro problemi, ne conosce bene le esigenze professionali e cerca di rappresentarle e difenderle al meglio nelle sedi competenti. Per questa ragione sono convinto che dobbiamo sentirci tutti impegnati in questo non facile ma certamente esaltante impegno: offrire ciascuno il proprio contributo per il bene dell'Aogoi e dei colleghi che essa rappresenta e tutela. Senza personalismi e con grande umiltà. È questo che ci deve motivare: la consapevolezza di servire una buona causa: tutti insieme.

Vito Trojano
Presidente nazionale AOGOI





UNESCO Chair in Bioethics 9th World Conference: AOGOI Workshop

La dimensione etica dell'Ostetricia e della

Antonino Coco

Master di II livello in Bioetica -
Università Cattolica del Sacro Cuore,
Roma

L'ostetricia e la ginecologia, oltre che essere la scienza medica che si prende specificatamente cura della Donna nell'evolvere della sua femminilità e nel suo divenire madre, racchiude in sé e rappresenta ormai da tempo uno dei campi dove la Bioetica è chiamata a confrontarsi e dare soluzioni nella poliedricità dei Comitati Etici e nella visione soggettiva degli studiosi e degli analisti di questa Disciplina che, in modo sempre più autorevole, è entrata nel mondo della Scienza Medica e delle scelte correlate al vivere e al morire, al nascere o al fermare l'evolvere della vita, alla possibilità di divenire madre in modo medicalmente assistito o accettare le limitazioni che a questo divenire vengono imposte. Se a tutto questo aggiungiamo: le scelte riguardanti la sessualità e sul come dev'essere vissuta e la limitazione della fertilità femminile attraverso le metodiche contraccettive, ci si accorge quanto sia importante e necessario il costante approfondimento e confronto bioetico, specialmente fra Cattolici e Laici, fra scienza medica, morale e politica, fra Credenti nella Sacralità della Vita, e come tale impedita a qualsivoglia manipolazione o interruzione, e Chi supporta il concetto che non è importante la vita in sé ma una vita che vale la pena essere vissuta. Ecco perché alla nostra Associazione, nel contesto del 9° Congresso Mondiale di Bioetica organizzato dall'Unesco a Napoli dal 19 al 21 novembre 2013 è stato demandato il prestigioso e delicato compito di approfondire in due sessioni appositamente dedicate le tematiche e le problematiche inerenti la "Dimensione etica dell'Ostetri-

Nell'ambito del 9° Congresso Mondiale "Bioethics, Medical Ethics and Health Law" organizzato dal Comitato Bioetico dell'Unesco che si è tenuto a Napoli dal 19 al 21 novembre 2013, l'Aogoi ha svolto il prestigioso e delicato compito di approfondire in due sessioni le tematiche e le problematiche inerenti la "Dimensione etica dell'Ostetricia e della Ginecologia". Chiamati a confrontarsi su questo delicato terreno gli specialisti della nostra Associazione, il direttore della Scuola di Bioetica della Università Cattolica di Roma, oltre ad illustri colleghi italiani stranieri



800 relatori, 1200 partecipanti, oltre 40 target groups di 64 nazioni: la conferenza è stata un'occasione imperdibile di dialogo e confronto su temi di grande attualità. Il nostro particolare ringraziamento va al professor Claudio Buccelli, co-presidente del Congresso, Direttore del Comitato Etico "Carlo Romano" dell'Università Federico II di Napoli e dell'Ufficio Internazionale per la Ricerca Bioetica

cia e della Ginecologia". In questa importante assise si sono confrontati gli specialisti della nostra Associazione, il direttore della Scuola di Bioetica della Università Cattolica di Roma e lo specialista della diagnostica prenatale della stessa Università oltre

che alcuni colleghi stranieri. Grazie anche alla splendida e ospitale atmosfera che la città di Napoli sa sempre offrire, i lavori si sono svolti in modo proficuo e con validi risultati, sotto l'autorevole guida dei presidenti del Congresso, i professori Ammon Carmi e Claudio Buc-

celli, direttore del Comitato etico dell'Università di Napoli Federico II nonché responsabile dell'International Office for Bioethics Research e coordinatore dell'Unesco Chair in Bioethics International Network, a cui va il nostro speciale ringraziamento. **Y**

**UNESCO Chair in Bioethics
9th World Conference**

**BIOETHICS, MEDICAL
ETHICS & HEALTH LAW**

Towards the 21st Century

Royal Continental Congress Center

Napoli 19-21 novembre 2013

**Ethical Dimensions of
Obstetrics & Gynecology**

20 novembre 2013

I SESSION

Chairmen: Prof. Vito Trojano – Prof. Antonio G. Spagnolo

- When does human life begin ... endless controversies? Asim Kurjak
- Is Preimplantation Genetic Diagnosis ethical? Giovanni Monni
- Ethics an essential dimension of prenatal diagnosis. Domenico Arduini
- Planned home birth: an ethical challenge for the developed world. Frank Chervenak

II SESSION

Chairmen: Prof. Giovanni Scambia – Prof. Carmine Nappi

- Cord blood banking public or private? Antonio Chiàntera
- What is the role of fetal therapy? Giuseppe Noia
- Evolving ethical challenges of HIV in obstetrics & gynecology. Pasquale Martinelli
- Women and children first: an ethical challenge for the developing world. Laurence B. McCullough

Ginecologia

FACULTY

Prof. **Vito Trojano** - President A.O.G.O.I. - Italian Association of hospital Obstetricians Gynecologists. Director of Department Gynecological Oncology - IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" - Bari

Prof. **Antonio G. Spagnolo** - Chair of Bioethics & Director of the Institute of Bioethics, School of Medicine "A. Gemelli" - Università Cattolica del Sacro Cuore - Rome

Prof. **Giovanni Scambia** - Director, Department for the protection of women's health of the Unborn Child and adolescent - Policlinico A. Gemelli, Rome

Prof. **Carmine Nappi** - Professor of Gynecology and obstetrics at the Faculty of medicine and surgery of the University Federico II of Naples.

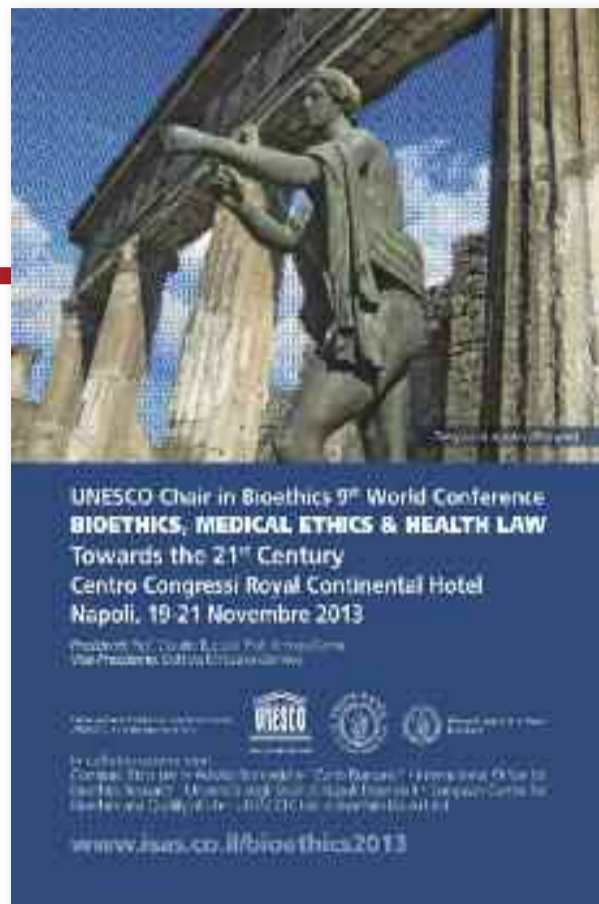
Prof. **Asim Kurjak** - Professor of obstetrics and gynecology, Medical School Universities of Zagreb and Sarajevo. Rector of Dubrovnik International University. President Educational Committee WAPM (World Association of Perinatal Medicine)

Prof. **Giovanni Monni** - Director of Department of Obstetrics and Gynaecology Prenatal & Preimplantation Genetic Diagnosis - Fetal Therapy Ospedale Microcitemico - Cagliari. Past President A.O.G.O.I., Vice President WAPM (World Association of Perinatal Medicine)

Prof. **Domenico Arduini** - Full Professor of Obstetrics and Gynecology Head and Chief Obstet. Gynecol. Department Tor Vergata University - Rome

Prof. **Frank Chervenak** - Given Foundation Professor and Chairman, Department of Obstetrics and Gynecology, Cornell University, New York, USA. President the Fetus as a Patient Society, Past President WAPM (World Association of Perinatal Medicine)

Prof. **Antonio Chiàntera** - National Secretary of A.O.G.O.I. - Italian Association of hospital Obstetricians Gynecologists



Prof. **Giuseppe Noia** - President of Italian Association Catholic Gynecologists Obstetricians (A.I.G.O.C).

