



### I DOSSIER DI GYNECO

# Troppi errori in corsia o pochi strumenti di tutela medica?

#### ■ SPENDING REVIEW

La Spending review è legge.  
Tagli per 6,8 mld da qui al 2015  
e via 27mila posti letto

#### ■ XX FIGO WORLD CONGRESS

Il 7 ottobre a Roma l'Italia protagonista  
del più grande evento  
della ginecologia mondiale

#### ■ SCUDO AOGOI

Buone notizie sul fronte  
dello Scudo Giudiziario AOGOI

5/6  
2012



# Gyno-Canesten Inthima

COSMETIC



## Vicino alle donne nell intimo

Detergente per l'igiene intima  
**AZIONE LENITIVA**



Specifico in caso di irritazione  
e bruciore intimo

Allevia il prurito  
dando sollievo per 12 ore

Efficacia clinicamente provata\*



[www.inthimacosmetic.it](http://www.inthimacosmetic.it)

DERMATOLOGICAMENTE TESTATO  
SENZA SAPONI NÉ COLORANTI

\* Siboulet A., Bohbot J.M. - Étude comparative Gyn-Hydralin® - Placebo: prurit génital. TAP Gyn. Obs. n° 398, 1-15 Janvier 1999.  
Uno studio clinico condotto su 300 pazienti ha dimostrato l'efficacia di Gyno-Canesten Inthima Cosmetic nell'alleviare la sensazione di prurito della zona genitale con un effetto garantito per 12 ore.



## EDITORIALE

## L'Italia protagonista del più grande evento della ginecologia mondiale



Vito Trojano  
Presidente nazionale Aogoi

Il Congresso mondiale della Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia è un evento eccezionale e importantissimo per il nostro Paese. Si tratta infatti della prima volta che la Figo celebra il suo Congresso in Italia.

È un grande riconoscimento per la ginecologia italiana e per noi motivo di grande orgoglio. Vuol dire, infatti, che lo sforzo da noi fatto in questi anni ha avuto un riscontro e una rilevanza a livello internazionale. La partecipazione di tutti voi al Congresso Figo è quindi un'opportunità da cogliere per almeno tre buoni motivi:

- sarà l'occasione per confrontarsi con i più famosi e qualificati esperti della ginecologia-ostetricia mondiale, per la prima volta riuniti tutti insieme in Italia;
- sarà una straordinaria vetrina per i giovani colleghi, a cui è stato riservato ampio spazio di intervento;
- sarà l'unico Congresso Figo che si terrà in Italia da qui ai prossimi 100 anni, perché solo ogni 15 anni l'Europa viene scelta come sede congressuale.

È dunque un'occasione straordinaria ed è importante che tutti i professionisti della ginecologia-ostetricia italiana ne siano protagonisti.

Nel corso dei sei giorni di lavoro confronteremo le esperienze, i protocolli, i progetti e le prospettive della ginecologia in uno scenario che vedrà coinvolto tutto il mondo. Saranno presenti almeno 6 mila professionisti, tra congressisti e relatori. I relatori italiani saranno 77, di questi il 60/70 per cento è rappresentato da giovani. Ai giovani colleghi è affidato il futuro della nostra professione e dare loro adeguato spazio è un preciso impegno della nostra associazione ed è uno dei punti di forza del mio programma di presidente Aogoi. Per questa occasione, in particolare, sono stati selezionati in qualità di relatori da una apposita Commissione internazionale, a garanzia della preparazione e della qualità dei lavori che saranno presentati al Congresso.

I giovani, però, non saranno gli unici protagonisti del Congresso. Al loro fianco ci sarà un'ampia presenza dei colleghi di lunga esperienza, che nel corso delle giornate congressuali potranno confrontarsi con i colleghi sia a livello nazionale che internazionale. La presidenza e il direttivo nazionale Aogoi si sono impegnati a diffondere informazioni, notizie e aggiornamenti su questo grandioso evento. Potrete seguire i momenti salienti di ogni giornata congressuale dai siti di Aogoi, Sigo e *Quotidiano sanità*.

Ci auguriamo comunque di vedervi a Roma dal 7 al 12 ottobre. La vostra presenza, numerosa e qualificata, sarà un elemento che valorizzerà il Congresso Figo e tutta la ginecologia italiana, che potrà così dimostrare ancora una volta di essere una realtà di riferimento importante della ginecologia mondiale.

- 4 **PRIMO PIANO**  
**La Spending review è legge. Tagli per 6,8 mld da qui al 2015 e via 27mila posti letto**
- 6 **Tagli ai servizi sanitari e peggiori condizioni di lavoro per i medici**  
di Carmine Gigli
- 7 **Il ministro Balduzzi convince il CdM**  
**Via libera al "Decreto Sanità"**
- 8 **XX FIGO WORLD CONGRESS**  
**La sfida di Roma 2012**  
di Carlo Sbiroli
- 10 **IN EVIDENZA**  
**Buone notizie sul fronte dello Scudo Giudiziario AOGOI**
- 11 **PROFESSIONE**  
**Troppi errori in corsia o pochi strumenti di tutela medica?**  
di Vania Cirese
- 13 **Sigo: "Contrari al bonus malus per i camici bianchi"**
- 13 **Salviamo il rapporto medico-paziente dalle campagne mediatiche**  
di Benedetto Fucci
- 15 **Intervista ad Antonio Palagiano, nuovo presidente della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori e i disavanzi sanitari.**  
**"Subito al lavoro sulle assicurazioni per i medici e sui costi della Pma"**  
di Eva Antoniotti
- 16 **La responsabilità professionale del medico in formazione**  
di Pier Francesco Trropea
- 17 **Le ostetriche italiane prendono parte al FIGO 2012**  
di Elsa Del Bo
- 18 **Convenzione Assicurativa per Ostetriche dipendenti e libere professioniste A.I.O.**  
di Antonella Marchi
- 19 **Importante onorificenza per il Professor Giovanni Monni**
- 19 **Il mistero della maternità nella cultura longobarda**  
di Maurizio Silvestri
- RUBRICHE**
- 20 **Meditazioni**  
Giuseppe Gragnaniello
- 20 **Libri**
- 20 **Fatti&Disfatti**  
Carlo Maria Stigliano
- 20 **Corsi e Congressi**

## La Spending review è legge

# Tagli per 6,8 mld da qui al 2015 e via 27mila posti letto

Come previsto, è arrivato nei primi giorni di agosto con voto di fiducia il via libera di Senato e Camera alla Spending review, votato congiuntamente con il decreto legge in materia di dismissioni del patrimonio pubblico.

Per la sanità l'ammontare dei risparmi per il Ssn sale di 2,100 miliardi, passando da 4,7 miliardi a 6,8 miliardi da qui al 2015. Il Governo ha infatti "esteso" gli effetti delle misure proiettandole anche sul 2015 con l'aggiunta di ulteriori 100 milioni di risparmi rispetto all'anno precedente. E poi taglio dei posti letto (almeno 27 mila secondo le nostre stime) e del tasso di ospedalizzazione, farmaci, farmacie, aziende, beni e servizi e molto altro ancora. Ecco una sintesi delle norme sulla sanità contenute nella legge sulla spending review.

### Auto mediche articolo 5, comma 2

Sono state escluse dai tagli le autovetture "per i servizi sociali e sanitari svolti per garantire i livelli essenziali di assistenza".

### Tagli al fondo sanitario articolo 15, comma 22

Il finanziamento del Ssn è ridotto di 900 milioni di euro per il 2012, di 1,8 miliardi per il 2013, di 2 miliardi per il 2014 e di 2,1 miliardi a partire dal 2015. Il riparto delle risorse con i nuovi importi dovrà essere effettuato in sede di autocordinamento tra le Regioni e le PA, entro il 30 settembre 2012 per il fondo di quest'anno ed entro il 30 novembre 2012 per quello degli anni 2013 e seguenti. In assenza di accordo tra le Regioni il riparto sarà attuato dal Governo.

Fortemente criticato per la sua impostazione che a molti (Regioni in primis) ricorda più una vera e propria manovra di tagli piuttosto che una revisione della spesa a servizi invariati, il decreto ha raggiunto il traguardo. Ma in una versione significativamente rivista dal Governo rispetto al testo approvato in Consiglio dei Ministri il 6 luglio



### Ospedali articolo 15, comma 13, lettera c

Entro il 31 dicembre 2012 la dotazione di posti letto per abitante dovrà essere ridotta al 3,7 per mille, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza. La riduzione dovrà riguardare per il 50% i presidi pubblici e per il restante 50% i privati. Dovrà essere effettuata chiudendo intere unità operative complesse.

In rapporto alla riduzione dei letti dovranno anche essere adeguate le dotazioni organiche di personale, mentre fino al conseguimento dei nuovi standard saranno sospesi conferimento o rinnovo di incarichi di primaria (ex art.15-septies del dlgs 502/92). Entro la stessa data le Regioni dovranno poi ridurre il tasso di ospedalizzazione al 160 per mille di cui il 25% riferito al day hospital.

La manovra interviene anche in riferimento ai piccoli ospedali. Non è più contemplata la chiusura di quelli con meno di 120 letti, intenzione originaria del Governo, ma si prevede comunque che le Regioni effettuino una verifica della loro funzionalità.

Viene anche previsto un nuovo regolamento da varare entro il 31 ottobre 2012 che fissi nuovi standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera.

### Beni e servizi articolo 15, commi 12, 13 e 14

La spending review prevede diverse misure per contenere la spesa per l'acquisto di beni e servizi. A partire dal taglio del 5% degli oneri dei contratti di fornitura di beni e servizi sanitari già in essere, ad esclusione dei farmaci (vedi altra parte della manovra). La riduzione scatterà subito e durerà per tutta la

durata dei contratti, salvo che per i dispositivi medici per i quali durerà solo fino al 31 dicembre 2012. Dal 2013 entrerà infatti in vigore un apposito tetto di spesa per calmierare il settore (vedi paragrafo "dispositivi medici").

Ai fini di tenere sotto controllo la spesa per beni e servizi è poi previsto che le Asl possano ridiscutere con i fornitori i contratti già stipulati qualora dalla loro verifica risultino differenze significative di prezzo per le forniture superiori al 20% rispetto ai prezzi di riferimento elaborati ai sensi del decreto "Tremonti". Se non c'è accordo le Asl possono recedere il contratto senza alcun onere a loro carico. Per gli acquisti scatta poi l'obbligo per le Regioni che non sono provviste di centrali di acquisto locali, di utilizzare gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici della Consip.

#### Dispositivi medici articolo 15, comma 13, lettera f

Il tetto di spesa previsto dal decreto "Tremonti" viene determinato nel 4,9% nel 2013 e nel 4,8% a partire dal 2014.

#### Prestazioni del privato accreditato articolo 15, commi 14 e 15

Taglio lineare dello 0,5% nel 2012, dell'1% nel 2013 e del 2% nel 2014 ai fini di ridurre nella stessa misura i costi dei contratti e degli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera.

Si prevede poi la rideterminazione delle tariffe massime per le prestazioni erogate dalle strutture accreditate rimandando a un decreto della Salute di concerto con l'Economia. Gli importi superiori a queste nuove tariffe saranno a carico delle Regioni.

#### Patto per la salute articolo 15, comma 12

I tagli previsti per beni e servizi, dispositivi medici e prestazioni del privato accreditato, a valere dal 2013, potranno essere rimodulati, a saldi invariati, previo accordo con le Regioni nell'ambito del nuovo Patto per la Salute 2013/2015 da stipularsi entro il 15 novembre 2012.

#### Piani di rientro articolo 15, comma 20 e 21

Viene data la possibilità alle Re-

gioni di prolungare ulteriormente il Piano di rientro anche nel 2013 qualora la verifica delle misure adottate fino a quel momento non sia positiva. Vengono poi meglio definiti i criteri per la verifica degli obiettivi del Piano di rientro.

#### Farmaci articolo 15, commi 1/11

Per il 2012 è previsto un aumento dello sconto obbligatorio che le farmacie e le aziende farmaceutiche praticano nei confronti del Ssn, che passa per le farmacie da 1,82% a 2,25% e per le aziende farmaceutiche da 1,83% a 4,1 a partire dall'entrata in vigore del decreto.

Viene poi prevista l'adozione entro il 1° gennaio 2013 di un nuovo sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco (grossisti e farmacie) che sarà definito da un decreto della Salute di concerto con l'Economia, previa accordo con Aifa e associazioni di categoria. Il decreto dovrà essere emanato entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del decreto. In caso di mancato accordo il decreto sarà comunque emanato, sentite le commissioni parlamentari competenti. Con l'entrata in vigore del nuovo metodo di remunerazione verranno a cadere gli sconti e le trattenute sulle somme dovute alle farmacie per la convezione con il Ssn.

Per gli anni successivi la revisione della spesa viene operata tramite una ridefinizione delle regole che prevedono un tetto di spesa sia per la farmaceutica convenzionata territoriale che per la farmaceutica ospedaliera. Per la farmaceutica territoriale viene individuato un nuovo tetto di spesa pari 13,1% nel 2012 e all'11,35% a partire dal 2012. Oggi il tetto della spesa farmaceutica territoriale è del 13,3%. Per la farmaceutica ospedaliera il nuovo tetto è del 3,5% rispetto al precedente 2,4%. Dal tetto sono esclusi i farmaci di classe A in distribuzione diretta o per conto, la spesa per i vaccini e per i medicinali di cui alle lettere c e cbis dell'art.8, comma 10 della legge 537 del 1993, le preparazioni magistrali e officinali delle farmacie ospedaliere, i medicinali esteri e i plasma derivati di produzione regionale e da tutte le somme derivanti dai vari meccanismi di compartecipazione delle aziende farmaceutiche (pay back e altre forme). Il pay back resta al 100% a carico delle aziende farmaceutiche in caso di sfondamento del tetto di spesa anche per i farmaci orfani.

Ai fini del contenimento della

### POSTI LETTO PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI

Stima dei tagli della spending review che prevede 3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti (dati su popolazione 2009 e 2011)

Regione	Posti letto anno 2009	Posti letto per 1.000 ab. anno 2009	Posti letto dopo i tagli della spending review (con indice di 3,7 p.l per 1.000 ab.)	Differenza % posti letto dopo i tagli della spending review rispetto al 2009
Piemonte	18.806	4,0	16.492	-12,3
Valle d'Aosta	535	4,2	474	-11,4
Lombardia	43.039	4,4	36.695	-14,7
P.A Bolzano	2.163	4,4	1.878	-13,1
P.A. Trento	2.477	,48	1.959	-20,9
Veneto	19.673	4,1	18.270	-7,1
Friuli V.G.	5.260	4,3	4.572	-13
Liguria	7.134	4,4	5.982	-16,1
Emilia Romagna	19.960	4,6	16.400	-17,8
Toscana	14.748	4,0	13.874	-5,9
Umbria	3.256	3,6	3.354	+3,0
Marche	6.447	4,1	5.792	-10,1
Lazio	26.473	4,7	21.196	-19,9
Abruzzo	5.669	4,3	4.967	-17,1
Molise	1.771	5,5	1.183	-33,2
Campania	20.887	3,6	21.586	+3,3
Puglia	15.960	3,9	15.137	-5,1
Basilicata	2.157	3,6	2.174	+0,7
Calabria	7.929	4,0	7.442	-6,1
Sicilia	19.433	3,9	18.689	-3,8
Sardegna	7.246	4,4	6.199	-16,8
<b>Totale</b>	<b>251.023</b>	<b>4,2</b>	<b>224.315</b>	<b>-26.708 (10,6%)</b>

Fonte: Quotidiano Sanità su dati Ministero Salute

### POSTI LETTO ADDIO. ECCO I TAGLI REGIONE PER REGIONE

Scongiurata, per il momento, la chiusura dei piccoli ospedali, la rete ospedaliera italiana sarà comunque soggetta ad una massiccia razionalizzazione della sua dotazione di posti letto. La spending review approvata dal Parlamento prevede infatti che entro l'anno le Regioni debbano adeguare la dotazione di posti letto nei loro ospedali a due nuovi parametri: 3,7 posti letto per mille (oggi l'indice è fissato al 4 per mille ma quello reale è del 4,2) e il tasso di ospedalizzazione (per i ricoveri ordinari e in day hospital) al 160 per mille, contro il 180 per mille attuale. La riduzione dovrà riguardare per il 50% i posti letto nei presidi pubblici e per il restante 50% i posti letto nei presidi privati, e dovrà essere effettuata chiudendo intere unità operative complesse.

