

L'appello alle forze
politiche che
formeranno
il nuovo governo:
**Nei vostri programmi
nuove norme per il
contenzioso medico
legale e per la sicurezza
dei punti nascita.
La nostra riforma
non è mai decollata**

L'ULTIMATUM DEI GINECOLOGI

Impegni precisi sulla responsabilità professionale o **SARÀ SCIOPERO**

■ IL 12 FEBBRAIO

È il giorno in cui ginecologi e ostetriche italiani potrebbero incrociare le braccia. Fesmed, Aogoi, Sigo, Agui, Agite, Sieog e Aio spiegano i motivi della protesta

■ PARTI CESAREI

L'indagine dei Nas: troppi Tc "ingiustificati". Ma "senza un'analisi delle cause profonde del fenomeno, difficilmente si potranno ottenere dei risultati"

■ LA SALUTE DELLA DONNA

Il quarto report annuale di O.N.Da sulle principali patologie "in rosa" in ambito cardiovascolare, oncologico, della salute mentale e materno infantile



Bio-Oil® è l'olio dermatologico che aiuta a migliorare visibilmente cicatrici, smagliature e a uniformare il colorito della pelle in caso di discromie. Bio-Oil® è a base di oli naturali, vitamine e contiene l'innovativo ingrediente PurCellin Oil™. Per informazioni dettagliate sul prodotto e i risultati dei test clinici, visiti il sito www.bio-oil.com o contatti Chefaro Pharma Italia al numero verde 800-432722. Bio-Oil® è il prodotto specializzato nel trattamento di cicatrici e smagliature **N° 1** in 11 paesi nel mondo*. €11,95 (60 ml).



Vito Trojano

Siamo 15mila operatori pronti a scioperare e a restituire i nostri certificati elettorali, se rimarremo inascoltati



Carmine Gigli

La situazione merita l'attenzione delle forze politiche e quello chiediamo loro e che la affrontino nei loro programmi di governo



Antonio Chiantera

Chiediamo la solidarietà delle nostre pazienti: la nostra protesta è per la messa in sicurezza dei punti nascita

4 PRIMO PIANO

“Impegni precisi sulla responsabilità professionale o sarà sciopero”

L'annuncio in una conferenza stampa organizzata da Fesmed, Aogoi, Sigo, Agui, Agite, Sieog e Aio.

Gli interventi dei rappresentanti delle associazioni promotrici

5 Il “doppio” sciopero dei 15mila operatori dei punti nascita

Vito Trojano

6 “Necessario raffreddare il contenzioso. La medicina difensiva nuoce a tutti”

Carmine Gigli

“Chiediamo la solidarietà delle nostre pazienti: il nostro sciopero è per la messa in sicurezza dei punti nascita”

Antonio Chiantera

“Queste problematiche gravano pesantemente anche sulla diagnostica ecografica non invasiva”

Dario Paladini

7 “Il medico non può essere lasciato solo, senza alcuna tutela”

Nicola Surico

“Il timore del contenzioso fa fuggire i medici in formazione dalla sala parto”

Nicola Colacurci

AIO: “Primo sciopero per le ostetriche. Una protesta necessaria”

Antonella Marchi

8 Sciopero sala parto: le reazioni e i commenti

Il punto di vista della Fnomceo, dei sindacati di categoria e dei politici

10 “É ora di dare una risposta seria al problema”

Intervista a Stefano Dambruoso

11 Fesmed: le regole per lo sciopero nei pubblici servizi

Carmine Gigli

12 Parti cesarei: l'indagine dei Nas e la replica della Fesmed

PROFESSIONE

14 Toghe in corsia”: novità legislative e giurisprudenziali in sanità

16 Il ricorso alle linee guida quale parametro di valutazione della colpa medica

Pier Francesco Tropea

Aio: una finestra sulla qualità

Giusy Di Lorenzo

LA SALUTE DELLA DONNA

19 La salute della popolazione femminile: analisi e strategie di intervento

La quarta edizione del Libro bianco dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna (O.N.Da)

RUBRICHE

28 Meditazioni

Giuseppe Gragnaniello

29 Fatti&Disfatti

Carlo Maria Stigliano

30 Mauro Buscaglia ci ha lasciati

Un ricordo di Valeria Dubini

L'ULTIMATUM DEI GINECOLOGI

“Impegni precisi sulla responsabilità professionale o sarà sciopero”

La decisione unanime di Fesmed, Aogoi, Sigo, Agui, Agite, Sieog e Aio. L'appello ai partiti: “Nei vostri programmi elettorali nuove norme per il contenzioso medico legale e per la sicurezza dei punti nascita”. In caso contrario il 12 febbraio i ginecologi italiani bloccheranno l'attività delle sale parto, le visite specialistiche e gli esami diagnostici

“

Il 12 febbraio potrebbe essere il giorno nel quale, in futuro, si festeggeranno meno compleanni nell'anno. È infatti questa la data scelta dai ginecologi e dalle ostetriche per il loro primo sciopero nazionale delle sale parto che bloccherà l'attività di tutti i punti nascita italiani. Quindi, niente parti cesarei programmati e niente induzione di parti programmati, per un totale di circa 1.100 interventi stimati che dovranno essere rinviati o anticipati. Non solo. Fatte salve le urgenze indifferibili, che saranno comunque garantite, il black out riguarderà anche l'attività dei consultori familiari e di tutti gli ambulatori ostetrici del territorio dove non verranno effettuati esami clinici, visite specialistiche ed ecografie.”

È questo l'annuncio clamoroso dell'iniziativa di protesta promossa dalla Fesmed, dai ginecologi di Aogoi, Sigo, Agui e Agite, dagli ecografisti della Sieog, dalle ostetriche di Aio, e a cui hanno aderito anche i chirurghi dell'Acoi, che è stato dato nel corso di una conferenza stampa a Roma lo scorso 16 gennaio. Una notizia che è rimbalzata su tutta la stampa nazionale, web e media radio-televisivi con una eco eccezionale (si veda la nostra rassegna stampa di 200 pagine, scaricabile sul sito www.aogoi.it). Del resto il primo sciopero nazionale di ginecologi, ostetriche ed ecografisti e chirurghi non è notizia da poco e il fatto che il 12 febbraio potrebbe essere “Il giorno in cui non si nasce per sciopero”, come ha titolato il *Corriere della Sera*, non



è certo passato inosservato. Si tratta indubbiamente di una protesta “forte”, come riconoscono gli stessi promotori, ma anche profondamente “sentita” da tutta la classe medica che, sia pure con qualche distinguo (relativo alla forma non alla sostanza della protesta) ha subito espresso il suo sostegno (vedi i commenti a pag. 8). E non potrebbe essere altrimenti, dato il malessere e le preoccupazioni (vecchie e nuove) da cui scaturisce.

Le motivazioni principali della protesta sono riassumibili in due punti: i tagli della spending review e delle altre manovre finanziarie degli ultimi anni stanno mettendo in ginocchio l'assistenza sanitaria anche in settori chiave come quello del percorso nascita, impedendone anche (soprattutto) la messa in sicurezza. E la crescita, ormai incontrollata, del contenzioso medico-legale, sta ponendo

in seria crisi il rapporto medico-paziente “con ricadute gravi per la dignità e la serenità professionale dei sanitari e costi crescenti per il Ssn a seguito del fenomeno della medicina-difensiva”.

Le richieste alle forze politiche e lo sciopero del voto. Lo sciopero dei circa 15 mila operatori che lavorano nei reparti e nei servizi di ginecologia, è stato più volte sottolineato, “è una scelta estrema, ma necessaria per cercare di smuovere l'opinione pubblica, le istituzioni e la politica”. Di qui le tre richieste precise alle forze politiche in vista delle elezioni annunciate in conferenza stampa: la certezza del finanziamento per la sanità; l'impegno ad applicare immediatamente la riforma dei punti nascita, approvata ormai due anni fa; la garanzia di misure cogenti sulla responsabilità professionale in sanità. Ma non è tutto. Qu

alora le forze politiche non aderiranno alle proposte avanzate, i ginecologi e gli altri professionisti si dichiarano “pronti a proclamare anche un altro sciopero: quello del voto alle prossime elezioni di febbraio, riconsegnando ai Comuni i certificati elettorali”.

L'incontro con il ministro Balduzzi. “Ringraziamo il Ministro per la rapidità della convocazione e per la sua disponibilità ad ascoltare le nostre richieste” ma “la disponibilità del Ministro non può essere considerata un elemento sufficiente e risolutivo per poter farci recedere dalla nostra ferma intenzione di proclamare lo sciopero per il 12 febbraio”. È questa la sostanza della nota diffusa dai presidenti di Fesmed, Aogoi, Sigo, e Acoi subito dopo l'incontro con il ministro della salute, che li ha prontamente convocati due giorni dopo la conferenza stampa, il 18 gennaio.

La protesta dunque va avanti e “il

perché” è chiaro: le forze politiche non hanno saputo o voluto dare una risposta adeguata per arrestare il declino del nostro Ssn e gli accorati appelli di chi è davvero ogni giorno in trincea nei nostri ospedali sono rimasti lettera morta. In particolare, rivendicano i ginecologi e i chirurghi nel loro comunicato congiunto “ad oggi nessun partito nei propri programmi elettorali ha preso in considerazione le criticità del contenzioso medico legale da noi sollevate e che interessa tutta la classe medica e la sicurezza dei punti nascita”. Quanto alle aspettative riposte nel cosiddetto “Decreto Balduzzi” sono state completamente deluse. Irrisolta resta pertanto la questione delle assicurazioni di medici e strutture. Ovvero la tanto attesa obbligatorietà da parte delle aziende sanitarie di assicurarsi, che si sperava fosse inserita nel provvedimento (ora legge) e



Malasanità "bluff". Tutti i numeri

Su 357 procedimenti penali conclusi contro sanitari solo 2 si sono risolti con una condanna. Mentre sono stati archiviati il 98,8% dei casi di lesione colposa e il 99,1% di omicidio colposo giunti a conclusione. Di contro le denunce contro i medici e i sanitari si sono triplicate negli ultimi 15 anni arrivando a 33.682 denunce nel 2010. Un quadro preoccupante quello descritto dai ginecologi e dalle ostetriche in occasione della conferenza stampa per annunciare il primo sciopero delle sale parto contro i tagli alla sanità e l'insostenibile crescita del fenomeno del contenzioso medico-legale, mettendo da un lato sempre più medici e operatori sanitari sulla graticola mediatica e giudiziaria e provocando anche uno tsunami economico con i costi delle polizze assicurative alle stelle sia per le Asl che per i singoli professionisti (questi ultimi ormai pagano premi assicurativi attorno ai 15/20.000 euro annui). Costi proibitivi che hanno portato addirittura il 10% delle Asl alla disdetta delle polizze nel 2011. Ma le stesse

compagnie assicuratrici si lamentano perché nonostante la lievitazione dei premi il rapporto tra polizze e rimborsi per danni in sede civile è troppo svantaggioso per le assicurazioni. A fronte di un monte premi assicurativo nella sanità di circa 500 milioni annui, le compagnie dichiarano di pagare risarcimenti in misura media del 160% dei premi incassati. E così anche le stesse compagnie si tirano indietro e nel 2011 il 5% delle polizze è stato disdetto dalle assicurazioni.

I dati sui processi per lesioni e omicidio a carico di sanitari: il 99,5% assolto. I dati sui procedimenti per lesioni colpose e omicidio colposo ascrivibili a personale sanitario sono riferiti a circa 90 Procure che hanno risposto al questionario inviato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari. L'analisi ha tenuto conto anche dello stato di avanzamento delle indagini di tutti i procedimenti che vedono indagate figure professionali sanitarie. Per quanto riguarda le lesioni colpose si sono registrati 901 casi

► **Segue a pagina 7**

i costi proibitivi delle polizze assicurative per ginecologi e chirurghi, la cui obbligatorietà scatterà per i medici dal prossimo agosto. "Cifre che un ginecologo non è in grado di poter pagare neanche al termine della propria carriera", scritte nero su bianco nel preventivo di polizza assicurativa illustrato al ministro nel quale si chiede ad un ginecologo il pagamento di un premio di 25mila euro per una copertura di 2 milioni di euro. Al ministro è stato consegnato un documento con le motivazioni della protesta e le conseguenti richieste: rivisitazione del contenzioso medico legale, la messa in sicurezza dei punti nascita, l'obbligatorietà da parte delle aziende sanitarie di assicurarsi.

Ora i ginecologi e i chirurghi ospedalieri italiani aspettano i fatti. Ferma restando "la collaborazione offerta agli organismi ministeriali per l'attuazione delle proposte avanzate dal ministro Balduzzi a creare tavoli tecnici" e la volontà di dar seguito alla proposta del ministro "di compiere insieme un percorso di collaborazione finalizzato alla stesura del Decreto attuativo previsto dalla legge Balduzzi, apportandone miglioramenti che possano renderlo più incisivo riguardo alle problematiche sollevate".



Gli interventi dei rappresentanti delle associazioni promotrici dell'iniziativa in occasione della conferenza stampa organizzata il 16 febbraio scorso presso la Fondazione Primoli a Roma per annunciare il primo sciopero delle sale parto.

La video-conferenza è disponibile sui siti di Aogoi e Sigo

VITO TROJANO Presidente Aogoi

Il "doppio" sciopero dei 15mila operatori dei punti nascita

La nostra sanità è in ginocchio e si sta reggendo sulle spalle dei suoi operatori. E questo non è più possibile. Siamo 15mila operatori pronti a scioperare e a restituire i nostri certificati elettorali, se rimarremo inascoltati



La collaborazione con le istituzioni è sempre stata in cima all'agenda Aogoi, in questi ultimi due anni in particolare. Abbiamo sempre cercato di dare il nostro contributo costruttivo e, quando ciò è stato possibile, i risultati ci sono stati. Come nel caso della relazione sui punti nascita, a cui abbiamo contribuito in seno alla Commissione di inchiesta Errori sanitari, che ha dimostrato come il contenzioso in campo penale, in particolare per quanto riguarda i procedimenti per lesioni colpose e omicidio colposo, si risolvano per il 99 per cento con l'archiviazione o assoluzione dei sanitari. Questo significa che il penale è essenzialmente un mezzo per avere dei risarcimenti in sede civile. Risarcimenti che raggiungono cifre sbalorditive.

Abbiamo sempre posto in evidenza le tante problematiche del contenzioso

e in questi ultimi mesi ci sono state fatte tante promesse. Promesse che si sono rivelate vane con la legge Balduzzi. Ma il punto vero è non ci sono neanche le prospettive di poter aprire un dialogo in questo senso.

Gli stessi magistrati, con i quali ci siamo riuniti nel recente convegno "Toghe in corsia", che si è svolto presso la Corte d'Appello di Roma, hanno affermato che quanto inserito nel provvedimento, riguardo la colpa lieve e la depenalizzazione della colpa medica, non aveva alcun significato sotto il profilo giuridico.

Quanto ai partiti politici, noi chiediamo loro che affrontino il tema del contenzioso, ponendolo al centro del loro programma per la sanità nel prossimo governo, insieme alla messa in sicurezza dei punti nascita. Anche in questo caso ci sono state fatte tante promesse, mai mantenute. Nulla del Piano per i punti nascita è stato attuato a livello di Regioni. Ciò significa che c'è una dicotomia tra governo centrale e risposta regionale, una dicotomia che va sanata con un programma che deve offrire lo stesso livello di assistenza su tutto il territorio.

Un altro punto, altrettanto fondamentale, riguarda il problema delle assicurazioni. Si pensi che, una volta scattata l'obbligatorietà assicurativa, un medico di prima nomina deve stipulare una polizza che va dai 6/7 mila euro in su, un costo che si triplica per un direttore o un primario. Ecco che ben si comprende come la

► **Segue a pagina 6**

► Segue da pagina 5

sanità si regga sulle spalle dei suoi operatori. E questo non è più possibile. Alla luce di tutto ciò ritengo che dobbiamo dialogare e soprattutto essere coinvolti in modo diverso. Di qui questo sciopero: uno sciopero "dimostrativo", nel senso che non "passa sopra" la nostra responsabilità professionale perché assicureremo, come abbiamo ribadito, le urgenze e le emergenze. Ma pur sempre una forma di protesta forte e necessaria, perché dobbiamo riuscire a smuovere l'opinione pubblica e le istituzioni, dando l'immagine di una classe medica che non è divisa, come ci è stato



spesso rimproverato, ma unita e con delle richieste chiare.

Se non verremo ascoltati siamo pronti anche a restituire i nostri certificati elettorali. Saremo in 15 mila operatori: altrettanti opinion leader che si mobilitano sul territorio... vedremo se di fronte a questo le forze politiche riusciranno ad ascoltarci.

LA CONFERENZA
STAMPA

CARMINE GIGLI Presidente FESMED

"Necessario raffreddare il contenzioso. La medicina difensiva nuoce a tutti"

Siamo pronti a proclamare una giornata di sciopero di 24 ore in tutti i punti nascita qualora le forze politiche che intendono far parte del nuovo governo non prendano in considerazione le nostre richieste. I livelli di contenzioso medico legale che investono tutte le branche della medicina, ma in modo particolare quelle della chirurgia e dell'ostetricia, sono arrivati a un punto tale da non consentire più ai medici di lavorare con la dovuta serenità.



Il medico è costretto ad attuare la medicina difensiva perché cerca in tutti i modi di evitare di essere coinvolto in situazioni che possano

pregiudicare la sua carriera professionale e la stabilità economica della sua famiglia. Non ci dimentichiamo che abbiamo avuto condanne per indennizzi che un medico non riuscirà a pagare in tutta la sua carriera. La situazione a nostro avviso merita l'attenzione delle forze politiche e quello che chiediamo loro è che la affrontino nei loro programmi di governo, anche sul piano legislativo se occorre, in modo da da raffreddare questa situazione di conflitto che nuoce ai cittadini, ai medici e allo Stato perché la medicina difensiva ha un costo molto elevato.

ANTONIO CHIANTERA Segretario nazionale Aogoi

"Chiediamo la solidarietà delle nostre pazienti: il nostro sciopero è per la sicurezza dei punti nascita"



Il 12 febbraio scenderemo in sciopero abbandonando la sala parto, i nostri ambulatori e la diagnostica prenatale. È la prima volta che succede qualcosa del genere in Italia...evidentemente il punto di sopportazione è stato oltrepassato. Ma la cosa più significativa a cui stiamo assistendo in questo momento è che le società scientifiche italiane dell'ostetricia e ginecologia che solo qualche mese fa sono state premiate e hanno avuto

l'onore di ospitare il congresso mondiale di ginecologia ora decidono di scendere in sciopero, di incrociare le braccia per un giorno. È un momento drammatico per le nostre pazienti, ma lo facciamo in difesa della loro salute e di quella del nascituro.

I motivi fondamentali che ci spingono a questa protesta sono due. Primo: la mancata attuazione della "legge Fazio", il piano di riordino dei punti nascita che fu concordato con noi non è stato applicato se non in due sole regioni e peraltro in maniera parziale e impropria. Tutto ciò comporta, per esempio, che abbiamo punti nascita dove esiste la "reperibilità" del ginecologo e la sala parto è affidata alla responsabilità di una singola ostetrica. Questo espone a un rischio enorme la salute della donna e del bambino ed è necessario che i partiti politici e il governo che verrà fuori da queste elezioni diano una risposta a questa situazione. Secondo: deve cessare il fenomeno della medicina difensiva, che costa allo Stato e soprattutto non ci fa lavorare con serenità, mentre noi dobbiamo "serenamente" poter assistere in scienza e coscienza la nascita dei nostri bambini.

La cosa più importante che oggi chiediamo alle nostre pazienti è la solidarietà. Noi siamo pronti a restituire i nostri certificati elettorali e a non andare a votare se i partiti politici non si impegneranno ad affrontare il problema della sicurezza della sala parto, della sicurezza delle nostre donne e di noi ginecologi.

DARIO PALADINI Presidente SIEOG

"Queste problematiche gravano pesantemente anche sulla diagnostica ecografica non invasiva"



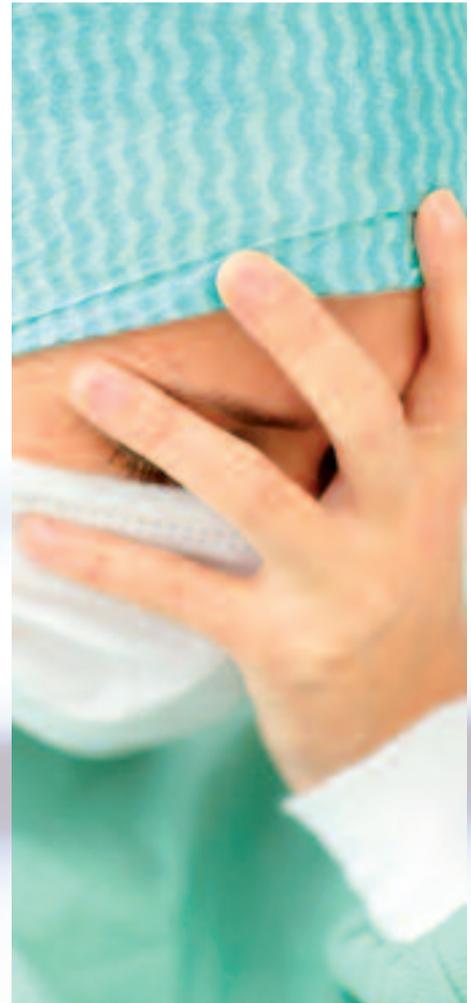
Il contenzioso medico legale nasce in sala parto ma anche in sala di diagnostica ecografica: tre bambini su 100 nascono con malformazioni maggiori che richiedono intervento chirurgico e questo è un fatto statistico, che attiene alla natura umana e di cui nessuno può rispondere. Purtroppo questo clima che è stato ben descritto, e che investe tutta la disciplina ostetrico ginecologica, viene aggravato da recenti sentenze della cassazione che aumentano il disagio e la frustrazione di noi operatori del settore della diagnostica. Mi riferisco in particolare a una recente sentenza che, sia pure con qualche differenza, replica una sentenza emessa in Francia oltre 10 anni fa e che portò allo sciopero totale di tutta la diagnostica ecografica non invasiva nel paese finché il governo non si è mosso e ha istituito un fondo per gestire questa emergenza. Ora in Italia assistiamo a una situazione sovrapponibile, senza che sia tenuto alcun conto di quanto avvenuto ben 10 anni fa in un paese molto vicino a noi. Questa sentenza porterà, se le istituzioni preposte e gli addetti ai lavori non vi metteranno mano, a un'escalation nel ricorso alla diagnostica invasiva, e ciò in controtendenza con tutte le politiche di diagnostica ecografica non invasiva in atto sia in Europa che nel mondo. Questo segna un ulteriore elemento negativo nel campo della politica sanitaria del nostro paese rispetto al trend internazionale per quanto riguarda il nostro settore.

Dopo questa sentenza, abbiamo aperto sul nostro sito (www.sieog.it) una sottoscrizione di protesta alla quale solo nella prima settimana hanno aderito oltre 3500 colleghi, ginecologi, genetisti e anche chirurghi. La situazione della diagnostica non invasiva risente pesantemente di questo clima di aggressione medico legale e anche delle problematiche sui premi assicurativi.

"...Nonostante la vastità e la gravità del problema dobbiamo constatare con vivo rammarico che le forze politiche ripongono uno scarso interesse nella questione, anzi la ignorano o la evitano, come se non fosse di rilevanza sociale ed economica nazionale, per il vulnus che porta al rapporto medico/cittadino e alle finanze pubbliche. La

cosiddetta "Agenda Monti", su 25 pagine, dedica sette righe alla Sanità e nessuna al contenzioso sanitario ed ai costi della medicina difensiva. Le altre forze politiche sino ad ora hanno ignorato completamente questo problema nei loro discorsi programmatici. Chiediamo che le forze politiche inseriscano nei loro programmi di governo il problema del contenzioso medico-legale e avanzino delle

proposte per il suo superamento, da adottare immediatamente dopo la formazione del nuovo Governo; in caso contrario l'AOGOI inviterà tutti i suoi iscritti (oltre 5600 medici specialisti in ostetricia e ginecologia) ad astenersi dall'andare a votare, rinunciando al diritto di voto e restituendo ai propri comuni i relativi certificati elettorali"
Leggi il testo integrale del comunicato Aogoi sul sito www.aogoi.it



NICOLA SURICO Presidente SIGO

“Il medico non può essere lasciato solo, senza alcuna tutela”



Innanzitutto vorrei sottolineare che questa iniziativa è conseguenza dell'indolenza, del mancato ascolto, dell'insensibilità della politica per quello che è il miracolo della nascita e quindi verso la donna che vive il momento più importante della sua vita. Insensibilità, direi quasi indifferenza, anche nei confronti di tutti gli operatori che assistono l'evento nascita. I tagli drastici che colpiscono la sanità non consistono solo nel taglio dei posti letto ma riguardano i mancati investimenti, il mancato aggiornamento e la sostituzione di quelle tecnologie che

sono ormai indispensabili per assistere adeguatamente la partoriente.