Prof. **Pasquale Martinelli** - Professor gynaecology and obstetrics at University Federico II of Naples
 Laurence B. McCullough - Professor of Medicine and Medical Ethics - Baylor College of Medicine in Houston

Giovanni Urru

Segretario Regionale AOGOI -Sardegna
 Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia
 ASL1 Sassari - P.O. Alghero

AOGOI Sardegna

"I colori dell'Umanizzazione. Architettura e cura"

Non si è trattato di un incontro di medici specialisti in ginecologia ed ostetricia ma di un convegno nato dall'incontro e per l'incontro di culture diverse: da un lato gli specialisti della prassi della cura, dall'altro gli specialisti dei luoghi della cura

Nell'ambito degli incontri periodici regionali di aggiornamento per un percorso volto a creare valore per la salvaguardia dei punti nascita, si è svolto ad Alghero il 12 luglio scorso l'incontro dal titolo: "I colori della umanizzazione. Architettura e cura", organizzato dalla Uoc di Ginecologia e Ostetricia di Alghero in collaborazione con la Facoltà di Architettura dell'Università degli Studi di Sassari, con il patrocinio di Aogoi.

È bene precisare subito che non si è trattato di un incontro di medici specialisti in ginecologia ed ostetricia. E neppure di un convegno di soli medici, cioè un convegno dentro il quale sarebbe necessario considerare le cose da un unico punto di vista, con la rigorosa esclusione di tutto ciò che non gli appartiene. È

stato tutt'altro. Ma perché è stato tutt'altro? Perché dopo la comparsa di risorse finalizzate alla ristrutturazione dell'ospedale, nel rispetto degli obiettivi che ci eravamo posti, si è preso contatto con la Facoltà di Architettura per richiedere un intervento sul luogo di cura.

Questo convegno è nato quindi dall'incontro e per l'incontro di culture diverse. Da un lato, certo, alcuni medici specialisti e dal-

l'altro lato alcuni architetti; da un lato gli specialisti della prassi della cura, e dall'altro gli specialisti dei luoghi della cura.

Prassi e luogo di cura a loro volta situati all'interno di quella struttura complessa che chiamiamo sanità, a volte preceduta da un aggettivo, mala, che pare ormai entrato nell'uso stereotipato di certa informazione più rumorosa che equanime. Dentro la quale sanità la prassi e il luogo

della cura, il medico e l'architetto, si muovono come in territori organizzativi che, in quanto tali (cioè in quanto organizzazione) non possono né controllare, né programmare né bonificare... spesso possono solo subire di fronte a ragioni che la ragione spesso non comprende, e quando pure le comprende non condivide.

E dentro questa sanità Lui, il Paziente o l'utente che dir si vo-

glia, spesso vaga come in terra incognita e pericolosa di cui conosce solo l'entrata... Anche a lui è stato riservato uno spazio in questo incontro.

Non è stato dunque un convegno di medici specialisti su argomenti in senso stretto specialistici; né un convegno per architetti su argomenti in senso lato architettonici.

È stato piuttosto un convegno in cui gli organizzatori si sono trovati d'accordo su un punto focale, pur guardando da prospettive diverse: il punto focale è l'essere umano.

► Segue a pagina 27

ATTIVO
FINO AL
9 GIUGNO
2014

Il corso dà diritto a 12 crediti ECM

La gestione del rischio clinico e delle emergenze in ostetricia e ginecologia

Come evitare danni alle pazienti e guai al ginecologo

Razionale scientifico e obiettivi formativi

Il corso si pone l'obiettivo di accrescere le conoscenze e competenze del Ginecologo italiano per una corretta gestione del rischio clinico e delle emergenze in ginecologia e in ostetricia, soprattutto in sala parto, con il fine di evitare danni alle pazienti e di prevenire e gestire al meglio gli eventi avversi che possano insorgere nella sua pratica clinica. Un evento avverso è raramente generato da un singolo errore comportamentale ed è importante che lo Specialista conosca i meccanismi del sistema nel quale esso si genera e disponga degli strumenti per fronteggiarlo o gestirlo in modo efficace. L'evento avverso, soprattutto in sala parto e in ginecologia chirurgica - in generale -, è spesso frutto di una serie di piccoli eventi che si verificano nel 'sistema' nel quale il ginecologo svolge la propria attività professionale; ed è proprio il sovrapporsi e il concatenarsi di questi eventi in circostanze sfavorevoli a porre le premesse per l'insorgenza dell'errore e dell'evento avverso. I moduli didattici di questo corso illustrano nel dettaglio e con situazioni di taglio pratico il comportamento ottimale - a partire dalla gestione della corretta comunicazione, del consenso informato e della cartella clinica - e quali siano le metodologie, i protocolli, le linee guida da seguire per una corretta gestione dell'evento "parto", con particolare riferimento ad alcune specifiche situazioni critiche in ambito ostetrico. In area ginecologica, vengono forniti accorgimenti per una corretta gestione delle criticità in ginecologia medica, preventiva e chirurgica. Accorgimenti che devono essere adottati anche in fase prescrittiva relativamente a farmaci comunemente utilizzati e spesso sottovalutati per i loro effetti e per le loro compatibilità farmacologiche. La non perfetta conoscenza delle indicazioni prescrittive, in generale, potrebbe generare situazioni di danno anche da mancata efficacia con conseguenze rilevanti in termini di

responsabilità per il medico. Oltre alle inevitabili e possibili conseguenze negative sulla paziente, finisce per causare uno stato di tensione tra gli operatori, difficili relazioni tra gli specialisti, attriti interpersonali, nonché stati di insicurezza che inevitabilmente finiscono per far assumere al professionista atteggiamenti che portano alla medicina difensiva e a un esito patologico del processo stressogeno: il cosiddetto burn-out.

Responsabili scientifici
Claudio Crescini, Carlo Maria Stigliano

Docenti
Claudio Crescini, Carlo Maria Stigliano, Roberto Bernorio, M. Isabella Maini, Ferdinando Pellegrino, Anna Laura Regalia, Donata Spazzini

Programma scientifico

- Introduzione
- Definizione, confronti e fasi del rischio clinico
- Comunicazione, consenso informato, cartella clinica e qualità del processo assistenziale e prescrittivo
- Emergenze in sala parto e situazioni di rischio ostetrico. Le situazioni più frequenti: come gestirle
- Criticità in ginecologia medica, preventiva e chirurgica. Le situazioni più frequenti: come gestirle
- Le conseguenze: stress, burn-out e prevenzione del rischio clinico
- Conclusioni

Il corso, riservato agli specialisti in ostetricia e ginecologia (Evento formativo FAD 2223-61908) è realizzato con il supporto incondizionato di Gedeon Richter Italia

Il corso dà diritto a 6 crediti ECM

La contraccezione ormonale e le diverse vie di assunzione

Razionale scientifico e obiettivi formativi

Il corso si pone l'obiettivo di fornire allo Specialista Ginecologo una corretta informazione e adeguati strumenti di formazione per la gestione della prescrizione e utilizzo della contraccezione ormonale approfondendo linee guida, procedure e documentazione clinica a supporto delle diverse possibilità di assunzione (orale, vaginale, trans dermica, sottocutanea, intrauterina), senza dimenticare la contraccezione di emergenza, con particolare riferimento alle modalità più innovative e alle più recenti linee guida. Il corso si apre con i dati epidemiologici e

con la rappresentazione dell'evoluzione nell'uso degli ormoni nella contraccezione negli ultimi cinquant'anni. Da allora ad oggi la contraccezione ormonale ha subito notevoli cambiamenti, sia in termini di riduzione della dose di estrogeno contenuto, sia in termini di componente progestinica - che si è andata evolvendo con l'obiettivo di ridurre i fenomeni collaterali e di aumentare gli effetti positivi - e di formulazioni farmaceutiche. Sono nate così vie alternative a quella orale, come quella vaginale, quella transdermica e quella sottocutanea, così come sono cambiate le formulazioni iniziali. Si è sviluppato anche il

contraccettivo di solo progestinico, per via orale, sottocutanea, intrauterina. Conclude il corso un ampio spazio sulla corretta attività di counseling nella contraccezione.

Docenti
Emilio Arisi, Franca Fruzzetti, Francesca Rosso

Il corso, realizzato con il contributo educativo incondizionato di MSD Italia, è online su piattaforma <http://www.ecm.springer.com> (per questo corso si ricorda di usare le credenziali di accesso di questa piattaforma)

PER ACCEDERE AI
CORSI ONLINE:
WWW.ECM.AOGOI.IT

Seguire il form e completare il percorso di registrazione all'indirizzo www.ecm.aogoi.it. Per il primo accesso e per tutti gli accessi successivi al corso su piattaforma di e-learning AOGOI è necessario effettuare login (inserire User ID e Password scelti al momento della registrazione)

www.ecm
La piattaforma
per l'ero
di Corsi Ec

AOGOI L'Associazione dei Ginecologi Italiani
specialisti, del territorio e liberi professionisti

ECM AOGOI - Il portale di formazione a distanza AOGOI

Login

Registrazione

Cerca Corsi

Login

Benvenuto in ECM AOGOI - Il portale di formazione a distanza AOGOI

Il portale di formazione AOGOI, ideato e gestito dal Provider Nazionale ID n. 2223, è dedicato alla formazione degli Specialisti in Ostetricia e Ginecologia, e a tutte le figure professionali coinvolte nella prevenzione e cura della salute della donna.