Ma nei fatti, quanti posti letto in meno ci saranno in Italia a partire dal prossimo anno? Le stime di Quotidiano Sanità indicano un taglio complessivo di 26.700 letti rispetto alla dotazione di letti del 2009, quando il rapporto posti letto abitante risultava essere di 4,2 per mille. La riduzione da operare è quindi di 0,5 punti ed equivarrebbe ad un taglio di 26.700 letti, con una nuova dotazione complessiva, in linea con il nuovo parametro del 3,7 per mille, di circa 224 mila posti letto negli ospedali pubblici e accreditati a fronte dei 251 mila presenti sempre nel 2009.

Ecco nel dettaglio ciò che potrebbe accadere nelle singole Regioni, confrontando la dotazione ospedaliera presente nel 2009, quando la dotazione media era appunto di circa 4,2 x mille abitanti, con quella che ne deriverebbe applicando a tutti il 3,7 x mille. Il taglio, come detto, dovrebbe essere di circa 26.700 posti letto, ovvero in media una riduzione del 10,6% rispetto al 2009.

In testa alla classifica delle Regioni che dovranno tagliare più letti c'è il Molise, che rispetto al 2009 vedrà ridursi la dotazione del 33,2%. Insomma, un posto letto su tre sarà tagliato. Riduzione drastica anche nella Pa di Trento dove il calo sarà del 20,9%, mentre sul terzo gradino di questa speciale graduatoria troviamo poi il Lazio, che a fronte dei 26.473 posti del 2009 dovrà passare a 21.196. Più di 5.000 letti in meno, ovvero una riduzione del 19,9%. Tagli ingenti anche per l'Emilia Romagna (-3.500 letti per una riduzione del 17,8%), per la Sardegna (-16,8%) e per la Liguria (-16,1% rispetto al 2009). Ma in questo scenario di tagli ci sarà anche qualche regione che beneficerà invece di un aumento (seppur minimo) della dotazione di letti. Stiamo parlando della Campania vedrà il suo numero di posti letti crescere rispetto al 2009 del 3,3%. Stesso discorso varrà anche per l'Umbria, dove l'aumento della dotazione sarà del 3%. Lievissimo incremento (+0,7%) anche per la Basilicata.



farmaceutica ospedaliera vengono poi previsti dei budget annuali per le aziende produttrici in relazione alla presenza di farmaci generici e per i farmaci con copertura brevettuale. Viene inoltre istituito un fondo aggiuntivo per la spesa dei farmaci innovativi che sarà gestito dall'Aifa e finanziato con l'80% dei risparmi ottenuti per effetto delle scadenze brevettuali.

#### Farmaci generici articolo 15, comma 11-bis

Il medico che cura un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, è tenuto a indicare nella ricetta del Servizio sanitario nazionale la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco. Il medico ha facoltà di indicare altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo; tale indicazione è vincolante per il farmacista

ove in essa sia inserita, corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità di cui all'articolo 11, comma 12 del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito con modificazioni dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Il farmacista comunque si attiene a quanto previsto dal menzionato articolo 11, comma 12.

#### Cure primarie articolo 15, comma 13, lettera c

Si prevede che, nell'ambito della ridefinizione della rete ospedaliera, si tenga conto della contestuale riorganizzazione dei servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzata all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio, anche con riferimento agli standard europei.

#### Pubblico e privato articolo 15, comma 13, lettera c-bis

È prevista la possibilità di sperimentare nuovi modelli di assi-

stenza per contenere la spesa, anche attraverso sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere.

#### Direttori sanitari e direttori medici articolo 15, comma 13, lettera f-bis)

Nelle aziende ospedaliere, ospedaliere-universitarie e negli Irccs, costituiti da un unico presidio, le funzioni di direttore sanitario assorbiranno anche quelle rivestite dall'attuale figura del direttore medico.

#### Personale articolo 15, comma 21)

Nella valutazione dei rendiconti finanziari delle Regioni non saranno più considerati i risparmi ottenuti attraverso il taglio delle spese per il personale. Tuttavia, per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro restano fermi gli specifici obiettivi previsti dai piani in materia di personale.

#### Costi standard articolo 15, comma 25 ter

Accelerazione per l'adozione dei costi standard sanitari previsti dal federalismo fiscale. Entro il 31 ottobre 2012 il Governo dovrà acquisire e pubblicare i dati relativi ed entro il 31 dicembre 2012, definire i tempi di attuazione dell'adozione dei costi e fabbisogni standard in sanità.

#### Valutazione degli esiti delle prestazioni sanitarie articolo 15, comma 25 bis

Spetterà all'Agenas, che pertanto sarà autorizzata ad accedere a tutti i dati informativi del Ssn.

#### Aumento Irpef in Regioni con Piano di rientro articolo 16, comma 12-septies

Approvato anche un emendamento con cui si stabilisce che le Regioni in disavanzo sanitario potranno aumentare l'addizionale Irpef già dal 2013, in anticipo di un anno rispetto al pre-

visto. Le Regioni interessate sono Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia, Calabria, Piemonte e Puglia e potranno anticipare la maggiorazione dell'addizionale, ora fissata allo 0,5%, fino all'1,1% (emendamento all'articolo 16).

#### Concorsi farmacie articolo 23, commi 9-bis e 10

Recepisce in parte le disposizioni correttive al "Cresci Italia" annunciate nelle settimane scorse dal ministro Balduzzi. Il provvedimento è finalizzato a "rendere uniformi e trasparenti le modalità di espletamento delle procedure relative al concorso straordinario per l'apertura di nuove sedi farmaceutiche" previsto dal decreto del marzo scorso. Si prevede, tra le altre cose, che il "pensionamento" a 65 anni introdotto per i direttori di farmacia abbia efficacia dal 1° gennaio 2015 e contestualmente è stata introdotta un'eccezione per le farmacie rurali sussidiate, nei confronti delle quali tale norma non si applica. ■

## Spending review

# Tagli ai servizi sanitari e peggiori condizioni di lavoro per i medici

**Carmine Gigli**  
Presidente FESMED

Il decreto legge 95/2012, noto come "spending review" riduce lo standard dei posti letto ospedalieri dal 4,0 a 3,7/per mille abitanti, "adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni".

In pratica, questa norma non si limita a stabilire la riduzione dei posti letto negli ospedali, con quanto ne consegue in termini di riduzione dei servizi ai cittadini ma, contemporaneamente, fa diminuire anche la dotazione di personale delle Aziende, quella che una volta si chiamava la pianta organica. Purtroppo, dobbiamo osservare che, aumentando in percentuale i ricoveri diurni

**Nulla è stato fatto in sanità per prevenire il rischio clinico migliorando l'offerta sanitaria, riducendo il contenzioso medico-paziente e tagliando i costi della "medicina difensiva"**

ni, questo decreto rende ancora più frenetica e stressante l'attività per i pochi medici che resteranno in servizio.

#### Peggiori condizioni di lavoro

Il fatto che i medici saranno sempre di meno negli ospedali viene confermato dallo stesso decreto, che prevede la proroga a tutto il 2015 dell'obiettivo di contenimento della spesa del personale in sanità. Quindi, nei prossimi tre anni, il numero delle unità di personale da assumere non potrà eccedere il 50 per

cento delle unità cessate nell'anno precedente. I medici del SSN, i quali sono già penalizzati dal fatto che per gli anni 2011, 2012 e 2013 il loro trattamento economico rimarrà bloccato al livello del salario percepito nel 2010, adesso devono attendersi anche un peggioramento delle condizioni di lavoro. Questo emerge chiaramente da quanto vi ho illustrato e dai gravi ritardi che si registrano nell'organizzazione dei servizi territoriali.

#### Tagli ai servizi

Il mancato decollo dei servizi



che dovrebbero essere svolti a livello territoriale porterà i cittadini a continuare a rivolgersi all'ospedale per qualsiasi problema di salute, come hanno fatto sino ad oggi. Ma, con questo programma di riduzione delle risorse, sarà ancora possibile fornire ai cittadini le risposte di salute che gli vengono offerte attualmente? Difficile dire cosa re-

sterà degli attuali LEA e cosa dovrà essere sacrificato, certamente sarà difficile continuare a fornire le stesse prestazioni con meno medici, con meno posti letto e con meno risorse. Secondo il Governo i tagli non incideranno sui servizi e nessuno dice apertamente che sarà inevitabile una riduzione dell'offerta sanitaria, che inevitabilmente andrà a colpire le fasce a reddito più basso. Magari qualche Amministratore aziendale è convinto di poter far fronte alla situazione che si verrà a creare, riproponendo la vecchia ricetta di "spremere" ancora di più i medici e dare sempre agli stessi dottori la colpa dell'allungamento delle famigerate liste d'attesa. Forse si sarebbe potuto intervenire per risparmiare, tagliando gli sprechi e i privilegi, senza penalizzare la sanità e lo stato sociale. Non voglio aggiungermi alla schiera dei polemisti ma, non posso sottrarmi dall'osservare che nulla è stato fatto in sanità per ridurre le spese che derivano dai rischi, ai quali vengono esposti gli operatori sanitari e di conseguenza i cittadini. Un'accorta politica di prevenzione del rischio clinico e una revisione della normativa sulla responsabilità professionale potrebbero migliorare l'offerta sanitaria, ridurre il contenzioso medico-paziente e tagliare i costi della "medicina difensiva". Senza dimenticare i possibili risparmi che derivano dal fatto

che un medico, se lavora in un ambiente sereno e non stressante commettere sicuramente meno errori. Queste considerazioni mi permettono di riallacciarmi alle inadempienze sulla sicurezza in sanità per le quali il nostro Paese continua a distinguersi.

#### Violazione della direttiva europea su riposi e pause

Non a caso l'Unione Europea ha inviato lo scorso 26 aprile all'Italia una lettera di messa in mora riguardante la non applicazione della direttiva europea sugli orari di lavoro e i tempi di riposo per i medici.

L'Italia, con il d.lgs. n.66/2003, aveva recepito la direttiva Ue sul limite massimo settimanale di 48 ore (straordinari compresi) e di riposo giornaliero (11 ore su 24). In un secondo tempo, la legge Finanziaria 2008 (Governo Prodi) ha introdotto una deroga sui riposi per il personale delle aree dirigenziali delle Asl ed a seguire, la legge 133/2008

(Riforma Brunetta) ha modificato anche il limite massimo degli orari di lavoro, demandando il tutto alla contrattazione.

La conseguenza è stata che adesso ogni Regione ha delle regole diverse e in al-



**L'attività dei pochi medici ospedalieri che rimarranno in servizio sarà ancora più frenetica e stressante**



cune aziende la tutela del diritto al riposo è riconosciuta solo in via teorica.

#### Direttiva in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta

Il Governo italiano non ha ancora recepito la Direttiva dell'UE n. 32, del 10 maggio 2010, che attua l'accordo quadro in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario.

Si tratta di mettere in atto delle procedure per prevenire il rischio di ferite accidentali, come quelle che si verificano quotidianamente negli ospedali durante l'utilizzo di aghi o di strumenti taglienti (forbici, bisturi, etc.). L'applicazione della direttiva mira alla definizione e all'attuazione di procedure di utilizzo e di eliminazione sicura dei dispositivi medici taglienti e dei rifiuti contaminati, la soppressione dell'uso non necessario di oggetti taglienti o acuminati, introducendo modifiche nelle pratiche

sanitarie e fornendo dispositivi medici dotati di meccanismi di protezione e di sicurezza. A questo si aggiunge il divieto, con effetto immediato, della pratica di reincappucciamento degli aghi, l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale e la pratica della vaccinazione, in presenza di un rischio per la sicurezza e la salute dei lavoratori, a causa della loro esposizione ad agenti biologici contro i quali esistono vaccini efficaci.

L'applicazione delle norme previste dall'Unione Europea, oltre ad essere un atto dovuto, sarebbe un modo per esercitare il dovere etico di salvaguardare la salute dei medici e degli operatori sanitari e nello stesso tempo, per attuare dei risparmi in prospettiva.

Possiamo ancora sperare nei cambiamenti che il decreto può subire nella fase di conversione in legge, ma le speranze sono poche, visti i grandi interessi che il decreto va a toccare. ■

## Il ministro Balduzzi convince il CdM Via libera al "Decreto Sanità"

Cure primarie, intramoenia, responsabilità professionale e nomine dirigenziali. Pur con qualche modifica, queste materie si sarebbero salvate dal profondo lavoro di cancellazione e limatura che ha visto il Decreto Sanità del ministro della Salute, Renato Balduzzi, ridursi a 16 articoli rispetto ai 27 previste nella prima bozza presentata a fine agosto. Il provvedimento, infatti, è stato per settimane a centro di forti - polemiche, non solo da parte degli operatori sanitari e le Regioni, ma anche di qualche ministro - tanto da metterne in dubbio l'approvazione.

Alla fine, però, Balduzzi ce l'ha fatta e il Decreto Sanità ha ricevuto il via libera del Consiglio dei Ministri il 5 settembre scorso.

Al momento di mandare in stampa il giornale, il testo definitivo del provvedimento non è ancora stato diffuso da Palazzo Chigi. Ecco la sintesi di alcune norme di particolare interesse per i medici contenute nella versione del Decreto entrata in Consiglio dei Ministri lo scorso 5 settembre.

#### Intramoenia allargata (art. 2)

Entro il 30 novembre 2012 dovrà essere effettuata una ricognizione degli spazi disponibili per l'esercizio dell'Alpi e una valutazione dettagliata dei volumi delle prestazioni dell'ultimo biennio, mentre entro il 31 dicembre 2014 dovranno essere disponibili nelle strutture sanitarie i locali per esercitare l'intramoenia.

**Ridotto a 16 articoli rispetto ai 27 della prima bozza, il provvedimento aveva suscitato molte polemiche non solo per i suoi contenuti, ma anche per la decisione di ricorrere a un decreto legge senza che vi fossero, per i più, le necessarie condizioni di urgenza**

Le aziende potranno acquistare, affittare, presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate nonché stipulare convenzioni con altri soggetti pubblici, spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per l'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di Lpi ordinaria.

In alcune Aziende dove non sono disponibili spazi ad hoc si potrà adottare un programma sperimentale per svolgere la Lpi presso studi professionali privati collegati in rete con convenzione annuale rinnovabile ma solo a condizione che il fatturato del singolo professionista sia pari o superiore a 12mila annui.

Entro il 31 marzo 2013 dovrà essere attivata una infrastruttura di rete telematica per la Lpi per l'insediamento obbligatorio e la comunicazione, in tempo reale, all'azienda sanitaria competente di una serie di dati.

Prevista la possibilità di continuare in via temporanea lo svolgimento dell'Alpi in studi professionali già autorizzati oltre la data

del 30 novembre 2012, fino all'attivazione del loro collegamento operativo alla infrastruttura di rete, e comunque non oltre il 30 aprile 2013. Dovrà essere assicurata la tracciabilità dei pagamenti delle prestazioni direttamente al competente ente o azienda del Ssn. Nel caso dei singoli studi professionali in rete, la necessaria strumentazione è acquisita dal titolare dello studio, e a suo carico, entro il 30 aprile 2013.

Dovrà essere definito un tariffario unico. Il 5% del compenso del libero professionista sarà trattenuto dalle Aziende per ridurre le liste d'attesa.

L'Alpi non potrà essere svolta presso studi professionali collegati in rete nei quali operino anche professionisti non dipendenti o non convenzionati del Ssn, o dipendenti non in regime di esclusività, salvo deroga dell'azienda del Ssn. Dovrà essere effettuata, entro il 28 febbraio 2015, una verifica del programma sperimentale. In caso di verifica positiva l'attività potrà continuare in via permanente

ed ordinaria negli studi professionali collegati in rete. In caso di verifica negativa l'attività cessa entro il 28 febbraio 2015.

Previste sanzioni in caso di gravi inadempienze dei direttori generali.

#### Responsabilità professionale (art. 3)

È esclusa la colpa lieve se il professionista si sia attenuto a linee guida e buone pratiche della comunità scientifica nazionale e internazionale.

Per agevolare l'accesso alla copertura assicurativa, con Dpr sono disciplinate le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti.

Per alcune categorie di rischio professionale si prevede l'obbligo di garantire copertura assicurativa con un Fondo finanziato dal contributo dei professionisti che ne facciano richiesta e da un ulteriore contributo a carico delle imprese assicuratrici determinato in misura percentuale ai premi incassati nel precedente esercizio, e comunque non superiore al 4% del premio stesso.