Abbiamo chiesto ripetutamente alla politica di adeguare i Drg del parto cesareo e del parto spontaneo per evitare che soprattutto nelle strutture private accreditate vi fosse ancora un ricorso eccessivo al taglio cesareo. Questo è stato fatto, il Drg è stato ridotto ed equiparato a quello del parto spontaneo (1200 euro). Ciò però porterà a una scarsità di risorse, per cui anche il pubblico non potrà più investire nei punti nascita con risorse così scarse. Non so poi quanto migliorerà la situazione nel privato accreditato... se è destinato a fallire il pubblico non potrà recepire tutto il lavoro che ne deriverà.

Un altro aspetto che riguarda tutta la classe medica, ma che colpisce in particolare i ginecologi e le ostetriche, è il burn-out. I medici oggi hanno paura di entrare in sala parto e in sala operatoria, a ciò si aggiunga la mancata tutela assicurativa. Ci sono medici costretti a pagare in proprio dopo una condanna in primo grado perché gli ospedali e le assicurazioni si ritirano, lasciando il medico in trincea, da solo.

La legge Balduzzi non ha prodotto alcun risultato. Non ha risolto la questione della colpa grave, che andava depenalizzata come avviene in tutti i paesi. Non ha risolto il problema della colpa lieve, ma anzi contribuirà ad aumentare il contenzioso poiché tutti i casi verranno indirizzati verso la colpa lieve. Ma, soprattutto, ha lasciato la responsabilità civile a totale carico del medico, in un momento in cui gli ospedali e le aziende sanitarie non garantiscono più la copertura assicurativa. Ciò indurrà i medici a ricorrere ancor più alla medicina difensiva i cui costi si aggirano intorno ai 12/14 mld di euro. Il decreto Balduzzi è finito nel decreto omnibus e quindi la legge Balduzzi ormai è slittata al 2014. Quindi c'è il tempo per modificarla, per migliorarla... vorrei tanto però che ci fosse la volontà da parte dei politici.

Dunque protesteremo con forza, forse protesteremo come non abbiamo mai fatto e questa volta cercheremo di sensibilizzare il più possibile l'opinione pubblica ma anche la classe politica perché si occupi dei nostri problemi. Il ginecologo oggi non può essere lasciato più da solo, scoperto da qualsiasi tutela.

NICOLA COLACURCI, AGUI

“Il timore del contenzioso fa fuggire i medici in formazione dalla sala parto”



Mi preme sottolineare l'aspetto della formazione dei nuovi specialisti in ginecologia. Si parla molto dell'incidenza tagli cesarei, della malpractice in ostetricia... ma abbiamo una quantità di medici in formazione che hanno il terrore di entrare in sala parto, che la rifuggono e vogliono andare a perfezionarsi in branche diverse dall'ostetricia perché dover affrontare il contenzioso medico legale a 28 anni, al secondo anno di specializzazione, è un problema che

può distruggerti tutta la carriera professionale. Conosco vari specializzandi che hanno contenziosi medico legali... vengono considerati come fossero strutturati sessantenni mentre sicuramente non hanno la capacità di reagire al contenzioso con tutto ciò che comporta: dal dover contattare l'avvocato, andare in tribunale e fare tutta una serie di procedure. Oltre al fatto che non hanno le coperture assicurative tali da potervi fare fronte. Questo porta inevitabilmente a una formazione non corretta e noi corriamo il rischio di avere tra 10 anni una popolazione di specialisti in ginecologia che non saprà entrare sala parto. Sarà difficile a questo punto sostenere l'incremento dei parti spontanei rispetto ai cesarei se non siamo stati capaci di mettere in serenità i nostri medici in formazione per far loro apprendere, nel tempo dovuto, con le dovute cautele e con i tutor giusti il corretto approccio alla sala parto. E questo lo si può fare soltanto se il medico si sente tutelato dalla struttura in cui lavora e dallo Stato per cui lavora, così che egli non debba pensare che qualsiasi cosa possa accadere, a prescindere dal suo errore, vada ad interferire con tutta la sua carriera professionale.

AIO: “Primo sciopero per le ostetriche. Una protesta necessaria”

“Le Ostetriche Italiane aderiscono per la prima volta nella loro storia professionale allo sciopero, rappresentate dall'Associazione Italiana di Ostetricia (Aio) poiché la Spending Review ha condotto ad una enorme carenza delle Professioniste nelle strutture pubbliche e private con la conseguenza di alimentare l'abusivismo professionale su tutto il territorio nazionale”. Ad affermarlo, in una nota, **Antonella Marchi**, presidente dell'Aio, che con il Consiglio direttivo dell'associazione denuncia come “le utenti cercano assistenza da persone non riconosciute come professioniste della Salute dal ministero della Sanità, il cui intervento chiedo ufficialmente anche attraverso l'istituzione di una Commissione d'inchiesta, al fine di adempiere nel modo ottimale i propri compiti di garanzia della salute pubblica”. “Denunciamo con forza da anni questo aspetto poiché riteniamo non si debba speculare sulla salute di donne e bambini che sono confuse da pubblicità ingannevoli che appaiono su tutti i network. La salute non è un mercato e vi sono Organi di garanzia quali gli Ordini Professionali e le Procure della Repubblica che hanno l'obbligo di vigilare ed intervenire anche su presunti abusi, poiché sono investiti della posizione istituzionale di tutela degli interessi pubblici. La carenza di Ostetriche negli ospedali e nei consultori crea gravi disservizi in tutta la filiera delle strutture sanitarie poiché costrette a turni stressanti, esponendo gli utenti ad un maggior rischio umano e da qui il boom di cause legali”, prosegue la nota.



La carenza di Ostetriche negli ospedali e nei consultori crea gravi disservizi in tutta la filiera delle strutture sanitarie, esponendo gli utenti ad un maggior rischio. Di qui il boom di cause legali

Per questo l'Aio, a nome delle ostetriche italiane, “rivendica con forza”:

1. L'assunzione senza concorsi delle Ostetriche nelle strutture sanitarie, ma su colloquio come avviene ormai da anni in tutti i paesi della Comunità Europea (al fine di rendere rapide le assunzioni e chiudere il triste capitolo dei concorsi in cui si presentano mille persone per due posti).
2. Un intervento delle forze politiche sulla certezza del finanziamento per la sanità.
3. L'applicazione della riforma dei punti nascita approvata ormai da 2 anni.
4. La garanzia di misure cogenti sulla responsabilità professionale in sanità.
5. L'intervento deciso per impedire che sedicenti professionisti sanitari, possano intervenire in contesti di salute di donne e bambini in linea con la recente legge sulle professioni non riconosciute. **Y**

► Segue da pagina 5

riguardanti personale sanitario (pari all'1,64% del totale dei procedimenti per questo reato), di questi 85 riguardano la gravidanza. Sul complesso di questi procedimenti il 40% è stato subito archiviato e per quelli che risultano conclusi, pari a 240 casi, si registrano solo 2 condanne, una assoluzione e il 98,8% di archiviazioni. Per l'omicidio colposo, i casi ascrivibili a personale sanitario sono 736 (pari all'11,18% del totale). In questo caso vengono archiviati prima del processo il 35% dei casi. Per i 117 procedimenti giunti a conclusione si rilevano invece una assoluzione, nessuna condanna e il 99,1% di archiviazioni. (Fonte: Ania e indagine “Punti nascita” Commissione parlamentare sugli errori sanitari)

Medicina difensiva: spreca ogni anno 12/14 miliardi di euro.

Secondo un recente studio, in Italia, per colpa della medicina difensiva, si spreca ogni anno qualcosa come 12/14 miliardi di euro per esami e interventi inutili effettuati di fatto solo per “auto protezione” da parte dei sanitari, in vista di possibili contenziosi futuri con i pazienti e i loro avvocati. In questo contesto, “purtroppo il decreto del ministro Balduzzi, recentemente convertito in legge e che contempla alcune norme specifiche sulla responsabilità professionale, non ha offerto soluzioni. Le norme, come asseriscono gli stessi magistrati, sono sostanzialmente inutili, perché non innovano in alcun modo l'attuale legislazione non tenendo conto della specificità dell'atto medico e sanitario”. La medicina, ricordano i ginecologi e le ostetriche, “non è una scienza esatta ed esiste un'“alea medica”, ad intendere quel margine di rischio inevitabile in ogni atto medico, che deve essere considerata e protetta in sede giudiziaria”.

Assicurazioni: “Neanche il problema crescente dei costi proibitivi delle polizze assicurative viene risolto dal decreto Balduzzi, mancando l'atteso obbligo delle Asl ad assicurarsi e a mettere in sicurezza, come più volte ribadito, i Punti nascita e lasciando così il medico e gli altri professionisti sanitari da soli a contrastare spese legali ed eventuali risarcimenti milionari in sede civile”.

Sciopero sala parto: le reazioni e i commenti

La Fnomceo

Comitato centrale Fnomceo

“Politiche coraggiose e innovative per gestire rischio clinico”

È stato proclamato per il 12 febbraio prossimo il primo sciopero nazionale di ginecologi, ostetrici e chirurghi di quest'area di specializzazione, contro “i tagli alla Sanità che hanno messo in ginocchio l'assistenza e il contenzioso medico-legale, arrivato ormai a livelli insostenibili”. Il Comitato Centrale della Fnomceo, da sempre convinto che la sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale, universalistico, equo e solidale, passi anche attraverso il contenimento dei costi dovuti al contenzioso e alla cosiddetta “medicina difensiva”, ha voluto diramare la seguente nota. “L'annuncio di uno sciopero indetto

da associazioni professionali mediche di area ostetrico-ginecologica e chirurgica è un'ulteriore preoccupante testimonianza di quel profondo disagio professionale e civile, non più sopportabile, a cui vanno date risposte chiare e risolutive. La sostenibilità del nostro Sistema Sanitario Nazionale, universalistico, equo e solidale, fortemente minacciato da un de-finanziamento pubblico pari a circa trenta miliardi di euro nel quadriennio 2011-2014, deve altresì provvedere, al pari di altri determinanti, al contenimento dei costi del contenzioso per eventi avversi, a cui si sommano quelli legati alla inappropriata e inefficacia di comportamenti difensivi dei professionisti e delle strutture. Proteggere la sostenibilità della nostra sanità pubblica vuol dire, dunque, affrontare anche questa questione invertendo quella perversa spirale culturale, giurisprudenziale, organizzativa e gestionale che la alimenta, producendo costi inappropriati e devastanti ferite nel rapporto fiduciario tra cittadini, professionisti e istituzioni sanitarie.

Occorre dunque avviare un processo legislativo che:

1. consenta politiche proattive di organizzazione e gestione delle attività mediche e sanitarie in ragione della sicurezza dei pazienti e degli operatori, sviluppando ambienti e condizioni di lavoro idonei alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico;

2. riconosca alle attività mediche e sanitarie, al pari della loro funzione sociale, di perseguire il bene dell'individuo e della collettività, anche il rischio a questo connesso, come peraltro già ri-

In merito alla proclamazione dello sciopero di ginecologi, ostetrici e chirurghi il Comitato Centrale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chiede l'avvio di un processo legislativo per dare risposte chiare e risolutive sulla gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti e la serenità degli operatori



conosciuto alla Magistratura. Tale rischio sociale va assunto dalla collettività in modo equo e giusto, fermi restando due capisaldi della nostra civiltà giuridica, ovvero il diritto in capo al cittadino al risarcimento di un danno subito e la valutazione ed eventuale sanzione di profili di responsabilità che però, in ambito penale, riteniamo vadano coerentemente rivisti;

3. definisca limiti all'entità dei risarcimenti attraverso parametri di valutazione economica del danno oggettivi, uniformi ed equi, come già avviene in altri Paesi di pari sviluppo sociale e sanitario. Esperienze di questi ed altri Paesi a noi vicini si sono orientate verso modelli misti di risarcimenti/indennizzi, prescindendo questi ultimi dalla sussistenza o meno di una colpa;

4. rassereni l'attività dei medici e di tutti i professionisti sanitari, soprattutto quelli più esposti al contenzioso, attraverso tutele verso possibili azioni risarcitorie postume senza, come oggi purtroppo avviene, limiti di tempo e continuità di luoghi di esercizio professionale.

Ai colleghi che hanno annunciato questa iniziativa di protesta, e a tutti i medici italiani, non servono appelli al senso di responsabilità; ne hanno da vendere, lavorando tutti i giorni in condizioni difficilissime. Servono invece, anche su questa delicata materia, assunzioni di responsabilità chiare e risolutive, nell'interesse dei cittadini e dei professionisti, da parte di quanti, investiti dal consenso democratico, si apprestano a guidare il Paese nei prossimi anni”.

Ai colleghi che hanno annunciato questa iniziativa di protesta, e a tutti i medici italiani, non servono appelli al senso di responsabilità; ne hanno da vendere, lavorando tutti i giorni in condizioni difficilissime

I sindacati

Riccardo Cassi (Cimo)

“Aderiamo allo stato di agitazione proclamato da Fesmed”

Per il presidente del sindacato Riccardo Cassi “è necessario che i partiti si impegnino formalmente per riformare la normativa sulla responsabilità



professionale”. “La necessità di una riforma della responsabilità professionale sia in tema di legislazione penale che civile che avvicini l'Italia all'Europa, dove la colpa professionale in sanità ha caratteristiche specifiche, coinvolge tutti i Medici, ha proseguito Cassi – e per questo ho raccolto l'invito del Presidente della Fesmed”.

“La legge Balduzzi, vittima delle lobby che da anni bloccano ogni tentativo di riforma in Parlamento, non ha risolto né il problema dell'assicurazione né quello della responsabilità. Per questo chiediamo ai partiti di inserire nei loro programmi un impegno formale affinché la prossima legislatura risolva in modo definitivo la questione”.

Costantino Troise (Anaa)

“Su contenzioso medico o risposte o protesta generale”

“La dichiarazione di sciopero degli ostetrici ginecologi rappresenta solo la punta di un iceberg che nasconde inquietudini e paure



non confinate nei punti nascita, visto che nella graduatoria delle denunce troviamo anche i medici di pronto soccorso, gli oncologi, i chirurghi in genere e quelli ortopedici in particolare”. Ad affer-

marlo è Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anaa Assomed, sottolineando come il problema del contenzioso medico-legale contro i medici e non solo, “diffuso e in crescita esponenziale”, produce “inquinamento della relazione medico-paziente, l'adozione di procedure difensive da parte dei professionisti, l'incremento dei premi di assicurazione a carico dei medici e delle Aziende”. “Oggi – prosegue Troise – le aziende sanitarie, ossessionate dalla logica del pareggio di bilancio, sottovalutano il ruolo delle carenze organizzative e strutturali nel determinare gli eventi avversi. E lasciano il medico sempre più solo, schiacciato tra rischio di contenzioso e logiche aziendali non sempre orientate all'aumento della sicurezza delle cure per operatori e pazienti”. Per il segretario nazionale dell'Anaa Assomed la campagna elettorale “è l'occasione giusta per valutare la volontà dei Partiti di trovare soluzioni strutturali non più rinviabili. Senza le quali, la pro-

È l'occasione giusta per valutare la volontà dei Partiti di trovare soluzioni strutturali non più rinviabili. Senza le quali, la protesta, fino ed oltre lo sciopero, sarà generale

testa, fino ed oltre lo sciopero, sarà generale”. Anche in considerazione del fatto che, conclude Troise, “il sistema sanitario non sarà mai sostenibile se la medicina difensiva rimane l'unico scudo a disposizione di un medico che rischia di rispondere in proprio, anche in sede penale, delle conseguenze dannose di un suo atto, decontestualizzato rispetto al suo valore sociale, e di uscire dall'ospedale, varcato come apprezzato professionista, alla stregua di un aggressore o di un assassino”.

Massimo Cozza (Cgil/Medici)

“I tagli e le denunce sono un problema generale”

“Le ragioni dello sciopero dei ginecologi ostetrici del 12 febbraio, dai tagli della spending review al contenzioso medico-legale, riguardano una estesa platea di medici e di operatori sanitari e



si possono risolvere solo con un ampio coinvolgimento di tutti per un cambiamento reale delle politiche

portate avanti dai Governi Berlusconi e Monti”. Questo il contenuto di una nota congiunta di Cecilia Taranto, segretaria nazionale Fp-Cgil, e Massimo Cozza, segretario nazionale Fp-Cgil Medici, in riferimento allo sciopero proclamato da associazioni e sindacati dei ginecologi-ostetrici. “Siamo sempre stati in prima linea a contestare i tagli lineari della spending review, oltre 30 miliardi tra il 2011 e il 2015, e la crescita strumentale delle denunce in sanità. In tal senso siamo stati i primi a contestare le campagne mediatiche ospitate anche dalla tv pubblica. È paradossale – aggiungono i due sindacalisti – che i medici e i professionisti siano costretti ad assicurarsi mentre questo obbligo decade per le strutture sanitarie sia pubbliche che private”. “Adesso su questi temi servono impegni concreti da parte di chi si candida a Governare. Per quanto ci riguarda, in questi giorni di campagna elettorale porteremo avanti iniziative nei confronti della politica per la difesa e la riqualificazione del servizio pubblico – conclude la nota – a partire dall’assemblea della Cgil “Una sanità. Di tutti” del 22 gennaio a Roma”.

È paradossale che i medici e i professionisti siano costretti ad assicurarsi mentre questo obbligo decade per le strutture sanitarie

Le associazioni



Giuseppe Scaramuzza (Cittadinanzattiva-Tdm)

“Denunce condivisibili. Ma no a sciopero”

“Siamo dispiaciuti. Non è questo il modo per affrontare i problemi, che sicuramente ci sono, scaricandoli sui cittadini che si



troveranno senza servizi per una giornata intera. Piuttosto chiediamo forme alternative di sciopero dove potremmo essere al fianco di ginecologi e ostetriche”. È quanto afferma in una nota Giuseppe Scaramuzza, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva in merito alla decisione di ginecologi e ostetriche di scioperare e non garantire le prestazioni sanitarie ai cittadini il prossimo 12 febbraio. “Molte delle cose denunciate – prosegue la nota – sono condivisibili, ma non si risolvono con il muro contro muro. Sulla questione del contenzioso siamo convinti che si può fare di più per prevenire alcune situazioni investendo sul consenso informato e dedicando il tempo necessario per spiegare alle future mamme e papà rischi e benefici degli interventi. Sulla sicurezza nella pratica medica abbiamo dimostrato insieme ai professionisti sanitari coinvolti nel percorso nascita, che è possibile lavorare insieme per migliorare qualità e sicurezza dei punti nascita.

I politici

Paola Binetti (Udc)

“Ragioni comprensibili, ma sciopero non condiviso”

Le preoccupazioni e le denunce dei ginecologi e delle ostetriche sui tagli alla sanità e sul fenomeno del contenzioso medico-legale sono “comprensibili” e “meritano la massima attenzione” per Paola Binetti, già deputata e ora candidata capolista Udc alla Camera in Abruzzo, Liguria e Lazio 1. Che però si dice contraria allo sciopero delle sale parto: “Così si lasciano sole le donne in un momento che è prezioso ma anche pieno di paure e preoccupazioni”. Commentando le ragioni della protesta annunciata oggi dai ginecologi e dalle ostetriche, la candidata Udc si è detta d'accordo sugli effetti negativi per la sanità derivanti dai tagli imposti negli ultimi anni e confermati dal Governo Monti. “Se da un lato riflettevano il bisogno, in tempi di crisi, di razionalizzare le risorse impegnate in sanità per spenderle meglio, è però vero che tali tagli hanno provocato gravi difficoltà ai cittadini, e di conseguenza ai professionisti della sanità, nel momento in cui si sono tradotti in una riduzione dei posti letto e del tetto di prestazioni che le Regioni riconoscono alle strutture”, ha spiegato la candidata Udc. Secondo la quale si è messa in atto “l’ennesima ferita alla fragilità del nostro sistema sociale, che sta invecchiando rapidamente”. Non solo. “Questa situazione – secondo la candidata Udc – demotiverà ancora di più le donne ad avere figli, perché si sentiranno sempre meno assistite o costrette a rivolgersi a strutture private con costi non sempre sostenibili per tutte”. Allarmante, secondo Binetti, anche il fenomeno del contenzioso medico-legale e dei costi della medicina difensiva. Per risolvere i quali “la Camera stava lavorando a un disegno di legge, che purtroppo non è giunto a termine e che prevedeva la depenalizzazione di alcune situazioni e la riduzione della tensione medico-legale, pur continuando a garantire al cittadino il giusto risarcimento”. Un lavoro che “va assolutamente ripreso”, afferma Binetti, secondo la quale è indubbio che i ginecologi vivono sotto la continua pressione derivante dalle “assicurazioni che non vogliono rinnovare i contratti” e da “una sorta di persecuzione mediatica che non considera come in medicina il rischio non sia mai completamente annullabile”. Per Binetti, l’impegno deve dunque essere indirizzato a “restituire alla popolazione la certezza sul fatto che i nostri punti nascita sono tra i più sicuri al mondo”. A questo proposito l’onorevole Udc ricorda i risultati raggiunti con l’inserimento dell’epidurale tra

La Camera stava lavorando a un disegno di legge, che purtroppo non è giunto a termine

i Lea e il potenziamento delle Tin, i reparti di Terapia intensiva neonatale. Ma “no allo sciopero”, ribadì-



scie Binetti, secondo la quale si tratta di “una scelta che è in contrasto con l’immagine che i medici hanno offerto finora alla popolazione, cioè quella di difensori della vita, intesa sia come vita umana che come impegno a ‘tenere in vita’ il sistema sanitario”. Ancora di più quando si parla di ginecologi e ostetriche. “Perplexità anche sulla scelta della data, 12 febbraio. “Siamo in un momento di transizione, in cui il Governo che c’è non è autorizzato a prendere decisioni di alcun tipo, essendo in carica solo per l’ordinaria amministrazione, e il prossimo Governo deve ancora essere eletto”. Per la candidata Udc, i ginecologi avrebbero piuttosto dovuto aspettare e “porre le questioni direttamente al nuovo Governo e all’attenzione delle commissioni salute di Camera e Senato”.

Ignazio Marino (Pd)

“Richieste condivisibili. Pronto a incontrare le categorie”

“Il Partito Democratico ascolta con attenzione le richieste delle associazioni dei medici ginecologi e delle ostetriche”. Così dichiara



Ignazio Marino, senatore del Partito Democratico e presidente della Commissione d’inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale. “Sono disponibile a incontrare i loro rappresentanti anche per sottoporre il programma per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale che il Partito democratico sta ultimando”.

“Nel programma per l’Italia del Pd – prosegue – sono già previste come prioritarie le azioni che gli operatori sanitari ci chiedono. A cominciare dalla certezza per il finanziamento per la sanità fino all’applicazione della riforma dei punti

Nel programma per l’Italia del Pd sono già previste come prioritarie le azioni che gli operatori sanitari ci chiedono

nascita già prevista ma mai attuata dal governo della destra”. In particolare Aogoi, Sigo, Agui, Fesmed, Agite, Sieog, Aio lamentano il sempre crescente contenzioso medico legale e la risposta insufficiente in merito del decreto Balduzzi. “Il disegno di legge 6 del 2008 di cui sono primo firmatario – continua Marino – ha cercato di rispondere alla questione, introducendo un servizio per la gestione del rischio clinico e stabilendo che la responsabilità civile per danni alla salute dei pazienti sia sempre a carico della struttura sanitaria pubblica o privata, e non di medici infermieri o tecnici. È questo, a mio parere, il principio da cui il nuovo governo a guida Pd dovrà ripartire.”

Giuseppe Palumbo (Pdl):**“Sciopero non ha motivazione. Fatti passi avanti con legge Balduzzi”**

“La decisione di intraprendere questo sciopero non ha motivo di esistere a mio modo di vedere. Riguardo il contenzioso medico-legale, ad esempio, con la legge Balduzzi il medico corre il rischio di incappare nel penale solo se non rispetta le linee guida. Già questo, e il fatto dunque di dover dimostrare l'eventuale comportamento al di fuori delle regole da parte del medico, è una garanzia per i camici bianchi”. Così Giuseppe Palumbo, presidente della Commissione affari sociali della Camera, ha commentato la notizia dello sciopero nazionale proclamato da ginecologi ed ostetriche per il prossimo 12 febbraio. “La situazione è di certo migliorabile e restano aperte tematiche importanti – ha proseguito Palumbo – a tal proposito si potrebbe citare il fatto che le Aziende non sono ancora obbligate ad assicurarsi, e questo è grave. Tutto sommato con la legge Balduzzi la situazione è certamente migliorata e si sono fatti innegabili passi avanti”. Rispondendo poi alle richieste avanzate ai partiti, l'esponente Pdl ha ricordato che il programma per la sanità “è ormai delineato per i prossimi anni, è già legge. Si potrà provare a migliorare alcune situazioni, ma si dovrà sempre fare i conti con il più generale contesto economico del Paese”. Anche per quanto riguarda la richiesta di applicare la riforma dei punti nascita, Palumbo ha sottolineato come “loro stessi ricordano che si sta parlando di una legge già approvata. La palla in questo caso è passata alla Regioni, sta a loro applicare la normativa”.