Le tematiche dei corsi rispondono ai principali obiettivi formativi identificati dalla Commissione ECM Nazionale e nella specifico contribuiranno ad accrescere le conoscenze e competenze degli specialisti con contenuti tecnico-professionali di alto valore scientifico, linee guida, protocolli, procedure e documentazioni cliniche. Parte della proposta formativa AOGOI è dedicata alle innovazioni gestionali e ai modelli organizzativi, alla comunicazione, alla privacy, al consenso informato e a tutti gli aspetti di responsabilità civile e professionale, così sentiti dalla Specialista Ginecologa.

L'accesso ai corsi è gratuito.

CONSULTA IL CATALOGO CORSI >>>

SERVIZIO PER I SOCI AOGOI

Ti ricordiamo che puoi accedere ad una registrazione abbreviata usando le credenziali che usi per accedere al sito www.aogoi.it e dovrai confermare solo le parti che sono richieste ai fini ECM

PER INFORMAZIONI:
segreteriaecm@aogoi.it



.aogoi.it

Forma Aogoi

registrazione online

Home (ECM) | Requisiti di sistema | Come accedere ai corsi | FAQ | Se non sei socio AOGOI

e c m

Login | Registrazione

Accesso utente registrato

Per accedere ai corsi di formazione a distanza è necessario inserire il proprio Nome utente o l'indirizzo e-mail e la Password.

L'indirizzo e-mail deve essere un indirizzo attivo
La password può essere una password a scelta

Nome Login o Email Password

LOGIN

Dimensione Password

Nuovo Utente (non ancora registrato)

SE SEI UN SOCIO AOGOI

Ti ricordiamo che puoi accedere a una registrazione abbreviata usando le credenziali che usi per accedere al sito www.aogoi.it e dovrai confermare solo le parti che sono richieste ai fini ECM.

Clicca qui >

SE NON SEI UN SOCIO AOGOI

Se ancora non possiedi un account su questo sistema, puoi crearlo utilizzando il pulsante assistente "Registrazione >

REGISTRAZIONE



AOGOI IN COLLABORAZIONE CON SIU

Il corso dà diritto a 9 crediti ECM

ATTIVO
FINO AL
17 SETTEMBRE
2014

Diagnosi e gestione dei disturbi e delle problematiche nella salute di coppia

Eiaculazione precoce, disfunzione erettile ed eiaculatoria, anorgasmia e altri disturbi sessuali femminili

Razionale scientifico e obiettivi formativi

Il corso FAD si rivolge ai Ginecologi, Urologi, Esperti in Andrologia e Sessuologia, e ai Medici di Medicina Generale con l'obiettivo di sensibilizzarli al riconoscimento precoce di questi disturbi, fornendo strumenti adeguati per l'adozione di corretti criteri diagnostici e terapeutici, e non solo. Il corso offre un approccio innovativo, sottolineando l'importanza di relazionarsi con la donna, più incline al dialogo, anche per le problematiche correlate alle disfunzioni maschili. Spesso c'è una crescente difficoltà a parlarne all'interno della coppia. Con gli strumenti giusti e affinando la propria capacità di ascolto, il Ginecologo - in primis - può aiutare la donna a fare emergere il problema ma anche a far sì che il partner si apra e si rivolga allo Specialista di riferimento o al proprio Medico curante.

Responsabili Scientifici:
Prof. Antonio Chiàntera (AOGOI)
Prof. Vincenzo Mirone (SIU)

Programma scientifico

- Incidenza e diffusione dei diversi disturbi che possono minare il benessere e la salute sessuale di coppia **Fabio Parazzini**
- Aspetti clinici e fisiopatologici delle disfunzioni sessuali maschili **Vincenzo Mirone, Davide Arcaniolo**

- Il ruolo del ginecologo nel riconoscimento e gestione clinica dei problemi correlati all'eiaculazione precoce e agli altri disturbi sessuali di coppia **Roberto Bernorio**

- Criteri diagnostici e terapeutici delle principali disfunzioni sessuali maschili **Vincenzo Mirone, Paolo Verze**

- Il ruolo del counselling di coppia e per la donna **Maurizio Guida, Ferdinando Pellegrino**

Il corso è riservato agli Specialisti in Ostetricia e Ginecologia, Urologia e ai Medici di Medicina Generale (Evento formativo FAD 2223-69637) è realizzato con il supporto non condizionante di A. Menarini Industrie Farmaceutiche Riunite

Il corso FAD è composto da contributi in powerpoint sincronizzati con commento audio dei docenti, coadiuvati da videoclip, iconografia e contributi testuali della durata di 6 ore formative

ATTIVO
FINO AL
31 DICEMBRE
2013

Il corso dà diritto a 4,5 crediti ECM

HPV e vaccino. Sicurezza, efficacia e indicazioni pratiche per la prevenzione del cervico-carcinoma

Il corso, realizzato grazie al contributo educativo incondizionato di GlaxoSmithKline, è online sulla piattaforma <http://www.ecm.springer.com> (per questo corso si ricorda di usare le credenziali di accesso di questa piattaforma)



a ciascuna la sua contraccizione...

la mia è in lattice



la mia è in compresse



la mia è rimborsabile



la mia non è in associazione



la mia è sulla mia pelle



la mia è pratica



la mia è discreta



la mia dura tre anni



la mia è al rame



la mia è nel mio braccio



la mia è definitiva



la mia è naturale



a tutte

la seconda chance:

ellaOne®

Con l'utilizzo di Ulipristal Acetato il rischio di gravidanza è stato significativamente ridotto rispetto all'utilizzo del Levonostregel (1)

⁽¹⁾ Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto EllaOne®

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello



Largo ai giovani!

Non togliamo ai giovani il pane di bocca...in qualunque campo

Confesso di provare un po' pena verso quei colleghi che, quando se ne parla, dichiarano di aver paura di smettere. Vorrei dar loro coraggio, ripetendo come la penso io: la pensione è innanzitutto riconquista della libertà. Quando i ritmi finalmente rallentano e ci si può guardare intorno. Libertà di godersi, tutto speso, ciò che ci resta. Cercando di recuperare, per quanto e come possibile, quello cui abbiamo rinunciato. E sì che, chi più chi meno, ne abbiamo dovute fare di rinunce tra lavoro e famiglia! Ma perché sia possibile bisogna pensarci prima. Gli psicologi - e questa volta non sbagliano! - dicono che la vecchiaia va preparata per tempo.

Il timore viene dal non saper cosa fare. Certo è frustrante andare ai giardinetti o portare il cane a spasso. Ma intraprendere un'altra attività a quasi settanta anni, così come simpaticamente enfatizzato dall'amico prof. Sbiroli, proprio no! Perché un lavoro richiede comunque il rispetto di



orari che già per un'intera vita ci hanno ossessionato. Perpetuando quell'inesorabile erosione del tempo che rimane per se stessi. E poiché l'età comincia a farsi sentire e non ci è ancora concesso di vivere in eterno, il rischio è di

andarsene col rimpianto di non aver fatto tutto quello che si sarebbe voluto. Al limite anche vagabondare in giro per il mondo, che è davvero meraviglioso! Anche dedicarsi ad un hobby in precedenza trascurato può essere

gratificante. Così come ho fatto io, che coltivo la passione dello scrivere. Non iniziata ieri ma tanti anni fa, sebbene sinora confinata, per gli impegni contingenti, nei ritagli della giornata. Oggi invece sono sempre pronto a buttar giù quanto voglio dire. E più facilmente a cogliere al volo l'occasione fuggente. Perché è così che vengono le idee migliori e scrivi le cose più belle. Inspiration can hit you at any time (l'ispirazione ti può colpire in qualsiasi momento): è la frase stupenda seguita da venti righe vuote che ho trovato su dei tovaglioli di carta, facendo colazione in un hotel. Una bella idea già mia, che giro sempre con un po' di fogli ed una penna, e non è raro mi fermi a prendere appunti. Importante è far lavorare i neuroni

e - credetemi - le giornate passano veloci. Anzi, vorresti che durassero di più!

Penso invece che le citate parole di Rampini fossero l'ennesima, paradossale, considerazione sulle estreme difficoltà di una generazione senza futuro. Ma se vogliamo davvero dare qualche speranza per il domani, non dovremmo ulteriormente ridurre le occasioni di lavoro, oltre al fatto che già scarseggia. Che senso ha una volta che si è andati via dagli ospedali continuare a lavorare nelle strutture private o peggio ancora rientrare nel pubblico come convenzionati? E quando le nuove leve riusciranno a maturare esperienza e iniziare quella carriera che alla fine le gratificherà molto meno che noi? Ben vengano proposte come quella di far da tutor, meglio se a titolo gratuito, proprio per non disperdere il patrimonio di cultura e esperienza che ciascuno si è costruito, finalizzate proprio a favorire l'inserimento dei nuovi colleghi. Ma non togliamo ai giovani il pane di bocca, in qualunque campo.