Il danno biologico è risarcito sulla base delle tabelle previste dalla legge 209/2005

#### Governo clinico e nomine dirigenziali (art.4)

La Regione nomina i Dg attingendo obbligatoriamente dall'elenco degli idonei periodicamente aggiornati. La selezione dei candida-

ti è effettuata da esperti indipendenti dalla Regione. Gli aspiranti Dg non potranno avere più di 65 anni, dovranno essere in possesso di un diploma di laurea magistrale e avere un'esperienza dirigenziale di almeno 5 anni nel campo delle strutture sanitarie e di 7 anni negli altri settori. Per la nomina dei Dg nelle Università resta ferma l'intesa con il Rettore.

Per gli incarichi di primario la selezione è effettuata da una commissione presieduta da 3 direttori di struttura complessa nella medesima specialità individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale. Il direttore generale individua il candidato sulla base di una terna predisposta dalla commissione, se non vuole nominare il candidato con il migliore punteggio deve motivarne la scelta. Nelle Università le nomine sono effettuate dal Dg d'intesa con il Rettore.

L'incarico di responsabile di struttura semplice è attribuito dal Direttore generale, su proposta del direttore della struttura complessa di afferenza o del direttore di dipartimento, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo.

Il Collegio di direzione deve essere istituito dalle Regioni quale organo dell'Azienda, individuandone la composizione per garantire la partecipazione di tutte le figure professionali. Il Collegio di direzione concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività di gestione, ricerca, didattica, valutazione, programmi di formazione e soluzioni organizzative per l'Alpi. ■





# XX FIGO WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

7-12 OCTOBER 2012



## “Carissimi soci

il countdown per il Mondiale di Ginecologia e Ostetricia è iniziato! Abbiamo lavorato molto per ospitare nel nostro Paese il più importante appuntamento scientifico e culturale della ginecologia internazionale e la vostra numerosa partecipazione contribuirà a dimostrare la qualificata formazione e preparazione della ginecologia italiana che voi tutti rappresentate. Vi rinnovo dunque il mio invito a non perdere questa occasione di crescita professionale e umana davvero straordinaria.

Vito Trojano



## La sfida di Roma 2012

di Carlo Sbiroli

**D**opo 15 anni (Copenaghen 1997), e dopo aver attraversato 5 Continenti, la lunga e tortuosa strada del Congresso Mondiale FIGO torna in Europa. Raggiunge Roma in un momento di grande inquietudine politica e in un momento in cui il contesto sociale, i fattori culturali e politici del Vecchio Continente registrano un'intensa vivacità. Sul piano della cultura medica si sta forse concludendo (o almeno rallentando) un periodo di grande fortuna per la ricerca clinico-scientifica, dovuta alla grave crisi economica in atto. Questo Mondiale sarà il primo della nuova Depressione globale. Sarà il Mondiale dell'Austerità. Roma, come tante altre volte ha fatto nella sua storia, ci riporterà alla realtà. La distanza che separa Città del Capo (sede dell'ultimo Mondiale) da Roma è molto più grande di quegli 8 mila e 468 chilometri in linea d'aria e di quelle dodici ore di volo che le separano. Il Mondiale Sudafricano fu il primo vero esordio delle società scientifiche dell'Africa dopo anni di colonialismo. Il Mondiale di Roma sarà la celebrazione di un'Europa che

**Dal Mondiale di Città del Capo 2009 ad oggi è cambiato tutto. Il 7 ottobre il mondo della ginecologia si è dato appuntamento a Roma per esorcizzare la crisi e soprattutto per indicare “vie nuove” nel miglioramento della qualità di vita della donna**

deve aggrapparsi al proprio passato per sperare di sopravvivere. Il presidente della FIGO, Gamal Serour, nel suo discorso d'insediamento a Città del Capo disse che per “...realizzare grandi cose, non dobbiamo solo agire, ma anche sognare, non solo programmare ma credere, così sapremo affrontare le sfide e produrre dei veri cambiamenti”. Fu un discorso forte che scosse le coscienze di quanti era-



no presenti quel pomeriggio all'International Convention Centre di Città del Capo. Un discorso che puntava principalmente sul miglioramento della salute materno-infantile e sulla qualità delle cure. Questi tre anni che ci separano dal congresso sudafricano hanno mostrato le difficoltà e i ritardi nel realizzare questi obiettivi. Roma dirà la verità. Soprattutto indicherà

se questo mondo globalizzato ha capito definitivamente che la salute materno-infantile non può più essere considerata un mero fattore di spesa pubblica, ma va compresa in tutta la sua importanza e dimensione. E deve costituire obiettivo prioritario da perseguire con tenacia per i riflessi positivi che produce sulla qualità di vita delle donne e dei loro bambini e, di conseguenza, sulla salute della popolazione complessiva. Roma dirà anche se il “sogno” di Gamal Serour di “produrre un vero cambiamento” si sta realizzando. Dirà se questi anni d'intenso lavoro, anche se tra mille incertezze, sono stati in grado di indicare alle generazioni, che ora si affacciano alla professione, vie nuove per essere componente attiva del miglioramento della qualità di vita e della cultura umana in senso antropologico. Questi congressi alla fin fine rischiano di ignorare il tempo in cui vivono, e purtroppo spesso ci riescono. Celebrano e ricordano soprattutto alcuni (pochi)

famosi ricercatori o clinici, legati a grandi istituzioni. Evidenziano nuove indicazioni cliniche, eventuali nuovi farmaci o nuove tecnologie in grado di far fare un balzo in avanti alla specialità. Solo raramente sono ricordati per nuovi messaggi che mandano all'umanità. Ora si spera che il grande meeting di Roma serva a indicare quale futuro (almeno prossimo) spetta alle scienze mediche e alla ginecologia in particolare. Per noi italiani sarà un grande successo se i “ragazzi” che porteremo nell'assise Mondiale si faranno onore e saranno in grado di mostrare al mondo l'eccellenza della ginecologia italiana. E se riusciranno a far capire ai nostri governanti che la salute materno-infantile è precondizione essenziale per ogni politica di sviluppo (quindi anche di ripresa economica), un valore intrinseco universale, un obiettivo primario da raggiungere. Nessuno ricorderà poi le aule o il palazzo del congresso o la cerimonia d'apertura, perché nella realtà le scienze mediche si costruiscono il proprio palcoscenico solo producendo dati nuovi, interessanti nuove speranze di salute e di benessere.



**Per noi italiani sarà un grande successo se i “ragazzi” che porteremo nell'assise Mondiale si faranno onore e saranno in grado di mostrare al mondo l'eccellenza della ginecologia italiana. E se riusciranno a far capire ai nostri governanti che la salute materno-infantile è precondizione essenziale per ogni politica di sviluppo**



### Non perderti le fasi più importanti dal congresso Mondiale di ostetricia e ginecologia!

**Dal 7 al 12 ottobre** sui siti **AOGOI, SIGO e QUOTIDIANO SANITÀ** potrai seguire i momenti salienti di ogni giornata congressuale.

News, video, dibattiti e interviste ti terranno quotidianamente aggiornato sul più importante meeting della ginecologia mondiale che si svolge in Europa solo ogni 15 anni



**FIGO 2012** rappresenta un evento storico per la ginecologia italiana, non dimentichiamo che la sua realizzazione è frutto di uno straordinario impegno pluriennale della squadra Aogoi-Sigo.

**Impossibile mancare!**

#### 1 SIMPOSIO (3 slot)

**Gynecology Oncology: Myths and Pitfalls**

**I SESSIONE**  
**Ovarian Cancer**

Presidenti:  
G. Scambia, P. Scollo

**Ovarian Borderline Tumor: How far can we go with a conservative strategy?**

P. De Iaco  
**Surgical staging in non epithelial ovarian tumors, is it really necessary?**

G. Trojano  
**Early stage ovarian cancer: open, laparoscopic or robotic?**

E. Vizza  
Discussione

**Resolving the Controversy: Advanced Ovarian Cancer**

Primary debulking  
G. Aleffi  
**Neoadjuvant chemotherapy**

S. Greggi  
Discussione

**II SESSIONE**  
**Cervical Cancer**

Presidenti:  
F. Raspagliesi, V. Trojano  
**Early stage cervical cancer: laparoscopic, robotic or single port**

A. Fagotti  
**Low volume early stage cervical cancer: systematic or sentinel lymphadenectomy?**

E. Solima  
**Pelvic exenteratio: indications, morbidity and outcomes**

V. Chiantera  
Discussione

**Resolving the controversy: locally advanced cervical cancer**

Primary radio-chemotherapy  
E. Sartori  
**Neoadjuvant chemotherapy**

G. Scibilia  
**Neoadjuvant radio-chemotherapy**

G. Ferrandina  
Discussione

## I 7 SIMPOSI SIGO-AOGOI

**Ginecologia oncologica, Screening ostetrico, Ecografia fetale, Giovanissimi e sessualità, Isteroscopia, Pronto soccorso ostetrico ginecologico e Uroginecologia.**

Questi i temi al centro dei 7 meeting organizzati da Sigo e Aogoi di cui pubblichiamo il programma preliminare. Per consentire un confronto diretto tra i ricercatori italiani e i partecipanti stranieri i simposi si terranno in lingua inglese

**III SESSIONE**  
**Resolving the controversy: Parametrectomy in early stage cervical cancer**

Presidenti:  
M. Franchi, N. Surico  
**Still necessary**  
A. Ercoli  
**Not necessary**  
A. Maneo  
Discussione

**A conclusive word on the role of lymphadenectomy in endometrial cancer**

A. Mariani  
**A conclusive word on the role of chemotherapies in gynecology malignancies**

S. Pignata  
Discussione

#### 2 SIMPOSIO (2 slot)

**Screening in obstetrics: state of the art**

Presidenti:  
C. Gigli, G.P. Mandruzzato

**I SESSIONE**  
**Biochemical screening for aneuploidies**

S. Bastonero  
**Ultrasound screening in the 1st trimester**  
G. D'Ottavio  
**Ultrasound screening in the 2nd trimester**

M.A. Zoppi  
**Screening for premature labor**  
G.C. Conoscenti  
Discussione

**II SESSIONE**  
Presidenti:  
H. Valensise, M. De Santis  
**Screening for preeclampsia**

M.T. Gervasi  
**Screening for IUGR**  
Y.J. Meir  
**Screening for hematologic abnormalities and thrombophilia in pregnancy**

P. Simioni  
**Screening for gestational diabetes**  
G. Rossi  
**Screening for feto-maternal infections**  
G. Masuelli  
Discussione

#### 3 SIMPOSIO (1 slot)

**Evidence-based application of 3D/4D ultrasound in fetal medicine**

Presidenti: G. Canzone, T. Todros

**Overview**  
F. Prefumo  
**3D and SNC anomalies**  
G.L. Pilu  
**4D (STIC) and fetal heart 1: from screening to difficult diagnosis**  
D. Paladini  
**4D (STIC) and fetal heart 2: B-flow application**  
P. Volpe  
Discussione

#### 4 SIMPOSIO (1 slot)

**The first dangerous steps into sexuality of the very young teens**

Presidenti:  
E. Arisi, M. Orlandella  
**Hard job with bad memories**  
M.R. Giolito  
**Too much fantasy**  
A.D. Turchetto  
**Weaker and weaker negotiators**  
Dei Metella  
**Mission impossible: the double dutch**  
C. Coll  
**What's the consultants centres menu?**  
D. Fantini  
**Try to find the teen abortion that does not exist**  
R. Barretta  
Discussione

#### 5 SIMPOSIO (1 slot)

**Hysteroscopy**

Presidenti:  
M. Busacca, S. Dessole

**Hysteroscopy: actual indications for diagnostic and operative**

A. Di Spiezzo  
**Ultrasound suspect: histerosonography versus diagnostic hysteroscopy**  
V. Masciullo  
**Endometrial polyps: always remove?**  
D. Surico  
**Submucous mioma: technique and limits**

A. Tinelli  
**Endometrial hyperplasia: how look, how biopsy and wich risks technique-related**  
M. Sideri  
Discussione



#### 6 SIMPOSIO (1 slot)

**First aid emergencies in Obstetrics and Ginecology**

Presidenti: D. Arduini, C. Crescini

**Extra uterine pregnancy**  
A. Natale  
**Postpartum hemorrhagies**  
G. Albano  
**Eclampsia/HELLP syndrome**  
A. Regalia  
**Abruptio placenta**  
M. Lovotti  
**Acute abdomen in pregnancy**  
G. Salerno  
Discussione

#### 7 SIMPOSIO (1 slot)

**Italian association urogynecology AIUG**

**I SESSIONE**  
Presidenti: S. Anastasio, V. Napolitano  
**Postural defects and pelvic floor dysfunction**  
B. Adile  
**Risk factors in POP patients**  
A. D'Aferio  
**Neuro-mechanical models and perineal recoveries**  
S. Malaguti  
Discussione

**II SESSIONE**  
Presidenti: D. Riva, R. Tesaro  
**Imaging in pelvi-perineology**  
G.A. Santoro  
**3D ultrasound in anterior compartment**  
G. Ettore  
**3D ultrasound in posterior compartment and perineum**  
E. Mistrangelo  
Discussione

**III SESSIONE**  
Presidenti:  
A. Perrone, M. Bologna  
**Controversies in pelvic floor surgery**  
M. Cervigni  
**The role of apical support in pelvic organ prolapse repair**  
S. Palomba  
**The role of laparoscopic approach in pelvic floor repair**  
G. Zanni  
Discussione

## TUTELA LEGALE E ASSICURATIVA AOGOI: GLI ULTIMI AGGIORNAMENTI

# Buone notizie sul fronte dello Scudo Giudiziario AOGOI

Nell'ultimo mese sono stati fatti importanti progressi in difesa dello Scudo Aogoi, come spiegano in questa lettera ai soci il presidente e il segretario nazionale Aogoi. Dal 1° agosto la tutela legale è stata finalmente ripristinata "senza intervalli di sorta" e per quanto riguarda la copertura assicurativa per la responsabilità civile di secondo rischio e per la colpa grave siamo alle battute finali di una "serrata trattativa" con una Primaria Compagnia Assicuratrice.

Le condizioni della polizza per la tutela legale, sottoscritta da Aogoi, e quella per la rivalsa della colpa grave, che sarà a libera sottoscrizione, saranno a breve pubblicate su Gyneco e sul sito Aogoi. Grazie alla migliore offerta assicurativa disponibile sul mercato e a formule di co-payment, tuttora allo studio, riusciremo a garantire la sostenibilità dello Scudo Giudiziario AOGOI nel lungo periodo. "Uniti si vince", anche nel campo delle assicurazioni!

## Caro Socio

poniamo alla tua attenzione i seguenti momenti della vita dell'Associazione:

1. Abbiamo rinnovato la polizza per la tutela legale con la UCA Assicurazioni ad un costo discretamente pesante ma ancora sostenibile per AOGOI di € 200 pro-capite. Lo scudo giudiziario della AOGOI è stato così ripristinato senza intervalli di sorta almeno per la tutela legale.
2. Siamo in fase conclusiva con una Primaria Compagnia Assicuratrice per una convenzione AOGOI per la responsabilità civile di secondo rischio. La polizza ci coprirà in secondo rischio con una retroattività di 5 anni a partire da € 1.500.000 e fino alla copertura totale di € 5.000.000 con un massimale per socio di € 3.500.000 ad un costo annuo di € 698 a persona.

Due momenti di riflessione si pongono nella serrata trattativa che stiamo svolgendo con detta compagnia. La prima è che non possiamo aggiungere alla stessa anche la polizza per la colpa grave e quindi questa dovrà essere a libera sottoscrizione, anche perché molti soci ne hanno già sottoscritta una, anche se a costi più gravosi. In secondo luogo la cifra di € 698 a persona per la copertura della responsabilità civile di secondo rischio con un massimale per socio di € 3.500.000, ha un costo troppo oneroso per la nostra Associazione per cui dovremo ipotizzare delle soluzioni quali per esempio una compartecipazione del socio stesso alla polizza in essere.

3. Per quel che riguarda la polizza per la rivalsa della colpa grave, copertura necessaria per i dipendenti del SSN in quanto quasi sempre richiesta dalla Corte dei Conti, abbiamo trattato un massimale per assicurato di Euro 5.000.000 per sinistro e per anno con una retroattività fino a 10 anni ad un costo di Euro 513; il testo normativo della Compagnia Berkshire Hathaway (tra le Compagnie assicuratrici più importanti a livello mondiale) contrariamente ad alcuni prodotti attualmente distribuiti, opera sin dal primo grado di giudizio, purché in sentenza sia accertata una colpa grave, e questo aspetto è molto importante perché altri prodotti invece prevedono l'operatività esclusivamente a seguito del passaggio in giudicato della sentenza. Se hai già in corso una tua polizza per colpa grave verifica questo aspetto poiché, alla luce della esecutorietà ex lege dei provvedimenti giudiziari di primo grado, sarai esposto al pagamento, e solo quando saranno esauriti i mezzi di impugnazione, avrai titolo per ottenere l'indennizzo/rimborso.