**Antonio Palagiano (Idv):****“Reazione giustificata dall'inerzia dei governi”**

Lo sciopero, sacrosanto, proclamato da ostetriche e ginecologi rappresenta l'ultimo atto di una categoria: una scelta estrema, consequenziale al comportamento ottuso dei due governi che si sono succeduti nel corso dell'ultima legislatura. Né Berlusconi né Monti hanno preso in debita considerazione il grave problema dell'impennata del contenzioso giuridico medico-paziente degli ultimi anni. Sarebbero circa 30.000 le cause che ogni anno si intentano nei confronti dei medici, e, come dimostrato anche dai dati raccolti dalla commissione che presiedo in merito ai punti nascita e alle compagnie assicurative, è in atto una vera e propria speculazione ai danni del Sistema sanitario nazionale e dei cittadini”. È quando ha dichiarato il Presidente della Commissione errori e disavanzi sanitari, Antonio Palagiano in merito allo sciopero proclamato per il prossimo 12 febbraio. “Ad agosto di questo anno – prosegue Palagiano – scatterà l'obbligo per i medici di assicurarsi, nonostante la gran parte delle compagnie veda con ritrosia la stipula delle polizze



agli specialisti in branche chirurgiche, negando la polizza ai professionisti incappati in una richiesta di risarcimento. Nello stesso tempo, la nostra indagine ha dimostrato che ben il 62,7% delle strutture sanitarie italiane non sono assicurate per “colpa grave”, di conseguenza il paziente vittima di malpractice rischia di non percepire alcun indennizzo. In questa situazione, la cosiddetta medicina difensiva, che costa ai contribuenti quasi 12 miliardi di euro, viene usata a mò di scudo giudiziario, ma non garantisce al paziente l'appropriatezza terapeutica”. “Ci saremmo aspettati dal governo dei tecnici un'azione determinata che affrontasse l'annoso problema attraverso un articolo di legge da inserire nel decreto Balduzzi. Invece, abbiamo assistito ad una politica concentrata più sulle nomine ai vertici degli enti controllati dal Ministero della Salute che sui reali problemi della sanità. Davanti a tanta inerzia – conclude Palagiano – la reazione degli specialisti è stata perfino tardiva”.

**Contenzioso medico****Dambruoso (Lista Monti):
“È ora di dare una risposta seria al problema”**

In occasione dello “sciopero delle sale parto” proclamato dai ginecologi italiani, affrontiamo il problema del contenzioso medico con Stefano Dambruoso, magistrato, seppure autosospeso in considerazione della sua candidatura per la Lista Monti alla Camera in Lombardia, e responsabile giustizia del movimento ItaliaFutura

Il contenzioso medico ha assunto ormai da tempo le caratteristiche e le dimensioni di una vera propria emergenza sanitaria. Che ancora non ha ricevuto una risposta adeguata, denunciano i medici, insoddisfatti sia del decreto legislativo che dal 2010 ha introdotto la mediazione obbligatoria, sia dal Decreto Balduzzi, che avrebbe dovuto portare grandi novità ma che nei fatti, e su questo concordano sia i medici che i magistrati, si è tradotta in una norma “inutile” se non “peggiorativa” dell'attuale situazione. In occasione dello “sciopero delle sale parto” proclamato dai ginecologi italiani, abbiamo voluto affrontare il problema del contenzioso medico con Ste-

fano Dambruoso, magistrato, seppure autosospeso in considerazione della sua candidatura per la Lista Monti alla Camera in Lombardia, e responsabile giustizia del movimento ItaliaFutura.

Dottor Dambruoso, il contenzioso medico-paziente è riconosciuto ormai come una vera e propria emergenza che allarma i medici ma anche i manager e i cittadini, tra i quali cresce la sensazione di essere vittime di un sistema che invece dovrebbe tutelarli. Si è assistito, peraltro, a un aumento esponenziale delle pubblicità che invitano i pazienti a denunciare i medici in caso di presunto danno al punto che, più che il terreno dove far valere la giustizia in caso di danno subito, la sanità se-

condo alcuni è diventato un terreno su cui speculare. È d'accordo con questa interpretazione?

È impossibile entrare nel merito della singola decisione di un cittadino di ricorrere alla giustizia per presunto danno derivato da una prestazione sanitaria, ma concordo sul fatto che sul settore ci sia sempre più pressione da parte dei gruppi legali. Si dice che gli avvocati si aggirino nelle corsie ospedaliere in cerca di clienti e questo è inaccettabile. Tale situazione, infatti, è lesiva nei confronti dei medici, che hanno bisogno di operare in un ambiente di lavoro sereno, ma anche del rispetto e della dignità dei pazienti.

Secondo lei l'aumento del ricor-

so ai tribunali è imputabile agli avvocati o deriva dalla minore fiducia dei cittadini nei confronti dei medici e del sistema sanitario?

Non credo che si possano imputare colpe a nessuno. La giurisprudenza si è fatta strada nel settore, come in molti altri, di conseguenza si sono ampliati gli spazi di inchiesta a livello civilistico, in cui i difensori hanno svolto il proprio lavoro. Per certi versi credo che fosse inevitabile e che, pur in assenza di colpevoli, sia gli avvocati che i cittadini abbiano contribuito all'innalzamento del fenomeno. Tra i cittadini, in particolare, è cresciuta la conoscenza dei propri diritti, ma è cresciuta anche la consapevolezza che la maggior parte dei medici è assicurata e questo ha probabilmente contribuito ad aprire la strada al fenomeno del contenzioso.

I ginecologi hanno annunciato il primo sciopero delle sale parto. Secondo lei si tratta di un'iniziativa

legittima o il rischio è che si riveli controproducente, facendo sentire ancora una volta leso il diritto del cittadino ad essere assistiti nel migliore dei modi?

Il ricorso allo sciopero è sempre una soluzione estrema, che certamente non piace ai cittadini ma che deve fare riflettere. Bisogna comprendere cosa ci sia dietro la scelta dei ginecologi di ricorrere a forme di protesta così estreme. Evidentemente avvertono una pressione non più tollerabile. Lo sciopero è l'espressione di un disagio che va tenuto fortemente in considerazione, anche da parte dei cittadini.

La sanità è un diritto universale e assoluto. Ma secondo alcuni l'offerta sanitaria del Ssn è strutturata sempre più come un “mercato” e il paziente è diventato di fatto un “consumatore”. È d'accordo?

L'Italia è uno dei Paesi che garantisce in termini quantitativi più assistenza sanitaria pubblica, per

FESMED: le regole per lo sciopero nei pubblici servizi

Carmine Gigli
Presidente FESMED

Il diritto di sciopero è garantito a tutti i cittadini dall'articolo 40 della Costituzione, con le limitazioni previste dalla legge 146/1990, per lo sciopero nei servizi pubblici essenziali.

La Corte Costituzionale ha riconosciuto la legittimità degli scioperi attuati per fini contrattuali e per fini non contrattuali, nonché la legittimità dello "sciopero di solidarietà" (sentenza 123/62), ravvisabile nel caso in cui i lavoratori effettuino uno sciopero senza avanzare una pretesa che influisca sul loro rapporto di lavoro, ma per solidarietà nei confronti delle rivendicazioni di altri lavoratori o contro la lesione degli interessi di un singolo lavoratore. Quindi, possono aderire allo sciopero tutti i lavoratori, anche se iscritti ad un'organizzazione sindacale diversa da quella che ha proclamato lo sciopero, oppure non iscritti ad alcun sindacato.

La durata ed i tempi delle azioni di sciopero sono così stabiliti:

- Il primo sciopero, all'inizio di ogni vertenza, non può essere superiore ad una giornata lavorativa (24 ore);
- successivamente, per la medesima vertenza, gli scioperi non possono avere una durata superiore a due giornate lavorative (48 ore consecutive).

Gli scioperi di qualsiasi genere, dichiarati o in corso di effettuazione, sono immediatamente sospesi in caso di avvenimenti di particolare gravità o di calamità naturale.

Il CCNL del 3 novembre 2005, art.4, comma 2, stabilisce quanto segue. "In sede di contrattazione collettiva integrativa sono regolate le seguenti materie: A) individuazione delle posizioni dirigenziali i cui titolari devono essere esonerati dallo scio-

pero...". Per tale motivo, in ogni azienda sono stati concordati con le OO.SS. i servizi minimi essenziali da garantire in caso di sciopero, insieme alle prestazioni indispensabili e sono state individuate le posizioni dirigenziali i cui titolari devono essere esonerati dallo sciopero per garantire la continuità delle stesse.

Sono esonerati dallo sciopero solo coloro che vengono precettati dall'Azienda, perché in servizio di guardia, di pronta disponibilità o comunque, perché la loro presenza in servizio e la loro attività sono necessarie per garantire la continuità delle prestazioni indispensabili.

Per misurare l'adesione allo sciopero dei lavoratori, il Ministero della Funzione pubblica conteggia solo i lavoratori ai quali viene praticata la trattenuta per scio-

pero dalla busta paga, ogni altro tipo di assenza non figura come adesione allo sciopero.

Tutti coloro che aderiscono allo sciopero devono astenersi da tutte le prestazioni lavorative, compresa l'attività libero-professionale, per tutta la durata dello sciopero. L'Azienda può procedere a controlli sistematici o a campione.

La FESMED si è impegnata con i Ministeri competenti a garantire, in occasione dello sciopero, la continuità delle prestazioni indispensabili ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della legge 146/1990 e successive modificazioni e dagli Accordi sui servizi pubblici essenziali in caso di sciopero della dirigenza medica e veterinaria del S.S.N. sottoscritto il 26 settembre 2001.

cui la visione di sanità quale mercato mi sembra eccessiva in questo momento. Tuttavia è indubbio che si sta andando in questa direzione, a causa dei problemi di bilancio statali e regionali che impongono un ricorso maggiore alla selezioni e alla privatizzazione. Questo credo sia una necessità inevitabile per il futuro della sanità italiana, ma è chiaro che per garantire il diritto costituzionale alla salute la privatizzazione deve essere ragionata e non improvvisata. E il sistema pubblico deve comunque continuare a garantire assistenza agli indigenti, agli anziani e ad alcune malattie, anche se queste ultime per forza di cose dovranno essere selezionate. In modo intelligente, però. **L'aumento del ruolo del privato può comportare un ulteriore innalzamento del contenzioso?** Sicuramente sì. È un fenomeno che fa parte delle dinamiche privatistiche. Il punto è evitare che ci siano motivi per far credere al paziente di essere stato lesa ed evitare di strumentalizzare la responsabilità medica come è stato fatto con la Rca automobilistica. **Le sembra una "evoluzione" positiva oppure negativa quella che vede aumentare le denunce verso la struttura piuttosto che contro il medico?** Credo che la responsabilità del-

una non debba escludere quella dell'altra. Chiaramente ogni fattispecie ha la sua storia, ma in linea generale sono dell'idea che la responsabilità principale debba essere attribuita al medico, mentre quella della struttura debba rimanere parallela e solidale nei confronti del professionista. **I medici però denunciano di lavorare in condizioni disagiate ed è da queste che spesso deriva l'errore. Secondo alcuni, inoltre, la giurisprudenza è in sfavore dei medici. Cosa ne pensa?** Dare una risposta generalizzata è impossibile. Ma non credo che la giurisprudenza sia sfavorevole per i medici, tanto che oltre 90% delle cause vede l'assoluzione del professionista o l'archiviazione del caso. Secondo il mio parere, si tratta di una percezione sbagliata da parte dei medici, che piuttosto sono vittime dell'eccessiva lunghezza dei processi che danneggia sia la vita privata dei medici che la loro vita professionale. **Per snellire i procedimenti civili era stata introdotta la legge sulla mediazione obbligatoria, che tuttavia ha sempre sollevato qualche perplessità e contro la quale si è pronunciata anche la Corte Costituzionale, dichiarando illegittimo l'obbligo di mediazione. Qual è la sua opinione su quella legge?**

La mediazione è in astratto uno strumento ragionevole, che purtroppo è stato mal disciplinato, tanto che anche la Corte Costituzionale ha individuato elementi di illegittimità in essa. Secondo me lo strumento può ancora ritenersi valido, anche in ambito sanitario, perché evitare di chiamare direttamente in giudizio il medico così come evitare il carico giudiziario è un vantaggio sia per i medici che per i cittadini. Tale strumento, però, va migliorato. **In che modo?** È fondamentale che siano individuati gli elementi per raggiungere la reale riuscita della mediazione, altrimenti ogni sforzo rischia di essere vanificato e gli obiettivi della legge mancati. La mediazione, purtroppo, in molti casi è diventata una fase semplicemente interlocutoria. Per questo si potrebbe pensare, ad esempio, di prevedere che se al termine del procedimento si riscontrasse un mancato accordo per cause infondate di cui solo una delle parti è responsabile, quest'ultimo debba ripagare la sua responsabilità alla fine del processo attraverso un risarcimento maggiorato. Probabilmente, per quanto attiene precisamente la materia sanitaria, si può pensare di introdurre

anche elementi più qualificanti, ad esempio la figura di un consulente medico, affinché sia assicurata una ricerca attenta della negligenza e venga tenuta in debita considerazione l'eventuale responsabilità della struttura. **I medici denunciano il fatto che la legislazione italiana in materia di colpa sanitaria risalgia al Codice Rocco e che sia assente anche una chiara definizione di "atto medico" quale atto prestato a scopo benefico. Secondo lei un aggiornamento "alla radice" sarebbe opportuno?** Indubbiamente sì. È un settore che ha una natura tutto sommato recente ma su cui ora è tempo di intervenire seriamente, considerato anche quanto sia delicato. **In Italia sarebbe realizzabile, nonché auspicabile, un sistema come quello creato in Francia con l'istituzione di un "Fondo vittime per l'alea terapeutica" che serve a fornire tutela e indennizzi quando il danno non derivi né da condotte colpose del medico né da carenze organizzative?** È un punto importante, su cui si può ragionare, anche se l'idea di una "collettivizzazione economica" del risarcimento per responsabilità medica non mi convince. Bisogna inoltre considerare come questo fondo sarebbe alimentato e con quali costi per le

parti contribuenti. **Il Decreto Balduzzi doveva intervenire per portare ordine in materia, ma in realtà i professionisti della sanità sono concordi nel ritenere l'art. 3 dedicato alla responsabilità professionale "inutile" se non "peggiorativo" dell'attuale situazione. Lei cosa ne pensa?** In origine quell'articolo, pur con alcuni difetti, aveva il giusto l'obiettivo di spostare alcuni casi dalla responsabilità penale alla responsabilità civile. Purtroppo, nel corso dell'iter parlamentare la norma è diventata sempre più di difficile applicazione, oltre che di difficile interpretazione. Individuare di volta in volta la responsabilità civile per il singolo medico chiamato in causa sempre un lavoro di tipo quasi oggettivo, ma in realtà è molto difficile e la ricostruzione del caso è un lavoro molto complesso. Anche perché, come dicevamo in precedenza, possono spesso intervenire cause di cui il medico non si sente portatore. Senza entrare nel merito, condivido che il decreto Balduzzi abbia in definitiva fallito il suo obiettivo. La verità è che una materia così complessa sicuramente meriterebbe un progetto legislativo più preciso e meditato che non un decreto omnibus.

Parti cesarei: l'indagine dei Nas.

Ecco il rapporto

Presentato dal ministro Balduzzi, evidenzia in quasi la metà delle cartelle esaminate una non corrispondenza con le informazioni riportate nelle schede di dimissioni ospedaliere tale da non giustificare il ricorso al cesareo. Ipotizzati reati che vanno dalla truffa alle lesioni personali

In Italia si fanno troppi cesarei rispetto alla media europea. E questo dato è noto da tempo. Ciò che invece non si sapeva era nello specifico quanti di questi cesarei fossero realmente ingiustificati. Questo è stato lo scopo dell'indagine campionaria fatta dal Ministero della Salute e presentata oggi in conferenza stampa il 18 gennaio scorso. In particolare, si è evidenziato come la condizione "Posizione e presentazione anomala del feto", che è fortemente associata al taglio cesareo ed ha una frequenza nazionale dell'8% circa, risultava in alcune strutture molto rappresentata, raggiungendo in molti casi valori superiori al 20% ed in alcuni addirittura superiori al 50%. Tutti valori che sono incompatibili con la distribuzione di questa condizione al parto nella popolazione e hanno quindi fatto sorgere il sospetto di una utilizzazione opportunistica di questa codifica, non basata su reali condizioni cliniche. Così, incrociando i dati delle cartelle cliniche con le SDO è emerso che nel 43% delle cartelle esaminate è stata rilevata una non corrispondenza con le informazioni riportate nella SDO.

"I risultati dell'indagine - ha detto il Ministro della Salute Renato Balduzzi - da un lato hanno evidenziato come il Ssn ha gli strumenti per conoscere ed intervenire ma allo stesso tempo, nonostante vi siano linee guida per gli operatori e linee di indirizzo per le Regioni, i dati sono un campanello d'allarme per cui saranno necessari ulteriori interventi". E il problema di un ricorso ingiustificato al cesareo oltre che essere di sa-

lute per la donna lo è anche per l'economia, per cui il Ministro ha stimato il costo di questi interventi ingiustificati in "80-85 milioni di euro di spreco". "Il profilo giudiziario - ha specificato poi il Ministro, "è l'ultima ratio, però in presenza di dati che creano ragionevoli dubbi sulla legalità dei comportamenti, c'è il dovere di perseguire la strada giudiziaria". E proprio sull'aspetto giudiziario è intervenuto il comandante generale dei Carabinieri Nas, Cosimo Piccinno che ha specificato come dai controlli siano emerse varie ipotesi di reato che saranno oggetto di indagine da parte della magistratura. Si va dalle lesioni personali gravi alla truffa ai danni del Ssn. "Una volta esaminate - ha detto il comandante del Nas - le cartelle cliniche prelevate per l'indagine, queste saranno trasmesse alle singole procure perché si potrebbero ipotizzare reati che vanno dalle lesioni personali gravi alla truffa a carico del Servizio sanitario nazionale, al falso in atto pubblico". La cartella clinica, ha precisato Piccinno, "non rappresenta infatti un atto interno alla struttura bensì un atto pubblico".

Ma cos'è che ha fatto scattare l'allerta? Iniziamo da principio. Lo scorso anno (12 gennaio 2012) Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) ha segnalato problemi di validità delle informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) con procedura di parto cesareo, in alcune strutture sanitarie, per quanto riguarda le diagnosi di "Posizione e presentazione ano-

mala del feto". Il fenomeno interessava in particolare la Regione Campania e con minore estensione le Regioni Lazio, Basilicata, Puglia, Calabria e Sicilia. In particolare, il "warning" di Agenas segnalava come la condizione "Posizione e presentazione anomala del feto", che è fortemente associata al taglio cesareo ed ha una frequenza nazionale dell'8% circa, risultava in alcune strutture molto rappresentata, raggiungendo in molti casi valori superiori al 20% ed in alcuni addirittura superiori al 50%. Tutti valori che sono incompatibili con la distribuzione di questa condizione al parto nella popolazione e hanno quindi fatto sorgere il sospetto di una utilizzazione opportunistica di questa codifica, non basata su reali condizioni cliniche. E proprio sulla base della segnalazione di Agenas, la Direzione generale della Programmazione sanitaria ha approfondito il problema su tutto il territorio nazionale utiliz-

zando i dati SDO 2010, rilevando una situazione del tutto paragonabile a quella segnalata da Agenas. Il Ministero della Salute ha quindi attivato un'azione di controllo campionario mirato alle dimissioni per primo parto cesareo con diagnosi di "Posizione e presentazione anomala del feto", allo scopo di verificare se le informazioni contenute nelle SDO corrispondessero all'effettiva documentazione presente nella cartella clinica; ciò in considerazione del fatto che, in base alla normativa vigente, le SDO costituiscono parte integrante della cartella clinica e devono pertanto contenere informazioni veritiere e documentate clinicamente. Il campione di cartelle cliniche è stato costruito in modo ragionato per rendere possibile il controllo su tutto il territorio nazionale, con un errore campionario accettabile e una particolare attenzione alle strutture segnalate da Agenas Nazionale per i Servizi Sanitari Regio-

nali come più a rischio di utilizzo non corretto della codifica di interesse. La dimensione finale del campione è stata di 3273 cartelle cliniche distribuite in 78 strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate. Le cartelle sono state acquisite dai Nas e trasmesse al Ministero della Salute che ha provveduto alla verifica della corrispondenza tra le informazioni contenute nella SDO e la documentazione presente nella cartella clinica, attraverso l'attività di esperti.

I risultati dell'indagine del Ministero

Ad oggi sono state esaminate 1117 cartelle (il 34% del campione da esaminare) provenienti da 32 strutture ospedaliere collocate in 19 regioni e province autonome italiane. Restano da verificare 2155 cartelle, appartenenti a strutture presenti in Lazio, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia; le cartelle cliniche della P.A. di Bolzano, invece,



Il Ministro della salute e i Tagli Cesarei

FESMED: "Dati e conclusioni troppo parziali"

■ **"Restiamo perplessi di fronte alla scelta del Ministero della salute di aver voluto enfatizzare dei dati parziali, che nulla aggiungono a quanto fosse già noto, in piena campagna elettorale ed in concomitanza con la proclamazione dello stato di agitazione dei medici che operano nei punti nascita, nei consultori familiari e negli ambulatori ostetrici del territorio". Così la Fesmed in un comunicato stampa replica ai risultati dell'indagine del ministero presentata il 18 gennaio scorso, poco prima dell'incontro tra il ministro Balduzzi e i rappresentanti dei ginecologi e ostetrici**

Il fatto che in Italia si facciano più Tagli cesarei rispetto alla media europea è noto da tempo ed a tale proposito, già dal febbraio 2010, il Ministero della salute insieme all'Istituto Superiore di Sanità avevano emanato delle specifiche linee guida.

Nel gennaio 2012 il Ministro della salute ha dato anche l'incarico ai NAS di acquisire le cartelle cliniche delle pazienti dimesse dopo Taglio cesareo e l'unità specializzata dei Carabinieri ha prontamente acquisito e trasmesso al Ministero della salute 3273 cartelle cliniche.

Lo scorso 18 gennaio 2013 il Ministero della salute ha indetto una conferenza stampa sui "Problemi di validità delle informazioni contenute nelle SDO con procedura di parto cesareo". Sorprendentemente, i risultati comunicati hanno riguardato solo 1117 cartelle (il 34% del campione da esaminare). In compenso, nel comunicato del Ministero è stato dato ampio risalto alla discordanza tra quanto scritto in cartella ed il codice riportato sulla Scheda di dimissione ospedaliera (SDO). Il comunicato del Ministero si conclude con un'analisi dei costi, che stima in 1139,08 euro la spesa non necessaria per ogni Parto cesareo condotto in assenza di indicazione clinica. Neanche una parola sulle possibili cause del fenomeno e solo una generica raccomandazione alle Regioni, affinché attivino il controllo di tutte le cartelle cliniche.

Lungi da noi l'idea di difendere o giustificare in alcun modo eventuali comportamenti scorretti. Tut-

tavia, non possiamo astenerci dal rilevare che senza un'analisi delle cause profonde del fenomeno, difficilmente si potranno ottenere dei risultati. Non si può ignorare la crescita dei contenziosi medico-legali, ai quali si associa la piaga della "medicina difensiva", e il fatto che tutte le condanne comminate ai ginecologi, per danno fetale, portino la motivazione: "per non aver eseguito il Taglio cesareo" o in alternativa, "per non aver eseguito prima il Taglio cesareo".

Non possiamo considerare ininfluenza, ai fini della discordanza fra Diagnosi clinica e SDO, il fatto che non esista una codifica per "Taglio cesareo su richiesta materna", diagnosi contemplata anche dalle linee guida del Ministero della salute, fatto che costringe ad utilizzare delle codifiche alternative sulla SDO.

Infine, restiamo perplessi di fronte alla scelta del Ministero della salute di aver voluto enfatizzare dei dati parziali, che nulla aggiungono a quanto fosse già noto, in piena campagna elettorale ed in concomitanza con la proclamazione dello stato di agitazione dei medici che operano nei punti nascita, nei consultori familiari e negli ambulatori ostetrici del territorio. I quali chiedono alle forze politiche di inserire nei loro programmi di Governo il problema del contenzioso medico-legale e di avanzare delle proposte per il suo superamento, da adottare immediatamente dopo la formazione del nuovo Governo.



non sono state ancora esaminate perché in lingua tedesca. Nel 43% delle cartelle esaminate è stata rilevata una non corrispondenza con le informazioni riportate nella SDO. Dall'analisi emerge come il rischio di non corrispondenza delle informazioni tra SDO e cartella clinica sia un problema importante, sia come diffusione che come entità, su tutto il territorio nazionale; fanno eccezione 4 Regioni e una Provincia autonoma (Veneto, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, PA di Trento) in cui la percentuale di non corrispondenza è inferiore al 5% e che quindi potrebbero essere considerate come "aree benchmark" per le altre Regioni.