► Segue da pagina 23

"I colori dell'Umanizzazione. Architettura e cura"

Dunque, il punto focale è l'utente: ma perché ancora, alle soglie delle magnifiche sorti e progressive del terzo millennio, si deve sentire l'esigenza e l'urgenza di parlare ancora di umanizzazione della medicina?

Per parlarne, abbiamo ritenuto opportuno ascoltare anche qualcuno dell'altra parte: qualcuno di quelli che la medicina la subisce, ma la subisce in quanto essa è ormai una organizzazione complessa in cui il medico è solo elemento apicale, conclusivo ma tutt'altro che unico di una procedura i cui meccanismi non sempre sono comprensibili, e quasi mai sono comprensibili a chi al medico deve arrivare.

Ma qui tocchiamo un altro punto dolente molto noto a chi sta in frontiera, da qualunque parte della frontiera, perché sperimentato tutti i giorni: la sensazione di chiusura, la percezione di essere circondati da barriere che non lasciano passare al di là delle mura del reparto le richieste, le esigenze, le urgenze, che non sono mai fissazioni o pretese del medico o del direttore ma

sempre, in primo luogo, necessità del paziente.

Ne deriva per il medico, e soprattutto per chi dirige, una sorta di lotta continua con un cumulo di questioni, che riguardano tutto e il contrario di tutto, delle quali è costretto ad occuparsi, e... se ancora gli avanza tempo e fiato per farlo, perché possa occuparsi infine anche di medicina.

Capiamo benissimo che la sanità oggi è "azienda", e come tale deve funzionare e far quadrare

Come mai, alle soglie del terzo millennio, si deve sentire l'esigenza e l'urgenza di parlare ancora di umanizzazione della medicina?

i conti economici: ma questi conti, e va detto con energia, devono trovare il paziente come punto focale di una comunità di lavoro le cui energie e le cui risorse "li" devono convergere: verso quel paziente della cui pazienza, e della cui capacità di sopportazione, il generale clima organizzativo sembra tenere poco conto.

Ho scritto, prima, "comunità di lavoro", comunità nel senso classico del termine: luogo comune dove si parlano gli stessi linguaggi (non necessariamente la stessa lingua), dove ci si riconosce portatori di una cultura, dove sono riconoscibili nervature comuni e condivisibili, dove si è sostenitori di valori compatibili anche nelle legittime diversità, dove si è disposti a considerare il lavoro quotidiano anche come una primaria funzione sociale, quasi come un tessuto di raccordo e di tenuta per la comunità dentro la quale ci troviamo a vivere e lavorare.

Questo ordine di riflessioni, come è evidente, sembra esulare dalle nostre competenze specialistiche: eppure le coinvolge e le posiziona, le orienta e le arricchisce: tutte. E quelle di tutti coloro che, su qualunque fronte, abbiano a che fare con le cose di cui, in quest'incontro, abbiamo iniziato a parlare.

Per questo gli organizzatori di questo convegno hanno ritenuto utile ascoltare le voci di quanti hanno l'onere di lavorare nella sanità, e per la sanità, a qualunque titolo o livello, ma anche la voce di quanti hanno avuto la ventura di aver avuto a che fare con la sanità, come pazienti o utenti se si preferisce.



Insomma, si è voluto ascoltare chiunque abbia avuto da suggerire qualcosa su questo benedetto percorso di umanizzazione della medicina. Anche perché

se ci ascoltiamo con un filo di pazienza, qualche volta magari scopriamo che alcuni supporti sono a portata di mano e sono anche a costo zero. ■