Le condizioni di entrambe le polizze, quella per la tutela legale, sottoscritta da AOGOI, e quella per la rivalsa colpa grave, a libera sottoscrizione, saranno poste nei prossimi giorni sul nostro sito e pubblicate sul GynecoAOGOI. Per quel che riguarda la polizza per la responsabilità civile di secondo rischio con un massimale di € 3.500.000, contiamo di poterla chiudere dilazionando la spesa; il problema sarà affrontato nel mese di settembre e sarà nostra cura darti un resoconto dettagliato della trattativa.

Prof. Antonio Chiàntera  
Segretario Nazionale AOGOI

Prof. Vito Trojano  
Presidente Nazionale AOGOI



## Troppi errori in corsia o pochi strumenti di tutela medica?

**Vania Cirese**

Avvocato, Foro di Roma

**L'**assedio alla classe medica, lungi dall'aver allentato la sua morsa anche dopo gli indirizzi più favorevoli della Cassazione, continua in modo sempre più deciso e articolato. Infatti, per le vittime della malpractice medica si è ritenuto di individuare, in ambito civile, un onere di allegazione semplificato sul piano probatorio, più o meno circoscritto alla entità del danno subito, mentre in ambito penale si assiste a un "rastrellamento" indiscriminato di potenziali azioni giudiziarie da parte di spregiudicate associazioni a tutela dei pazienti a caccia di profitti.

Il ring all'interno del quale va sviluppandosi la complessa contesa paziente-medico può essere rappresentato da due espressioni: "malpractice" (atto del medico) e "malasanità" (cattiva gestione dell'assistenza sanitaria e l'insieme delle situazioni che ne rendono evidente il disservizio in danno del cittadino).

**I medici non possono rassegnarsi** alla passiva soccombenza, nella problematica legata alle "law suit", quando azioni giudiziarie sono pretestuose e infondate e, al di là delle motivazioni che le informano, rappresentano un livello di tensione ormai estrema all'interno della classe medica. A monte di accuse di tal natura è illusorio il solo richiamo al "consenso informato" che non costituisce la panacea o, sul piano semplicemente reattivo, le giustificazioni di coloro che pretestuosamente propongono azioni temerarie come speculatori del dolore. È doveroso ammettere che esiste un ambito in cui l'accusa può essere ritenuta giusta o ingiusta, a seguito delle risultanze del processo e in base ad una sentenza. Soltanto a seguito di una pronuncia che qualifichi fondata l'azione proposta nei confronti del professionista, costui dovrebbe mettere in atto tutte le misure per agire a sua tutela, o azionare l'assicurazione, sia pur con gli opportuni limiti, per far ot-

Come se l'attacco contro i camici bianchi italiani non fosse già abbastanza duro, ora arrivano anche gli spot televisivi, che invitano a denunciare i casi di presunta malasanità.

Il contenzioso medico legale ha rotto gli argini mentre le difese della classe medica sul fronte assicurativo e della tutela legale sono sempre più fragili. Per riportare la situazione sotto controllo, è necessario che le società scientifiche svolgano un ruolo sempre più attivo. È con questa consapevolezza che la nostra associazione sta portando avanti una strenua difesa dello Scudo giudiziario e il progetto di Ufficio Nazionale di Tutela Legale Aogoi



tenere al paziente un risarcimento conseguente ai danni lamentati nell'azione proposta ma non è così. Chi non vuole soccombere deve "anticipare" la difesa sotto il profilo tecnico e giuridico, costruire subito la sua strategia mirata a contrastare l'accusa, non attendere, non temporeg-

giare: ogni ritardo nell'approntamento della difesa è un vantaggio per l'accusa. Si deve inoltre rilevare che, ancor prima, esiste, comunque, l'evento che ha determinato la rottura del feeling fra paziente e medico, cosicché la messa in crisi di questo particolare rap-

porto, che rappresenta un vero e proprio modello di interrelazione fra professionista e cliente, assume connotati molto particolari, solcati da diverse variabili, su cui occorre seriamente riflettere prima di agire. L'evento ritenuto negativo, che spinge il paziente all'iniziativa contro il medico, specialmente lo specialista ginecologo-ostetrico (e oggi, con un trend crescente, anche contro l'intera équipe e la struttura), è rapportabile al ritenuto errore diagnostico, allo scarto di diligenza rispetto agli standard acquisiti, ai metodi terapeutici da seguire nell'ambito della perizia e della prudenza e, in definitiva, al quadro complessivo dei comportamenti che ormai sono individuabili a seguito di vari screening giurisprudenziali di merito e di legittimità.

Perché il ginecologo-ostetrico possa accettare di difendersi adeguatamente anche quando ritiene di essere stato accusato ingiustamente, occorre che acquisisca conoscenze che superino stati d'animo di rabbia e legittima indignazione, umanamente giustificabili ma non sufficienti a rappresentare il caposaldo per una azione legale efficace, sia pur in presenza di effetti devastanti nella propria vita professionale, familiare e di relazione. Tuttavia, è anche evidente che a fronte di un'accusa formulata (anche se dal medico ritenuta calunniosa o comunque severamente sottoposta al vaglio del magistrato nei profili della sua infondatezza) scatteranno automaticamente meccanismi e un iter giudiziario difficilmente rinvocabili da parte del medico che, da protagonista nel suo settore, diviene soggetto passivo, estraneo ad ambienti e situazioni che non comprende appieno. Una situazione che facilmente può provocare stati d'animo altalenanti: dalla rabbia alla rassegnazione, dalla rinuncia a riverse contro il paziente temerario...se non altro per non subire ulteriori e più devastanti ripercussioni per le notizie scandalistiche della stam-

pa e l'attrito con i vertici dell'azienda.

La casistica, articolata e complessa, delle prestazioni mediche messe in discussione deve invece essere di stimolo per l'adozione dei mezzi più efficaci a dare un'adeguata risposta in termini di tutela anche preventiva. D'altra parte, note sentenze - che pur rappresentano una svolta nell'esame delle problematiche relative alla malpractice medica e al cattivo funzionamento delle strutture sanitarie pubbliche e private nel nostro paese - non rappresentano soluzioni certe e affidabili e anzi hanno aperto la strada a non pochi distinguo che ancor oggi costituiscono il rompicapo degli esperti della materia. Nel nostro ordinamento giuridico infatti non esiste il "precedente vincolante" e la Corte Suprema indica un orientamento autorevole ma non cogente per gli altri giudici. Conseguentemente troviamo pronunce molto orientate nel senso della tutela preminente del paziente (in maniera anche forzata e poco obiettiva) o indagini che non esitano ad estendere "controlli di qualità" sull'operato dei medici in interventi effettuati in epoche remote, e/o che chiamano in causa sanitari che all'epoca non erano neppure coinvolti dalla denuncia-querela della parte offesa-paziente che ha presentato un esposto alla Procura della Repubblica. Ma è lecito lasciare il "controllo di qualità" alla Magistratura?

**È difficile immaginare** di riportare sotto controllo una situazione così compromessa, eppure è doveroso marcare più nettamente i confini delle competenze, rivalutando il ruolo delle società scientifiche, degli enti rappresentativi, dei consigli dell'Ordine, individuando esattamente ciò che ciascuno può o

**Non è più accettabile che i medici possano svolgere la loro attività con l'assillo di conseguenze giudiziarie rivenienti da possibili "errori"**

deve fare. Abbassare la guardia, da parte dei medici, significherebbe non credere più che qualcosa possa cambiare, non avere più la speranza e neanche la forza per reagire e battersi per il futuro. Senza progetti, senza futuro, ciascuno si rassegna a ciò che viene avaramente elargito, permettendo che regole e prassi indivisibili si consolidino, sot-



**L'Ufficio Legale Aogoi rappresenta la migliore e concreta risposta a tutte le complesse problematiche di settore che richiedono di essere prontamente e seriamente risolte**

traendo a chi ne aveva diritto, i futuri diritti.

**In assenza di difese, di regole più chiare, cade nella rete** non il medico negligente, che è pronto a difendere il suo status di incolpevole con tutta la documentazione possibile (che poi va ad accrescere le già pesanti spese della medicina difensiva) ma chi è disarmato (senza avvocato specialista della materia, senza CT) e sicuramente non così maliziosamente accorto nel munirsi di consensi informati superdettagliati, certificati, esami, analisi e di tutti quegli onerosi strumenti tipici della medicina difensiva, che spesso penalizzano i medici più onesti, concentrati sull'effettivo beneficio del paziente e non certo affannati a preconstituire prove a discarico.

In un contesto di politica sanitaria incerta e irta di difficoltà, di politica giudiziaria che rinuncia a farsi progetto e guida, tanti medici, in particolare i ginecologi-ostetrici, si chiedono: "cosa potrà mai cambiare in una prassi quando nessuno ci scorge più nulla di sbagliato o di anomalo?".

Troviamo, allora, l'atteggiamento tollerante o accondiscendente di alcuni PM o Giudici, che non sembrano curarsi troppo dei danni che il linciaggio mediatico provoca nella vita di questi professionisti, "sbattuti" sulle prime pagine dei quotidiani con tanto di nome, cognome e foto, in totale nocimento di anni di faticosa e rispettosa professione portata avanti con dedizione e scrupolo, anche salvando peritamente e coraggiosamente le vite di numerosi pazienti.

**Basta un articolo, un'indagine e in poche ore** la reputazione e il decoro di un professionista di comprovata esperienza, che ha faticosamente conseguito stima e affezione nell'ambiente professionale, vengono irrimediabilmente e tristemente compromessi.

L'udienza preliminare, pensata dal legislatore come "udienza filtro", svolge la sua reale funzione solo in rari casi in cui vengono ascoltate le istanze della difesa in favore di una perizia o altri atti istruttori che riducano il novero dei destinati al rinvio a giudizio, facendo di tutta l'erba un fascio, dal pronto soccorso alla figura apicale, ascrivendo i medesimi addebiti agli operatori sanitari che hanno sfiorato la paziente.

**La casistica è davvero variegata ed allarmante.** Fino al 2004 le denunce per colpa professionale sono aumentate del 148% e quelle per responsabilità delle strutture sanitarie del 31%. Il costo medio dei sinistri per le strutture sanitarie è esplo-

so al + 67% contro quello del + 21 % per colpe dei medici. In tale contesto la via giudiziaria, anche per il medico accusato ingiustamente, appare laboriosa e impegnativa. Occorrono invece meccanismi rapidi di soluzione di natura stragiudiziale e opportuni approfondimenti dei disegni di legge (specie il Testo unico Saccomanno, la proposta di Fucci, ecc.) che giacciono in letargo. Ora il Ministro Balduzzi sta presentando delle novità nel suo Decreto, ma la tutela in sede giudiziaria va comunque assicurata al meglio. Occorre, inoltre, che la riforma del codice penale preveda un maggior rigore

nell'accertamento del nesso causale e la definizione di nuovi istituti come la "necessità medica" per delimitare la responsabilità negli interventi urgenti.

**Non è più accettabile** che i medici possano svolgere la loro attività con l'assillo di conseguenze giudiziarie rivenienti da possibili "errori" strumentalizzati da un sistema risarcitorio che non tiene conto delle disfunzioni di un Servizio sanitario nazionale che non riesce a realizzare un'oculata allocazione delle risorse, che cerca di eliminare sprechi e cattiva distribuzione di mezzi e persone con il razionamento economicistico dei servizi, facendo ricadere la "colpa" del rischio e dell'evento avverso sul singolo medico che si muove tra le mille difficoltà. Dai dispositivi sanitari scarsi e a volte obsoleti, alla gestione di liste di attesa sempre più lunghe, ai posti letto, che, di taglio in taglio, continuano a diminuire

anche in quegli ospedali già costretti a parcheggiare i pazienti nelle barelle dei pronto soccorso.

**Carenze organizzative, qualitative e di dotazione** dei servizi offerti dalle strutture sanitarie condizionano la sicurezza e la qualità delle prestazioni mediche. La spirale di rabbia dei malati ingigantisce il terrore della classe medica, nell'ambito della quale soprattutto i ginecologi ostetrici vedono sottoposto a dura prova l'esercizio delle loro capacità professionali. L'alta rilevanza del rischio sanitario e l'effetto negativo dell'exasperato ricorso alla via giudiziaria per la soluzione delle controversie potranno essere sanati solo sul piano legislativo, attraverso uno sforzo comune. In caso contrario, anche al medico che vedrà accertata in giudizio la correttezza del suo operato non resterà che agire "contro" il paziente, almeno attraverso le Associazioni che lo rappresentano e le Società Scientifiche che non si rassegnano alle gravi lesioni dell'immagine del singolo e della categoria tutta.

**Il totale dei contenziosi in area medica**, contro Asl e singoli professionisti, è cresciuto, dal 1994, del 255%, arrivando a superare la soglia dei 34 mila. Una crescita considerevole, accompagnata da quella parallela dei premi assicurativi pagati da Asl e medici. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi negli ultimi 10 anni (1999-2009) si attesta al 12,5%. Risulta che il 50% delle azioni giudiziarie sia in sede penale in quanto il paziente-vittima, persona offesa non esorsa nulla. La denunciaquerela può presentarla in carta semplice ad un Commissariato di PS o Stazione dei Carabinieri, e quando la notizia di reato giunge al Pubblico Ministero, le spese di indagine, sommarie informazioni testimoniali, consulenze tecniche ecc. è tutto a carico dello Stato. La parcella dell'avvocato sarà corrisposta in percentuale sul risarcimento liquidato dall'assicurazione del medico o della struttura senza alcun anticipo o erogazione personale da parte del paziente denunciante.

**Ciò spiega la proliferazione di società** e professionisti "specialisti del risarcimento" che di recente hanno aumentato il ricorso su larga scala come testimoniano da incisive campagne pubblicitarie televisive, radiofoniche e su carta stampata. Un trend giurisprudenziale di ampliamento delle fattispecie di danno e dei relativi importi di risarcimento, facilita il loro compito. Il fenomeno della "malasanità" o medical malpractice, continua ad avere una forte atten-

zione dei media e l'elevato tasso di litigiosità fra cittadini e operatori sanitari non fa prevedere un decremento negli anni a venire.

**Ad aggravare la situazione** c'è il costo delle polizze e la disdetta delle compagnie appena si riceve una mera lettera di richiesta danni. Secondo le stime dell'ANIA, le polizze per la copertura del rischio sono costate 485 milioni di euro nel 2009 e nel 2010 hanno sfiorato i 500, se si considera - soprattutto - la lievitazione del 5,3% dei soldi versati dai professionisti, a fronte di un più ridotto aumento dell'1,5% delle cifre rimborsate dalle strutture mediche. Un chirurgo estetico può spendere fino a 15 mila euro l'anno, mentre i medici generici arrivano a sborsare fra i 300 e i 400 euro. I professionisti dipendenti possono pagare tra i 1000 e i 1500 euro l'anno. I prezzi più alti si hanno per le specialità più rischiose, specie l'ostetricia e ginecologia. Possiamo restare inerti, constatando che in 15 anni le denunce sono più che triplicate e mediamente sono aumentate ogni anno dell'8,2%? Dai 9.567 casi di danni denunciati nel 1994, ecco un balzo fino ai 33.682 sinistri del 2010, con un picco di 34.035 sinistri nel 2009! Eppure, negli ospedali italiani si sbaglia meno di quelli francesi, inglesi, spagnoli. Meno della media dei dati internazionali (9%). E oltre il 56% degli episodi nel mirino riguarda errori clinici non gravi.