Cosa ci dicono i dati. La rilevazione della non corrispondenza tra SDO e cartella clinica è causata in parte dall'osservazione della discordanza tra quanto riportato in cartella e il codice di diagnosi di "Posizione e presentazione anomala del feto" riportato sulla SDO, e in parte dall'assenza in cartella della documentazione fondamentale ai fini della codifica della diagnosi riportata nella SDO. È importante sottolineare che la sorprendente assenza di documentazione in cartella è un fenomeno presente nelle strutture di ben 12 Regioni e che in 5 di queste è la ragione principale della non corrispondenza tra SDO e cartella clinica. Dai risultati emerge come la presenza di diagnosi di posizione anomala del feto potrebbe essere un indicatore di rischio di non corretta compilazione della cartella clinica: le strutture con una più elevata percentuale di primi parti cesarei con l'indicazione di tale diagnosi sono anche caratterizzate da un livello maggiore di non corrispondenza SDO-cartella clinica. L'analisi condotta sembra indicare con forza la necessità che tutte le Regioni attivino il controllo di tutte le cartelle cliniche in presenza di primo parto cesareo con diagnosi di posizione anomala del feto, allo scopo di individuare eventuali comportamenti opportunistici nella codifica della diagnosi che motiva il ricorso al parto cesareo.

Parto cesareo? Solo se serve. I rischi legati al parto, sia naturale che con taglio cesareo, sono oggi fortunatamente molto bassi. Tuttavia, essere

sottoposti a un taglio cesareo elettivo a termine di gravidanza comporta alcuni rischi maggiori per la madre e per il neonato rispetto al parto vaginale. Rispetto a una donna che partorisce naturalmente, una donna sottoposta a parto cesareo ha un rischio triplo di decesso a causa di complicanze anestesologiche, un rischio di lesioni (vescicali e/o ureterali) fino a 37 volte maggiore e ha una probabilità di sottoporsi a laparotomia esplorativa post-partum aumentata di circa 18 volte; la complicità di maggior impatto è la rottura dell'utero in una successiva gravidanza, la cui probabilità dopo un taglio cesareo è di 42 volte superiore rispetto a dopo un parto vaginale. È evidente, quindi, che il taglio cesareo è un intervento chirurgico non privo di rischi e deve essere eseguito solo se si verificano le condizioni mediche che lo rendono necessario. Se non vi sono controindicazioni, il parto naturale è da preferire al taglio cesareo, per la tutela della salute della partoriente e del bambino.

I costi di un parto cesareo. Le risorse impegnate in un ricovero ospedaliero possono essere quantificate attraverso la Tariffa Unica Convenzionale (TUC), determinata da decreto del Ministro della Salute e periodicamente aggiornata, che rappresenta la tariffa massima da corrispondere alle strutture accreditate e che viene utilizzata per stabilire i meccanismi di pagamento della mobilità sanitaria tra le Regioni. In base alla TUC 2011, un ricovero ospedaliero per parto naturale, in regime ordinario con degenza superiore ad 1 giorno, ha una tariffa pari a 1318,64 euro, mentre la stessa tipologia di ricovero per parto cesareo ha una tariffa di 2457,72 euro. Ogni parto cesareo condotto in assenza di indicazione clinica, comporta quindi un impegno di spesa non necessario pari a 1139,08 euro.

I numeri del parto cesareo in Italia. Nel nostro Paese nel 2010 ci sono stati 482.195 tra parti naturali e primi parti cesarei. Nel 7,67% dei casi è stata diagnosticata una posizione anomala del feto, e nel 7,39% è stato eseguito un taglio cesareo con questa diagnosi. In totale, i primi parti cesarei sono stati il 29,31% del totale dei parti.

Il convegno organizzato dal Collegio italiano dei Chirurghi

“Toghe in corsia”

Toghe in corsia è il titolo emblematico del convegno promosso dal Collegio Italiano dei Chirurghi per affrontare con gli stakeholders più accreditati i nodi e le lacune ancora persistenti nel panorama sanitario italiano anche dopo la recente approvazione del decreto Balduzzi, le cui conseguenze ricadono direttamente sia sul medico che sul paziente. Al dibattito, che si è svolto in una sede altrettanto emblematica come quella della Corte d'Appello, hanno preso parte numerosi esponenti del mondo politico-istituzionale, come i senatori Michele Saccomanno e Claudio Gustavino, il presidente della Corte D'Appello di Roma, Giorgio Santacroce, e quello della Corte d'Assise, Afro Maisto, oltre che rappresentanti di spicco della categoria medica, giuridica e di associazioni di cittadini.

Tra i temi posti in evidenza: l'importanza di non impedire lo sviluppo della tecnologia e dell'innovazione, la necessità di definire la questione del rischio clinico, trovando una soluzione valida sia per il medico che per il paziente, e di giungere al riconoscimento legislativo delle Società scientifiche.

A questo riguardo il presidente del Cic **Marco D'Imporzano** ha sottolineato l'importanza della tecnologia e dell'innovazione nell'evoluzione della medicina ed in particolare della chirurgia, ponendo l'accento sul fatto che le tecniche chirurgiche sempre più difficili, le strumentazioni e le procedure sempre più sofisticate necessitano di lunghe “curve di apprendimento”, apprendimento che è però condizionato e limitato dalla legge sul “cadaver lab”, ancora in attesa di approvazione. In tema di Rischio Clinico d'Imporzano ha ribadito la necessaria distinzione delle responsabilità della struttura e del medico in caso di controversia. L'attuale situazione, ha poi sottolineato, demotiva non poco i giovani laureati in medicina che preferiscono scegliere altre specializzazioni rispetto alla chirurgia. D'Imporzano ha inoltre ribadito

Rappresentanti delle società scientifiche, dei sindacati di categoria, magistrati, avvocati, parlamentari e organizzazioni civiche per la salute hanno dato vita a un dibattito organizzato dal Collegio italiano dei chirurghi presso la Corte d'Appello di Roma il 13 dicembre scorso. Due gli obiettivi del convegno intitolato “Toghe in corsia”: sensibilizzare l'opinione pubblica sulle problematiche che affliggono il panorama sanitario italiano anche dopo la recente conversione in legge del decreto Balduzzi e identificare, con il contributo di tutte le parti interessate, le possibili soluzioni a livello legislativo



il ruolo determinante delle Società scientifiche, soprattutto nel fornire le “Linee Guida”, che rappresentano delle raccomandazioni di comportamento clinico per

trattare nel modo migliore un paziente affetto da una determinata malattia. Inoltre, le Società Scientifiche dovrebbero avere un ruolo determinante nell'indivi-

duare i Centri di Eccellenza, anche per la destinazione di dispositivi e macchinari particolarmente sofisticati, e nel rapporto con i media, troppo spesso fuorviati e “veicolo” di informazioni non sempre corrette. Peccato però che le Società scientifiche ancora oggi attendano di essere riconosciute a livello legislativo. Delo stesso avviso il presidente Aogoi **Vito Trojano**, il quale però ha voluto sottolineare anche la sua esperienza positiva con le istituzioni nel suo biennio di presidenza “in particolare grazie alla stretta collaborazione con i medici parlamentari, molti dei quali colleghi ginecologi, presenti nelle commissioni sanità di Camera e Senato e nella Commissione parlamentare Errori Sanitari. Rispetto a un passato non troppo lontano, in cui i nostri interlocutori non ci avevano mai ascoltati – ha aggiunto – l'apertura di un dialogo segna comunque un passo in avanti e fa sperare che le cose possano cambiare”.

La prima sessione del Convegno, “Caccia al colpevole, dalla responsabilità del medico alla responsabilità medica” ha analizzato in particolare il nuovo strumento normativo introdotto dal ministro Balduzzi. Le scelte operate non sembrano aver tenuto conto del lungo cammino dei vari disegni di legge discussi in questi anni perché oggi la Sanità è sempre più stretta nella morsa del contenzioso medico-paziente, penalizzata dal ta-

glio dei costi, dei posti letto, e degli investimenti. Per questo motivo è urgente trovare soluzioni che facciano fronte alle carenze organizzative e funzionali delle strutture ospedaliere e che tutelino medici e pazienti con adeguate e obbligatorie coperture assicurative; inoltre serve un'efficace gestione dei rischi e degli eventi avversi. Tutto ciò al fine di tutelare gli interessi sia dei pazienti che del medico, perché quest'ultimo possa svolgere la sua funzione nella necessaria serenità. “Se dovessi portare a casa un sintetico messaggio da questo incontro, il classico take home message dei convegni – ha affermato **Nicola Volpe**, esperto di risk management e professore all'Università di Birmingham

Le scelte operate non sembrano aver tenuto conto del lungo cammino dei vari disegni di legge discussi in questi anni perché oggi la Sanità è sempre più stretta nella morsa del contenzioso medico-paziente

– direi che è quello di non toccare mai un paziente italiano!”. L'aspetto che è stato maggiormente messo in luce infatti è la continua ricaduta di ogni conseguenza sul singolo medico, anche in caso di carenze o disfunzioni della struttura che causano danni ai pazienti, indipendentemente dalle condotte dell'operatore sanitario. L'attenzione è stata poi richiamata sui guasti della mancanza di un'adeguata



senza una vera programmazione, non potrà che inasprire irreparabilmente, lasciando al loro destino migliaia di cittadini, pazienti delle regioni con i conti in profondo rosso. "Non può sfuggire l'improcrastinabilità

di un intervento legislativo soddisfacente e la grande delusione e indignazione di medici, pazienti e giuristi. Istituzioni, strutture sanitarie, pazienti, magistrati, chirurghi e società scientifiche dovrebbero essere attori di una nuova alleanza, partecipi nella compilazione ed emanazione di leggi adeguate e condivise in tempi brevi". E questo senz'altro è il messaggio più importante che esce da questo incontro.

copertura assicurativa obbligatoria dell'ente in cui il sanitario presta attività. Occorrerebbe attuare un sistema che coinvolga lo Stato, le Regioni, le aziende sanitarie per identificare le cause dei danni ai pazienti e ridurre l'incidenza senza penalizzare sempre e comunque il singolo operatore sanitario.

Solo un sistema sanitario che contempli diversi profili di responsabilità, che includa un vero e proprio sistema (nazionale/regionale/locale) di gestione del rischio clinico e preveda obblighi e sanzioni in caso di inadempimento, consentirà più ampie garanzie di sicurezza per i pazienti. Emerge insomma il concetto che il rischio e la responsabilità devono essere giustamente bilanciate tra struttura, che risponde anche come azienda, e medico.

Bisogna prevedere inoltre una responsabilità penale solo al superamento di una certa soglia di gravità della condotta errata, eventualmente lasciando all'apprezzamento dell'autorità giudiziaria la differenziazione delle ipotesi e le fattispecie suscettibili di essere penalmente rilevanti. Per quanto riguarda lo stato in cui versa il nostro sistema sanitario, "il livello raggiunto dalla spesa e dagli sprechi non sono la causa ma la conseguenza della profonda crisi che investe il Ssn, frutto di cattiva gestione e organizzazione". La rete ospedaliera ha gravi problemi di carattere organizzativo e strutturale con un livello che varia in modo considerevole da regione a regione e la sufficienza piena è solo al personale sanitario, demotivato ed esposto da solo ed in prima persona a problemi di budget, inefficienza dei presidi, doglianze e contenzioso dei pazienti. Che vi sia un elevato rischio del verificarsi, in capo ai pazienti, di eventi avversi (cioè di eventi produttivi di danni lesivi della salute o fatali) imputabili, in tutto o in parte (quali concause), a prestazioni mediche e, più in generale, sanitarie, è un dato noto, inconfutabile e scontato, ciò a prescindere dai dati rinvenibili nelle statistiche. Ad aggravare la situazione la prospettiva che, tra il 2015 e il

2025, avremo 25.000 medici in pensione che non verranno sostituiti e lasceranno senza assistenza 11 milioni di italiani.

La mancata attuazione di schemi semplici, presenti da anni in altri Paesi come Regno Unito e Francia, e la mancanza di sistemi di prevenzione, come ha ricordato la coorganizzatrice dell'evento, l'avvocata **Vania Cirese**, oltre ad aver disegnato tante Italie della Salute, senza raccordo e

Errori medici. I magistrati: "Il decreto Balduzzi è inutile"

■ **Stroncatura delle norme del decreto del ministro della salute. Santacroce (Corte d'Appello di Roma) e Maisto (Corte d'Assise di Roma): "Norme confuse e di difficile applicazione e sostanzialmente inutili". Saccomanno (Pdl): "Al Senato volevamo cambiarle"**

L'obiettivo principale dell'incontro "Toghe in corsia" era di valutare le ripercussioni dell'art. 3 del decreto Balduzzi, ormai convertito in legge, che prevede novità in materia di responsabilità professionale dei sanitari. Molti i magistrati intervenuti ma, contrariamente a quanto ci si poteva attendere, da loro non sono arrivate dotte analisi procedurali ma poche semplici e nette parole, riassumibili in una vera e propria stroncatura del provvedimento: "Norme inutili sulla responsabilità professionale e norme carenti sul piano delle garanzie di copertura assicurativa delle strutture sanitarie". Frasi forti, soprattutto se si considera che a pronunciarle sono stati magistrati di spicco, come il presidente della Corte di Appello di Roma Giorgio Santacroce e il presidente della Corte d'Assise di Roma Afro Maisto. Due magistrati "navigati", certamente attenti alle parole. Ma il loro parere è netto: "Questo decreto non serve a risolvere i problemi del contenzioso legale tra medico e paziente e nulla potrà fare per limitare la medicina difensiva". Ma non basta. Il problema crescente dei costi proibitivi delle polizze assicurative non viene anch'esso risolto mancando l'atteso obbligo delle Asl ad assicurarsi. Il panorama resta quindi denso di incognite e caratterizzato da un clima di grande incertezza nella classe medica che ha spinto il

presidente del Collegio dei Chirurghi Marco d'Imporzano a parlare di rischio "chirurgia" intendendo con ciò la reale prospettiva di abbandono (già oggi evidente) da parte dei medici di quelle pratiche chirurgiche più complesse e a più alta probabilità di complicazioni che sempre meno chirurghi saranno disposti a fare. A ricordare che quelle norme dovevano essere cambiate riprendendo in parte il lavoro già svolto dal Parlamento sul tema della responsabilità professionale, è stato il senatore Michele Saccomanno, relatore del decreto Balduzzi alla Commissione Igiene e Sanità del Senato e primo firmatario della proposta di legge (Testo Unico) sulla responsabilità professionale che aveva trovato ampi consensi tra tutti i gruppi. "Abbiamo provato a cambiare quella norma e devo dire che il Ministro Balduzzi era d'accordo con noi. Poi i tempi stretti che ci sono stati dati per la conversione in legge al Senato, impedendoci di fatto di apporre qualsiasi modifica al testo varato dalla Camera, hanno impedito di emendare l'articolo 3. Tant'è che ora sto provando a farlo salendo sul carro del ddl stabilità con appositi emendamenti già presentati e che mi auguro possano trovare accoglienza dal Governo".

Ddl Stabilità: gli emendamenti Saccomanno al Decreto Balduzzi

Responsabilità civile e assicurazione obbligatoria delle aziende sanitarie, Trattamento medico-chirurgico e gestione e monitoraggio dei rischi sanitari, Disposizioni in materia di assunzioni del personale del Ssn e formazione specialistica dei medici, Ludopatía e altro ancora. Sono queste le materie oggetto del pacchetto di emendamenti presentati alla Legge di Stabilità - all'esame della commissione Bilancio del Senato - dal senatore del Pdl Michele Saccomanno, componente della commissione Igiene e Sanità. Emendamenti che potrebbero così arricchire i contenuti del provvedimento riguardanti la sanità, aggiun-

“ Non può sfuggire l'improcrastinabilità di un intervento legislativo soddisfacente e la grande delusione e indignazione di medici, pazienti e giuristi. Istituzioni, strutture sanitarie, pazienti, magistrati, chirurghi e società scientifiche dovrebbero essere attori di una nuova alleanza, partecipi nella compilazione ed emanazione di leggi adeguate e condivise in tempi brevi



dosi a quelli già previsti che riguardano i nuovi tagli al fondo sanitario nazionale (600 mln nel 2013 e 1 miliardo a decorrere dal 2014) e l'ulteriore riduzione del tetto per l'acquisto di beni e servizi e per i dispositivi medici. Nelle intenzioni del senatore Saccomanno, gli emendamenti hanno l'obiettivo di apportare al Decreto Balduzzi (di cui Saccomanno è stato relatore in commissione Igiene e Sanità) le correzioni che i tempi ristretti per la conversione in legge hanno, di fatto, impedito di apportare rispetto al testo varato dalla Camera. Intervenedo al convegno "Toghe in corsia", dedicato in particolare alle ripercussioni dell'art. 3 del Decreto Balduzzi, uno di quelli presi di mira da Saccomanno, il senatore del Pdl suggerisce in particolare di chiarire che "i trattamenti medico-chirurgici adeguati alle finalità terapeutiche ed eseguiti secondo le regole dell'arte da un esercente una professione medico-chirurgica o da altra persona legalmente autorizzata allo scopo di prevenire, diagnosticare, curare o alleviare una malattia del corpo o della mente, non si considerano offese all'integrità fisica". Un secondo emendamento reintrodurrebbe poi l'obbligo di assicurazione per le aziende sanitarie e, un terzo, prevederebbe nuove regole in materia di responsabilità civile stabilendo che "l'esercente la professione sanitaria, che nello svolgimento della propria attività si attiene a buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale e anche a linee guida formulate da società scientifiche, risponde, ai sensi dell'art. 1176 del codice civile, dei danni derivanti da tali attività solo nei casi di dolo e colpa grave". Novità anche per il rischio clinico, con la reintroduzione di apposite Unità operative dedicate. **Il testo degli emendamenti Saccomanno è consultabile sul sito www.aogoi.it in allegato all'articolo**

Il ricorso alle linee guida quale parametro di valutazione della colpa medica

Un'interessante pronuncia della Cassazione mette in discussione le Linee Guida come preciso riferimento del medico nella sua attività professionale. Disattendendo così un orientamento della giurisprudenza che finora era stato costante e univoco

Pier Francesco Tropea

È noto che, nell'ambito del contenzioso giudiziario conseguente ad una prestazione sanitaria, è consuetudine consolidata che il medico da un lato e il giudice dall'altro (quest'ultimo confortato dal parere tecnico del Ctu) facciano riferimento alle Linee Guida elaborate in materia dalle Società scientifiche sia nazionali che internazionali. A tal fine i più qualificati organismi tecnico-scientifici che rappresentano vari settori delle discipline specialistiche (le cosiddette sub-specialità ufficialmente riconosciute in ambito internazionale) hanno elaborato ad uso dei propri affiliati alcune Linee Guida che regolano l'attività medica in quel determinato settore, raccomandando ai medici di attenersi strettamente a tali criteri a garanzia della correttezza della prestazione sanitaria.

Il riferimento alle Linee Guida è divenuto essenziale nelle aule giudiziarie, in quanto l'applicazione di tali criteri diagnostico-terapeutici nel caso oggetto di giudizio civile o penale può esimere il medico dal dover rispondere a titolo di imperizia o imprudenza del proprio operato, ove aderente alle Linee Guida tracciate dalle Società Scientifiche.

Fino ad oggi, dunque, l'orientamento della Giurisprudenza, per quanto concerne il richiamo alle Linee Guida, è stato costante e univoco ed anche i periti di ufficio o di parte, chiamati ad esprimersi sulla presunta responsabilità del medico, hanno dato largo spazio, nel sostenere le rispettive tesi scientifiche, alle Linee Guida sopra richiamate.

Sorprende quindi (e merita di essere commentata) una sentenza della Corte di Cassazione di recente pubblicazione (sez. IV pen. n. 8254, 2 marzo 2011) nella quale le Linee Guida come preciso riferimento del medico nella sua attività professionale vengono messe in discussione o addirittura, come nel caso in questione, nettamente disattese.

Il caso

La vicenda riguarda un paziente cardiopatico, trattato correttamente e con successo terapeutico dall'équipe medica di un Istituto di cura e dimesso dopo il periodo di ospedalizzazione ritenuto necessario in questo tipo di patologia.

L'improvviso decesso a domicilio del paziente, vittima di un nuovo, improvviso insulto cardiaco, ha indotto i familiari ad accendere un giudizio, attribuendo ai medici la responsabilità di una imprudente dimissione di un soggetto portatore di importanti fattori di rischio cardiovascolare.

A propria difesa i sanitari dell'ospedale avevano eccepito di essersi strettamente attenuti alle Linee Guida emanate dalle Società scientifiche, che prevedevano la dimissione del paziente ad episodio acuto prontamente risolto e dopo l'opportuna ospedalizzazione protrattasi per 9 giorni, potendosi ritenere che il nuovo episodio cardiaco dovesse essere considerato come evento imprevedibile e quindi non attribuibile ad una colpa medica.

In primo grado il Giudice, pur dando atto al medico che aveva disposto la dimissione del paziente, di essersi attenuto alle Linee Guida in materia, pronunciava sentenza di condanna con il presupposto che le Linee Guida non costituiscono l'unica regola di condotta alla quale il medico deve attenersi.

La Corte d'Appello di Milano, chiamata ad esprimersi a seguito di ricorso dell'imputato, assolveva il medico in quanto, secondo i Giudici, il caso poteva rientrare nell'ambito applicativo delle Linee Guida, con ciò consacrando la validità di tali criteri scientifici, se emanati ufficialmente dalle Società Scientifiche.

La Cassazione, con la pronuncia che qui riportiamo, ribaltava la sentenza della Corte d'Appello e condannava il medico che aveva dimesso il paziente con le interessanti motivazioni che di seguito riferiamo.

Le motivazioni della sentenza

I Giudici della Suprema Corte richiamano innanzi tutto i principi regolatori dell'atto medico, costituiti, sul versante del malato, dal diritto alla salute e al rispetto della dignità di persona e per quanto riguarda il Medico, dalla salvaguardia della sua autonomia decisionale temperata dal consenso consapevole del paziente, propedeutico alla prestazione sanitaria.

Pertanto il medico ha l'obbligo di perseguire il fine della cura del paziente, applicando i mezzi tecnici che la scienza gli mette a disposizione in quel particolare

momento storico, senza farsi condizionare da fattori esterni o valutazioni non pertinenti a criteri clinici, questi ultimi applicati secondo scienza e coscienza e finalizzati alla guarigione del malato.

Relativamente a tali elementi di valutazione di tipo extraclinico, emergono oggi quelle che i Giudici non esitano a definire "logiche mercantili" le quali, al di là del precipuo interesse del paziente a conseguire una completa guarigione della patologia di cui è portatore (e ciò attraverso una più o meno prolungata ospedalizzazione), obbediscono

a criteri di produttività economica aziendale, in nome dei quali viene attuata su tutto il territorio nazionale una dimissione precoce del malato e segnatamente del paziente operato, con possibile incidenza di complicanze post-operatorie che a domicilio possono passare inosservate e quindi non tempestivamente trattate.

Pertanto, a parere dei Giudici della Cassazione, il Medico non è tenuto al rispetto delle Linee Guida che antepongano "la logica economica a quella della tutela della salute" per cui il sanitario "non può andare esente da colpa ove se ne lasci condizionare, rinunciando al proprio compito e degradando la propria professionalità e la propria missione a livello ragionieristico".

Come si vede, espressioni molto chiare e non prive di durezza,

laddove si dà per scontata la sotmissione del Medico ospedaliero alle direttive degli Organi Amministrativi, preoccupati di garantire, attraverso un rapido turn-over dei ricoverati, elevati livelli di produttività, tali da consentire al Manager di ottenere un equilibrio di bilancio, evitando allo stesso il rischio di una rimozione dall'incarico lautamente retribuito.

In definitiva, in questa interessante pronuncia della Suprema Corte, viene sottolineata la centralità della figura del Medico ospedaliero, unico responsabile della salute del paziente, in una logica di "autonomia nella responsabilità" che non deve essere influenzata da criteri gestionali di tipo economico che, pur presenti nelle Linee Guida, spesso non collimano con gli interessi del malato. **Y**

A.I.O : una finestra sulla qualità

■ Esattamente due anni fa annunciavamo sulle pagine di Gyneco la nascita della nostra Associazione, creata con l'intento di contribuire all'integrazione delle risorse e dei valori professionali, culturali e scientifici per la tutela della salute della donna e della nascita, attraverso lo sviluppo di percorsi formativi, assistenziali e di ricerca. Oggi questa "casa comune per ostetriche e ginecologi" ha quasi raggiunto la quota di 3 mila soci!