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO ellaOne

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE ellaOne 30 mg compressa **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Ogni compressa contiene 30 mg di ulipristal acetato. Eccipienti **con effetti noti**: ogni compressa contiene 237 mg di lattosio monoidrato. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA** Compressa Compressa rotonda ricurva di colore bianco-biancastro, con il codice "ella" impresso su entrambi i lati. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Contraccettivo d'emergenza da assumersi entro 120 ore (5 giorni) da un rapporto sessuale non protetto o dal fallimento di altro metodo contraccettivo. **4.2 Posologia e modalità di somministrazione** Il trattamento consiste in una compressa da prendere per bocca quanto prima possibile e comunque non oltre 120 ore (5 giorni) da un rapporto sessuale non protetto o dal fallimento di un altro metodo contraccettivo. La compressa può essere assunta a stomaco pieno o vuoto. In caso di vomito entro 3 ore dall'assunzione di ellaOne è necessario assumere una seconda compressa. Si può assumere ellaOne in qualsiasi momento durante il ciclo mestruale. Prima della somministrazione di ellaOne va esclusa l'esistenza di una gravidanza. **Insufficienza renale o epatica**: in assenza di studi specifici, non è possibile fare raccomandazioni specifiche per quanto riguarda la dose di ellaOne. **Insufficienza epatica grave**: in assenza di studi specifici, l'uso di ellaOne non è raccomandato. **Bambini e adolescenti**: un numero ristretto di donne di età inferiore ai 18 anni è stato sottoposto a studi clinici con ellaOne. **4.3 Controindicazioni** l'ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1. Gravidanza. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego** L'assunzione in concomitanza con un contraccettivo di emergenza contenente levonorgestrel è sconsigliata (vedere paragrafo 4.5). Si sconsiglia l'uso di ellaOne in donne con asma grave non adeguatamente controllata da glucocorticoidi per via orale. La contraccezione d'emergenza con ellaOne è un metodo occasionale, che non deve mai sostituire l'uso di un metodo anticoncezionale regolare. In ogni caso è opportuno consigliare alle pazienti il ricorso a un metodo contraccettivo regolare. Anche se l'uso continuo di un contraccettivo ormonale regolare non è controindicato in caso di assunzione di ellaOne, quest'ultimo può ridurre l'efficacia contraccettiva (vedere paragrafo 4.5). Dopo una contraccezione d'emergenza, si raccomanda quindi che i successivi rapporti sessuali siano protetti da un affidabile metodo contraccettivo di barriera fino alla comparsa della successiva mestruazione. Se una paziente desidera iniziare ad utilizzare un contraccettivo ormonale come metodo anticoncezionale regolare, potrà farlo immediatamente dopo l'assunzione di ellaOne, ma dovrà impiegare un affidabile metodo contraccettivo di barriera fino alla comparsa della successiva mestruazione. La somministrazione ripetuta di ellaOne durante uno stesso ciclo mestruale non è consigliabile, dal momento che la sicurezza e l'efficacia di ellaOne in queste circostanze non sono state ancora studiate. La contraccezione d'emergenza con ellaOne non è sempre efficace nel prevenire la gravidanza. Non vi sono dati disponibili sull'efficacia di ellaOne in donne che hanno avuto rapporti sessuali non protetti più di 120 ore prima dell'assunzione di ellaOne. In caso di dubbio o in caso di ritardo nella comparsa delle mestruazioni di oltre 7 giorni, di sanguinamento anomalo alla data attesa della mestruazione o di manifestazione di sintomi della gravidanza, l'eventuale gravidanza deve essere esclusa con un test di gravidanza. Qualora si instauri una gravidanza dopo il trattamento con ellaOne, occorre considerare, come in ogni gravidanza, la possibilità di gravidanza extrauterina. La gravidanza extrauterina può proseguire nonostante il manifestarsi di sanguinamento uterino. Dopo l'assunzione di ellaOne, la mestruazione può presentarsi in anticipo o in ritardo di alcuni giorni rispetto al previsto. Nel 7% circa delle donne, le mestruazioni si sono presentate con un anticipo di oltre 7 giorni rispetto alla data attesa. Nel 18,5% delle donne si è registrato un ritardo di più di 7 giorni, mentre nel 4% delle pazienti il ritardo ha superato i 20 giorni. Questo medicinale contiene lattosio monoidrato. Le pazienti con rari problemi ereditari di intolleranza al galattosio, deficit di Lapp lattasi o malassorbimento di glucosio-galattosio non devono assumere questo farmaco. L'uso concomitante di ellaOne con farmaci induttori di CYP3A4 non è raccomandato a causa della loro interazione (ad es. rifampicina, fenitoina, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenitoina, nevirapina, oxcarbazepina, primidone, rifabutina, erba di San Giovanni/*Hypericum perforatum* e uso a lungo termine di ritonavir). L'uso concomitante di ulipristal acetato e di un metodo contraccettivo d'emergenza contenente levonorgestrel è sconsigliato (vedere paragrafo 4.5). **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione Potenziale capacità da parte di altri farmaci di interferire con ulipristal acetato**: Ulipristal acetato è metabolizzato da CYP3A4 *in vitro*. - **Inibitori di CYP3A4** Risultati *in vivo* hanno dimostrato che la somministrazione concomitante di ulipristal acetato con un inibitore potente e un inibitore moderato di CYP3A4 aumenta C_{max} e AUC di ulipristal acetato fino ad un massimo di 2 e 5,9 volte, rispettivamente. È improbabile che gli effetti degli inibitori di CYP3A4 abbiano conseguenze cliniche. L'inibitore di CYP3A4 ritonavir può avere anche un effetto di induzione su CYP3A4 se viene usato per un periodo prolungato. In tali casi, ritonavir potrebbe ridurre le concentrazioni plasmatiche di ulipristal acetato. L'uso concomitante di questi medicinali è quindi sconsigliato (vedere paragrafo 4.4). L'induzione dell'enzima si esaurisce lentamente e gli effetti sulla concentrazione plasmatica di ulipristal acetato possono manifestarsi anche se la donna ha smesso di assumere un induttore dell'enzima da 2-3 settimane. - **Induttori di CYP3A4** Secondo risultati *in vivo*, la somministrazione di ulipristal acetato con un induttore potente di CYP3A4 come la rifampicina riduce notevolmente C_{max} e AUC di ulipristal acetato di almeno il 90% e diminuisce l'emivita di ulipristal acetato di 2,2 volte, per una riduzione corrispondente dell'esposizione a ulipristal acetato di circa 10 volte. L'uso concomitante di ellaOne con induttori di CYP3A4 (ad es. rifampicina, fenitoina, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenitoina, nevirapina, oxcarbazepina, primidone, rifabutina, erba di San Giovanni/*Hypericum perforatum*) riduce dunque le concentrazioni plasmatiche di ulipristal acetato, con una conseguente possibile riduzione dell'efficacia di ellaOne, ed è quindi sconsigliato (vedere paragrafo 4.4). Medicinali che influiscono sul pH gastrico La somministrazione concomitante di ulipristal acetato (compressa da 10 mg) con l'inibitore della pompa protonica esomeprazolo (20 mg al giorno per 6 giorni) ha determinato una riduzione media della C_{max} di circa il 65%, un ritardo del t_{max} (da una mediana di 0,75 ore a 1,0 ore) e un aumento dell'area sotto la curva (AUC) media del 13%. La rilevanza clinica di questa interazione per la somministrazione di una dose singola di ulipristal acetato come contraccezione d'emergenza non è nota. **Potenziale capacità da parte di ulipristal acetato di interferire con altri medicinali**: I dati *in vitro* indicano che ulipristal acetato e il suo metabolita attivo non inibiscono significativamente CYP1A2, 2A6, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 e 3A4 a concentrazioni clinicamente rilevanti. Dopo la somministrazione di una dose singola, è improbabile che si verifichi l'induzione di CYP1A2 e CYP3A4 da parte di ulipristal acetato o del suo metabolita attivo. È dunque improbabile che la somministrazione di ulipristal acetato alteri la clearance di prodotti medicinali metabolizzati da questi enzimi. **Substrati della P-gp** I dati *in vitro* indicano che ulipristal acetato potrebbe essere un inibitore della P-gp a concentrazioni clinicamente rilevanti. I risultati *in vivo* con il substrato della P-gp fexofenadina non hanno fornito risultati definitivi. È improbabile che gli effetti dei substrati della P-gp possano avere conseguenze cliniche. **Contraccettivi ormonali** Poiché ulipristal acetato si lega con grande affinità al recettore del progesterone, può interferire con l'azione di medicinali contenenti progestinici. - L'azione anticoncezionale di contraccettivi ormonali combinati e di contraccettivi a base di soli progestinici può risultare ridotta. - L'uso concomitante di ulipristal acetato e di un metodo contraccettivo d'emergenza contenente levonorgestrel è sconsigliato (vedere paragrafo 4.4). **4.6 Fertilità, gravidanza e allattamento** **Gravidanza** ellaOne è controindicato durante una gravidanza in atto o sospetta (vedere paragrafo 4.3). Esistono dati estremamente limitati sulla salute del feto/neonato nel caso in cui una gravidanza sia esposta a ulipristal acetato. Anche se non si è riscontrato alcun potenziale teratogenico, i risultati ottenuti su specie animali sono insufficienti per una valutazione della tossicità riproduttiva (vedere paragrafo 5.3). HRA Pharma tiene un registro delle gravidanze per monitorare gli esiti di gravidanza in donne esposte ad ellaOne. Si invitano pazienti e operatori sanitari a riportare ogni episodio di esposizione a ellaOne contattando il titolare dell'autorizzazione al commercio (vedere paragrafo 7). **Allattamento** Ulipristal acetato viene escreto nel latte materno (vedere paragrafo 5.2). L'effetto sui neonati/lattanti non è stato studiato. Non si possono escludere rischi per il bambino allattato al seno. Dopo l'assunzione di ellaOne l'allattamento al seno non è raccomandato per una settimana. Durante questo periodo si raccomanda alla madre di prelevare il latte dal seno e di eliminarlo per mantenerne attiva la produzione. **Fertilità** Dopo il trattamento con ellaOne come contraccettivo d'emergenza si prevede un rapido ritorno alla fertilità; si deve pertanto continuare o iniziare l'utilizzo di un contraccettivo regolare il prima possibile dopo l'assunzione di ellaOne, per garantire la prevenzione continua di una gravidanza. Le indicazioni su come procedere sono riportate nel paragrafo 4.4. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. ellaOne può avere un'influenza trascurabile o moderata sulla capacità di guidare veicoli o sull'uso di macchinari: dopo l'assunzione del medicinale sono comuni capogiri da lievi a moderati; sonnolenza e vista annebbiata sono invece episodi non comuni; raramente sono stati riferiti disturbi dell'attenzione. **4.8 Effetti indesiderati** Le reazioni avverse segnalate con maggiore frequenza sono state cefalea, nausea, dolore addominale e dismenorrea. La sicurezza di ulipristal acetato è stata valutata in 4.718 donne durante il programma di sviluppo clinico. La tabella seguente riporta le reazioni avverse registrate nel programma di fase III su 2.637 donne. La stragrande maggioranza delle reazioni avverse erano lievi o moderate e si sono risolte spontaneamente. Le reazioni avverse elencate di seguito sono classificate per frequenza e per classe sistemico-organica. All'interno di ciascuna classe di frequenza, gli effetti indesiderati sono elencati in ordine di gravità decrescente.

MedDRA	Reazioni avverse (frequenza)			
Classe sistemico-organica	Molto comune ≥1/10	Comune ≥1/100 a <1/10	Non comune ≥1/1.000 a <1/100	Raro ≥1/10.000 a <1/1.000
Infezioni ed infestazioni			Vaginite - Rinofaringite - Influenza Infezione delle vie urinarie	Congiuntivite infettiva - Orzaiolo Malattia infiammatoria pelvica
Disturbi del metabolismo e della nutrizione			Disturbi dell'appetito	Disidratazione
Disturbi psichiatrici		Disturbi dell'umore	Disturbi emotivi - Ansia - Insonnia Disturbi da iperattività Alterazioni della libido	Disorientamento
Patologie del sistema nervoso		Cefalea Capogiri	Sonnolenza Emicrania	Tremori - Disturbi dell'attenzione Disgeusia - Scarsa qualità del sonno Parosmia - Sincope
Patologie dell'occhio			Disturbi visivi	Sensazione oculare anomala Iperemia oculare - Fotofobia
Patologie dell'orecchio e del labirinto				Vertigini
Patologie vascolari			Vampate di calore	Emorragia
Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche				Congestione delle vie respiratorie superiori Tosse - Gola secca - Epistassi
Patologie gastrointestinali		Nausea - Dolore addominale (NOS) Dolore addominale superiore Fastidio addominale - Vomito	Dolore addominale inferiore - Diarrea Secchezza delle fauci - Stipsi Dispepsia - Flatulenza	Riflusso gastroesofageo Odontalgia
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo			Acne - Lesioni cutanee Prurito	Orticaria Prurito genitale
Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo		Mialgia Dolore dorsale		Dolore alle estremità Artralgia
Patologie renali e urinarie				Disturbi alle vie urinarie - Cromaturia Nefrolitiasi - Dolore renale Dolore alla vescica
Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella		Dismenorrea Dolore pelvico Tensione mammaria	Menorragia - Secrezione vaginale Disturbi mestruali - Metrorragia Emorragia vaginale - Vampate di calore Sindrome premenstruale	Prurito genitale - Emorragia disfunzionale dell'utero Dolore vulvo-vaginale Cisti ovarica rotta Fastidio mestruale - Ipomenorrea
Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione		Affaticamento	Dolore - Irritabilità - Brividi Malessere - Febbre	Fastidio al torace - Infiammazione Sete