**L'Ufficio Nazionale di Tutela Legale AOGOI: una risposta coerente e competente**

**Troppi errori in corsia o poche difese adeguate? La precocità di intervento e corretta impostazione della strategia difensiva sono i cardini su cui poggiare la doverosa tutela dei ginecologi-ostetrici. Un pool di avvocati specialisti della materia coordinati a livello centrale e un albo di CT di diretto riferimento Aogoi consentiranno una pronta presa in carico della vicenda giudiziaria fin dall'inizio scongiurando i guasti di impostazioni errate e le conseguenti difficoltà di affrontare rimedi tardivi.**

**L'omogeneità guadagnata sul territorio facendo accertare indirizzi di maggior tutela consentirà di esportare presso altri Uffici giudiziari le conquiste ottenute. L'Ufficio Nazionale di Tutela Legale AOGOI vuol essere una risposta coerente e competente. ■**



**Tre fotogrammi dello spot televisivo che invita a denunciare i casi di presunta malasanità**



**La posizione dei ginecologi sugli spot televisivi che invitano a denunciare i casi di presunta malasanità**

## Sigo: "Contrari al bonus malus per i camici bianchi"

"Alza la voce se sei una vittima della malasanità. Hai tempo dieci anni per reclamare un risarcimento. Chiamaci". È questo il messaggio dello spot promosso da "Obiettivo Risarcimento" e in onda sulle reti tv, Rai compresa. Il presidente della Sigo Nicola Surico chiede al ministro Balduzzi di "approvare velocemente un decreto contro il caro-polizze" per "limitare l'eccessivo ricorso alla medicina difensiva"

"Gli spot televisivi, che invitano i cittadini a denunciare i casi di presunta malasanità rappresentano un attacco pericoloso e ingiustificato contro i camici bianchi italiani. Il 90% delle accuse legali contro il personale sanitario termina con un'assoluzione da parte della magistratura. Non siamo neanche d'accordo con l'introduzione del sistema bonus malus nelle polizze assicurative per i medici". È questo il commento del presidente della Sigo Nicola Surico alla recente campagna pro-risarcimenti. Spot trasmessi, ricorda la Sigo, alla vigilia dell'approvazione da parte del Governo di un provvedimento legislativo che disciplina la responsabilità medica e il sistema assicurativo professionale. Una specifica clausola di questo decreto vuole estendere al personale sanitario il principio delle classi di merito, come quello in uso nelle polizze Rc auto. "La salute dei cittadini viene tutelata se è garantita al medico la libertà di agire come ritiene più opportuno - prosegue Surico -. Fomentare tramite campagne fuorvianti la ricerca dell'errore medico e del risarcimento a tutti i costi incentiverà ulteriormente il ricorso

so alla medicina difensiva. Molti camici bianchi rifiuteranno di assumersi gravi responsabilità nei casi clinici di emergenza. Ma, se un chirurgo o un traumatologo possono, a volte, ritirarsi di fronte a casi complicati, questo non può avvenire per il ginecologo ostetrico, che opera in sala parto ed è costretto a prendere importanti decisioni in tempo reale per tutelare la salute di madre e neonato". Per questo la Sigo chiede urgentemente al ministro della Salute Renato Balduzzi di intervenire affinché si approvi in breve tempo un decreto che preveda l'obbligo assicurativo da parte dello Stato per il singolo professionista. "Per noi ginecologi - sottolinea il presidente Surico - la situazione non è più sostenibile dal momento che i costi raggiunti dalle polizze sono proibitivi. Inoltre è sempre più difficile trovare una compagnia disposta ad assicurarci. Un ulteriore provvedimento auspicabile è quello di stabilire, all'interno del contenzioso medico-legale, un tetto massimo di risarcimento. Questo limite potrà garantire la copertura assicurativa a tutto il personale medico operante nel sistema sanitario nazionale".

# Salviamo il rapporto medico-paziente dalle campagne mediatiche

**Benedetto Fucci**  
Membro della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari

**Q**uello di garantire un rapporto sereno tra i medici e i pazienti deve (o dovrebbe, il condizionale è d'obbligo visto il clima che si vive invece in materia) essere una priorità assoluta da parte di tutti i soggetti in campo: in primo luogo gli stessi medici, nella consapevolezza dell'importanza della loro professione, ma anche i pazienti e i loro familiari che devono essere consci di come non esista intervento medico senza margine di rischio. Ma altrettanto importante è che, anche da parte dei media e di tutto il vasto mondo degli avvocati che si occupano di presunti errori medici, vi siano

**Fomentare un clima da "caccia all'untore" nei confronti dei medici è profondamente ingiusto e altamente dannoso, anche per tutta la società. Ma oltre a un atteggiamento più responsabile di medici, cittadini, media e avvocati, è necessaria l'introduzione di un sistema di assicurazione medica e di un'Authority per la raccolta dei presunti errori che ristabilisca il giusto equilibrio tra atto medico e responsabilità professionale**



LO SCREENING DEL CERVICOCARCINOMA CON IL SISTEMA THINPREP®

## Affidati all'originale



Millioni di test eseguiti nel mondo<sup>1</sup>.  
Centinaia di pubblicazioni su riviste referenziate<sup>1</sup>.  
Approvato per l'uso con i principali test di biologia molecolare<sup>1</sup>.

Per ulteriori informazioni sul ThinPrep Pap Test è possibile visitare il sito [www.thinprep.com](http://www.thinprep.com) oppure contattare la **Hologic Italia** ad [italy@hologic.com](mailto:italy@hologic.com)

ITA-12-003-IT-A

<sup>1</sup> Data on file, Hologic

**HOLOGIC™**  
The Women's Health Company



comportamenti pienamente responsabili. Purtroppo non è responsabile, ma anzi altamente dannosa sotto ogni punto di vista, la campagna pubblicitaria promossa da un gruppo di studi legali che di fatto invita chiunque entri in un ospedale o effettui un qualsiasi tipo di intervento medico a cercare gli estremi per una causa per responsabilità professionale.

**Eppure bisognerebbe** sapere (come ricordato anche dal presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari) che in realtà il numero di medici condannati per responsabilità professionale è del tutto marginale e che i casi di effettivo errore medico davvero riscontrati dalla magistratura rispetto a quelli denunciati sono in piena media europea. Proprio il settore della ginecologia e ostetricia lo dimostra in pieno, essendo tra quelli in cui maggiore è il numero di cause intentate per responsabilità professionale. Come coordinatore, all'interno della Commissione parlamentare d'inchiesta, del filone d'indagine sui punti nascita ho potuto però riscontrare che il numero di ginecologi-ostetrici poi effettivamente condannati è quasi insussistente. Bisognerebbe inoltre avere la consapevolezza



**Il numero di medici condannati per responsabilità professionale è del tutto marginale e i casi di effettivo errore medico davvero riscontrati dalla magistratura rispetto a quelli denunciati sono in piena media europea. Proprio il settore della ginecologia e ostetricia lo dimostra in pieno**



za che fomentare un clima da "caccia all'untore" (non si può parlare di altro di fronte a spot televisivi che di fatto incitano a questo) nei confronti dei medici è profondamente ingiusto perché questi ultimi, nel loro lavoro, si vedono a volte messe a disposizione strutture e attrezzature non sempre all'altezza. Inoltre in tal modo non si fa altro che aumentare il fenomeno della cosiddetta "medicina difensiva", che consiste nel prescrivere esami e cure non necessari pur di cautelarsi da possibili contestazioni.

**In tale contesto** è urgente intervenire in modo concreto rispetto al tema delle assicurazioni per i medici. Oggi esse sono molto e a volte troppo care, tanto da apparire in alcuni casi inaccostabili soprattutto da parte dei giovani medici che cominciano la professione. Le Asl e le strutture sanitarie devono garantire una seria e accettabile copertura assicurativa ai medici in servizio presso di loro (ferma restando la possibilità di rivalsa sul medico in caso di accertata negligenza). Vi è inoltre bisogno di un'Authority che garantisca final-

mente, come già avviene in altri Paesi avanzati, la raccolta dei dati sui presunti casi di errore medico. Le indiscrezioni sull'imminente decreto-legge in materia di sanità parlano di norme relative proprio al tema dell'assicurazione. Ricordo inoltre che in Parlamento sono depositate alcune proposte di legge in materia (due delle quali di mia iniziativa) che potrebbero contribuire al varo di nuove e utili norme. Mi auguro che entro la fine della legislatura si possano compiere passi importanti.

**Tali necessità** sono ormai urgenti. Sia dal punto di vista medico generale che da quello più specifico della ginecologia e ostetricia, quindi, è necessario impegnarsi con forza a tutela della dignità professionale del medico e di un rapporto sereno e fruttuoso tra questo e i suoi pazienti. ■



**Le Asl e le strutture sanitarie devono garantire una seria e accettabile copertura assicurativa ai medici in servizio, ferma restando la possibilità di rivalsa sul medico in caso di accertata negligenza**

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<sup>®</sup>  
10Q System

QuikCheck<sup>fFN™</sup>

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

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

Per ulteriori informazioni sulla fibronectina fetale è possibile visitare il sito [www.ffntest.com](http://www.ffntest.com) oppure contattare la **Hologic Italia** ad [italy@hologic.com](mailto: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 pretemine: 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



**Intervista ad Antonio Palagiano, nuovo presidente della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori e i disavanzi sanitari**

# “Subito al lavoro sulle assicurazioni per i medici e sui costi della Pma”

**Eva Antoniotti**

**A**ntonio Palagiano ha mostrato di avere le idee chiare fin dalla seduta di insediamento come Presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari e i disavanzi sanitari regionali, il 18 luglio scorso. Prendendo l'incarico ricoperto finora da Leoluca Orlando, che ha rassegnato le dimissioni da parlamentare per dedicarsi esclusivamente al nuovo compito di sindaco della città di Palermo. Palagiano ha annunciato di voler impegnare la Commissione in due nuove inchieste, una dedicata alle assicurazioni per la responsabilità civile di medici e sanitari e l'altra su costi e risultati della Procreazione medicalmente assistita. In materia di disavanzi sanitari regionali sono invece previste, a breve, le audizioni dell'Assessore alla sanità della Regione Piemonte Paolo Monferino e del Presidente della Regione Campania Stefano Caldoro, nonché quella del ministro della Salute Renato Balduzzi, ancora mai ascoltato in Commissione.

**Presidente Palagiano, perché ha scelto di mettere al centro dei lavori proprio il tema delle assicurazioni di responsabilità civile per i medici e il personale sanitario?**

Oggi si parla di spending review e rivisitare la spesa vuol dire anche guardare quali sono le voci che fanno spendere di più. Tra queste c'è senz'altro la medicina difensiva: siamo i primi in Europa per radiografie, Tac, risonanze, scintigrafie e via elencando. Vengono prescritte non perché abbiamo più malati ma perché il medico si mette al riparo da eventuali richieste di risarcimento, ma tutto questo ha un costo esorbitante: si parla di dieci, dodici miliardi. Inoltre, se consideriamo che la dose di radiazioni che prende il cittadino per ogni Tac equivale a quella di 390 radiografie del torace, si pone anche un problema di salute. Se il cittadino fa molte Tac immagazzina una quantità di radiazioni talmente elevata che poi

Medico ginecologo, eletto in questa legislatura nelle liste dell'Italia dei valori, Palagiano si è insediato nei giorni scorsi nella sede di San Macuto: “Abbiamo poco tempo, ma cercheremo di lavorare in fretta”. E sui tagli imposti dalla spending review afferma: “La politica deve dare il buon esempio, con una forte cura dimagrante”



servono 10-15 anni per renderla innocua. E quando queste tecniche vengono eseguite sui bambini c'è ancora di più un rischio oncologico. Quindi, non solo c'è una spesa non necessaria, ma anche un rischio per la salute. Infine, se il medico tende a difendersi, non garantisce più l'appropriatezza delle prestazioni. L'esempio più classico è quello dei parti cesarei: in Campania si arriva al 62%, ma la maggior parte dei Tc viene fatta proprio per evitare che ci siano inconvenienti e che si arrivi quindi ad una denuncia.

**Lei è un ginecologo, quindi conosce bene questa situazione. È molto costoso assicurarsi?**

Il problema principale è che per un ginecologo oggi è quasi impossibile sottoscrivere un'assicurazione, perché tutte le normali attività che svolge, parti, procreazione assistita, diagnosi prenatale, vengono considerati a forte rischio dalle Compagnie di assi-

curazione. Lo stesso accade per molte altre specialità mediche, ma per i ginecologi è ancora più difficile perché i soggetti cui si rivolgono le sue cure sono due: la donna e il nascituro. Il rischio è che accada da noi quello che sta già succedendo negli Stati Uniti, dove sono costretti a far lavorare ginecologi provenienti dal Messico e nullatenenti, che quindi rischiano meno in tribunale.

**A proposito della sua professione medica, pensa che riuscirà a partecipare al Congresso mondiale di ginecologia che quest'anno sarà ospitato proprio a Roma? Ho sempre seguito i congressi Aogoi: lo facevo da ginecologo e anche da deputato. Quest'anno sarà più difficile, ma troverò uno spazio tra gli impegni istituzionali per poterci andare.**

**Tornando alle assicurazioni. L'altro aspetto del problema è che i loro costi gravano pesantemente sulle aziende del Ssn che do-**

**rebbero stipularle.**

Le aziende che sono nelle Regioni in Piano di rientro già oggi non si assicurano più: proprio ieri si è parlato del caso del Niguarda, ma è così anche alla Federico II di Napoli o al Cardarelli, che ha la polizza in scadenza e che non trova una compagnia che lo assicuri.

Se le Regioni devono far fronte ai Piani di rientro, una delle prime cose che tagliano è l'assicurazione perché è costosissima e in più non garantisce massimali adeguati per pagare tutti i contenziosi. A loro volta i medici non si assicurano più, anche perché coloro che hanno il rapporto in esclusiva con il Ssn, non avendo partita Iva, non possono detrarre i costi. Questo vuol dire che se dovesse davvero esserci un danno, il cittadino può trovarsi nella situazione di non essere risarcito. E questo è davvero gravissimo.

**Malgrado lei stesso abbia sottolineato che la Commissione ha ormai poco tempo davanti prima della fine della legislatura, ha anche annunciato di voler condurre un'altra inchiesta importante, relativa ai costi della procreazione assistita. Cosa lo sollecita su questo tema?**

I dati sui costi e sui risultati della Pma attualmente disponibili sono incompleti, visto che il registro dell'Iss non sempre registra l'esito, il risultato. Il costo, invece, oggi va calcolato non per ciclo ma per “bimbo in braccio”. La domanda che dobbiamo farci è: quanto è costato alla società quel bambino? La percentuale di insuccessi, oltre ovviamente alla competenza dei sanitari, cresce in ragione di due fattori: l'età della donna, e l'efficienza della strumentazione, ovvero se gli ambienti e i macchinari sono superati o vecchi. Una situazione che purtroppo si registra in molti Centri: in Campania, ad esempio, la Regione ha incassato i fondi previsti dalla legge 40, ma dal 2005 non ha più distribuito un euro ai Centri pubblici per la Pma. Perciò è importante indagare su questo settore: per garantire a tutte le donne, da Messina a Bolzano, la stessa sicu-

rezza e ridurre quella migrazione da Sud verso Nord che purtroppo è molto frequente.

**La Commissione si occupa anche di verificare la situazione delle Regioni in Piano di rientro. Come pensa di affrontare questo problema?**

Credo che troppo spesso in sanità ci si occupi di numeri invece che di cure e di persone, ma il cittadino non vuole essere considerato un numero. Quello che conta non è solo il numero delle prestazioni, ma piuttosto la qualità di queste prestazioni e dunque i loro risultati. Solo così possiamo capire dove si lavora poco e dove si lavora male. Oggi noi non sappiamo quanti sono esattamente gli errori o i presunti errori in sanità, ma neanche l'incidenza di alcune patologie o il loro trend. Per iniziare a fotografare effettivamente la qualità delle strutture del Ssn occorrerebbe, ed ho anche fatto una proposta di legge in tal senso, rendere obbligatoria la figura dello statistico in ogni azienda sanitaria.

Anche per le inchieste della Commissione lavoreremo con l'aiuto di uno statistico, a costo zero, che ci aiuterà a mettere a punto questionari semplici, secchi, da inviare al più presto, per poter raccogliere i risultati in autunno ed arrivare ad una relazione finale in tempi brevi.