Giusy Di Lorenzo

Segretario Nazionale Associazione Italiana di Ostetricia (A.I.O.)

Non intendo assolutamente addentrarmi nei meandri rigorosi della qualità sebbene un sguardo quotidiano ai processi qualitativi non nuocerebbe...anzi, nella mission dell'A.I.O. è una ragion d'essere. Non si potrebbe fare altrimenti per potersi rendere visibili all'esterno e poter soddisfare i bisogni e le richieste delle nostre colleghe/i e soci.

La qualità rappresenta il proposito di base dell'organizzazione ovvero ciò che la nostra Associazione ha scelto e sceglie per realizzare gli obiettivi. La si costruisce già all'interno del nostro team dirigenziale (direttivo A.I.O.) in modo da poter indicare il sistema di valori in cui si crede per costruire un fattore di comunicazione e di mobilitazione a tutti i livelli di gruppo di lavoro.

In questi due anni di attività possiamo avere la presunzione di definirci team leader poiché il direttivo A.I.O. ha cercato di stabilire la leadership di un gruppo di professionisti (quasi 3000 soci!), ostetriche e ginecologi uniti nell'intento di contribuire all'integrazione delle risorse e dei va-

lori professionali, culturali e scientifici per la tutela della salute della donna e della nascita, attraverso lo sviluppo di percorsi formativi, assistenziali e di ricerca.

Non è stato sicuramente facile ma la volontà dei fondatori richiedeva che il gruppo del direttivo costituitosi avviasse un processo di leadership come esercizio dell'influenza; l'utilizzo del concetto di influenza implica una relazione reciproca tra individui, non necessariamente caratterizzata da dominio, controllo o induzione ma di condivisione e integrazione, creando così un'ideale processo di leadership da protendere a livello nazionale.

Inconsapevolmente abbiamo applicato il PDCA ossia il "Plan, Do, Check, Act," ideato da Deming, docente saggista al quale è stato riconosciuto il merito per gli studi sul miglioramento della produzione negli Usa prima della seconda guerra mondiale.

Il PDCA è un ciclo che viene utilizzato per l'efficacia nei processi di miglioramento o mantenimento dei processi o delle performance. Si realizza appunto con un'azione ciclica virtuosa che si sviluppa in quattro fasi: fase di studio del processo e di raccolta dei dati necessari; pianificare; fase di attuazione; fase di verifica dei





AL VIA IL PREMIO A.I.O.
Vogliamo premiare l'equipe di ostetriche e ginecologi che, nel rispetto di determinati requisiti, sviluppati e approvati in seno all'A.I.O., sia stata giudicata meritevole da una commissione che sarà costituita annualmente

risultati da confrontare con gli obiettivi prefissati; fase decisiva di mantenimento o di modifica. Il ciclo si arricchisce strada facendo di strumenti per analizzare dati, stabilire priorità, cercare le cause, controllare a monte e prevenire, analizzare altri processi...per ripercorrere l'ulteriore miglioramento. Tutto ciò si esegua nell'inconsapevolezza da parte del gruppo di utilizzare uno strumento fondamentale per il miglioramento della qualità. Lo sviluppo di questo processo ha ispirato il gruppo del direttivo A.I.O. a concretizzare queste abilità in un premio: il premio A.I.O. appunto.

Le finalità del Premio A.I.O.

L'intento è di attribuire attraverso il premio un riconoscimento a particolari meriti di equipe composte da ginecologi e ostetriche che lavorano in modo armonico tra di loro e condizionano il proprio operare attraverso una continua correlazione, costituita da interscambi, confronti, contributi, suggerimenti, pareri e riconoscimento dei ruoli. Il riconoscimento dei ruoli, che richiede credito intellettuale, autorità e autorevolezza, rappresenta il punto focale dell'iniziativa in questione. Lavorare in team deve praticamente comportare:

- il conseguimento di obiettivi condivisi;
 - l'uscita dall'isolamento monoprofessionale di alcune categorie;
 - la condivisione dell'intero processo assistenziale, comprendente gli eventuali insuccessi;
 - la riduzione del burnout;
 - il farsi carico dell'insensibilità crescente di alcuni professionisti;
 - la condivisione dei processi di formazione e addestramento;
 - l'abolizione delle diffidenze preconcepite e delle presunzioni organizzative;
 - l'abolizione di sospettosità, litigiosità e incertezze gestionali legate ai ruoli;
 - l'abolizione delle chiusure preconcepite alle innovazioni organizzative.
- L'equipe potrà chiaramente lavorare su diversi fronti, in reparto, dipartimento centrale o consultorio familiare. La sua dimensione, come la connotazione pubblica o privata, nonché la composizione di solo personale dipendente o mista con la presenza anche di risorse esterne, non dovranno costituire vincoli per la partecipazione al premio. Come previsto nel nostro Statuto, vogliamo premiare l'equipe di ostetriche e ginecologi che nel rispetto di determinati requisiti, sviluppati e approvati in seno all'A.I.O., sia stata giudicata meritevole da una commissione che sarà costituita annualmente.

ne che sarà costituita annualmente. La partecipazione sarà aperta ai professionisti che annualmente presentino un progetto organizzativo che contribuisca ad assicurare il riconoscimento dei ruoli e la valorizzazione del lavoro in team. Il team leader può essere trasversale ad una modalità assolutamente scientifica per realizzare, misurare, migliorare il sistema qualità che in buona parte dei territori nazionali non ha ancora accesso. Aspettiamo la condivisione di questo progetto e ci proponiamo come key players per esprimere suggerimenti, valutazioni della vostra idea di Team Leader. Pertanto inviate i vostri contributi a: aio@aogoi.it indicando "Contributo al premio A.I.O." La vision dell'A.I.O. rappresenta gli orizzonti sfidanti, rappresenta un'immagine del futuro che le ostetriche ed i ginecologi coesi intendono dare ai futuri professionisti in contrapposizione alla realtà corrente.

H O L O G I C P R E N A T A L H E A L T H

È già ora di nascere?

RapidfFN[®]
10Q System

QuikCheck^{ffN}[™]

Il Test della Fibronectina fetale per la predizione precoce del parto pretermine

Il valore predittivo negativo della Fibronectina fetale equivale al 99%; con l'uso contestuale della cervicometria raggiunge il 100%¹

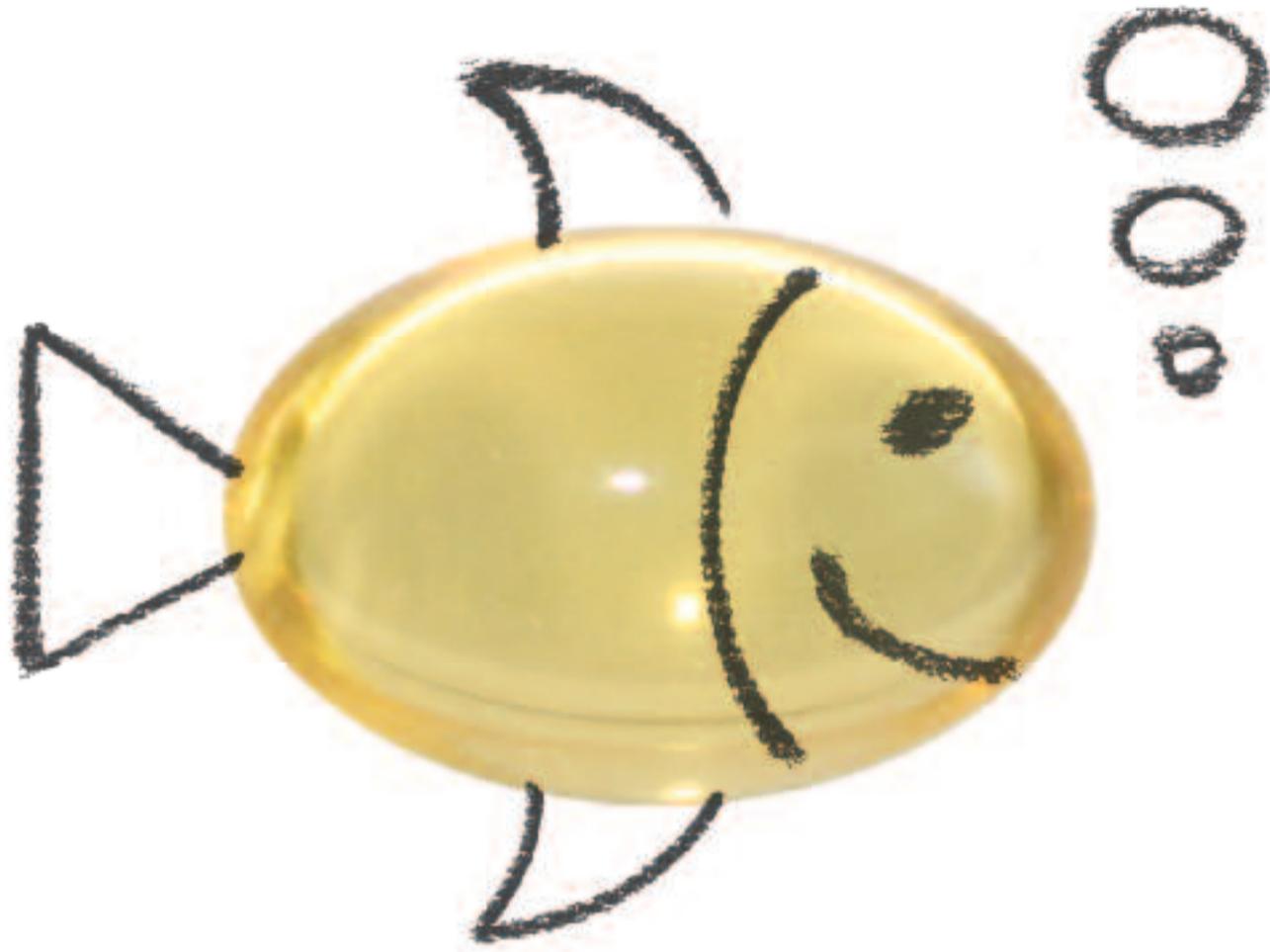
Per ulteriori informazioni sulla fibronectina fetale è possibile visitare il sito www.ffntest.com oppure contattare la **Hologic Italia** ad italy@hologic.com

HOLOGIC[™]
The Women's Health Company

1. Minerva Ginecologica - vol. 63 - n. 6 - pag. 477-483 - dicembre 2011 - la identificazione del travaglio pretermine: ruolo della fibronectina e della cervicometria ecografica e loro associazione G.C. Di Renzo, I. Giardina, G. Coata, M. Di Tommaso, F. Facchinetti, F. Petraglia, A. L. Tranquilli, N. Rizzo

NUOVO MULTICENTRUM MATERNA DHA

LA COMPLETEZZA E LA QUALITÀ DI SEMPRE
(con qualcosa in più)



LA LINEA DI INTEGRATORI MULTICENTRUM MATERNA SI ARRICCHISCE DI UN NUOVO PRODOTTO

Multicentrum Materna DHA contiene tutte le vitamine e i principali minerali con l'aggiunta di DHA, un nutriente importante per il benessere della mamma e del bambino.

IL NOSTRO DHA

L'olio di pesce contenuto nella formulazione di Multicentrum Materna DHA è stato scelto per la sua elevata concentrazione di DHA e la sua purezza, requisiti essenziali per l'integrazione in gravidanza e allattamento.

FONTE DICHIARATA

(DHA da olio di pesce)

DHA IN FORMA FISIOLGICAMENTE ATTIVA

(esteri di trigliceridi)

TRATTATO PER EVITARE IL REFLUSSO

(raffinato/deodorizzato)

QUALITÀ E PUREZZA ELEVATE

(trattato per eliminare i contaminanti ambientali)

RAPPORTO OTTIMALE EPA:DHA 1:5

(simile al latte materno)

200 MG AL GIORNO

(come raccomandato dalla Comunità Europea)





QUARTA EDIZIONE DEL LIBRO BIANCO
SULLA SALUTE DELLA DONNA

La salute della popolazione femminile: analisi e strategie di intervento



L'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna, grazie al rinnovato supporto di Farmindustria, ha realizzato questa nuova edizione sulle principali patologie "in rosa" in ambito cardiovascolare, oncologico, della salute mentale e materno infantile.

Sulla scia del cammino intrapreso nel 2007 con la prima pubblicazione, il nuovo volume fotografa la situazione clinica-epidemiologica attuale ed evidenzia le esigenze femminili in ambito sanitario-assistenziale.

Per ogni area oggetto di studio presenta inoltre una serie di analisi e proposte di autorevoli studiosi, atte a rispondere adeguatamente ed efficacemente ai bisogni di salute delle donne. L'obiettivo principale è di sensibilizzare gli esperti in materia e porre una premessa per il ripensamento del Ssn in un'ottica di genere al fine di migliorare l'equità, l'accessibilità e la fruizione dei servizi. L'auspicio è che questo volume sia utile a tutti coloro che hanno responsabilità decisionali nel settore sanitario perché operino con la consapevolezza dell'esistenza di problematiche specifiche del genere femminile.

L'augurio è anche quello di riuscire a sensibilizzare l'opinione pubblica perché assuma un ruolo più attivo nel contrastare fenomeni di iniquità e discriminazione, purtroppo crescenti, e non si rassegni a considerarli come un'ineluttabile conseguenza dell'attuale crisi economica del Paese.

PREMESSA

O.N.Da: quarto report annuale sulla salute femminile

Una base di lavoro per la riorganizzazione del Sistema sanitario in un'ottica di genere

Francesca Merzagora

 Presidente O.N.Da
 Osservatorio Nazionale
 sulla salute della Donna


Francesca Merzagora

La medicina, fin dalle sue origini, ha avuto un'impostazione androcentrica, relegando gli interessi per la salute femminile ai soli aspetti specifici correlati alla riproduzione. Gli studi condotti in ambito clinico e farmacologico sono sempre stati compiuti considerando quasi esclusivamente soggetti maschi e adattando successivamente i risultati alla donna, senza tuttavia valutare che la biologia femminile, con le peculiarità anatomiche, funzionali ed ormonali che la caratterizzano, può influenzare, talvolta in modo determinante, lo sviluppo e la progressione delle malattie. La Medicina di Genere si propone di studiare l'impatto del genere e di tutte le variabili che lo caratterizzano (certamente biologiche, ma anche ambientali, culturali e socio-economiche) sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie. Tale ottica, dalla quale la medicina moderna non può più prescindere, applica alla medicina stessa il principio di "diversità tra generi" per garantire a tutti, uomini e donne, il migliore approccio clinico, diagnostico e terapeutico in funzione delle specificità di genere. Le donne hanno poco tempo da dedicare a se stesse e alla propria salute, in ragione dei molteplici ruoli che svolgono in ambito familiare e lavorativo e della naturale propensione femminile ad occuparsi prima dei bisogni altrui. Spesso si confrontano con un sistema sanitario che, ancora troppo poco sensibile e attento alle differenze di genere, non è sempre in grado di rispondere efficacemente alle specifiche esigenze della salute femminile. Eppure sono proprio le donne che si ammalano di più e che presentano un carico di disabilità maggiore, anche perché in media vivono più a lungo degli uomini, risultando le principali fruitrici dei servizi del sistema sanitario e le maggiori consumatrici di farmaci.

Nell'ottica di promuovere una medicina gender oriented, è dunque prioritario conoscere lo stato di salute della donna, evidenziarne le criticità e individuare le necessità di carattere sanitario-assistenziale per proporre le soluzioni di intervento più opportune. Per questi motivi nel 2005 nasce l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da), con l'obiettivo di promuovere una cultura della salute di genere impegnandosi in prima linea nella tutela e nella promozione del benessere femminile. I Bollini Rosa (www.bollinirosa.it) che segnalano gli ospedali italiani più attenti e sensibili alla salute femminile costituiscono uno strumento ormai riconosciuto di valutazione e premiazione di eccellenze sanitarie italiane.

O.N.Da, grazie al rinnovato supporto di Farmindustria, ha realizzato questo volume sulle principali patologie "in rosa" al fine di sensibilizzare gli esperti in materia e coloro che hanno potere decisionale nella definizione degli interventi di programmazione sanitaria.

Il testo, attraverso l'analisi di indicatori clinico-epidemiologici e la presentazione di proposte operative, atte a rispondere adeguatamente ed efficacemente ai bisogni di salute delle donne, si propone come base di lavoro per la riorganizzazione del Sistema Sanitario in un'ottica di genere.

INTRODUZIONE

Molti progressi nella farmacologia di genere

Le imprese del farmaco sempre più impegnate nell'approccio di genere

Massimo Scaccabarozzi

Presidente Farmindustria



Massimo Scaccabarozzi

I dati sullo stato di salute della popolazione femminile contenuti nell'ultima indagine campionaria ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" sembrano manifestare un certo miglioramento. L'aspettativa di vita femminile alla nascita risulta aumentata, passando da 82,8 anni nel 2001 a 84,5 anni nel 2011. Non mancano tuttavia le ombre. Per il genere femminile infatti la maggiore longevità non è sempre accompagnata da un pari miglioramento della qualità della sopravvivenza. È sempre l'ISTAT a ricordarci che le donne, rispetto agli uomini, sono affette più frequentemente e più precocemente da malattie meno letali, ma con un decorso che può degenerare in situazioni maggiormente invalidanti.

Le donne fanno maggiore ricorso ai farmaci, e sono soggette più dei maschi alle reazioni

avverse. È pertanto sempre più opportuno un approccio di genere nella medicina, affinché vengano approfondite le differenze biologico-funzionali tra i sessi e venga promossa la R&S. Tutto ciò rappresenta la necessaria premessa per una maggiore appropriatezza della terapia.

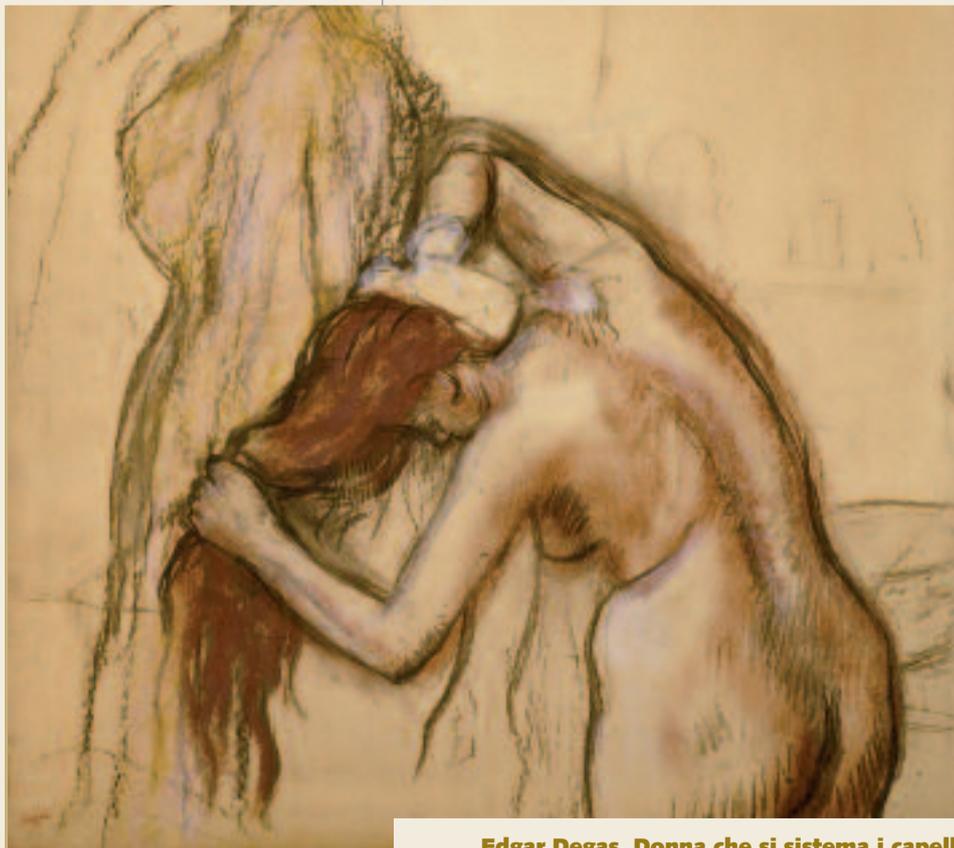
Le imprese del farmaco sono sempre più impegnate perché i benefici dell'innovazione siano adeguati alle specifiche esigenze delle donne. I risultati terapeutici dipendono dalla disponibilità di nuovi trattamenti, da rendere disponibili su tutto il territorio nazionale in modo omogeneo, eliminando le disparità ancor oggi esistenti tra una regione e l'altra.

In tutto il mondo si contano più di 850 farmaci in sviluppo per le malattie che colpiscono il genere femminile. Tra il 2006 e il 2010 in Italia si sono registrati 314 studi clinici che coinvolgono solo donne, la maggior parte dei quali (oltre il 64%) nell'area oncologica. Si tratta di risultati resi possibili dall'impegno delle imprese del farmaco e di un network di Centri di eccellenza pubblici e privati, Istituzioni, Medici, Società scientifiche e Associazioni dei Pazienti.

Il Libro bianco 2012 "Salute della Donna: analisi e strategie di intervento per migliorarla" curato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna rappresenta ormai un punto di riferimento per quanti si occupano, per motivi professionali o per interesse personale, della medicina di genere.

L'autorevolezza dei contributi della pubblicazione, che merita la più ampia diffusione, conferma la convinzione con la quale Farmindustria da sempre è al fianco di O.N.Da su questo tema fondamentale, affinché l'appropriatezza delle cure non sia solo uno slogan, ma una reale tutela dell'equilibrio psico-fisico della donna.

L'autorevolezza dei contributi della pubblicazione, che merita la più ampia diffusione, conferma la convinzione con la quale Farmindustria da sempre è al fianco di O.N.Da su questo tema fondamentale, affinché l'appropriatezza delle cure non sia solo uno slogan, ma una reale tutela dell'equilibrio psico-fisico della donna.



Edgar Degas, Donna che si sistema i capelli



Max Kurzweil, Donna con vestito giallo

INTRODUZIONE

Una guida socio-scientifica nei meandri del complesso mondo femminile

Emanuela Baio

Sen. Segr. Commissione Igiene e Sanità del Senato

Tutelare e investire sulla salute della donna: i tasselli per costruire l'uguaglianza di genere e per migliorare le condizioni di vita dell'intera società e delle future generazioni.

La strada di ogni donna, nel suo essere persona, moglie, madre, ma anche nonna, sorella o amica, si intreccia con tanti altri percorsi esistenziali. Ecco il principio ispiratore di questo testo ricco di interessanti contributi, ma non solo. O.N.Da propone una guida socio-scientifica nei meandri del complesso mondo femminile, coglie ogni sfumatura e offre, anche a noi parlamentari, spunti d'azione importanti e risultati soddisfacenti. La medicina ha sempre più chiara la prospettiva di genere, superando un difetto d'impostazione nel coniugare il confronto tra le necessità di salute dell'uomo e della donna che provoca forme di discriminazione, con qualità diagnostiche e terapeutiche diverse tra i generi. I contenuti del libro rispondono anche agli obiettivi assunti dall'ONU lo scorso settembre nell'ambito del Non Communicable Diseases Summit, la seconda sessione, dopo quella sull'AIDS, dedicata ad un tema sanitario. Le Nazioni Unite, infatti, individuano nella prevenzione, declinata attraverso la promozione di corretti stili di vita e il coinvolgimento di tutti gli attori sociali, la risposta alla sfida globale rappresentata dalle malattie non trasmissibili. Anche alla luce del faro internazionale, si può e si deve fare di più. Purtroppo sorprende che, oggi, appena il 60% delle donne si sottoponga, ad esempio, a mammografia solo per fini preventivi. Eppure, da tempo, la profilassi oncologica è tra le priorità del Piano Nazionale della Prevenzione e, dal 2006, sono in vigore le raccomandazioni ministeriali per la prevenzione del cancro alla mammella, alla cervice uterina, al colon retto. La salute delle donne è al centro di un impegno vivo nel tempo: nel 2000 nasce il Progetto Obiettivo Materno Infantile; nel 2005, presso il Ministero della Salute, prende vita il progetto "la Salute delle donne", in forza del quale, nel 2006, è avviato lo "Studio della medicina di genere attraverso il sistema di monitoraggio delle dimissioni ospedaliere". Un'attenzione costante che, recentemente, ha condotto all'approvazione unanime in Senato, lo scorso 7 dicembre, di una mozione che impegna il Governo a promuovere programmi di prevenzione e informazione sul tumore ovarico e alla legge n. 86/2012, istitutiva dei registri degli im-

Segue a pagina 22



Emanuela Baio

INTRODUZIONE

"Un lavoro prezioso anche per chi, nelle sedi istituzionali competenti, deve prendere decisioni buone e utili"

Laura Bianconi

Sen. Commissione Igiene e Sanità del Senato

È un piacere e un onore essere chiamata a dare il mio contributo a una pubblicazione che si occupa di sanità e di donne, e ancor di più lo è quando a promuovere questa iniziativa è O.N.Da, l'Osservatorio nazionale per la salute della Donna, una realtà con cui ho condiviso, come componente della Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica, tanta parte della mia attività parlamentare. Penso innanzi tutto al Programma "Bollini Rosa", il simbolico riconoscimento per gli ospedali che oltre a essere all'avanguardia nella lotta alle malattie di genere, offrono anche servizi pratici e in grado di assicurare oltre che curare. Rendere più umani i luoghi di cura può rivelarsi essenziale per il benessere del paziente e per il percorso di guarigione. Questa è stata una battaglia alla quale O.N.Da ha dato un contributo rilevante, soprattutto per quanto riguarda l'aspetto della comunicazione, e di cui può essere orgogliosa.