La maggioranza delle donne (74,6%) negli studi di fase III ha avuto la mestruazione successiva alla data prevista o entro ± 7 giorni, mentre nel 6,8% di loro le mestruazioni sono apparse oltre 7 giorni prima del previsto e il 18,5% ha registrato un ritardo di più di 7 giorni sulla data prevista per l'inizio delle mestruazioni. Il ritardo è stato maggiore di 20 giorni nel 4% delle donne. Una minoranza (8,7%) delle donne ha riferito un sanguinamento intermestruale per una durata media di 2,4 giorni. Nella maggioranza dei casi (88,2%) il sanguinamento è stato descritto come spotting. Tra le donne che hanno assunto ellaOne negli studi di fase III, solo lo 0,4% ha riferito un sanguinamento intermestruale abbondante. Negli studi di fase III, 82 donne sono state arruolate più di una volta e hanno quindi ricevuto più di una dose di ellaOne (73 donne sono state arruolate due volte e 9 donne sono state arruolate tre volte). Non sono state notate differenze nella sicurezza di questi soggetti in termini di incidenza e gravità degli eventi avversi, variazioni di durata o volume delle mestruazioni o incidenza del sanguinamento intermestruale. **4.9 Sovradosaggio** L'esperienza di sovradosaggio con ulipristal acetato è scarsa. Ad un numero limitato di soggetti sono state somministrate singole dosi del farmaco fino a 200 mg senza osservare reazioni avverse severe o gravi. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche** Categoria farmacoterapeutica: ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale, contraccettivi d'emergenza. Codice ATC: G03AD02. Ulipristal acetato è un modulatore selettivo sintetico del recettore del progesterone, attivo per via orale, che agisce legandosi con grande affinità al recettore umano del progesterone. Il meccanismo d'azione primario consiste nell'inibire o ritardare l'ovulazione. Dati farmacodinamici mostrano che, anche se assunto immediatamente prima del momento in cui è prevista l'ovulazione, ulipristal acetato in alcune donne, è in grado di posticipare la rottura follicolare. Ulipristal acetato manifesta anche grande affinità per il recettore dei glucocorticoidi, ed effetti antiglicocorticoidi sono stati registrati negli animali, *in vivo*. Tuttavia, tali effetti non sono stati osservati nell'uomo, anche dopo ripetute somministrazioni, alla dose giornaliera di 10 mg. Ulipristal acetato mostra minima affinità per il recettore degli androgeni e nessuna affinità per i recettori umani degli estrogeni o dei mineralocorticoidi. I risultati ottenuti da due studi clinici indipendenti, randomizzati, controllati (vedere Tabella) su donne che si erano presentate per ricevere una contraccezione d'emergenza tra 0 e 72 ore dopo un rapporto sessuale non protetto o il fallimento di altri mezzi contraccettivi, hanno mostrato che l'efficacia di ulipristal acetato non è inferiore a quella di levonorgestrel. Quando i dati dei due studi sono stati combinati con metodo meta-analitico, con ulipristal acetato il rischio di gravidanza è stato significativamente ridotto rispetto al levonorgestrel (p=0,046).

Sperimentazione controllata randomizzata	Tasso di gravidanza (%) nelle 72 ore successive a un rapporto sessuale non protetto o al fallimento di altri mezzi contraccettivi		Rapporto degli odds [IC 95%] del rischio di gravidanza, ulipristal acetato vs levonorgestrel ¹
	Ulipristal acetato	Levonorgestrel	
HRA2914-507	0,91 (7/773)	1,68 (13/773)	0,50 [0,18-1,24]
HRA2914-513	1,78 (15/844)	2,59 (22/852)	0,68 [0,35-1,31]
Meta-analisi	1,36 (22/1617)	2,15 (35/1625)	0,58 [0,33-0,99]

1 - Glasier et al, Lancet 2010

Due studi di confronto sono stati condotti sui dati dell'efficacia di ellaOne somministrata fino a 120 ore dopo un rapporto sessuale non protetto. In uno studio clinico in aperto su donne che si erano presentate per ricevere la contraccezione d'emergenza e alle quali è stato somministrato ulipristal acetato tra 48 e 120 ore dopo un rapporto sessuale non protetto, si è osservato un tasso di gravidanza del 2,1% (26/1241). In aggiunta, il secondo studio comparativo sopraindicato fornisce anche dati relativi a 100 donne trattate con ulipristal acetato da 72 a 120 ore dopo un rapporto sessuale non protetto, nelle quali non sono state riscontrate gravidanze. **5.2 Proprietà farmacocinetiche Assorbimento** In seguito a somministrazione orale di una singola dose di 30 mg, ulipristal acetato viene assorbito rapidamente, con un picco di concentrazione plasmatica di 176 ± 89 ng/ml a circa 1 ora (0,5-2,0 h) dalla somministrazione, ed un AUC_{0-∞} di 556 ± 260 ng.h/ml. La somministrazione di ulipristal acetato accompagnata da una prima colazione ricca di grassi ha portato a una riduzione della C_{max} media di circa il 45%, un ritardo di T_{max} (mediana da 0,75 a 3 ore) e un aumento del valore medio di AUC_{0-∞}, pari al 25%, in confronto alla somministrazione a digiuno. Risultati simili sono stati ottenuti per il metabolita attivo mono-demetilato. **Distribuzione** Ulipristal acetato si lega fortemente (>98%) alle proteine plasmatiche, incluse albumina, alfa-1-glicoproteina acida e lipoproteine ad alta densità. Ulipristal acetato è un composto lipofilo e viene distribuito nel latte materno con un'escrezione media giornaliera di 13,35 µg [0-24 ore], 2,16 µg [24-48 ore], 1,06 µg [48-72 ore], 0,58 µg [72-96 ore] e 0,31 µg [96-120 ore]. **Biotrasformazione/eliminazione** Ulipristal acetato è ampiamente metabolizzato a derivati mono-demetilati, di-demetilati e idrossilati. Il metabolita mono-demetilato è farmacologicamente attivo. Dati ottenuti *in vitro* indicano che gli enzimi principalmente coinvolti sono CYP3A4 e, in misura minore, CYP1A2 e CYP2A6. L'emivita terminale di ulipristal acetato nel plasma dopo la somministrazione di una singola dose di 30 mg è stimata a 32,4 ± 6,3 ore, con una clearance orale media (CL/F) di 76,8 ± 64,0 L/h. **Popolazioni speciali** Non sono stati condotti studi farmacocinetici su ulipristal acetato in soggetti femminili con funzioni renali o epatiche compromesse. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** I dati non clinici non rivelano rischi particolari per l'uomo sulla base di studi convenzionali di farmacologia della sicurezza, tossicità a dosi ripetute e genotossicità. La maggior parte dei risultati ottenuti in studi di tossicità generale si riferiva al meccanismo d'azione di ulipristal acetato come modulatore dei recettori di progesterone e glucocorticoidi, manifestando un'attività antiprogesterone ad esposizioni simili ai livelli terapeutici. I dati di tossicità riproduttiva sono insufficienti a causa della mancanza di dati farmacocinetici sia nell'uomo che negli animali. Dato il suo meccanismo d'azione, ulipristal acetato ha un effetto embriotetale in ratti, conigli (a dosi ripetute superiori a 1 mg/kg) e scimmie. Non si hanno dati sulla sicurezza dell'embrione umano. A dosi sufficientemente basse da mantenere in atto una gestazione in specie animali non si è osservato potenziale teratogenico. Non sono stati condotti studi di carcinogenicità con ulipristal acetato. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Lattosio monoidrato Povidone K30 Croscarmellosio sodico Magnesio stearato **6.2 Incompatibilità** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità** 3 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione** Conservare il blister all'interno dell'imballaggio esterno per proteggere il medicinale dalla luce. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** Blister in PVC/PE/PVDC/alluminio contenente 1 compressa. L'imballaggio contiene un blister con una compressa. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento** Nessuna istruzione particolare. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Laboratoire HRA Pharma 15, rue Bérange F-75003 Parigi Francia **8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** EU/1/09/522/001 **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Data della prima autorizzazione: 15 maggio 2009 **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** Data di revisione: 30 maggio 2013 Informazioni più dettagliate su questo medicinale sono disponibili sul sito web della Agenzia europea dei medicinali: <http://www.ema.europa.eu>.