**Abbiamo parlato di spending review applicata alla sanità. Molti lamentano che questo intervento porterà a tagli di finanziamento insostenibili per continuare a garantire il Ssn. Secondo lei il Paese può ancora permettersi una sanità pubblica o dobbiamo pensare a un modello diverso, magari più orientato alla partecipazione dei cittadini alla spesa?**

Secondo l'Euro Health Consumer Index, che è un indice che fa riferimento alla salute, l'Italia si colloca al 21° posto in Europa e la ragione di questa posizione così arretrata sta nel fatto che si imputa all'Italia di avere una sanità altamente disomogenea, di fatto con venti modelli di sanità diversa da regione a regione. Occorre intervenire su questo, per garantire i cittadini e anche per ottenere risparmi, come quelli che ci si aspetta ad esempio da un sistema di acquisti centralizzati. Ma anche la politica deve dare un buon esempio, cosa che ancora stenta a venire. Penso alla legge che è stata appena approvata alla Camera sugli enti dipendenti dal ministero della Salute: sono 31 enti che secondo la legge 2010 dovevano già essere accorpati, ma per i quali si è ancora proceduto alla nomina dei vertici. Invece, prima di togliere servizi essenziali ai cittadini, si deve fare una bella cura dimagrante proprio su presidenze e consigli di amministrazione. Se si procede su questa strada, dove nessuno vuole rinunciare alle sue poltrone, la vedo veramente dura e temo che si arrivi a ridurre i Lea, che già oggi non sono garantiti in alcune Regioni. ■

di Pier Francesco Tropea

Le mansioni affidate ad un medico in formazione, con le connesse responsabilità a lui derivanti dall'espletamento della sua attività, hanno costituito oggetto di attenta analisi da parte dei giuristi, atteso che negli Istituti di cura universitari o ospedalieri il medico specializzando fa parte integrante dell'équipe sanitaria.

In caso di evento dannoso conseguente ad una prestazione effettuata da un medico in formazione, il primo quesito da risolvere concerne la responsabilità diretta del predetto sanitario e/o la chiamata in caso del tutor cui tradizionalmente, in modo sostanziale e non solo formale, è affidato il compito di controllare e guidare l'operato del medico specializzando, verificando la correttezza della prestazione stessa.

Lo studio della giurisprudenza del recente passato consente di affermare che il medico in formazione non è esentato da una diretta responsabilità concernente l'attività svolta sia in ambito diagnostico che terapeutico, in ciò confermandosi l'assunto che qualsiasi sanitario, in quanto fornito del titolo di Laurea in Medicina e Chirurgia e della relativa abilitazione professionale, diviene titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente oggetto della prestazione sanitaria. Tuttavia, l'autonomia professionale del suddetto medico è limitata dalle direttive impartite dal Capo équipe o dal Tutor, cui spetta anche il compito di valutare

## La responsabilità professionale del medico in formazione

### Un breve excursus della giurisprudenza attuale in merito all'attività responsabile del medico specializzando e al potere-dovere del tutor nei confronti dello specializzando ai fini della valutazione di una colpa del medico in formazione

il grado di preparazione tecnica del sanitario in funzione del tipo di prestazione a questi affidata.

Pertanto, secondo l'attuale giurisprudenza, il medico specializzando agisce in forza di un'autonomia vincolata alle disposizioni ricevute alle quali è obbligato ad attenersi.

#### La "colpa per assunzione"

Nel caso in cui, da parte del superiore gerarchico, sia affidato al medico in formazione un compito tecnico cui egli non si senta in grado di adempiere, egli deve rifiutarne l'esecuzione, poiché, nel momento in cui lo specializzando si faccia carico di tale mansione, lo stesso se ne assume piena responsabilità



a titolo di cosiddetta "colpa per assunzione".

Tale principio è presente in una pronuncia della Corte di Cassazione del 2008 (Cass. Pen. Sez. IV n. 32424, luglio 2008) nella quale si sottolinea che il medico in formazione assume la responsabilità dell'attività personalmente e volontariamente svolta, avendo nel contempo il dovere di rifiutare l'esecuzione di una prestazione che egli non è in grado di svolgere, in ciò tenendo conto del fatto che ogni atto medico deve presupporre la tutela della salute della persona che non può essere compromessa dall'esecuzione di una prestazione tecnicamente non idonea.

È dunque necessario, ai fini della valutazione di una colpa compiuta da un medico in formazione, stabilire il grado di preparazione del sanitario nel momento in cui è stata compiuta la prestazione sanitaria. In altri termini, secondo i giudici della Corte di Cassazione, "la responsabilità del medico dovrà essere valutata in concreto, anche in rap-

porto allo stadio del suo iter formativo al momento del verificarsi del fatto". Tale affermazione è presente in una sentenza del 2010 (Sez. IV° Pen. N. 6215, febbraio 2010) con la quale sono stati dichiarati colpevoli del reato di omicidio colposo, sia il medico specializzando, che il tutor

**“La responsabilità del medico dovrà essere valutata in concreto, anche in rapporto allo stadio del suo iter formativo al momento del verificarsi del fatto”**

incaricato della correttezza della prestazione espletata dal sanitario in formazione a quest'ultimo afferente. Sostanzialmente la pronuncia in oggetto si sofferma su due aspetti che meritano di essere sottolineati: l'attività responsabile del medico in formazione e il potere-dovere del tutor nei confronti dello specializzando.

#### Un'autonomia "vincolata"

Riguardo al primo problema, viene richiamata la disciplina

della formazione specialistica contenuta nel D.L. 17 agosto 1999 n. 368 che prevede "la partecipazione personale del medico chirurgo candidato alla specializzazione, alle attività e responsabilità proprie della disciplina", con ciò confermandosi che lo specializzando non deve limitarsi ad una "presenza passiva" nell'Istituto di cura in cui si attua la sua formazione, ma deve espletare un'attività caratterizzata da una "autonomia vincolata" alle direttive a Lui impartite dal tutor. Come sopra detto, ove lo specializzando non sia in grado di compiere una determinata mansione tecnica, deve rifiutarne lo svolgimento, in quanto diversamente se ne assume la responsabilità (cosiddetta colpa per assunzione) ravvisabile in chi cagiona un evento dannoso essendosi assunto un compito che non è in grado di svolgere secondo il livello di diligenza richiesto all'agente modello di riferimento.

#### I doveri del Tutor

Il secondo dato emergente dalla sentenza in oggetto concerne i doveri in capo al Tutor consistenti nell'affidamento al Medico in formazione di mansioni da espletare in prima persona, ma sempre sotto stretto controllo del Docente al quale non è concesso di sottrarsi al dovere di sorveglianza nei confronti del discente, al fine di prevenire e correggere prontamente eventuali errori tecnici con conseguenze dannose per il paziente.

Dunque, nel caso di evento dannoso occorso nelle suddette circostanze, la responsabilità colposa ricade sia sul Medico specializzando che sul suo Tutor.

Indicativa a tal proposito appare la sentenza pronunciata dalla Corte di Cassazione nel 2007 (Cass. Pen. Sez. IV°, n. 21594 aprile 2007) concernente le gravissime lesioni provocate per evidente errore tecnico da due Medici specializzandi cui era stata affidata l'integrale esecuzione di un intervento chirurgico e ciò a seguito dell'improvvisa assenza dalla Sala Operatoria del Capo-équipe, chiamato a gestire in Reparto un'emergenza assistenziale. In proposito, i giudici hanno ritenuto di dover sanzionare la condotta, sia dei medici in formazione, per essersi assunti un compito tecnico che non erano palesemente in grado di assolvere, sia del chirurgo Capo-équipe il quale avrebbe dovuto provvedere a farsi sostituire in sala operatoria o in Reparto, senza di fatto abdicare ai propri doveri di sorveglianza rispetto alle delicate mansioni chirurgiche incautamente affidate al di fuori di alcun tipo di controllo ai medici specializzandi. ■

VIII Congresso Regionale

**AOGOI**

**LOMBARDIA**

**15-16 novembre 2012**

BERGAMO Centro Congressi Giovanni XXIII



Coordinatore  
Claudio Cecchi  
cecchi@libero.it



**Elsa Del Bo**  
Segretario Aio-Aiorce

**Inquadramento giuridico e responsabilità dell'Ostetrica**

# Le ostetriche italiane prendono parte al FIGO 2012

■ A rappresentarle sarà il segretario Aio-Aiorce, Elsa Del Bo, che presenterà una free communication dal titolo "Women and Perineal Care", incentrata sull'importanza della funzione educativa dell'ostetrica/o

La Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia (FIGO), massima espressione delle scienze ostetriche e ginecologiche, terrà il suo XX Congresso a Roma dal 7 al 12 ottobre.

La FIGO, per il suo carattere internazionale, annovera tra le sue affiliazioni le società scientifiche di ginecologia di tutto il mondo e, nota veramente significativa, l'International Confederation of Midwives (Icm) ovvero la Confederazione Internazionale delle ostetriche che a sua volta raggruppa le associazioni e le società scientifiche di ostetriche/i del panorama internazionale. Le ostetriche/i italiane prendono parte all'Icm attraverso l'Aiorce, Associazione Italiana Ostetriche per i Rapporti Culturali con l'Estero, che da quest'anno ha unito le sue forze ad Aio-Associazione Italiana di Ostetricia al fine di curare le relazioni internazionali.

"Icm con FIGO, Aio-Aiorce con Aogoi e Sigo": ecco che la costruzione di un percorso co-

mune può contenere le basi di una crescita e di uno sviluppo professionale che siano esplicativi di concetti che fanno capo all'etica e alla deon-

tologia, quali rispetto reciproco della persona e rispetto dell'altrui professionalità. Al XX Congresso internazionale FIGO le ostetriche/i ita-

liane saranno presenti e rappresentate dal segretario Aio-Aiorce attraverso una free communication dal titolo "Women and Perineal Care". Questo abstract, inviato il me-

se di febbraio 2012 e accettato dal Comitato Scientifico del Congresso, ha come focus l'importanza della funzione educativa dell'ostetrica/o. Funzione educativa che si esprime attraverso il processo di comunicazione e l'abilità a stabilire e gestire la relazione. L'ostetrica/o è professionista della fisiologia, promuove la salute femminile e opera affinché la fisiologia venga rispettata e mantenuta in tutte le fasi biologiche della donna. Aver l'opportunità di rappresentare le ostetriche/i italiane al Congresso mondiale è per me un grande onore e affronterò questa esperienza personale e professionale con la consapevolezza della responsabilità affidatami. ■



**"Aver l'opportunità di rappresentare le ostetriche/i italiane al prossimo congresso mondiale di ginecologia è per me un grande onore e affronterò questa esperienza personale e professionale con la consapevolezza della responsabilità affidatami"**

## Dermovitamina

### Ragadi seno

Trattamento specifico per le ragadi al seno durante la gravidanza e l'allattamento



Dispositivo medico CE 0546

SENZA CONSERVANTI

Contiene  
**COLOSTRO**

- Previene e ripara le ragadi
- Attenua il dolore
- Rigenera la cute del capezzolo



Dermovitamina Ragadi Seno mantiene la fisiologica elasticità delle pelle, previene la formazione di fissurazioni e ragadi, attenua i sintomi fastidiosi e dolorosi quali dolore, bruciore, prurito. Aiuta la fisiologica rigenerazione della cute del capezzolo, facilitando la chiusura della ragade, grazie anche alla presenza di colostro adeguato substrato interattivo che mantiene intatte la barriera cutanea e favorisce la restituzione dell'integrità della pelle.

Dermovitamina Ragadi Seno forma un film protettivo sulla cute del capezzolo, si può utilizzare sia a scopo preventivo a partire dall'8° mese di gravidanza, sia durante tutto il periodo di allattamento, sulla ragade già formata per facilitarne la scomparsa.

La formulazione originale di Dermovitamina Ragadi Seno non contiene profumo ed è priva di conservanti.

In farmacia e parafarmacia



## Inquadramento giuridico e responsabilità dell'Ostetrica

# Convenzione Assicurativa per Ostetriche dipendenti e libere professioniste A.I.O.

**Antonella Marchi**  
Presidente A.I.O.

**A** partire dal Decreto Legislativo n. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" si avvia il processo di "professionalizzazione" delle professioni sanitarie; per quanto riguarda l'Ostetrica è con il Decreto Ministeriale n. 740/1994 "Profilo Professionale" che si delineano gli ambiti di competenza e una maggiore autonomia e responsabilità della Professione. Sarà solo nel 1999 però, con la Legge n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che verrà abrogato il D.P.R. n. 163/1975 e D.M. 15/09/1975 (attribuzioni di legge della figura dell'Ostetrica, comunemente definito mansionario) nonché la parola professione sanitaria "ausiliaria" al fine di porre in risalto la dignità di una professione intellettuale e l'assenza di vincoli di subordinazione con altri professionisti. Con la promulgazione della Legge 42, l'Ostetrica inizia da esercitare per competenza: la pertinenza di ciò che le compete è manifestata palesemente nella sua formazione di base (ordinamento didattico), in quella post-base, nel codice deontologico e nel profilo professionale. Quest'ultimo aspetto non andrà mai trascurato, al fine di non incorrere nell'esercizio abusivo di professione, reato disciplinato dall'art. 348 del codice penale italiano, o nell'essere chiamati a rispondere di una condotta censurabile. Tutte le normative, sia italiane che europee, obbligano all'assunzione di responsabilità nel processo valutativo ed assistenziale, tipico di una professione sanitaria intellettuale che accresce i propri saperi attraverso l'evidenza scientifica e che applica nella pratica clinica, utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi di assistenza (Legge n. 251/2000 Disciplina delle professioni sanitarie). Quindi la norma discerne un dovere giuridico e deontologico di agire con perizia, diligenza, prudenza e osservanza delle norme e degli obblighi normativamente all'esercizio

**Una speciale convenzione contro i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale e un Gruppo di lavoro composto da Ostetriche/ci con formazione legale forense, che si avvarrà della collaborazione con l'Accademia Nazionale delle Scienze Forensi. Ecco le due nuove importanti iniziative promosse dall'A.I.O. a tutela della professione ostetrica in ambito assicurativo e legale**

della professione, non trascurando lo status di incaricato di pubblico servizio ed esercente un servizio di pubblica necessità.

### "Autonomia" e "responsabilità" dell'ostetrica

I concetti sui quali ritengo meriti fare una breve analisi, sono quelli di "autonomia" e "responsabilità" poiché spesso ne deriva una errata o personale interpretazione che non solo va ad incidere sull'operato professionale, spesso esponendoci a contenziosi, ma anche nei rapporti tra ostetrica e medico specialista ginecologo; in questo ultimo caso il motivo del dibattere nasce dalla non comprensione dei confini professionali di entrambi e dalla contestata da parte dell'ostetrica di far accettare al medico il suo nuovo profilo di competenze e il timore di questo, che la persona non sia in grado di fronteggiare situazioni particolarmente complesse. È prerogativa di questo ultimo, ancora oggi, pensare di confrontarsi con la figura dell'ostetrica in un rapporto di gerarchia, mentre il confronto dovrebbe avvenire per entrambi su un piano di rispetto del proprio campo di attività e responsabilità che sempre più, ci vedono rispondere insieme nei contesti legali.

Già nella Conferenza Europea del Nursing organizzata dall'Oms nel 1988 a Vienna, la raccomandazione n. 6 citava "gli infermieri e le ostetriche, managers dell'assistenza infermieristica e ostetrica, debbono godere di autonomia professionale".

L'autonomia, ovvero l'abilità nel realizzare delle peculiari funzioni della professione di ostetrica, può essere totale o parziale.

1. Il primo caso si verifica nei processi assistenziali fisiologici e la responsabilità è assoluta, ovvero l'ostetrica risponde per quanto ha valutato, programmato ed operato. Infatti responsabilità professionale si-

gnifica obbligo di rispondere del proprio operato se eseguito in modo non corretto sia nelle condotte commissive ma anche di tipo omissivo, sebbene nella sua accezione positiva esprime "capacità di rispondere ai bisogni della persona mantenendo un comportamento congruo e corretto".

2. Quando la professionista ha molta esperienza, ad esempio nelle situazioni limite, chiede il consulto dello specialista ginecologo dopodiché stabilisce con lui la modalità per proseguire il percorso di cura poiché il suo scopo è quello di cercare di riportare la persona in un percorso di fisiologia; in questo caso lei risponde per le sue decisioni assistenziali e lo specialista per il suo consulto, si tratta di una co-responsabilità in cui ognuno risponde per la sua competenza. Sicuramente le situazioni limite sono quelle che maggiormente vedono coinvolte le ostetriche nei contenziosi medico legali, forse perché ancora la formazione di base fatica a trasmettere il concetto di rischio, come un qualcosa che può verificarsi ma non è detto che accadrà (è ancora arduo

considerare il limite una zona grigia di allerta anziché una situazione ancora fisiologica!).

3. Nel caso in cui la situazione limite si modifichi in patologia o nel diagnosticare la patologia (non intesa come la "tipologia della patologia" ma come un qualcosa che non è più fisiologico), l'ostetrica deve avvisare lo specialista ginecologo che diviene il primo operatore responsabile poiché coordina l'attività assistenziale, mentre lei sarà il secondo operatore responsabile del piano di assistenza.