E poi la medicina di genere, il porre all'attenzione che uomini e donne non possono essere curati allo stesso modo per le stesse malattie. La differenza di genere necessita di un approccio diagnostico, di un'analisi dei sintomi di cure modulate a misura di donna, di una ricerca clinica che tenga conto dei tempi e della complessità della vita riproduttiva della donna.

Ma lo stesso cambiamento del ruolo della donna nella società, e con esso i mutati stili di vita, ha aumentato il numero delle patologie di cui soffrono le donne. Malattie cardiovascolari e alcuni tipi di tumore, come quello al polmone, stanno diventando significative anche nell'ambito femminile, basti pensare che le morti per infarto del miocardio sono il triplo di quelle causate dal tumore al seno. E infine non va dimenticato che le conquiste che giustamente, e finalmente, le donne hanno ottenuto in ambito lavorativo hanno però comportato un aumento dei carichi di lavoro. Gli impegni e le responsabilità in campo professionale si aggiungono agli impegni per la cura dei figli e della casa, e questo ha determinato un aumento dello stress e dei disturbi ad esso correlati, quali ansia, stress e depressione. Infine, la grande at-

Segue a pagina 23



Laura Bianconi



Segue da pagina 21

Una guida socio-scientifica nei meandri del complesso mondo femminile

Emanuela Baio

pianti protesici mammari. Nonostante ciò, ci si imbatte in un confronto/scontro con la scienza e la medicina, non considerate dalle donne come valide amiche e alleate: questo è il muro da abbattere ed è anche il filo conduttore della pubblicazione.

L'essere colpiti da una malattia provoca una frattura sul piano esistenziale, in cui tempo e spazio sono messi in discussione. Ma quando una patologia grave tocca una donna, si diffonde un'eco aggiuntiva lunga e profonda.

Il tumore al seno, alla cervice uterina o alle ovaie, rappresentano una prova fisica e psicologica, sono traumi che insorgono al subentrare dei trattamenti, dell'eventuale intervento chirurgico, della comparsa di sintomatologie e di postumi menomanti: si vive l'impressione alienante di trovarsi di fronte ad un'altra donna, improvvisamente distante e diversa dalla prima, intimamente colpita nella propria natura femminile. Contestualmente, l'intero gruppo familiare attraversa un doloroso processo di adattamento: crescono responsabilità per il partner, cambiano i ruoli, ci sono separazioni dai figli durante l'ospedalizzazione, possono nascere difficoltà col marito sia nel rapporto affettivo, sia nella sfera sessuale. Porsi, dunque, il problema della qua-

lità della vita e delle implicazioni psicosociali dell'intero nucleo familiare è un valore fondamentale ed irrinunciabile per offrire un'assistenza globale e di eccellenza.

Globale anche in senso geografico, perché occorre affrontare il tema della salute femminile in rapporto agli altri Paesi per garantire un approccio europeo alla medicina di genere, con l'individuazione di specifici percorsi di prevenzione, diagnosi e cura. Riveste, così, un ruolo fondamentale l'innovazione tecnologica nell'assistenza sanitaria, anche attraverso il ricorso all'e-health e alla telemedicina. Dirimente la Direttiva europea n. 2011/24/UE, che prevede un miglioramento tecnologico e la creazione di una rete volontaria di valutazione delle tecnologie mediche per offrire, agli Stati membri, informazioni sull'efficacia, a breve e a lungo termine, dell'hi-tech clinico. Senza un orientamento di genere 'globalizzante', la politica sanitaria sviluppa metodologie scorrette e alimenta discriminazioni, foriere di disparità per una forza lavoro mobile e flessibile. La medicina di genere è, quindi, una realtà imprescindibile.

Il volume offre strumenti di lavoro efficaci e funge da volano per una più approfondita consapevolezza sulle esigenze delle donne, valutandone attentamente ogni sottile, delicata, e a volte imperfetta, sfumatura. **Y**

O.N.DA
SALUTE DELLA DONNA
ANALISI E STRATEGIE DI INTERVENTO

LA POPOLAZIONE FEMMINILE ITALIANA

Aumentano le over 65 che vivono in nuclei monofamiliari

Nella pianificazione dei servizi influiscono in modo determinante le fasce di popolazione "fragili", come la popolazione "anziana" (65-74 anni) e "molto anziana" (75 anni ed oltre) che è quella maggiormente esposta al rischio di malattie gravi ed invalidanti, che richiedono assistenza ed impegni mirati da parte delle strutture sanitarie. Complessivamente, il dato italiano della popolazione di 65-74 anni corrisponde al 10,3% della popolazione residente, mentre quella di 75 anni ed oltre è al 10,0%. Relativamente alla composi-

zione per genere la quota di donne rappresenta, a livello nazionale, il 53,6% della popolazione di 65-74 anni ed il 62,3% della popolazione over 75 anni. Di riflesso, nel 2009, si riscontra una quota maggiore di donne over 65 anni che vive in un nucleo monofamiliare (38,0% vs 15,1%). Ciò è dovuto sia alla differenza di età fra i coniugi sia alla più elevata mortalità maschile che rende le donne in coppia più a rischio di sperimentare l'evento vedovanza e di vivere sole nell'ultima parte della propria vita. Per quanto riguarda la presenza di residenti stranieri, risulta maggiormente concentrata nelle età giovanili e centrali. Al 31 dicembre 2009, il peso relativo della componente straniera sul totale dei residenti è pari al 7,0% e presenta un trend in aumento. A livello territoriale la loro distribuzione risulta molto diversificata con percentuali più alte nelle regioni settentrionali e centrali e più contenute nel Mezzogiorno. Le comunità più numerose, per entrambi i generi, sono costituite da rumeni, albanesi e marocchini.

Per quanto riguarda il Tasso di fecondità (Tft) si registra, nel 2009, un valore inferiore al livello di sostituzione (circa 2,1 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale ed in diminuzione rispetto all'anno prece-

Per il dimensionamento e la programmazione dei servizi socio-sanitari è fondamentale l'analisi della struttura demografica della popolazione e la sua evoluzione nel tempo



Elisabeth Louise Vigée-LeBrun, autoritratto

dente. Il Tft è, infatti, passato da 1,42 del 2008 a 1,41 del 2009 e le prime stime sul 2010 sembrano confermare questo trend. Importante sottolineare che il comportamento riproduttivo, registrato con riferimento al nostro Paese nel suo complesso, è in parte determinato dal comportamento delle donne italiane ed in parte da quello delle donne straniere. Nel dettaglio, il Tft delle donne straniere residenti si attesta su livelli superiori (2,23 figli per donna) rispetto a quello che caratterizza le donne con cittadinanza italiana (1,31 figli per donna).

Occupazione e disoccupazione

I dati sull'occupazione, nel 2011, confermano le marcate differenze di genere nella composizione della forza lavoro con tassi più elevati negli uomini rispetto alle donne pari, rispettivamente, al 67,5% ed al 46,5% (15-64 anni).

Passando ad analizzare il tasso di disoccupazione si osserva una distribuzione ugualmente sbilanciata tra i generi, con uno svantaggio femminile evidente sia a livello nazionale che regionale. In particolare, in alcune regioni del Mezzogiorno tale fenomeno interessa quasi la metà dell'offerta di lavoro, con tassi di giovani donne non

impiegate in un'attività che superano il 40% in Puglia, Calabria, Sardegna, Campania, Basilicata e Sicilia.

Tempo libero

Relativamente alla distribuzione del tempo libero nel corso della giornata, le donne risultano penalizzate in ciascuna categoria considerata. Nelle studentesse è particolarmente evidente il trade-off esistente, rispetto ai coetanei, tra la durata delle attività svolte nel tempo libero (4h56' vs 5h51') e la durata del lavoro familiare (1h11' vs 24'), mentre risulta simile la ripartizione per le altre attività. Anche per le persone occupate la quantità di tempo libero a disposizione è maggiore per gli uomini rispetto alle donne e pari, rispettivamente, a 4h e 3h13'. In questo caso aumenta il divario rispetto al genere maschile nella gestione familiare, che nelle donne assorbe ben il 15,2% della giornata (3h39'). Infine, per le persone anziane aumenta notevolmente la quantità di tempo libero: gli uomini dispongono di 7h31', mentre le donne di 6h06'. Pesa anche, in questo caso, una diversa distribuzione del lavoro familiare che assorbe il 10,6% della giornata nell'anziano, rispetto al 20,3% nelle coetanee.

Indice di stato fisico

I dati relativi all'indice di stato fisico evidenziano dei differenziali tra i generi in termini di benessere percepito, con valori più elevati per gli uomini, sia a livello nazionale (51,5 punti vs 49,3 punti nella classe di età 14 anni ed oltre) oltre che regionale. Lo svantaggio femminile potrebbe essere spiegato dalle caratteristiche fisiologiche proprie della femminilità (pubertà, ciclicità mestruale, gravidanza, menopausa), che comportano un rischio maggiore di malattia ed una sintomatologia spesso dolorosa, e dal ruolo da loro assunto nel contesto sociale, con conseguente sovrapposizione di responsabilità e carichi di lavoro.

In generale, con l'avanzare dell'età il livello di salute percepita diminuisce con una riduzione a livello nazionale più evidente per le donne e pari, rispettivamente, a 8,9 punti e 7,4 punti (14 anni ed oltre vs 65 anni ed oltre): Anche per la classe 65 anni ed oltre i differenziali tra i generi, in termini di benessere percepito, risultano maggiori negli uomini, sia a livello nazionale (44,1 punti vs 40,4 punti) che regionale. **Y**

Salvador Dalí, Donna alla finestra



L'intento è di arrivare, nel più breve tempo possibile, ad un "Welfare al femminile"

Walter Ricciardi

Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane

Tiziana Sabetta

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane

Il diritto alla salute si colloca tra i diritti umani fondamentali ed imprescindibili. È per questo che l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, in collaborazione con l'Osservatorio sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, ha voluto evidenziare le diverse esigenze dell'universo femminile in ambito clinico-epidemiologico e sanitario-assistenziale, con l'obiettivo di migliorare l'equità di accesso e di fruizione in tema di salute e servizi sanitari.

A tal fine, si è partiti dal ribadire la necessità di una cultura della "medicina di genere" per giungere ad una serie di proposte operative, basate su evidenze scientifiche, finalizzate a guidare la riorganizzazione dell'attuale sistema sanitario, con l'individuazione di specifici percorsi di prevenzione, diagnosi e cura.

La distinzione tra generi, infatti, risulta fondamentale non solo in relazione agli aspetti legati alla riproduzione, ma anche per quanto riguarda il manifestarsi ed il decorso clinico di alcune patologie, nonché le risposte ai trattamenti farmacologici.

L'intento, quindi, è di arrivare, nel più breve tempo possibile, ad un "Welfare al femminile" che, per essere efficace ed efficiente e sopperire a tutte le richieste dell'utenza, dovrà considerare oltre ai reali bisogni di salute della donna anche il ruolo che essa svolge nell'ambito della famiglia e della società (madre, lavoratrice, figlia-care giver). Gli argomenti trattati coprono diverse aree tematiche, tra cui l'oncologia, le malattie cardiovascolari, la salute mentale e la salute materno-infantile. Partendo da un'analisi di contesto della popolazione femminile sono stati, pertanto, analizzati una serie di indicatori la cui lettura trasversale ci ha permesso di evidenziare, per ciascuna patologia o tematica di salute esaminata, la situazione presente nel nostro Paese.

Da ciò si è passati, per ogni area oggetto di studio, alla presentazione di una serie di analisi e proposte da parte di autorevoli studiosi che da anni hanno focalizzato la loro attività in alcuni specifici settori di intervento.

Sono state, inoltre, presentate alcune indagini per conoscere il livello di percezione e di consapevolezza della popolazione femminile relativamente ad alcune patologie e/o percorsi assistenziali ed all'importanza della prevenzione, poiché è indispensabile che i soggetti ad essa potenzialmente interessati dispongano di informazioni sulla natura, l'evoluzione e le diverse possibilità terapeutiche.

L'auspicio è che questo volume sia utile a tutti coloro che hanno responsabilità decisionali nel settore sanitario perché operino con la consapevolezza dell'esistenza di problematiche specifiche del genere femminile.

L'augurio è anche quello di riuscire a sensibilizzare l'opinione pubblica perché assuma un ruolo più attivo nel contrastare fenomeni di inequità e discriminazione, purtroppo crescenti, e non si rassegni a considerarli come un'inevitabile conseguenza dell'attuale crisi economica del Paese.

Segue da pagina 21

"Un lavoro prezioso anche per chi, nelle sedi istituzionali competenti, deve prendere decisioni buone e utili"

Laura Bianconi

“

tenzione alle patologie tumorali, a cominciare da quelle tipicamente femminili come il tumore al seno e il carcinoma della cervice uterina, l'attività di informazione sui fattori di rischio, la promozione di stili di vita più sani e l'importanza della prevenzione, la vera arma vincente contro i tumori. Benedetto Croce diceva che la politica rientra nella sfera dell'utile, ma perché questo avvenga è fondamentale che essa mantenga un legame forte e continuo con la realtà, quella realtà che è fatta delle tante esperienze che con passione e gratuità si mettono a disposizione del bene comune. Questo è quello che ha fatto e fa O.N.Da, un lavoro prezioso per tutte le donne ma anche per chi, nelle sedi istituzionali competenti, deve prendere decisioni che concretamente siano buone e utili per la società, per i cittadini e per tutte le donne. ■



Oncologia

■ I dati presentati recentemente dall'Oms riportano un quadro particolarmente rilevante dal punto di vista epidemiologico: un quinto circa delle donne europee sviluppa un tumore prima dei 75 anni. Per alcuni di questi la prevenzione primaria sembra, ad oggi, l'unico strumento, per altri la diagnosi precoce rappresenta una tecnologia di fondamentale importanza. In generale, i grandi ambiti d'intervento sono, principalmente, la prevenzione primaria, quella secondaria, la diagnosi, il trattamento e le cure palliative

ANALISI DEI DATI

Screening mammografico

A livello nazionale la proporzione della popolazione target (50-69 anni) che vive in un'area in cui è attivo un programma di screening mammografico è pari al 93,0%, mentre l'estensione effettiva, ovvero la proporzione della popolazione target realmente oggetto dell'invito, si attesta al 70,7%.

Relativamente all'estensione effettiva si registrano, nello specifico, valori superiori all'80% al Nord ed al Centro, ma inferiori al 40% al Sud e nelle Isole. In generale, le differenze tra l'estensione teorica e l'estensione effettiva sono dovute alla fase pratica ed operativa di invito che risulta la più complessa.

Prevenzione primaria e secondaria per il carcinoma della cervice uterina

Complessivamente, in Italia, l'estensione teorica dei programmi di screening organizzato per il carcinoma della cervice uterina si colloca intorno al 77%, mentre l'estensione effettiva raggiunge il 66%. Nello specifico, a livello di macroaree, si osservano per l'estensione teorica valori superiori all'80% al Sud e nelle Isole ed inferiori al 70% al Nord, a causa della mancata attivazione

dei programmi in diverse aree, mentre si osserva una situazione inversa relativamente ai dati dell'estensione effettiva con valori minori al Sud e nelle Isole rispetto a quelli del Nord e del Centro.

Incidenza per alcune sedi oncologiche

I dati analizzati si riferiscono ai tumori numericamente più frequenti (tumore dello stomaco, del polmone, del colon-retto e della mammella) per alcune classi di età e per macroarea. Nel 2010 e nella classe di età 0-64 anni, i tumori a più elevata incidenza sono, per gli uomini, il tumore del colon-retto al Centro-Nord ed il tumore del colon-retto e del polmone al Sud, mentre per le donne il tumore della mammella in tutte le macroaree geografiche.

Nella successiva fascia di età (65-74 anni) il tumore del polmone e del colonretto risultano essere ancora i più frequenti tra gli uomini del Sud, mentre nel Centro-Nord prevale l'incidenza del tumore della prostata. Per le donne, invece, il tumore della mammella risulta ancora il più diffuso in tutte le macroaree. Stessa situazione si riscontra nella classe di età più avanzata (75-84 anni) ad eccezione, per gli uomini meridionali, del tumore del colon-retto e del polmone, i cui tassi risultano in-

feriori rispetto all'incidenza del tumore della prostata. In generale, rispetto al passato, si osserva per il genere femminile un incremento dell'incidenza nelle diverse macroaree, con una tendenza più accentuata nelle regioni meridionali.

Prevalenza per alcune sedi oncologiche

Nel 2010 e per le due prime classi di età considerate (0-44 e 45-59 anni), il tumore del colon-retto è il più prevalente tra gli uomini, mentre tra le donne è il tumore della mammella. Nelle altre classi di età (60-74 e 75 anni ed oltre) per il genere femminile la situazione rimane invariata, mentre per il genere maschile la prevalenza maggiore si registra per il tumore della prostata. Questa situazione si riscontra in tutte le macroaree geografiche.

In generale, rispetto al passato, si registra un notevole aumento in tutto il Paese e le differenze di prevalenza che si osservano tra le diverse aree geografiche dipendono dalla storia epidemiologica, in campo oncologico, tipica dell'Italia. Gli incrementi registrati sono dovuti, principalmente, alle dinamiche dell'incidenza, all'invecchiamento della popolazione e all'incremento della sopravvivenza.

Mortalità per alcune sedi oncologiche

Considerando la classe di età 0-64 anni il tumore che presenta il tasso di mortalità più alto risulta essere, in tutte le macroaree e per il genere femminile, il tumore della mammella.

Anche nella fascia 65-74 anni, la mortalità per il tumore della mammella risulta maggiore, ma al Centro ed al Nord i tassi sono simili ai tassi di mortalità per il tumore al polmone. Al Sud, invece, la seconda causa di mortalità è il tumore del colon-retto. Nell'ultima fascia di età oggetto dello studio, 75-84 anni e sempre per le donne, la mortalità maggiore si osserva, in tutte le macroa-

ree, per il tumore del colon-retto, seguito al Nord ed al Sud dal tumore della mammella, mentre al Centro dal tumore del polmone. Per il genere maschile, invece, il tumore con tasso di mortalità più alto risulta essere, in tutte le classi di età considerate ed in tutte le macroaree, quello del polmone.

Proposte e strategie d'intervento

a cura di Prof.ssa Roberta Siliquini

Prevenzione

Relativamente alla prevenzione è ormai noto come una buona implementazione sia in grado di prevenire almeno un terzo di tutti i casi di patologia oncologica. A tal fine, per favorire un impatto maggiormente efficace sia delle campagne di prevenzione primaria che del counselling ad opera del personale sanitario, sarebbe utile:

- favorire maggiormente la comprensione dei meccanismi eziopatogenetici delle principali patologie oncologiche anche attraverso corsi di base condotti in lu-

ghi di possibile aggregazione femminile (ad esempio, corsi di preparazione al parto);

- orientare i messaggi comunitari di educazione a stili di vita sani all'impatto che la patologia avrebbe non solo sul soggetto, ma anche e soprattutto sulla famiglia e sulla società;
- utilizzare al meglio i social network per diffondere, soprattutto tra le adolescenti, messaggi positivi relativamente alle vaccinazioni ed a stili di vita corretti.

Rispetto a quei tumori (mammella, cervice uterina, colon-retto) che possono avvalersi di valide cure se diagnosticati precocemente pare utile, seppur ripetitivo, segnalare ancora una volta come, nel nostro Paese, l'estensione effettiva degli screening più accreditati soffre ancora di grandi differenze geografiche. A tal fine, sarebbe necessario:

- implementare maggiormente lo sforzo organizzativo per raggiungere, attraverso invito attivo, il 100% della popolazione considerata a rischio;
- monitorare attentamente l'estensione effettiva e valutare la sottostima della stessa (eventuali esami condotti privatamente);
- ricorrere ad inviti multipli alle non rispondenti coinvolgendo anche più attivamente i Medici di Medicina Generale (MMG).

Diagnosi

Relativamente alla diagnosi delle patologie per le quali non esistono programmi di screening organizzati ed efficaci, è opportuno sottolineare come una diagnosi precoce sia, comunque, in grado di aumentare la sopravvivenza ed, in molti casi, portare alla guarigione. Purtroppo, è altrettanto opportuno rilevare come il genere femminile sia, da questo punto di vista, particolarmente svantaggiato. Sintomi, anche rilevanti, sono più spesso sottostimati rispetto al genere maschile a seguito di molti fattori che riguardano, da un lato il valore predittivo degli stessi (sintomi relativi a patologie, della prima decisione clinica, come elemento da prendere in considerazione per una diagnosi differenziale di carcinoma), dall'altro il minor



accesso delle donne ai servizi sanitari. Questo elemento, spesso rilevato in letteratura, ha a che fare con la tendenza femminile a sottostimare i malesseri, soprattutto a causa del forte ruolo svolto nel contesto familiare, con discriminazioni di genere all'interno della famiglia, altre volte – sempre più frequentemente – può dipendere da barriere e difficoltà economiche (la donna, ad esempio, è ovunque a maggior rischio di disoccupazione). Al fine di favorire un accesso precoce al servizio sanitario sarebbe utile, oltre all'aumento della consapevolezza:

- definire più accuratamente e mettere in atto servizi sanitari orientati alle differenze di genere. Uomini e donne hanno, nella nostra società, stati differenti nel loro ruolo di utilizzatori del servizio sanitario. Ad esempio, le donne utilizzano maggiormente il MMG, mentre gli uomini gli specialisti;
- non procrastinare più analisi di genere nell'utilizzo dei servizi, utili ad un loro riassetto.

Anziani e cure palliative

Il razionamento delle risorse potrebbe condurre ad una minor attenzione alla popolazione molto anziana malata che rischia di essere maggiormente rappresentata dal genere femminile che, di fatto, dispone già di minori risorse economiche. A tal fine pare, quindi, necessario prevedere ed implementare budget generespecifici dal momento che le attuali politiche sanitarie, neutrali rispetto al genere, influenzano le condizioni sociali ed economiche di uomini e donne in modo differenziale. Un ultimo aspetto è quello relativo alle cure palliative. La rete delle cure palliative va implementata, rafforzata e supportata con ampie risorse in tutto il territorio. In modo particolare, si rende necessario attivarsi con forza per offrire cure a domicilio. In questo senso paiono particolarmente sofferenti le donne anziane, spesso sole o a solo carico dei figli, per le quali vanno definiti programmi di maggiore supporto sociale, economico e sanitario che rendano possibile un fine vita dignitoso nel proprio contesto familiare ed abitativo. **Y**

Malattie cardiovascolari

■ **Le malattie cardiovascolari sono la causa principale di mortalità in quasi tutti i Paesi dell'Occidente rappresentando il 35% delle morti nel 2009. Di queste, le sole malattie ischemiche del cuore sono state responsabili del 15% dei decessi, con dei tassi di mortalità quasi doppi per gli uomini rispetto alle donne. Anche in Italia la prima causa di morte è rappresentata dalle malattie ischemiche del cuore e si conferma una notevole differenza di genere a svantaggio maschile**

ANALISI DEI DATI

Ospedalizzazione per patologie cardiovascolari

Per le malattie ischemiche si confermano, nel 2009 come negli anni precedenti, le marcate differenze di genere con tassi di ospedalizzazione più che doppi negli uomini rispetto alle donne, sia a livello nazionale che regionale. Tale svantaggio maschile si registra per tutti i gruppi di diagnosi principale (valore nazionale: 990,6 per 100.000 vs 354,5 per 100.000 donne).

Analizzando nello specifico l'Infarto Acuto del Miocardio, le donne confermano il loro vantaggio registrando dei tassi, a livello nazionale, notevolmente più bassi di quelli maschili (rispettivamente, 145,6 per 100.000 vs 363,1 per 100.000).

Relativamente alle malattie cerebrovascolari il tasso di ospedalizzazione negli uomini risulta quasi del 38% superiore a quello delle donne.

Considerando le malattie cerebrovascolari complessive, nella PA di Bolzano si registrano i valori più elevati per entrambi i generi, cui seguono con riferimento alle donne soltanto Campania e Sicilia con tassi superiori a 600,0 (per 100.000).