Classe di rimborsabilità: "C" Classificazione ai fini della fornitura: RNR, medicinale soggetto a prescrizione medica da rinnovare volta per volta. Prezzo al pubblico: € 34,89

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



“Assistiti”

Persona assistita, così d'ora in poi sarà definito il cittadino-utente (ex paziente). La brillante definizione è una delle novità contenute nel nuovo Codice deontologico elaborato dalla Federazione Nazionale dopo soli 7 anni di ampio dibattito



A Napoli, città straordinaria, capace di contenere tante difficoltà insieme a tanta saggezza e ironia, “persona assistita” è chi viene ritenuto in grado di fornire i numeri fortunati al gioco del lotto

Ce l'abbiamo fatta! Dopo 7 anni i nostri illuminati rappresentanti della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (la famosa FNOMCeO) sono riusciti a venirci a capo: chissà quanti mal di testa, quante notti insonni, quante serate passate in fumosi pensatoi sono occorsi, ma alfine ce l'hanno fatta. No, non illudetevi! Non si tratta della soluzione per come salvaguardare meglio la dignità professionale dei medici italiani quotidianamente messa a dura prova; no, non è la risposta alla richiesta di tutela legale dei colleghi sottoposti ogni giorno a rischi professionali inaccettabili a causa delle riduzioni di risorse e di personale negli ospedali e nelle strutture sanitarie del territorio; e neppure è un accordo con le compagnie di assicurazione per un equo costo delle polizze di assicurazione professionale o con il governo per l'applicazione degli istituti contrattuali mai resi esecutivi da anni anche se privi di

costi per le Asl. È molto di più! Dopo 7 anni (per l'esattezza: 84 mesi, 364 settimane, 2555 giorni!) di lunga gestazione abbiamo (hanno...) partorito: è una svolta per la nostra professione! È stato finalmente trovato il termine giusto per identificare chi si rivolge al medico per un problema di salute! “Paziente” non era più accettabile, troppo umiliante per il cittadino! Non certo malato, né ammalato, né soggetto o individuo o cittadino, parole obsolete e dal significato (forse) oltraggioso, ma tant'è: con la benedizione anche dell'Ordine nostrano abbiamo accettato di tutto in questi nostri strani anni passati. Gli ospedali chiamati ‘stabilimenti’, i medici “dirigenti” (di primo e di secondo livello: e i giovani frequentatori erano di ‘infimo’ livello?), poi siamo passati inevitabilmente pure noi per ‘operatori’ sanitari, e i pazienti sono stati etichettati come “utenti”. Eccoci, per l'appunto! Dopo anni di discussioni finalmente l'indicazione, ci dicono,

è stata unanime. Il ‘paziente’ non esiste più e dovremo definirlo persona assistita. Nel nuovo codice deontologico appena approvato, la FNOMCeO ha coniato il termine di ‘assistita’ per una persona che si rivolge al medico per qualsiasi ragione; il poderoso sforzo del nostro Ordine professionale ha prodotto un formidabile e succoso restyling semantico che “trasmette il significato immediato di chi ha diritto a ricevere cure e assistenza senza passività. Anzi deve essere più che mai al centro del sistema. È un cambiamento importante. C'è stato un ampio dibattito, non va considerato un esercizio accademico”, testuale! Hai capito i sacerdoti di Ippocrate che profondo e radicale cambiamento t'hanno realizzato dopo soli 7 anni di “ampio dibattito”? Finalmente ci è stato svelato un mistero che

attanagliava tanti medici italiani: ecco a cosa serve la FNOMCeO e perché vengono spesi tanti soldi per far riunire e discutere i rappresentanti degli Ordini! Mai come oggi mi sento appagato e soddisfatto per quella montagna di quattrini che verso ogni anno all'Ordine: e io che pensavo –povero ignorante– di avere sempre considerato il paziente, il malato, al centro della mia professione, del mio impegno! Ma fin'ora che abbiamo fatto alla gente che ci chiedeva semplicemente (buona) salute? E tanti di noi che credevano che il termine ‘paziente’ derivasse dal greco pathos, a significare patimento, sofferenza, dolore: in sostanza malessere e malattia! Noi che per il nostro impegno, il nostro “giuramento” curavamo e ci prendevamo cura dei nostri simili, mettendo la persona (sì, la persona) al centro del nostro faticare da onesti medici, che cosa in realtà facevamo? Solo ora, grazie ai nostri acuti rappresentanti dell'Ordine capiamo che è necessario mettere “al centro del sistema” il cittadino, pardon la “persona assistita”! E ci credo che la gente ci denuncia

per niente e ci guarda male! Se proprio l'Ordine dei Medici dice che “solo” da ora il nostro codice etico contemplerà che al centro della sanità dobbiamo mettere “chi ha

diritto a ricevere cure e assistenza”, fino ad oggi di che ci siamo occupati: dell'abbigliamento dei nostri pazienti (sì, pazienti)? Un nostro autorevole rappresentante ha chiosato saggiamente: “Ogni passaggio che agevola il processo verso la centralità del cittadino che ha bisogno di cure è benvenuto”. Ottimo! E ci sono voluti addirittura 7 anni di dibattiti per una così profonda e ponderata conclusione? Ma come la mettiamo questa ovvia e indiscutibile centralità con i tagli lineari alla sanità, con le mancate sostituzioni del personale che va in quiescenza, con gli accorpamenti, con il ‘tempario’ per le visite, con il blocco delle assunzioni di personale, con le carenze di attrezzature e materiali? Non facciamo nulla, nessuna iniziativa forte (e concreta) dell'Ordine?

Come riusciamo a continuare (sì, a continuare, come siamo stati abituati a fare sin dal primo giorno di professione) a mantenere al centro del nostro impegno di medici il cittadino se poi gli strumenti disponibili si riducono sensibilmente e le liste di attesa si gonfiano, mentre i cittadini scaricano la loro protesta sempre sui medici, gli unici a metterci comunque la faccia di fronte a chi “ha diritto a ricevere cure e assistenza”?

Ma stiamo scherzando? Mi ricorda molto il vezzo in auge al tempo della rivoluzione francese: la smania di sembrare rivoluzionari costringeva tutti a premettere il termine “cittadino” dinanzi al nome con la risibile conseguenza che alla fine, ancorché cittadino chi era in alto tale restava e chi era... sottoposto... Ora il paziente si chiamerà persona assistita ma non sembra che per lui le cose andranno meglio se si continuerà a... ghigliottinare le risorse per la Sanità! Pare che il termine paziente avesse un significato “passivo”, nel senso che il malato subiva “passivamente” le scelte del medico, visto come figura autoritaria; una “persona assistita” (ancorché ammalata) è invece modernamente emancipata, dotata di autonomia decisionale, di libertà, volete mettere? In realtà un conto è il legittimo dialogo con il paziente ed il suo coinvolgimento nelle scelte e nelle strategie per cercar di raggiungere la guarigione; altro è pensare di svolgere un dibattito sulla cura anche di una semplice appendicite, magari aprendo un forum su facebook o una discussione tra i ricoverati in corsia! Vi rendete ben conto dunque dell'enorme importanza e del significato innovativo della nuova definizione data all'ammalato? Persona assistita! A Napoli, città straordinaria, capace di contenere tante difficoltà insieme a tanta saggezza e ironia, “persona assistita” è chi viene ritenuto in grado di fornire i numeri fortunati al gioco del lotto: l'assistito sogna, immagina e – magari per un piccolo compenso – offre un'opportunità di vincita e forse di svolta nella vita. È probabile che a questo la FNOMCeO pensasse nella nuova, brillante definizione: sarà necessaria una persona... “assistita” per giocare, sperando di vincere, la tutela della propria salute alla... Lotteria!



L'AOGOI ADERISCE AL "PROGETTO MARTINA LIONS"

Progetto Martina: parliamo con i giovani dei tumori

Dare le informazioni giuste, nel momento giusto e nel modo giusto: la lotta ai tumori non si combatte con il terrorismo o con il divieto ma con la cultura.

L'obiettivo dell'iniziativa dei Lions Clubs, che l'Aogoi ha deciso di condividere, è che tutti gli studenti ricevano utili "informazioni salvavita" prima di terminare il loro corso di studio

Dare informazioni ai giovani, **studenti** delle classi III o IV delle scuole superiori di 2° grado, e ai **genitori** degli studenti delle classi I e II sui vantaggi che si ottengono seguendo stili di vita corretti, sugli accorgimenti da mettere in atto per evitare alcuni tumori o per scoprire in tempo utile quelli non evitabili, sulla necessità di impegnarsi in prima persona.

È questo l'obiettivo del progetto Martina della International Association of Lions Clubs, in ricordo di una giovane colpita da un tumore che chiedeva con insistenza: "informate ed educate i giovani ad avere maggior cura della propria salute". L'iniziativa, decollata nel 2006, ha ricevuto negli anni prestigiosi riconoscimenti e patrocinii (Senato della Repubblica, Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, Lega Italiana per la lotta ai tumori, Fondazione Umberto Veronesi) e ora è service pluriennale di valenza nazionale.

Nel corso dell'ultimo biennio, il Progetto Martina è stato attuato in tutti i 17 Distretti del 108 Italy e ha coinvolto oltre il 45% dei Club Lions e oltre 1000 scuole. Oltre 250mila studenti hanno ricevuto utili informazioni

per corretti stili di vita tesi all'eliminazione del fumo, all'adozione di una alimentazione più corretta e all'inizio di una attività fisica. Grazie alle informazioni ricevute, al momento giusto e nel modo giusto, è possibile stimare che questi giovani avranno una riduzione di rischio di contrarre un tumore nell'arco della loro vita del 30-50%. La metodologia di comunicazione, utilizzata da medici esperti e formati, si basa sul convincimento che la lotta ai tumori non si combatte con il terrorismo o con il divieto ma con la cultura, unico strumento che può garantire il necessario e duraturo impegno personale sulla base di scelte consapevoli.

I contenuti degli incontri, supportati da immagini, sono preparati da un comitato scientifico, sono continuamente aggiornati e inseriti nel sito in modo che sia garantita anche l'uniformità di informazioni su tutto il territorio. Agli studenti viene consegnato un pieghevole a colori con la sintesi delle informazioni ricevute, promemoria per i giovani e documento utile anche per i loro familiari. Al termine dell'incontro e dopo un anno gli studenti compilano un questionario che permette di monitorare i ri-

sultati e ottimizzare la metodologia di comunicazione. Gli "accordi di collaborazione" sono uno strumento ideale per favorire la diffusione capillare del progetto Martina. È indubbio che in rapporto all'elevato numero di studenti da incontrare nel corso di un singolo anno scolastico (circa 600.000) non può essere trascurata l'opportunità di un aiuto esterno sia da parte di Associazioni di Volontariato sia, soprattutto, da parte di medici non soci Lions, purché aderenti a Società Scientifiche nazionali. Per questo i Lions ritengono che siglare accordi di collaborazione con società scientifiche che condividano gli obiettivi e la rigorosa metodologia attuativa del Progetto Martina Lions potrà sicuramente favorire l'adesione di medici non Lions disposti sia a dedicare qualche ora alla formazione dei giovani sia ad accettare la metodologia di lavoro.

L'Aogoi inizia la sua collaborazione. Preso atto degli obiettivi del progetto Martina, della efficacia della metodologia attuata e dei prestigiosi patrocini concessi al progetto, l'Aogoi ha deciso di condividere l'iniziativa e di collaborare alla sua attuazione. L'accordo è stato siglato dal presidente Aogoi Vito Trojano e dal Presidente del Consiglio dei Governatori del MD 108 Italy Enrico Pons lo scorso novembre. I soci Aogoi verranno portati a conoscenza del Progetto Martina con l'invito ad offrire la loro disponibilità inviandone comunicazione al Coordinatore Nazionale Lions attraverso il sito www.progettomartina.it. L'Aogoi designerà un proprio componente a far parte del Comitato Scientifico del progetto Martina e ne darà comunicazione al Coordinatore Nazionale Lions.

In tutte le pubblicazioni ufficiali del Progetto Martina l'Aogoi verrà menzionata al di sotto della frase: "condividono il Progetto Martina e collaborano alla sua attuazione: Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI)".

Sul sito www.aogoi.it tutti i dettagli dell'iniziativa

"L'Europa non è solo crisi ma anche difesa della salute"

► Segue da pagina 5

coli naturali dovrà affrontare un percorso di abbattimento di frontiere non riferito a regole di commercio. Vogliamo che la direttiva sia non solo carta inutile e stiamo lavorando per produrre un benchmarking per registrare tempi, modi e criticità della sua implementazione". Nella Crossboarder directive, ad esempio, si sancisce che la ricetta per i farmaci emanata in Italia sarà valida anche in Francia, o in un altro Paese UE, e non sarà quindi più necessario andare da un medico francese per una nuova prescrizione. "Questa è l'Europa dei cittadini! Questo indica l'utilità di essere cittadino europeo", afferma Borg. Nessuno si attende un boom di viaggi della speranza. "Il nostro intento è vedere come reagisce il sistema sanitario e dei rimborsi, visto che se io vado a curarmi in un paese che non è il mio, sono portato a pagare in quel paese, ma sarò rimborsato per le cure nel mio paese d'origine. Speriamo inoltre, in tempi relativamente brevi, di poter definire uno European reference network per strutture sanitarie e

centri di cura ad alta specializzazione", spiega Borg. Nell'agenda del commissario alla Salute Ue ci sono anche nuove ipotesi legislative. A cominciare dalla direttiva sulla limitazione dell'uso del tabacco e la nuova regolamentazione dei trials clinici. "La prima - spiega Borg - ha l'obiettivo di diminuire i fumatori di circa 2,5 milioni e ha avuto una prima approvazione il 21 giugno e l'8 ottobre apriremo il dibattito parlamentare: poi inizieranno i negoziati con singoli governi. "Punto a concludere tutto l'iter entro la fine di questa legislatura, quindi entro il 2015". Quanto al regolamento per la sperimentazione clinica, "avrà forza stringente univoca per tutti gli Stati. Abbiamo fatto questa considerazione: c'è un declino di trials qui in Europa, con indebolimento delle università, dei centri di ricerca e delle aziende. Bene: vogliamo proteggere i pazienti, ma anche non creare ostacoli per queste ricerche, offrendogli un terreno più fertile che nel passato. Gli daremo forte spinta rafforzando gli aspetti etici".

Perché un T.U.

► Segue da pagina 10

retta prestazione sanitaria. Di conseguenza entra nel linguaggio del legislatore una "cultura comune" che si riflette nella scelta degli istituti, già al centro di numerosi dibattiti, sulla responsabilità sanitaria, come ad esempio la necessità di un coordinamento delle Unità di rischio clinico a livello aziendale con Agenzie di raccordo a livello regionale e un Osservatorio Nazionale. Del pari condivisa è la netta distribuzione delle responsabilità a diverso titolo: dolo e colpa grave, collegate a distinte conseguenze a livello di rapporto aziendale e onere risarcitorio per i soggetti interessati. Altrettanto condivise sono le necessità di prevedere l'obbligatorietà della copertura assicurativa delle aziende e l'azione diretta del danneggiato nei confronti della compagnia assicuratrice, previo tentativo di composizione bonaria delle controversie, specchio di riforme già attuate con successo nei Paesi dell'Unione Europea, per evitare lunghi e defatiganti iter

giudiziari, spesso del tutto infruttuosi o comunque dall'esito incerto, penalizzanti tanto per il paziente quanto per l'operatore sanitario.

Il filo conduttore dei distinti percorsi legislativi affinati e messi a punto grazie ad una maturata diversa sensibilità rispetto ai temi affrontati, evidenzia ulteriore condivisione di categorie concettuali e strumenti operativi innovativi, al passo coi tempi, nel riconoscimento della "non infallibilità" della scienza medica e l'esistenza di complicanze ed eventi avversi dovuti "all'alea terapeutica" e non a colpa professionale del sanitario o deficit organizzativo della struttura. Comune è lo sforzo di rispondere, per doverosità sociale, all'esigenza di assicurare un giusto indennizzo a titolo di solidarietà alle persone danneggiate, più vulnerabili e meritevoli di tutela, nella raggiunta consapevolezza che ciò non debba passare forzatamente e irragionevolmente attraverso lo strumento giudiziario nei casi non ricollegabili a ipotesi di responsabilità del singolo operatore o dell'ente. Si tratta di considerare complicanze indipendenti da censure ascrivibili a imprudenza, negligenza, imperizia, perché deri-

vanti "dall'alea" della patologia, della metodica, cercando soluzione di matrice diversa. I Ddl dispongono in tal senso.

In sintesi: la ricerca di modelli organizzativi e di tutela dei diritti in sanità, denota nei Ddl, obiettivi, contenuti e percorsi comuni, il comune raggiungimento di una mutata sensibilità, la raggiunta comune consapevolezza che un approccio costruttivo alle problematiche non può abdicare ai valori dell'universalismo, delle solidarietà ed equità, premiando esclusivamente criteri economici.

Con soddisfazione si può affermare che le prospettive caratterizzanti i Ddl danno atto che la complessa ricerca di modelli organizzativi ed un'efficace tutela dei diritti passano attraverso l'analisi delle politiche gestionali delle aziende sanitarie in termini di controllo di rischi, al fine di valorizzare le sinergie di un'azione integrata tra politica di governo dei rischi (Ministro, Regioni, Enti) e impiego delle regole di responsabilità anche in funzione preventiva e stragiudiziale.

La decisa convergenza dei temi e delle soluzioni giustifica la raccolta dei contenuti in chiave unitaria e di sintesi in un testo unico (T.U.).



Bio-Oil® è il prodotto specializzato nel trattamento di cicatrici e smagliature **N° 1** in Italia*.

Per maggiori informazioni contattare
Chefaro Pharma Italia al numero verde 800-432722
o all'indirizzo bio-oil@chefaro.it



MULTICENTRUM® MATERNA® diventa Nestlé.

*La completezza e la qualità
di sempre insieme all'esperienza
in nutrizione di **oltre 145 anni.***



Le mamme dovrebbero chiedere consiglio al medico per come prepararsi ad allattare al seno e per come proseguire l'allattamento. Salvo contrario parere del pediatra, il lattante non dovrebbe ricevere alimenti per integrare il latte materno fino a che l'allattamento al seno non sia ben avviato, per evitare possibili effetti negativi sulla normale prosecuzione dell'allattamento stesso.

Gli integratori non sono da intendersi come sostitutivi di una dieta varia ed equilibrata e di uno stile di vita sano.

MULTICENTRUM® è un marchio registrato di Wyeth LLC, utilizzato su licenza. MATERNA® è un marchio registrato di Société des Produits Nestlé S.A.