Mortalità per patologie ischemiche del cuore

Nel 2008, i tassi di mortalità per le malattie ischemiche del cuore a livello nazionale sono pari a 14,75 (per

10.000) per gli uomini e 8,22 (per 10.000) per le donne, evidenziando un notevole gap tra i generi che si conferma anche a livello di singola regione.

Disaggregando i dati per classi di età è possibile notare come gli over 75enni siano i più colpiti ma è possibile notare come l'effetto dell'età sia più importante nelle donne, con tassi di mortalità 148 volte più alti nelle anziane rispetto a quello delle giovani.

Ipercolesterolemia ed ipertensione

Non si riscontrano particolari differenze di genere, con una percentuale di ipercolesterolemici del 21% negli uomini e del 23% nelle donne e vengono considerati in una condizione borderline il 37% degli uomini ed il 34% delle donne. Relativamente all'ipertensione arteriosa colpisce, in media, il 33% degli uomini ed il 28% delle donne e vengono considerati come borderline il 19% degli uomini ed il 14% delle donne. Per quanto riguarda le differenze di genere, la prevalenza dell'ipertensione nella popolazione giovane è inferiore nelle donne rispetto agli uomini, mentre tale gap si riduce con l'avanzare dell'età, anche prima dell'inizio della menopausa, fino ad un'inversione nella popolazione anziana.

Carte del rischio cardiovascolare

Le carte del rischio cardiovascolare sono classi di rischio globale assoluto che vengono utilizzate per stimare la probabilità che un soggetto subisca un primo even-

to cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, sulla base dei livelli noti di sei principali fattori di rischio: genere, età, diabete, abitudine al fumo, Pressione Arteriosa Sistolica (PAS) e colesterolemia totale.

Analizzando le carte per genere, si nota come la distribuzione del rischio differisca notevolmente con un evidente vantaggio femminile; le donne, infatti, hanno una probabilità inferiore di incorrere in un evento cardiovascolare per tutte le classi di età considerate, sia in presenza che in assenza di diabete.

Proposte e strategie d'intervento

a cura di Prof.ssa Roberta Siliquini

Il quadro che si osserva dai dati presentati non sembra evidenziare importanti

differenze di genere a svantaggio delle donne.

Le patologie cardio e cerebrovascolari richiedono, comunque, per il genere femminile un attento monitoraggio sia perché rappresentano una delle leading cause di morte, sia perché, per i prossimi decenni, si prevede un aumento dell'incidenza dovuto ad un peggioramento degli stili di vita.

Il nostro Paese possiede tutti gli strumenti utili per ridurre in modo sostanziale l'impatto di tali malattie. L'utilizzo di molti di questi, soprattutto di quelli preventivi, pare oggi



Salute mentale

■ La salute mentale costituisce attualmente una delle aree socio-sanitarie di maggior interesse data l'importante crescita dei disturbi psichici nei Paesi industrializzati. Anche gli elevati costi economici e sociali per i pazienti, i loro familiari e la collettività hanno fatto crescere, negli ultimi anni, l'attenzione per tali problematiche, sia a livello nazionale che internazionale



Marie Laurencin, ritratto di Mlle. Chanel

ANALISI DEI DATI

Disturbi psichici

Il fenomeno dell'ospedalizzazione per disturbi psichici presenta, per entrambi i generi, una spiccata variabilità a livello regionale.

Relativamente alle caratteristiche dei pazienti si osserva, nel 2009, un tasso di dimissioni lievemente superiore per gli uomini rispetto alle donne (valore nazionale: uomini 45,40 per 10.000 vs 42,96 per 10.000 donne).

Considerando l'arco temporale 2000-2009 si osserva, sia per gli uomini che per le donne, una generale tendenza alla diminuzione dei ricoveri su tutto il territorio (rispettivamente, -22,84% e -22,91%), ad eccezione della Sicilia per il genere femminile che presenta un valore in controtendenza (+9,44%). La classe di età modale, però, in cui si rileva il numero più elevato di ricoveri, è quella dei 35-54 anni.

Depressione perinatale

Attualmente, i dati disponibili dalle fonti ufficiali ita-

liane non ci consentono di effettuare un'analisi approfondita sulla depressione perinatale, in quanto non esistono flussi informativi routinari che rilevino in particolare la frequenza di tale patologia. Per porre l'attenzione e per affrontare il problema dei disturbi dell'umore durante la gravidanza ed il post-partum, che colpiscono circa il 16% delle neo mamme, ma soprattutto per sostenere ed essere vicine alle future madri ed alle neomamme e per informarle sugli strumenti esistenti per affrontare e curare questa malattia, O.N.Da ha promosso una campagna di comunicazione triennale, "Un sorriso per le mamme", patrocinata dalla Presidenza del Consiglio, dal Ministero della Salute e dalle Società Scientifiche di riferimento.

Indice dello stato psicologico

I dati relativi all'indice di stato psicologico evidenziano un andamento decrescente all'aumentare dell'età (14 anni ed oltre vs 65 anni ed oltre) a livello regionale e nazionale. Differenze di genere si registrano in tutte le fasce di età con uno svantaggio femminile che potrebbe essere spiegato dalle caratteristiche fisiologiche

proprie della femminilità che espone le donne a maggiori rischi di malattia rispetto agli uomini, e dal ruolo da loro assunto nel contesto sociale, con conseguente sovrapposizione di responsabilità e carichi di lavoro. Inoltre, all'aumentare dell'età si evidenzia una riduzione del benessere percepito più accentuato per le donne, con una differenza tra i generi a livello nazionale che passa da 2,7 punti nella classe 14 anni ed oltre a 3,2 nella classe 65 anni ed oltre. Tale andamento si conferma anche a livello regionale.

Proposte e strategie d'intervento

a cura di Prof.ssa Roberta Siliquini

Differenze di genere, relativamente allo stato psicologico della popolazione, si evidenziano in tutte le età. Non c'è, quindi, alcun dubbio che, in qualsiasi età, la salute mentale delle donne rappresenti un importante problema di Sanità Pubblica da monitorare attentamente, ma anche da affrontare con strategie d'intervento importanti e condivise. Dal momento che buona parte della salute mentale, a qualunque età, si può rifare a condizioni di stress anche economico e di scarsa indipendenza, pare necessaria una maggiore attenzione di genere alle politiche di finanziamento della salute, al sistema pensionistico e di tassazione, all'accesso al mondo del lavoro ed alla protezione sociale. Tale attenzione al problema può essere declinata in azioni di politica, anche locale, sulle specifiche età.

Sorprende che durante l'adolescenza, tempo di grandi cambiamenti sociali, emotivi e fisici, il genere femminile esprima un non trascurabile rischio di disordini depressivi che non possono essere licenziati come "crisi d'identità": i fattori di rischio sottostanti a tale patologia sono stati ben descritti nell'esposizione alla violenza (abusi sessuali, violenza domestica, episodi di bullismo) e nei tentativi, più frequenti in ambito familiare per il genere femminile, di svalutazione o restrizione delle opportunità di studio e divertimento (violenza psicologica). Una mancanza di attenzione verso queste possibili condizioni può avere serie ripercussioni anche nell'età adulta. Sono, quindi,

CAMPAGNA O.N.DA

Un sorriso per le mamme

L'obiettivo generale di questa campagna di comunicazione – che si articola in tre aree: istituzionale, territoriale e di comunicazione – è stimolare la classe medica e l'opinione pubblica a confrontarsi e ad essere più consapevoli della grande vulnerabilità psichica di ogni futura mamma, aiutando la donna ad uscire dallo stato di solitudine in cui spesso si trova.

A livello territoriale, è in corso di realizzazione una rete di riferimento per tutte le donne affette da questa patologia. Ai sei centri di eccellenza promotori del progetto, dislocati sull'intero territorio nazionale, nello specifico a Milano, Catania, Torino, Ancona, Pisa e Napoli, si stanno affiancando altre strutture ospedaliere e associazioni preposte all'assistenza e alla cura delle donne in gravidanza e nel post partum.

Il network di centri è consultabile sul sito dedicato www.depressionepostpartum.it.

ancor più impellente.

In questo senso parrebbe estremamente utile:

- favorire un'alimentazione sana attraverso politiche economiche di sviluppo dell'acquisto e del consumo di frutta, vegetali, pesce e carni bianche;
- controllare maggiormente l'alimentazione nelle scuole obbligando ad introdurre il contorno, nel caso di pasti cosiddetti "ridotti" (senza pietanza) offerti in molti Comuni come alternativa al pasto completo più costoso a scelta delle famiglie;
- sviluppare informazione comunitaria rispetto ad una corretta alimentazione che sia maggiormente appealing rispetto a quella fino ad ora presente;

- incentivare, anche economicamente, lo sviluppo di catene fast-food caratterizzate da cibi salutari a prezzi competitivi;
- promuovere maggiormente l'attività fisica, soprattutto per il genere femminile, includendo bambini ed adulti.

La prevenzione pare ancor più rilevante se si pensa alle "morti" improvvise da malattie cardio e cerebrovascolari. Si tratta

di quei casi in cui tali patologie non sono mai state diagnosticate prima dell'evento e che la letteratura ci dice essere maggiormente frequenti nel genere femminile.

In tal senso, è opportuno sottolineare la funzione che i Medici di Medicina Generale devono svolgere per monitorare i fattori di rischio dei propri pazienti:

- valutando correttamente ed a scadenze prestabilite l'esposizione a fattori di rischio quali fumo, cattive abitudini alimentari ed abuso di alcol;
 - utilizzando le note carte del rischio;
 - proponendo abitudini alternative maggiormente salutari;
 - segnalando al paziente ed in cartella valori pressori anche border-line.
- Nei casi in cui la prevenzione primaria condotta non sia stata sufficiente, le possibilità terapeutiche del controllo dei fattori di rischio sono oggi numerose ed efficaci. La ricerca ha prodotto, nell'ultimo decennio, farmaci di nuova generazione con relativamente bassi effetti collaterali, che andrebbero prescritti dopo attenta valutazione e sotto stretto controllo medico. Anche la rete dei servizi sanitari va attentamente predisposta e monitorata su tutto il territorio nazionale, in quanto queste patologie possono presentarsi con diversi livelli di gravità e l'efficacia delle cure dipende strettamente dalla tempestività del soccorso e dalla competenza e professionalità degli operatori. In questo senso sarebbe opportuno:
- promuovere un servizio di emergenza omogeneamente tempestivo ed efficace in tutto il territorio nazionale;
 - attribuire le funzioni di specialità di base almeno ad ogni Azienda Sanitaria Locale;
 - implementare i centri specialistici che possano fare da collettori dei casi più gravi con un numero di posti letto utile alla copertura del fabbisogno regionale. **Y**



Elisabetta Sirani, Cleopatra

necessarie azioni concrete che assicurino una risposta appropriata della società e del servizio socio-sanitario allo sviluppo sereno delle adolescenti.

Dal punto di vista del sistema sembra scarsamente efficace, ancorché non eludibile ed utile in molti casi, in età adolescenziale, la sola presenza del supporto psicologico nelle scuole. Potrebbe essere più utile, nelle scuole, ma anche attraverso i social media, una maggiore diffusione dei dati relativi alle violenze, contemporaneamente ad un invito attivo alle adolescenti a servizi consultoriali ad hoc, adeguatamente pubblicizzati e posti fuori dal normale ambiente di frequentazione.

Nell'età adulta le donne sono, generalmente, meno colpite da disordini relativi all'abuso di droghe ed alcol, ma maggiormente suscettibili di depressione ed ansia.

I disordini mentali, conseguenti al ruolo di madre, sono estremamente frequenti e stranamente, ma in modo significativo, correlati allo stato sociale.

Anche in questo caso potrebbero essere di estrema utilità politiche informative di massa istituzionali (forum e social network, molto utilizzati dalle neo mamme) che sottolineino la frequenza del problema, la sua iniziale fisiologia e la presenza di adeguati servizi preventivi. È anche responsabilità delle politiche locali monitorare attentamente la corretta applicazione della legge in termini di diritto alla maternità ed al lavoro. Non meno importante un adeguato monitoraggio e supporto psicologico alle madri separate che svolgono il ruolo di genitorialità doppia, almeno nel quotidiano, a fronte di un impoverimento complessivo delle disponibilità

economiche della famiglia.

L'aumento dell'età anziana, soprattutto nel genere femminile, dovrebbe essere visto come una risorsa potenziale per la società tutta. L'imperativo è, quindi, quello di mantenere le donne anziane con una buona qualità della vita. Questo non può essere raggiunto se non con un'attività di programmazione ed azioni di Sanità Pubblica che garantiscano, nell'arco della vita, un accesso appropriato alle cure senza differenze di genere. È necessario, quindi, proporre azioni che formino il Ssn a garantire gratuitamente per gli anziani cure, anche non salvavita, ma che provvedano ad una buona qualità della stessa (interventi di cataratta, protesi acustiche e cure per l'artrite/artrosi). Dal punto di vista sociale parte della risposta può venire da una maggior proposta organizzativa di finanziamento dei supporti domiciliari anche attraverso forme di riconoscimento economico del ruolo giocato dalla famiglia. **Y**



Salute materno-infantile

■ La salute materno-infantile rappresenta una parte importante della salute pubblica in quanto la gravidanza, il parto ed il puerperio sono, in Italia, la prima causa di ricovero per le donne. Uno dei temi di maggiore rilievo in questo ambito sanitario riguarda il numero ed il livello qualitativo dei punti nascita. Le cronache degli ultimi anni e le analisi formulate da esperti ed Istituzioni disegnano, da tempo, il quadro di un Paese che nel suo complesso (e soprattutto nel Mezzogiorno) presenta un numero elevato, ed a volte eccessivo rispetto alla popolazione interessata, di strutture non sempre adeguatamente attrezzate

ANALISI DEI DATI

Indagini diagnostiche in gravidanza

In generale, una caratteristica peculiare delle donne italiane è la tendenza ad effettuare un numero maggiore di esami in gravidanza, fenomeno che aumenta con il livello d'istruzione.

Nel 2005, il numero medio di visite effettuato a livello nazionale è stato pari a 7,0, con valori che oscillano tra l'8,1 della Sardegna ed il 6,2 della Valle d'Aosta. Per quanto riguarda il numero di ecografie effettuate, il 49,6% delle donne ha eseguito da 4 a 6 esami ecografici, mentre il 28,9% un numero ≥ 7 .

Un dato positivo riguarda la percentuale di donne informate sulle tecniche di diagnosi prenatale pari all'86,0%, con valori al di sopra del 90% in Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lazio e Basilicata.

Parti effettuati nei punti nascita

Per quanto riguarda la rete di offerta dei punti nascita, che risulta notevolmente diversificata sul territorio, i dati esaminati evidenziano che il 7,93% dei parti, nel 2009, sono avvenuti in strutture con un volume di attività <500 parti/anno. Dall'analisi di tale fenomeno, emerge un netto gradiente Nord-Sud a sfavore delle regioni meridionali e delle Isole, che presentano valori nettamente superiori al dato nazionale. Dai dati si evince anche che circa l'80% dei parti sono eseguiti in strutture con classi di ampiezza superiore agli 800 parti/anno di cui il 66,80% in punti nascita con più di 1.000 parti/anno.

Parti con Taglio Cesareo

Il confronto della percentuale di parti cesarei effettuati in Italia nel 2009, rispetto all'anno precedente, evidenzia un trend sostanzialmente stabile intorno al 39%. Anche a livello regionale non si osservano diffe-

renze particolari, ad eccezione della PA di Bolzano e della Calabria in cui si registra una diminuzione pari, rispettivamente, al 3,3% ed al 4,5%. Da notare, inoltre, come tutte le regioni del Sud, ed il Lazio, presentano valori superiori al 40%, con il primato negativo della Campania in cui addirittura il 62,0% delle donne ricorre al TC. Situazione opposta si verifica nella PA di Bolzano (23,6%) ed in Friuli Venezia Giulia (24,6%) con valori che più si avvicinano alle raccomandazioni dell'OMS.

Disaggregando il dato per classi di età si osserva come il fenomeno aumenta all'avanzare dell'età. La percentuale di donne di 45 anni ed oltre che ricorre al TC è pari al 70,2%, in notevole aumento rispetto all'anno precedente (66,7%).

Allattamento al seno

Nel 2005, la quota di donne che ha allattato al seno il proprio bambino è pari, a livello nazionale, all'81,4%, mentre scende al 65,5% se si considera l'allattamento in modo esclusivo o predominante.

In Italia 8 mamme su 10 scelgono di allattare al seno il proprio figlio: una buona media, se confrontata con quella mondiale che è appena del 35%. Ma è possibile migliorare, soprattutto nelle regioni del Sud dove questa pratica è meno diffusa: fanalino di coda la Sicilia



Elisabeth Louise Vigée-LeBrun, autoritratto

Proposte e strategie d'intervento

a cura di Prof.ssa Roberta Siliquini

In Italia, negli ultimi decenni, abbiamo raggiunto elevatissimi standard di successo in campo materno infantile, ma permangono comportamenti a rischio in grado di minare la salute dei neonati non solo nell'immediatezza del parto, ma anche negli anni a venire. Di particolare rilevanza il fatto che tali comportamenti (ad esempio, abitudine al parto cesareo, scarsa propensione all'allattamento al seno) siano maggiormente associati ad alcune aree geografiche del nostro Paese, svi-

SONDAGGIO O.N.DA

“Solo” il 20 per cento delle italiane preferisce il Tc

Nel 2011 O.N.Da ha svolto un sondaggio al fine di indagare l'opinione della popolazione femminile in merito al Taglio Cesareo (TC) e le motivazioni che spingono le donne a preferirlo al parto naturale. Ecco i risultati

Al campione di riferimento, costituito da

1.000 donne della classe di età 20-40 anni, è stato chiesto di esprimere la propria preferenza rispetto alle due modalità di parto e di motivare le ragioni della scelta. Dai dati dello studio risulta che ben l'80% delle intervistate predilige il parto naturale, in primis, per riguardo alla salute del bambino. Nello specifico:

- il 63% delle donne non vuole perdere le prime ore di vita del neonato;
- il 47% non vuole che il figlio nasca per intervento chirurgico;
- il 35% ritiene più facile l'allattamento.

Un secondo ordine di motivi è relativo, invece, ai vantaggi legati agli aspetti clinici del parto naturale:

- degenza ospedaliera più breve (52%);

- nessuna cicatrice (46%);
- post-operatorio meno doloroso (44%).

Relativamente al TC tra le motivazioni principali che spingono il 20% delle donne intervistate a preferirlo emergono:

- il timore del dolore durante il parto (53%);
- la possibilità di programmare l'intervento (46%);
- la preoccupazione per la sofferenza del bambino (39%).

Infine, il sondaggio ha rilevato che la fonte di informazione più utilizzata dalle donne intervistate è rappresentata dal medico o dalla propria ostetrica (nel 52% dei casi), seguita dai pareri/suggerimenti di un'amica (nel 23% dei casi).

Nel 2005 O.N.Da ha aderito, insieme ad oltre 280 organizzazioni in tutto il mondo, alla **"Partnership per la salute materna, Neonatale e Infantile"** (PMNCH) per migliorare la salute materna nel mondo e lavorare insieme al raggiungimento degli Obiettivi del Millennio n. 4 e n. 5 delle Nazioni Unite per la salute dei bambini e delle donne.

Con il supporto trasversale di un gruppo di Parlamentari, l'Osservatorio si impegna a trovare soluzioni concrete alle diverse problematiche con l'impegno specifico a livello legislativo, attraverso la presentazione di mozioni ad hoc e un'attività di sensibilizzazione e informazione della popolazione.

luppando sempre più di-seguaglianze sociali. A questo si aggiungono gli aspetti rilevanti della crescente

età media della prima gravidanza, nonché la significativa percentuale di maternità a carico della popolazione immigrata. Anche se numerosi programmi di promozione della salute materno-infantile sono stati posti in essere la letteratura scientifica ci consente di individuare alcune efficaci strategie d'intervento. In sintesi, è necessario attivare piani strategici orientati a:

- rinforzare il ruolo di task force multidisciplinari utili ad influenzare i cambiamenti ed a coordinare gli sforzi orientati al miglioramento della salute materno-infantile;
- lavorare insieme agli erogatori privati per migliorare i servizi, assicurandosi che questi contribuiscano alle strategie nazionali e raggiungano gli standard definiti;
- revisionare le politiche per facilitare un equo accesso ad informazione ed assistenza di qualità: in tal senso, occorre porre standard minimi da monitorare a livello regionale;
- determinare requisiti minimi quantitativi e qualitativi dello staff deputato, a livello locale, a fornire assistenza materno-infantile;
- garantire la possibilità di un'integrazione dei curricula dei professionisti sanitari deputati alla salute materno-infantile con abilità di counselling e promozione della salute;
- condurre survey ad hoc orientate alla valutazione di impatto di nuovi programmi operativi;
- aumentare le attività di valutazione e di appropriatezza attraverso l'utilizzo di fonti informative correnti e di audit, al fine di verificare l'uso appropriato delle tecnologie ed associare le informazioni ottenute a incentivi-disincentivi economici per sin-

golo professionista;

- rafforzare la promozione di strategie atte alla disseminazione di informazioni per le famiglie utili, da un lato, a ricercare comportamenti basati sull'evidenza scientifica e, dall'altro, ad aumentare la consapevolezza delle decisioni.

Commenti e riflessioni

a cura del Prof. Nicola Surico
Presidente SIGO

Parti con Taglio Cesareo

La soluzione per intervenire sull'eccessivo ricorso al Taglio Cesareo è già stata definita e si trova nel piano di riordino dei punti nascita. Bisogna partire dal dato oggettivo che la maggior parte dei cesarei inappropriati non è legata alla professionalità del singolo operatore, ma a questioni di sistema, organizzative dei reparti ed alle modalità dei rimborsi. Analizzando i dati si scopre che le percentuali più elevate si registrano nelle strutture con <500 parti l'anno e nel privato accreditato. Le prime vanno chiuse; le seconde ricevono troppe risorse a fronte dell'attuale sofferenza del pubblico e non si può non considerare l'aspetto economico in questa "anomalia italiana". Oggi, nella maggior parte del Paese, non si è ancora avviata la riconversione dei piccoli centri e la tariffa di rimborso (Diagnosis Related Group) per un cesareo è superiore (in alcuni casi di molto) a quella per un partonaturale. Solo la Sicilia ha avviato la chiusura dei punti nascita con <500 parti ed equiparato le due procedure.



Parti effettuati nei punti nascita

È necessario procedere con il piano di riordino dei punti nascita: le strutture con <500 nascite l'anno devono essere riconvertite. I ginecologi, per primi, devono spiegare alle pazienti che è meglio sopportare alcuni minimi disagi logistici, ma avere strutture che garantiscono al meglio la salute della madre e del bambino. Il piano prevede 10 punti chiave per ridisegnare la mappa della nascita del nostro Paese: riconvertire i centri in modo che siano attrezzati e sicuri, favorire il parto naturale, garantire a tutti l'accesso all'analgesia epidurale, migliorare la formazione degli operatori e monitorare e verificare costantemente le attività.

È necessario rendere operativo quanto previsto dal Piano per il riordino dei punti nascita

approvato dalla Conferenza Stato-Regioni. Le dieci linee di azione, che compongono il piano per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita, devono essere avviate congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale e comprendono:

1. misure di politica sanitaria e di accreditamento;
2. Carta dei Servizi per il percorso nascita;
3. integrazione territorio-ospedale;
4. sviluppo di Linee Guida sulla gravidanza fisiologica e sul TC da parte del Sistema Nazionale Linee Guida-Istituto Superiore di Sanità;
5. programma di implementazione delle Linee Guida;
6. elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita;
7. procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto;
8. formazione degli operatori;
9. monitoraggio e verifica delle attività;
10. istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita. **Y**

Walter Ricciardi*
Roberta Siliquini**

*Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane
**Università degli Studi di Torino

CONCLUSIONI

Invertire il trend che vede il genere femminile sempre più malato e disabile

■ Gli elementi scientifici analizzati nel presente volume e le riflessioni emerse dal panel di esperti coinvolti indicano come le differenze di genere nella salute rappresentino, ad oggi, uno dei principali fallimenti della Sanità pubblica ed una indubbia urgente sfida per il futuro. Infatti, benché l'aspettativa di vita nel nostro Paese stia crescendo, gli uomini stanno guadagnando in anni di vita "di salute", mentre le donne stanno guadagnando in anni di vita "di disabilità".

Queste differenze sono da attribuire a fattori biologici o sociali, oppure ad entrambi?

Mentre la ricerca biomedica enfatizza le differenze biologiche, quella sociale enfatizza il diverso peso del ruolo svolto e delle risorse impiegate nell'arco della vita. Nello specifico, sono diversi gli elementi di preoccupazione emersi dall'analisi svolta:

- relativamente alle patologie cardiovascolari, si va assistendo, soprattutto nei Paesi industrializzati, ad una inversione del trend: anche se il tasso di morbosità rimane più alto per gli uomini, le donne si vanno rapidamente adeguando per la sempre più crescente esposizione ai noti fattori di rischio (fumo di sigaretta, ipertensione, diabete, malnutrizione);
- le malattie autoimmuni colpiscono le donne in più del 60% dei casi e la gravidanza può, in alcuni casi, comportare un peggioramento del quadro clinico di queste patologie;
- l'incidenza delle malattie oncologiche si va riducendo con maggior lentezza nel genere femminile e con evidenti differenze geografiche;
- le donne sono largamente più interessate da patologia psichiatrica: depressioni, disordini dell'affettività, disor-

dini dell'alimentazione, fobie, ansia e attacchi di panico. Diversi organismi ed Istituzioni internazionali (Organizzazione Mondiale della Sanità, Commissione Europea, etc) dedicano all'argomento importanti progetti di ricerca e finanziamenti ed alcune evidenze sono ormai consolidate.

In primo luogo, il genere femminile ha meno accesso ai servizi sanitari rispetto a quello maschile. Questo è, ormai, indiscutibilmente attribuito a cause di tipo sociale: il ruolo di shock adsorber della famiglia, le difficoltà economiche che vedono le donne a maggior rischio di disoccupazione, la discriminazione all'interno del nucleo familiare e la concessione preferenziale di assegnazione delle risorse alle esigenze di salute maschile.

È poi evidenziato dalla letteratura come il genere femminile fruisca meno delle campagne di prevenzione primaria e secondaria a causa di un livello d'istruzione mediamente più basso e di una strutturazione psicologico-sociale diversa, che necessita di messaggi mirati, in considerazione anche del minor tempo da dedicare ai mezzi d'informazione.

Terzo elemento da considerare è l'aumento del rischio di ammalarsi per patologie che una volta colpivano solo gli uomini (malattie cardiovascolari, tumori al polmone per citarne solo alcune) e che rende la percezione del rischio errata causando, a volte, pericolosi ritardi diagnostici.

In ultimo, ma non per importanza, è da segnalare la scarsa attenzione dei servizi sanitari ai bisogni di salute al femminile (ad esempio, l'ambito materno-infantile e quello adolescenziale) e della ricerca nei confronti delle peculiarità di risposta di genere a diversi trattamenti e tecnologie sanitarie.

Per promuovere lo sviluppo sostenibile di una società che si basa sul ruolo svolto dalle donne, è necessario intervenire per invertire il trend che vede il genere femminile sempre più

malato e disabile. Sono improcrastinabili, quindi, interventi che agiscano sulle cause e garantiscano livelli di salute adeguati ed equi. Tali interventi sono ben delineati all'interno del volume ed evidenziano la necessità di una maggior definizione e messa in atto di servizi sanitari orientati alle differenze di genere, che vanno adeguatamente studiate sulla base della raccolta e dell'analisi di dati differenziati per genere.

Pare evidente che, a fronte della multifattorialità delle differenze, queste non possano essere totalmente risolte da una maggior attenzione al genere della ricerca scientifica e dell'organizzazione dei servizi: molti, infatti, sono gli aspetti che, considerando altre politiche da quelle sanitarie, possono essere motore di cambiamento (politiche sociali, economiche, lavorative, ambientali, educative ecc.).

Sono però indispensabili la consapevolezza e il riconoscimento, da parte del servizio sanitario, degli operatori stessi e della comunità scientifica, delle diverse esigenze delle donne e la programmazione e l'implementazione di percorsi di ricerca, preventivi, di diagnosi e cura e di riabilitazione maggiormente orientati a promuovere l'accesso al genere femminile. Ignorare tali elementi avrà come ricaduta, a breve termine, un aumento delle diseguaglianze; aumento che, nella maggior parte dei casi, sarà iniquo, nel senso di evitabile. A medio lungo termine, questa naturale se non contrastata diminuzione della salute della donna, porterà le nostre società ad essere in grave crisi nelle possibilità di gestione complessiva della salute, non più supportate dal sostegno che il genere femminile oggi fornisce, sostituendosi ai servizi sanitari nel garantire assistenza. **Y**

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello



È arcinoto che problemi economici vecchi e nuovi non permettono alla sanità pubblica di stare al passo dei tempi, sia come fornitura sia come rinnovo delle attrezzature. D'altro canto le nuove tecnologie sono sempre più sofisticate e costose. È il prezzo della continua evoluzione della scienza che per contro ha innegabilmente prodotto notevoli progressi in termine di salute. A queste difficoltà le varie associazioni di ricerca e cura hanno cercato di porre rimedio con appelli, che si succedono ormai a cadenza incessante, rivolti alla generosità della gente. Dopo Telethon, con le sue ragguardevoli cifre, gli appuntamenti annuali si sono moltiplicati e hanno via via coinvolto un po' tutti i campi della medicina, dall'oncologia alle malattie croniche. Da qualche tempo anche gli istituti di ricerca pubblici stanno tentando di migliorare la propria situazione economica attraverso l'invito ai contribuenti a devolvere il cinque per mille in occasione della dichiarazione dei redditi. Al di là

Forse sarebbe il caso di mettere in pratica qualcosa di simile anche in Italia. Dove ancora questa buona abitudine, a differenza delle tante pessime che dilagano, non ha preso piede



dell'efficacia, questi interventi rimangono comunque del tutto episodici. Chi si è recato in Gran Bretagna avrà invece avuto modo di incontrare, anche in piccoli centri, i Charity Shops, e, conoscendo un

po' di inglese, sa che il termine charity sta ad indicare nel caso specifico non la carità bensì la beneficenza. Sono negozietti piuttosto squallidi - ma a ben vedere non è che gli inglesi ci tengano tanto all'estetica

commerciale, o almeno quanto noi italiani - in cui è in vendita un po' di tutto, dagli abiti vintage ai casalinghi, dalle scarpe all'elettronica. Non manca anche qualche pezzo di piccolo antiquariato o più di frequente modernariato, a livello di bric-à-brac, per intenderci. Oggetti nuovi o usati, tutti offerti dagli abitanti più abbienti del posto. È la comunità cittadina poi a gestire tale commercio, attraverso donne di mezza età, anch'esse tipicamente inglesi, cordiali e gentili. Se sono così diffusi e rimangono in piedi vuol dire che riescono a sovvenzionare le associazioni cui sono intitolati e in nome delle quali fatturano. L'idea non è per nulla malvagia, perché una presenza costante abitua alla cultura della donazione, non più sentita come una noiosa ricorrenza, e in tal modo assicura ai beneficiari un introito continuo e

non occasionale. Questi negozi sono entrati così profondamente nel costume che ormai rientrano nei giri consueti dello shopping, sempre più difficoltoso in questi tempi di crisi. Forse sarebbe il caso di mettere in pratica qualcosa di simile anche in Italia. Dove ancora questa buona abitudine, a differenza delle tante pessime che dilagano, non ha preso piede, salvo quanto organizzato volta per volta dalle parrocchie per le proprie necessità. Affidandosi a queste iniziative più che ad altre, come le chiacchierate fondazioni, troppo spesso tanto tronfie quanto statiche, si potrebbe raccogliere abbastanza denaro per le attività meno importanti ma fondamentali, come l'assistenza oncologica e quella domiciliare, che il welfare riuscirà sempre meno a garantire, lasciando così i finanziamenti ufficiali alla gestione dell'ordinario.



Lavanda Vaginale

Eutrofico
Igienizzante Intimo

ALIS®
GININTIMO

**Eutrofico - Multifunzionale
il primo probiotico - antiossidante
a difesa dell'ecosistema vaginale**

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



Solo posti in piedi!

La riduzione di posti letto nei nostri ospedali resenta ormai la vera e propria desertificazione: la parossistica necessità di risparmio nell'ambito della Sanità ha prodotto situazioni di tagli praticamente indiscriminati (i cosiddetti 'tagli lineari') che non hanno fatto molta distinzione tra eliminazione di assurdi privilegi e sprechi dovuti a ragioni clientelari e privazione di bisogni fondamentali per i cittadini. La cura da cavallo imposta ad un'organizzazione sanitaria regionalizzata a macchia di leopardo ha da un lato prodotto una riduzione drastica dell'offerta sanitaria soprattutto pubblica, imponendo di fatto uno scivolamento nel privato (quando possibile e sopportabile per le tasche ormai vuote dei cittadini) di alcune prestazioni e servizi, dall'altro "tentando" di spostare sul territorio parte delle attività fino ad oggi prerogativa degli ospedali.

Questa operazione di "spinning review" (= 'spennamento' dei... cittadini-polli) seppure ha cancellato (pochi) abusi e iniqui privilegi, ha pur tuttavia creato serie difficoltà a larghe fasce di popolazione, soprattutto in chi non ha disponibilità economiche e non può permettersi forme di assicurazione sanitaria integrativa.

In sostanza, mentre negli Stati Uniti la tendenza imposta con grandi difficoltà dal presidente Obama è quella di allargare l'offerta sanitaria almeno in parte ai ceti meno abbienti, nel nostro bel Paese, si è deciso di ridurre in toto il livello del welfare! Pertanto se negli ospedali i posti letto sono sempre meno e le prestazioni vengono massicciamente 'deospedalizzate', come è giusto (entro certi limiti), d'altro canto le strutture ambulatoriali scoppiano e i tempi d'attesa diventano biblici con buona pace di qualche illustre esperto di Sanità.

Viene in mente quindi la proposta del patron di una compagnia aerea low cost assai nota, il quale non soddisfatto dei risparmi realizzati sui suoi aerei e dei costi aggiuntivi per i passeggeri (ipotizzando un obolo anche per l'utilizzo delle toilettes durante il volo) ha ben pensato di proporre la trasformazione di una parte dei sedili in... posti in piedi (ma soltanto per le tratte non troppo lunghe, eh!) con inevitabile imbragatura, modello salami, per i



...viene in mente la proposta del patron di una compagnia aerea low cost assai nota, il quale, non soddisfatto dei risparmi realizzati sui suoi aerei, ha pensato di proporre la trasformazione di una parte dei sedili in "posti in piedi"

poveri passeggeri praticamente sospesi al soffitto della cabina dell'aereo. Non pago di tale aumento della disponibilità di spazi e quindi di posti nei suoi velivoli, il Nostro ha ipotizzato anche la riduzione dei piloti, optando per un solo manovratore per l'aereo! Pensandoci bene, la situazione della nostra Sanità presto potrebbe somigliare molto a questo aereo assai economico anche se forse un po' scomodo e magari non troppo sicuro! Perché sprecare tante risorse per l'equipe chirurgica: un operatore basta e avanza e poi ancora, riduciamo anche gli infermieri dei blocchi operatori, i pazienti vadano a piedi a farsi operare o al massimo se la spingano da soli la barella! E poi pazienza se di posti-letto ce ne sono pochi: metteremo dei solidi ganci al soffitto e i pazienti li faremo stare in piedi in ospedale, ottimamente agganciati e assicurati al soffitto, naturalmente; è più igienico, non si produrranno mai piaghe da decubito e in ogni stanza si riuscirà a stivarne a decine! È vero, sembreranno tanti abiti appesi alle grucce degli armadi, ma sarà più facile e poco costoso

gestirli, più agevoli le pulizie sul pavimento, si ridurrà il fabbisogno di infermieri, le flebo magari se le terranno loro in una mano (tanto che altro potrebbero fare bloccati in piedi?). Abbiamo impiegato secoli per garantire una sempre più ampia tutela della salute delle persone, abbiamo fondato le nostre democrazie sul rispetto dei bisogni fondamentali delle persone, abbiamo esaltato i risultati raggiunti in termini di cura e assistenza alle persone deboli e malate e d'un colpo diciamo basta a molto di ciò a cui siamo stati educati soprattutto negli ultimi settant'anni per ritornare alla giungla del si salvi chi può? Chi l'ha detto che abbiamo sicuramente ragione i cosiddetti tecnici? E se si sbagliassero persino le loro menti illuminate? Non erano forse 'tecnici' e grandi menti quelli che dichiaravano senza dubbi che la terra era piatta e mandavano al carcere Galileo? E non si sbagliavano anche i grandi soloni di Wall Street che dagli uffici di celebri agenzie di rating economico fino a poche ore prima del fallimento dichiaravano senza alcuna esitazione la solidità di grandi banche d'affari come la

Lehman Brothers? Dicono che le risorse sono limitate: e se decidessimo che per noi comuni mortali non è così, che magari preferiamo assistere meglio i nostri vecchietti e non costruire mine a grappolo o aerei da guerra del costo ciascuno (ciascuno!) di oltre 70 (set-tan-ta!) milioni

E se optassimo per un paio di aerei in meno all'anno e qualche letto d'ospedale e qualche medico in più?

(milioni!) di euro? Se optassimo per un paio di aerei in meno all'anno e qualche letto d'ospedale e qualche medico in più? E se avessimo ragione noi e non gli onorevoli che oltre che strapagarsi e non pagare per converso quasi nulla, si provvedono di uno stuolo di medici specialisti a esclusivo loro uso all'interno del Senato della repubblica? Forse che le coronarie del parlamentare sono più importanti di quelle di un

comune cittadino che si trovi magari a cento metri dal portone del Parlamento? Come conciliare dunque questa smania di tagli alla sanità dei comuni cittadini, con l'incremento (anche recente) della già rilevante assistenza a onorevoli e senatori, direttamente... "a domicilio" dentro i palazzi del Parlamento? Tagli sì ma per gli altri, non certo per i potenti! Che cosa dobbiamo concludere? Chi ha una malattia grave e ad andamento cronico deve considerarsi un 'costo esorbitante' per la collettività? Dobbiamo provare a suggerire l'eutanasia per abbattere i costi della Sanità?

È una scelta giusta? Siamo sicuri? E se i cittadini volessero spendere 'tanto' per potersi curare come si deve per avere un comodo posto a sedere nell'aereo. Qualcuno ce lo ha chiesto? Chi ha deciso che dobbiamo stare in piedi? Ma è davvero un problema solo di costi? Non volendo o potendo eliminare storture e malversazioni si butta il bambino insieme all'acqua sporca? È giusto valutare il servizio sanitario esclusivamente sotto l'aspetto economico per cui i vecchi ad esempio sono una voce in rosso e quindi da 'ripiantare' in qualche modo o meglio ancora da... "tagliare"?

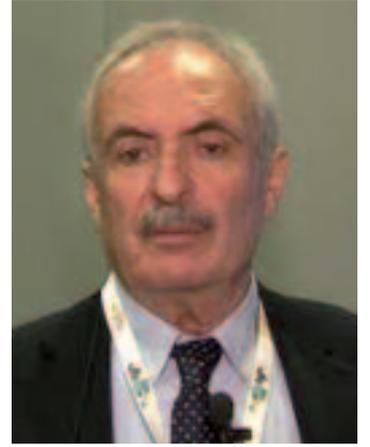
E gli abbienti? E gli esperti? E i "Tecnici" e i ministri possiamo credere che siano anche loro 'vittime' dei famosi tagli 'lineari'? E com'è che quando uno di questi personaggi si ammala, si trova sempre (sempre!) un posto letto in un grande ospedale e per i comuni mortali c'è sempre (sempre!) una barella in un corridoio di pronto soccorso in attesa di una qualche sistemazione magari in un ospedale a 30 chilometri? Io credo che tutti siamo del parere che le linee aeree low cost siano innegabilmente (senza esagerare) un grosso vantaggio per viaggiare risparmiando: ma quando è in gioco la nostra pelle gradiremmo che i piloti-chirurghi al tavolo operatorio fossero in numero giusto e il posto (letto) in ospedale ci fosse, comodo e adeguato alla necessità; altro che posti in piedi!

MAURO BUSCAGLIA CI HA LASCIATI

Tutta l'Aogoi esprime il suo profondo cordoglio e la sua vicinanza alla famiglia del professor Mauro Buscaglia, figura di spicco dell'Associazione e del mondo della ginecologia italiana. Ci ha lasciati pochi giorni dopo aver ricevuto l'Ambrogino d'oro 2012, il prestigioso riconoscimento che il Comune di Milano conferisce a personalità che danno lustro al nostro Paese e di cui avevamo dato annuncio sullo scorso numero di GynecoAogoi.

Ci associamo alle parole della vicepresidente Aogoi Valeria Dubini in questo ricordo del nostro collega e amico prematuramente scomparso: "porteremo con noi le sue sfide, il suo sorriso e la sua amicizia".

Il Direttivo e il Comitato di presidenza Aogoi



Ci lascia un grande vuoto, come tutte le persone che hanno dato molto

Con Mauro ho perso prima di tutto un amico.

Un amico grande, con una grande testa e un grande cuore: generoso di sé, dei suoi pensieri, delle sue emozioni, del suo modo di vedere le cose.

Ho perso un collega con il quale ho condiviso gran parte del mio percorso professionale: dalla difesa della legge 194 all'assistenza alle donne straniere, dalla contraccezione alla violenza di genere... erano tanti i temi che ci stavano a cuore e che ci hanno sempre visti vicini e partecipi.

Più di tutto, forse, abbiamo condiviso il modo di interpretare la nostra professione: l'idea che il medico non possa essere solo quello che "ripara", ma debba necessariamente farsi carico dei problemi che precedono la malattia e di quelli che l'accompagnano, debba impegnarsi a individuare e rimuovere le cause che stanno dietro alle patologie e anche alle scelte difficili. In una parola l'idea che non può esistere una buona medicina che non si occupi della comunità e delle sue

scelte sociali e politiche.

Mauro era un vero laico: come tutti i veri laici non aveva bisogno di alzare steccati ed era capace di colloquiare con chi, da cattolico vero, sapeva fare altrettanto: la sua stima personale con il Cardinale Martini, ne è la dimostrazione più efficace. Ma era anche capace di combattere senza timori le posizioni che riteneva inique e ingiustificate, come quando è stato in prima linea in difesa della 194 che una proposta regionale voleva in parte snaturare, rendendo arbitrariamente le cose solo più difficili per le donne.

Mi ha sempre sostenuto con semplicità e senza piaggeria nelle battaglie per una maggiore presenza femminile nei ruoli chiave: in politica, nelle associazioni, nel nostro lavoro.

Non poteva essere diversamente, diceva lui, per uno che aveva dedicato la vita ad occuparsi del benessere delle donne, e che aveva imparato bene a conoscerne e riconoscerne il valore, il coraggio, la passione.

Ma Mauro sapeva anche ridere: il suo lombardo e il mio toscano spesso si intrecciavano sul filo dell'ironia e le nostre telefonate serie finivano sempre, nonostante tutto, in grandi risate. Nonostante la malattia, nonostante il dolore, le ricadute, l'affanno di certe giornate.

Negli ultimi tempi mi ha insegnato alcune cose importanti: ho imparato che per incontrare la nostra finitezza, accettare che non siamo né invincibili né invulnerabili, ci vuole una grande intelligenza e un grande coraggio, ed è un coraggio contagioso che rassicura e scalda i cuori anche di chi ti sta accanto.

E poi ho imparato che continuare a pensare, sognare, progettare è la forza della natura umana, ed è quello che ti fa restare vivo davvero fino alla fine.

Io credo molto nel valore della memoria: la memoria, quel piccolo pezzetto di noi che riusciamo a lasciare nelle persone che incontriamo è alla fin fine quello che rimane del nostro passaggio sulla terra e anche quello per cui questo pas-

saggio vale davvero la pena.

Negli ultimi tempi Mauro aveva voglia di lasciare dei segnali nella nostra memoria, aveva voglia di raccontarsi, di testimoniare: ne sono un esempio la bellissima intervista rilasciata alla giornalista Renata Molho e visibile su Youtube, il suo desiderio di scrivere un libro sulla malattia e la gioia di ricevere un grande riconoscimento come l'Ambrogino d'oro, che, per quanto provato, è riuscito ad andare a ritirare il 7 dicembre scorso, pochi giorni prima di lasciarci.

Ed è anche per questa passione che ci lascia un grande vuoto, del resto come tutte le persone che hanno dato molto.

Dobbiamo essere felici di avere avuto la fortuna di conoscerlo e di averlo avuto come personaggio di spicco della nostra Associazione, di potere ricordare le sue osservazioni acute e intelligenti e di poter fare sì che le sue idee continuino a vivere: io mi porto nel cuore le sue sfide, il suo sorriso e la sua amicizia.

Valeria Dubini



Scuola Multidisciplinare di Formazione Aggiornamento e Qualificazione in Fisiopatologia del Tratto Genitale e Malattie a Trasmissione Sessuale

Riconosciuta dalla I.U.S.T.I. – EUROPE

International Union Against Sexually Transmitted Infections

Riconosciuta dalla AOGOI - Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani quale Polo Culturale di Eccellenza per le attività didattiche e scientifiche promosse



32° CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN FISIOPATOLOGIA CERVICO-VAGINALE E VULVARE, COLPOSCOPIA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

Ascoli Piceno, 8 – 10 Aprile 2013

Sede prevista dell'Insegnamento:

Centro Congressi – Complesso Fieristico della Camera di Commercio

COORDINATORE DELL'INSEGNAMENTO: DOTT. MARIO PERONI

DOCENTE STRANIERO D'ONORE: DOTT. JEAN LUC MERGUI - PARIGI

Presidente del Collegio Internazionale di Ginecologia Ambulatoriale
Vice Presidente Società Francese di Colposcopia e Patologia Cervico-Vaginale

PROLUSIONE ALL'INSEGNAMENTO: DOTT. GIOVAN BATTISTA ASCONE - ROMA

Dirigente Emerito del Dipartimento della Sanità Pubblica delle Innovazioni,
Ufficio Salute della Donna e dell'Età Evolutiva, Ministero della Salute

Il Corso, organizzato annualmente da oltre un trentennio, si svolge in una Città ospitale, ricca di arte e di storia e raccoglie ampi consensi. Lo stesso mantiene la sua valida impostazione e pur rinnovato costantemente sotto il profilo culturale e didattico, si articola in sessioni che attengono i più recenti aspetti della prevenzione ginecologica e delle terapie per il tramite di lezioni, video-proiezioni con immagini e filmati diagnostici e terapeutici, conferenze, tavole rotonde e discussioni e mira alla partecipazione quanto più attiva degli Allievi ai quali è destinato. Oltre a lezioni teoriche sono come sempre previste esercitazioni pratiche per piccoli gruppi di Allievi che, sotto la guida di esperti Tutors, si realizzano mediante strumentazioni adeguate e talora con il ricorso a simulatori, al fine di iniziare gli Allievi alle attività pratiche o con la finalità di perfezionarli nelle loro più corrette attitudini fra cui microscopia, colposcopia, isteroscopia, elettroterapia e laserterapia, queste ultime realizzate su tessuti animali. L'Insegnamento prevede per la sua migliore riuscita un numero programmato di Partecipanti e rivolge globale attenzione ai più corretti protocolli diagnostici e terapeutici secondo le più attuali Linee Guida nazionali ed internazionali e, nel rispetto delle tradizionali acquisizioni citologiche e colposco-

piche, considera ed approfondisce l'apporto, sempre più rilevante, della biologia molecolare e con riferimenti ad indagini epidemiologiche. Particolare attenzione è riservata a quanto connesso con le Malattie a Trasmissione Sessuale nella loro prevenzione, nella diagnostica e nelle terapie, specie per l'HPV ed i vaccini, come anche con lo studio della fisiopatologia della vulva. E' previsto che il Corso rientri negli obiettivi di interesse nazionale del Ministero della Salute nell'ambito della Educazione Continua in Medicina, lo stesso avendo costantemente ottenuto elevato numero di crediti formativi. Fra i patrocini costantemente conferiti vi sono quelli della International Union Against Sexually Transmitted Infections (I.U.S.T.I. - EUROPE), della SIGO, della AOGOI come anche il Corso è stato oggetto di positiva considerazione dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e da Organi Istituzionali di rilievo. Sono ammessi a partecipare Medici, Specialisti e Specializzandi prevalentemente in Ginecologia ed Ostetricia, sia Italiani che Stranieri come anche altri Professionisti Sanitari. Per quanto attiene la lezione del Docente Straniero è prevista la traduzione simultanea. Altresì si prevede di realizzare materiale didattico destinato agli Allievi.

Al Corso sono stati attribuiti 23 Crediti ECM - Evento n° 51412

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:
ETRUSCA CONVENTIONS - Via Bonciario, 6d - 06123 PERUGIA
tel./fax: 075/572232 - e-mail: info@etruscaconventions.com

I nuovi colori della contracccezione

24+4
Compresse

Daylette®

3 mg/0,02 mg
Drospirenone/etinilestradiolo

Liladros®

3 mg/0,02 mg
Drospirenone/etinilestradiolo

Midiana®

3 mg/0,03 mg
Drospirenone/etinilestradiolo



Per maggiori informazioni consultare i Riassunti delle Caratteristiche del Prodotto disponibili su richiesta.

www.msd-italia.it
www.contattamsd.it

www.univadis.it
info@contattamsd.it