Infatti il comma 5 del D.M. 740/1994 cita: "L'ostetrica/o è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza" (1). L'attivarsi in tal senso significa identificare il professionista che possiede una capacità migliore di intervento e pertanto in grado di eseguire quanto necessario per la salute di quella paziente: il senso di responsabilità consiste anche nel riconoscere un limite alle proprie capacità. Sviluppare questa responsabilità conferisce autorevolezza che determina nello specialista,

credibilità, senso di stima e rispetto che nel tempo accorda fiducia, condivisione e integrazione... bidirezionale. Nel caso che l'evento di danno o di pericolo sia il prodotto di una condotta colposa di più persone si parla di responsabilità di équipe; in questo caso si configura la cooperazione nel delitto colposo prevista dall'art. 113 C.P. "Nel delitto colposo, quando l'evento è stato cagionato dalla cooperazione di più persone, ciascuna di queste soggiace alle pene stabilite per il delitto stesso". Nei casi di intervento del medico o dell'ostetrica erroneo, la responsabilità di quel professionista non esclude quella di chi opera con lui/lei; infatti nell'équipe (esempio l'équipe chirurgica) ogni sanitario deve rispettare non solo i canoni di diligenza e di prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, ma anche vigilare sugli obblighi degli altri sanitari componenti l'équipe (Responsabilità in vigilando). Ciò proprio in virtù del principio dell'affidamento, per il quale ogni componente di una équipe deve fidare nel corretto comportamento dei propri collaboratori (2) (3).

### Tutela legale e assicurativa A.I.O.

L'ostetrica come il ginecologo, sono professionisti ex lege, ovvero portatori di una posizione di garanzia nei confronti delle pazienti e pertanto devono tutelarne la salute come sancito dalla Costituzione. L'A.I.O. sta anche promuovendo un gruppo di lavoro costituito da Ostetriche/ci con formazione legale forense, sulle competenze dell'Ostetrica e sulla "malpractice", in collaborazione con l'Accademia Nazionale delle Scienze Forensi, di cui mi onoro essere responsabile della sezione Ostetrica Legale Forense. A tal proposito, anche se in un momento storico di grande difficoltà per quanto riguarda la stipula assicurativa per la tutela della Professione, l'Associazione Italiana di Ostetrica, ha concluso una convenzione per i suoi iscritti/e. Sul nostro sito [www.asociazioneitalianaostetrica.it](http://www.asociazioneitalianaostetrica.it) è possibile visionare la Tutela Assicurativa e Legale con le garanzie per Ostetrica dipendente, Ostetrica libero professionista (l'ostetrica che effettua volontariato può usufruire di questa polizza) e una descrizione degli infortuni, compreso il rischio infettivo. Si tratta di due polizze distinte poiché l'ostetrica dipendente risponde solo per colpa grave, mentre l'ostetrica libero professionista risponde in toto per la sua at-

## Libri



**In pre-stampa il 1° volume della collana MIDWIFERY ARTE OSTETRICA RITROVATA**  
Il volume "Assistenza ostetrica alla gravidanza e valutazione del rischio clinico. Omeopatia e Fiori di Bach per problematiche fisiche, emozionali e spirituali" conterrà allegata una Cartella ostetrica completa.  
Il costo del volume in fase di pre-stampa è di euro 75,00  
@ Per informazioni: [info@formazioneostetrica.com](mailto:info@formazioneostetrica.com)

## Note

1. Tribunale di Monza, Aprile 1999: "l'ostetrica è stata ritenuta responsabile del danno intra-partum subito dal feto a causa del mancato accertamento di una sofferenza fetale per errata interpretazione del tracciato CTG".  
Cassazione Penale IV Sez., Maggio 2004: "l'ostetrica è stata condannata per omicidio colposo per aver male interpretato il tracciato CTG affermando che rientra nella professionalità dell'ostetrica la capacità

di valutare eventuali segnali di allarme che il predetto esame consente di rilevare ai fini della definizione del benessere fetale"  
2. Cassazione Penale, sentenza del 12 luglio 2006, n. 33619: "Ogni sanitario è responsabile non solo del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma deve anche conoscere e valutare le attività degli altri componenti dell'équipe in modo da porre rimedio ad eventuali errori posti in essere da altri... (omissis)....".

3. Cassazione Penale, Sez. IV, sentenza del 26 gennaio 2005, n. 18568: "correttamente è stato ravvisato a carico di tutti i componenti di una équipe chirurgica (nella fattispecie, il primario, due chirurghi e l'infermiere cosiddetto ferrista (ma ciò vale anche per la figura dell'ostetrica strumentista), addetto alla riconsegna dei ferri chirurgici), il reato di lesioni colpose gravi in danno di un paziente che aveva riportato un laparocelo, con indebolimento permanente della funzione conte-

nitiva della parete addominale, a cagione della condotta negligente tenuta dagli imputati, in cooperazione colposa tra loro, i quali, per omessa vigilanza reciproca sull'utilizzo degli strumenti chirurgici, avevano fatto sì che, durante un intervento chirurgico, uno degli strumenti (precisamente una pinza di Kelly) fosse stato lasciato all'interno della cavità addominale, rendendo necessario a distanza di tempo un secondo intervento chirurgico per rimuoverlo".



# Importante onorificenza per il Professor Giovanni Monni

**Il past president e presidente onorario Aogoi Giovanni Monni è stato nominato Professore Onorario dell'Università di Buenos Aires**

Il titolo gli è stato conferito a Buenos Aires nella sede del Rettorato dell'Università Statale della capitale argentina, dal Prof. Ruben Eduardo Hallu, Rector della Universidad de Buenos Aires e dal Decano della Facoltà di Medicina, Professore Emerito Alfredo Buzzi, per le seguenti motivazioni: per essere stato pioniere e leader della diagnostica genetica prenatale in ostetricia e ginecologia, per lo studio precoce delle alterazioni genetiche e cromosomiche fetali, per i riconoscimenti internazionali, per le numerose e importanti



pubblicazioni scientifiche e per gli insegnamenti che il docente Giovanni Monni offrirà ai giovani medici argentini in medicina materno-fetale; insegnamenti che saranno un validissimo aiuto e stimolo per la ricerca e per l'approfondimento clinico della Medicina Perinatale. Negli stessi giorni il professor Monni ha tenuto tre letture magistrali di Medicina Materno-Fetale durante il Congresso Nazionale di tutte le Università congiunte di Buenos Aires (31 maggio-2 giugno 2012), che ha visto la presenza di oltre 7000 partecipanti.

**Maurizio Silvestri**

Ostetrico-ginecologo presso la S.C. di Ostetricia e Ginecologia di Spoleto

## Il mistero della maternità nella cultura longobarda

**■ Dei Longobardi sappiamo ancora poco, non sappiamo fra l'altro come visse la gravidanza questo popolo definito barbaro, con una vita media di 30-40 anni e una elevata mortalità materno-feto-neonatale. Un "insolito" convegno tenuto a Spoleto nella splendida cornice della Basilica di San Salvatore "mette in scena" la maternità e il parto tra la gens Langobardorum, svelandoci particolari sconosciuti e rievocando scenari, momenti e personaggi**

Nel VI secolo, nel territorio di Spoleto, un popolo edificò un Ducato: erano i Longobardi. Giunti in Italia dalla Germania orientale, il regno longobardo era diviso dal territorio rimasto sotto il controllo dei Bizantini (detto Romània) nella Longobardia maior (centro-nord) e Longobardia minor (centro-sud), ove era situato il ducato spoletino. Di questo popolo dall'etimologia dell'etnonimo incerta (non si sa se venissero chiamati Longobardi per l'abitudine di ornarsi il viso con una lunga barba o perché invece usavano per lance delle lunghe alabarde), abbiamo importanti testimonianze architettoniche, fra le quali la Basilica di San Salvatore a Spoleto, che rientra nel sito seriale "i Longobardi in Italia: i luoghi del potere" ed è stata riconosciuta patrimonio dell'umanità dall'Unesco. Tuttavia dei Longobardi sappiamo ancora poco, non sappiamo fra l'altro come visse la gravidanza questo popolo definito barbaro, con una vita media di 30-40 anni e una elevata mortalità materno-feto-neonatale. Il convegno nazionale "Il mistero della maternità nella cultura Longobarda", che si è tenuto a Spoleto nello splendido scenario della Basilica di San Salvatore lo scorso 9 luglio, ha cercato di portare un po' di chiarezza

sull'argomento. Durante i lavori, moderati dal dottor Maurizio Silvestri, ostetrico-ginecologo presso la S.C. di Ostetricia e Ginecologia di Spoleto e dalla giornalista Ilaria Rapacchio, si sono alternati illustri studiosi, tra i quali Franco Fornasaro, Manuela Marchi, Cristina Zenobi e Raffaella Albanese, che hanno svolto una brillante e avvincente trattazione dell'argomento. Abbiamo così appreso che la dieta ricca di carne di questo popolo assicurava un adeguato apporto calorico alle donne durante la gravidanza e che queste venivano aiutate durante il parto da donne esperte nella maieutica (che tra l'altro erano in grado di

fare il rivolgimento del feto podalico, manovra del tutto sconosciuta agli altri popoli che in precedenza vissero in Italia). Ed ancora, che avevano una grande attenzione per l'igiene, che conoscevano molte erbe per curarsi e che una donna medico scrisse perfino un trattato di ostetricia. Trotula de Ruggero, dottoressa longobarda vissuta nel IX secolo a Salerno, appartenente alla scuola salernitana e definita bellissima da alcuni storici (mente altri avanzano dubbi sulla reale esistenza del personaggio), ritenendo che le donne, per pudore e riservatezza, non osassero rivelare a un medico maschio "le sofferenze procurate dalla indisposizione degli or-



**Trotula de Ruggero**  
dottoressa longobarda vissuta nel IX secolo a Salerno

anche presso la biblioteca di Spoleto. Grande è stata

la partecipazione del pubblico, che ha fatto precise domande ai relatori rivelando il grande interesse a conoscere le nostre radici. A proposito, lo sapevate che se il vostro gruppo sanguigno è di tipo "A" probabilmente fra i vostri antenati ci sono i Longobardi? ■

gani impegnati nei compiti voluti dalla natura" si dedicò allo studio delle patologie specifiche della donna e scrisse il trattato "De passionibus mulierum ante in et post partum" sulla cura delle malattie delle donne prima, durante e dopo il parto, stampato solo nel 1544 e consultabile

Meditazioni

di Giuseppe Cragnaniello



# Unione o scissione?

**P**ur nella complessità unificante di "medicina per la donna" bisogna ammettere che l'ostetricia e la ginecologia sono tra loro abbastanza diverse. Anche per come vengono vissute dagli specialisti. Tradizionalmente si può dire che la prima era appannaggio della gioventù, la seconda della maturità. Negli ultimi decenni invece le cose sono molto cambiate. Pletora medica, blocco degli organici con mancato turnover, appiattimento della carriera, hanno avuto come conseguenza che, tra disoccupazione, sottooccupazione e scarsa frequentazione della sala operatoria, molti continuano a far gli ostetrici più a lungo mentre pochi sono i ginecologi veri (non dimenticando che la nostra è una specializzazione chirurgica). Ma non è che quanto accadeva in passato si possa dire idilliaco: l'ostetricia, soprattutto quella moderna, particolarmente sofisticata, è giusto sia affidata ai giovani, senza dubbio più colti ma meno esperti? L'aumento vertiginoso dei tagli cesarei non è legato tra l'altro a questo, oltre che al progressivo abbandono della sala parto per poter menar le mani in sala

## Ginecologia e Ostetricia: è auspicabile quella separazione di cui ciclicamente si sente parlare? Cosa proporre per il futuro?



operatoria? Se ne dovrebbe concludere che ben venga quella separazione di cui ciclicamente si sente parlare. Ma in che maniera e a che scopo? Le unità operative attuali dovrebbero sdoppiarsi: i ginecologi da un lato, gli ostetrici dall'altro. Con tutti i pro e i contro. Un aspetto negativo: si creerebbero dei paria, specialisti grandi (i ginecologi, ovviamente) e piccoli (gli ostetrici, naturalmente). Un aspetto positivo: spunterebbero dal nulla tanti nuovi primariati, non disprezzabili visto l'aumento della vita media dei dirigenti... È innegabile che l'evolversi delle conoscenze ha frammentato tutta la materia e soprattutto la ginecologia: ad esempio, l'oncologia ginecologica è lontana anni luce dalla riproduzione assistita, e un buon ginecologo difficilmente sarà un buon colposcopista o un buon ecografista e così via. Ma anche l'ostetricia presenta tante sfaccettature: diverse sono infatti le competenze di un ostetrico che opera in un centro di primo livello da quelle del secondo o del terzo! Ciò pone problemi di tipo medico-legale da non sottovalutare: quanto può essere responsabile un

primario con formazione chirurgica tradizionale dell'operato del suo collaboratore laparoscopista? Ma, nella tuttora largamente imperante onniscienza e onnipotenza, quanti avrebbero su due piedi l'onestà di ammettere i propri limiti, dedicandosi anima e corpo ad un cantuccio e lavorandoci bene, a differenza di chi ora si affanna a far tutto e lo fa male? Cosa proporre allora per il futuro? La specializzazione, unificata ed unificante, può rimanere tale. Ma dovrebbe essere solo un punto di partenza. Ad essa sarebbe opportuno far seguire il perfezionamento nel campo dove ognuno si sente più portato, con una scelta strategicamente orientata, però, dalle esigenze del sistema sanitario. Tale superspecializzazione (o master) andrebbe gratificata da incarichi di responsabilità e di autonomia notevole: vanno adeguatamente ripensati i vecchi, famigerati moduli organizzativi, da riproporre poi con la necessaria energia nella contrattazione sindacale, in modo da lasciare così al primario funzioni e responsabilità di semplice coordinamento.

Libri



## Trombofilia e gravidanza

**Q**uando alla mia età un libro "tecnico" di medicina ti assorbe fino a tarda notte, vuol dire che c'è qualcosa che solletica la tua voglia di conoscenza. Sarà probabilmente perché è scritto da persone che conosco e stimo. Gli autori di questo saggio sono infatti tutti ginecologi, ospedalieri e universitari, che lavorano all'Ospedale Fatebenefratelli, Isola Tiberina, di Roma. Persone che sono cresciute per lungo, o breve, tempo con me. Sono convinto però che il vero motivo di tanta attenzione sia legato

all'importanza dell'argomento che viene proposto. Argomento quasi sconosciuto alla mia generazione, che è diventato prioritario, fondamentale nella nostra specialità. La trombofilia congenita o acquisita, avverte la quarta di copertina, si riscontra in più del 60% delle donne con patologie ostetriche. È un dato statistico impressionante. Questo significa che ci può essere il quotidiano riscontro di questa patologia nella pratica clinica. Con l'avvertenza che questa stessa patologia è in grado di determinare gravi



### TROMBOFILIA E GRAVIDANZA

Dalla diagnosi alla terapia  
Giovanni Larciprete,  
Elio Cirese, Federica Rossi,  
Herbert Valensise

pagine 136  
anno 2012  
ISBN 978-8889726990  
prezzo € 18,00  
Casa editrice ED.IT, 2002  
www.editpress.it

conseguenze per la vita del feto o della madre. Il libro fa il punto sulle problematiche emocoagulative in

gravidanza e durante il puerperio. E lo fa garantendo la qualità dell'informazione alla luce delle attuali conoscenze. È un libro

scritto principalmente su esperienze vissute nella sala parto e negli ambulatori di un grande Dipartimento Materno Infantile dove convive l'esperienza ospedaliera e universitaria. Questo ha permesso agli autori di utilizzare la loro competenza clinica pratica unita alle capacità di studio e di ricerca. Nelle pagine del libro si colgono queste attenzioni. Soprattutto si ha l'impressione di un lavoro vissuto e meditato. L'ostetricia sempre più ha bisogno di apporti culturali. Perché, come sostengo da tempo, è il più difficile del nostro impegno di medici del genere femminile. Contributi come questi forniscono una valida spinta al continuo rinnovarsi.



Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



# L'assassino è sempre in famiglia

**Dietro ogni "associazione di tutela legale per la malpractice medica", di "lotta alla malasanità", di "assistenza alle vittime della medicina" ...c'è sempre almeno un medico. L'assassino è in famiglia e indossa pure il camice bianco!**

In quasi tutti i romanzi polizieschi inglesi l'assassino va ricercato innanzitutto tra i familiari dell'ucciso: Agatha Christie è stata maestra nel descrivere gli intrighi, le miserie morali, i torbidi interessi che muovono i sentimenti più bassi dell'animo umano e spingono spesso fino a gesti estremi i membri di una stessa famiglia; il più delle volte il movente che arma la mano che si leva contro il proprio simile è semplicemente il denaro, la vil moneta, lo sterco del diavolo. Quanti nella storia (e nella vita di tutti i giorni) hanno venduto anche gli amici o peggio le persone care per interesse, per denaro! E così purtroppo è anche nel quotidiano palcoscenico della vita di tutti noi. Perché questo riferimento a tristi miserie dell'animo umano che portano a tradire le affinità, i legami e le parentele? Tutto nasce dalla costatazione, innanzitutto, del fiorire di associazioni legali o pseudo tali che pubblicizzano la possibilità di 'tutelare' i poveri malcapitati, vittime della cosiddetta malasanità. "Siete stati ricoverati in ospedale? Ritenete di avere subito un qualche danno? No? Forse oggi non ve ne rendete conto, ma un domani potreste avere delle conseguenze negative a seguito di un intervento chirurgico apparentemente riuscito per il meglio". "Siete sicuri che il comportamento dei medici sia stato immune da errori o da trascuratezze?" Noi vi tuteliamo, noi vi proteggiamo, noi vi salviamo! "Basta una firmetta e avrete giustizia (e anche un robusto risarcimento che allevierà le vostre sofferenze...)". Non ci



sono spese, pensano a tutto loro, basta una piccola quota di iscrizione all'associazione ma soprattutto la delega a presentare l'esposto-denuncia. E se poi va male perché in realtà non c'è stato alcun comportamento scorretto né danni correlati? Nessun problema, in Italia va bene così, non costa nulla, i medici e gli ospedali non denunciano mai per lite temeraria chi li ha denunciati per malasanità e comunque gratta gratta, qualcosa alla fine si troverà! Per i medici o gli ospedali qualcosa da farsi perdonare si troverà comunque! Ciò che importa, in soldoni, è che, denunciato l'ospedale, messo in croce il medico, passata la notizia ai media sempre alla ricerca del "nuovo caso di malasanità", alla fine della storia resti un adeguato guadagno per la caritatevole

associazione di tutela dalla malpractice medica. Quando, alcuni decenni fa l'eco di queste storie ci giungeva dagli Stati Uniti, ove purtroppo sono abbastanza frequenti per la differente organizzazione sanitaria di quel Paese rispetto al nostro, molti facevano spallucce; oggi purtroppo è venuto anche il nostro turno. Soltanto che negli Usa i medici si fanno pagare adeguatamente e possono permettersi una robusta assicurazione professionale, da noi... lasciamo perdere! Ora, mentre la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, anziché alzare sul serio la voce contro la continua aggressione nei confronti degli iscritti e tutelarli sul serio, sembrerebbe piuttosto affaccendata in altri e più interessanti aspetti della sua attività (e sulla gestione delle risorse... non umane), alcune libere associazioni professionali, tra cui naturalmente spicca l'Aogoi, cercano di contrastare come possono il fenomeno della denuncia facile e immotivata nei confronti dei nostri colleghi. Il fatto però è che non è con gli avvocati che creano queste associazioni per denunciarci che dobbiamo prendercela! I legali fanno il loro mestiere e - per quanto opinabile nella fattispecie - va comunque rispettato: l'enorme numero di avvocati e legulei presente nel nostro Paese, la crisi

economica, la necessità di inventarsi comunque un qualcosa con cui produrre un reddito (tengono famiglia anche loro), la necessità di procacciare clienti per lo studio in cui lavorano, sono tutte ragioni dolorosamente fondate e da cui non si può prescindere. No, l'assassino non veste la toga dei legali! I veri carnefici di noi medici non sono coloro che ci sbattono nel Tg o nelle prime pagine dei giornali! No, questi sono complici, seppur condannabili quando si prestano ad aggredire i medici per avvantaggiarsi nel lavoro! E nemmeno i magistrati che non ci guardano certo con occhio benevolo e liquidano risarcimenti stellari, improponibili per chi onestamente vive del proprio stipendio! No! L'assassino è sempre in famiglia, ricordate? San Sebastiano, che già proposi come santo protettore dei ginecologi per come finì martirizzato, trafitto da molteplici dardi, non fu forse condannato dai suoi stessi commilitoni? Eccoci al punto: dietro ogni "associazione di tutela legale per la malpractice medica", di "lotta alla malasanità", di "assistenza alle vittime della medicina" c'è sempre almeno un medico! Sì, un collega! Egli consiglia come crearci difficoltà, esplora tra le pieghe di una cartella clinica se è possibile trovare un appiglio, una virgola, una parola che possa in qualche

modo dare adito ad un'azione legale! Suggestisce ipotesi terapeutiche trascurate (perché irrealizzabili)! E chi altri sarebbe in grado di supportare gli avvocati nel tentativo di rivalse contro i medici se non un altro medico! L'assassino è sempre in famiglia, è proprio vero, ed è un medico! È con loro che ce la dobbiamo prendere, con coloro che assistono, consigliano, insinuano, in questa lotta fratricida e immotivata contro i colleghi! Dobbiamo conoscerli e farli conoscere, divulgare le loro perizie inaccettabili e infondate, a volte scritte con il copia/incolla di internet, con le quali tuttavia vengono montate azioni legali al solo scopo di tentare di spillare quattrini ai medici ed alle Assicurazioni. Non si tratta di impedire la legittima attività di consulente medico-legale: è tuttavia inaccettabile che ci si metta al servizio di chi per puro scopo di lucro tenta di distruggere l'immagine e la vita stessa dei medici e dei loro familiari. Dobbiamo smascherare chi dietro il paravento dell'asettica attività professionale fa da supporto ad azioni per lo più infondate ma comunque capaci di togliere il sonno ad un professionista, in un contesto pregiudizialmente maldisposto (se non ostile) ai medici. L'assassino è in famiglia e indossa pure il camice bianco! Non possiamo accettare l'ipocrisia della presunta tutela delle "povere vittime della presunta malasanità"! Questi (ahinoi!) colleghi forse non hanno prestato soltanto il giuramento d'Ippocrate: anche quello... d'ipocrisia!

Corsi e congressi



**CORSO RESIDENZIALE DI AGGIORNAMENTO IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

**GIORNATE MONOTEMATICHE AOGOI-ASL SALERNO TOPICS: URO-GINECOLOGIA, GRAVIDANZA A RISCHIO, ENDOSCOPIA GINECOLOGICA**

**Direttore scientifico: Dott. Davide De Vita**

**Sedi del Corso: Parte teorica: Teatro agli Olivetani, Nocera Inferiore Via G. Falcone 60**

**Parte pratica: P.O. S. Maria della Speranza, Battipaglia**

Il corso teorico-pratico, patrocinato dall'Aogoi, è organizzato dall'Asl Salerno, nell'ambito del Piano Formazione anno 2011/2012, in collaborazione con l'U.O.C. di Ostetricia-Ginecologia P.O. S. Maria della Speranza, Battipaglia. Le figure professionali destinatarie della formazione sono dipendenti dell'Asl Salerno appartenenti alle categorie professionali operanti nei Presidi Ospedalieri dell'Asl Salerno presso le U.O. di Ostetricia-Ginecologia:

- Medici delle discipline

- Ostetricia-Ginecologia
- Ostetriche
- Infermieri Professionali.

**Le Lezioni teoriche si svolgeranno nei giorni: 29 settembre 2012, 17 novembre 2012, 15 dicembre 2012, dalle ore 8,30 alle ore 18,30**

**Le Esercitazioni pratiche, nei giorni: 29 ottobre 2012 e 18 dicembre 2012, dalle ore 8,30 alle ore 18,00**

Il Corso è stato accreditato ECM (attualmente si è in attesa della comunicazione relativa al numero di crediti assegnati) e, pertanto, nella composizione dell'aula non può essere superato il numero di partecipanti dichiarato al momento dell'accreditamento (n. 75 per edizione).

**Responsabile Scientifico:** Dott. Davide De Vita daviddevita@tiscali.it cell. 3398503997

## RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO ellaOne

**1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE** ellaOne 30 mg compresse **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Ogni compressa contiene 30 mg di ulipristal acetato. Eccipienti: ogni compressa contiene 237 mg di lattosio monoidrato. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA** Compresse Compresse rotonde ricurve di colore bianco-biancastro, con il codice "ella" impresso su entrambi i lati. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Contraccettivo d'emergenza da assumersi entro 120 ore (5 giorni) da un rapporto sessuale non protetto o dal fallimento di altro metodo contraccettivo. **4.2 Posologia e modalità di somministrazione** Il trattamento consiste in una compressa da prendere per bocca quanto prima possibile e comunque non oltre 120 ore (5 giorni) da un rapporto sessuale non protetto o dal fallimento di un altro metodo contraccettivo. La compressa può essere assunta a stomaco pieno o vuoto. In caso di vomito entro 3 ore dall'assunzione di ellaOne è necessario assumere una seconda compressa. Si può assumere ellaOne in qualsiasi momento durante il ciclo mestruale. Prima della somministrazione di ellaOne va esclusa l'esistenza di una gravidanza. Insufficienza renale o epatica: in assenza di studi specifici, non è possibile fare raccomandazioni specifiche per quanto riguarda la dose di ellaOne. Insufficienza epatica grave: in assenza di studi specifici, l'uso di ellaOne non è raccomandato. Bambini e adolescenti: un numero ristretto di donne di età inferiore ai 18 anni è stato sottoposto a studi clinici con ellaOne. **4.3 Controindicazioni** Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti. Gravidanza. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego** L'assunzione in concomitanza con un contraccettivo di emergenza contenente levonorgestrel è controindicata (vedere paragrafo 4.5). Si sconsiglia l'uso di ellaOne in donne con asma grave non adeguatamente controllato da glucocorticoidi per via orale. La contraccezione d'emergenza con ellaOne è un metodo occasionale, che non deve mai sostituire l'uso di un metodo anticoncezionale regolare. In ogni caso è opportuno consigliare alle pazienti il ricorso a un metodo contraccettivo regolare. Anche se l'uso continuo di un contraccettivo ormonale regolare non è controindicato in caso di assunzione di ellaOne, quest'ultimo può ridurre l'efficacia contraccettiva (vedere paragrafo 4.5). Dopo una contraccezione d'emergenza, si raccomanda quindi che i successivi rapporti sessuali siano protetti da un affidabile metodo contraccettivo di barriera fino alla comparsa della successiva mestruazione. La somministrazione ripetuta di ellaOne durante uno stesso ciclo mestruale non è consigliabile, dal momento che la sicurezza e l'efficacia di ellaOne in queste circostanze non sono state ancora studiate. La contraccezione d'emergenza con ellaOne non è sempre efficace nel prevenire la gravidanza. Non vi sono dati disponibili sull'efficacia di ellaOne in donne che hanno avuto rapporti sessuali non protetti più di 120 ore prima dell'assunzione di ellaOne. In caso di dubbio o in caso di ritardo nella comparsa delle mestruazioni di oltre 7 giorni, di sanguinamento anomalo alla data attesa della mestruazione o di manifestazione di sintomi della gravidanza, l'eventuale gravidanza deve essere esclusa con un test di gravidanza. Qualora si instauri una gravidanza dopo il trattamento con ellaOne, occorre considerare, come in ogni gravidanza, la possibilità di gravidanza extrauterina. La gravidanza extrauterina può proseguire nonostante il manifestarsi di sanguinamento uterino. Dopo l'assunzione di ellaOne, la mestruazione può presentarsi in anticipo o in ritardo di alcuni giorni rispetto al previsto. Nel 7% circa delle donne, le mestruazioni si sono presentate con un anticipo di oltre 7 giorni rispetto alla data attesa. Nel 18,5% delle donne si è registrato un ritardo di più di 7 giorni, mentre nel 4% delle pazienti il ritardo ha superato i 20 giorni. Questo medicinale contiene lattosio monoidrato. Le pazienti con rari problemi ereditari di intolleranza al galattosio, deficit di Lapp lattasi o malassorbimento di glucosio-galattosio non devono assumere questo farmaco. L'uso concomitante di ellaOne e dei seguenti principi attivi non è raccomandato a causa della possibilità di interazione: substrati di P-gp (ad es. dabigatran etexilato, digossina), induttori di CYP3A4 (ad es. rifampicina, fenitoina, fenobarbital, carbamazepina, erba di San Giovanni/*Hypericum perforatum*), prodotti medicinali che aumentano il pH gastrico (ad es. inibitori della pompa protonica, antiacidi e antagonisti dei recettori H2), uso a lungo termine di ritonavir e contraccettivi d'emergenza contenenti levonorgestrel (vedere paragrafo 4.5). **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** • Potenziale capacità da parte di altri farmaci di interferire con ulipristal acetato: Non sono stati eseguiti studi specifici di interazioni farmacologiche in vivo. Ulipristal acetato è metabolizzato da CYP3A4 in vitro. I farmaci induttori di CYP3A4 (come rifampicina, fenitoina, fenobarbital, carbamazepina, erba di San Giovanni/*Hypericum perforatum*) possono quindi ridurre la concentrazione plasmatica di ulipristal acetato con una conseguente riduzione dell'efficacia. L'uso concomitante di questi medicinali è quindi sconsigliato (vedere paragrafo 4.4). L'inibitore di CYP3A4 ritonavir può avere anche un effetto di induzione su CYP3A4 se viene usato per un periodo prolungato. In tali casi, ritonavir potrebbe ridurre le concentrazioni plasmatiche di ulipristal acetato. L'uso concomitante di questi medicinali è quindi sconsigliato (vedere paragrafo 4.4). L'induzione dell'enzima si esaurisce lentamente e gli effetti sulla concentrazione plasmatica di ulipristal acetato possono manifestarsi anche se la donna ha smesso di assumere un induttore dell'enzima da 2-3 settimane. Al contrario, potenti inibitori di CYP3A4 (come chetoconazolo, itraconazolo, ritonavir, telitromicina, claritromicina, nefazodone) possono potenziare l'esposizione a ulipristal acetato. La rilevanza clinica non è nota. La somministrazione concomitante di farmaci che aumentano il pH gastrico (per esempio, inibitori di pompe protoniche, antiacidi e antagonisti del recettore H2 dell'istamina) può ridurre le concentrazioni plasmatiche di ulipristal acetato e quindi diminuirne l'efficacia. L'uso concomitante di questi medicinali è pertanto sconsigliato (vedere paragrafo 4.4). • Potenziale capacità da parte di ulipristal acetato di interferire con altri medicinali. Trasportatori della glicoproteina P: i dati in vitro indicano che ulipristal può essere un inibitore di P-gp a concentrazioni clinicamente rilevanti. In assenza di dati clinici, la somministrazione concomitante di ulipristal acetato e substrati di P-gp (ad es. dabigatran etexilato, digossina) è pertanto sconsigliata (vedere paragrafo 4.4). Poiché ulipristal acetato si lega con grande affinità al recettore del progesterone, può interferire con l'azione di medicinali contenenti progestinici. - L'azione anticoncezionale di contraccettivi ormonali combinati e di contraccettivi a base di soli progestinici può risultare ridotta. - L'uso concomitante di ulipristal acetato e di un metodo contraccettivo d'emergenza contenente levonorgestrel è sconsigliato (vedere paragrafo 4.4). **4.6 Gravidanza e allattamento** ellaOne è controindicato durante una gravidanza in atto o sospetta (vedere paragrafo 4.3). Esistono dati estremamente limitati sulla salute del feto/neonato nel caso in cui una gravidanza sia esposta a ulipristal acetato. Anche se non si è riscontrato alcun potenziale teratogenico, i risultati ottenuti su specie animali sono insufficienti per una valutazione della tossicità riproduttiva (vedere paragrafo 5.3). HRA Pharma tiene un registro delle gravidanze per monitorare gli esiti di gravidanza in donne esposte ad ellaOne. Si invitano pazienti e operatori sanitari a riportare ogni episodio di esposizione a ellaOne contattando il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio (vedere paragrafo 7). Non è noto se ulipristal acetato sia escreto nel latte materno umano o animale. Ulipristal acetato è un composto lipofilo e in teoria potrebbe essere escreto nel latte materno. Non si possono escludere rischi per il bambino allattato al seno. Dopo l'assunzione di ellaOne l'allattamento al seno è sconsigliato per almeno 36 ore. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. ellaOne può avere un'influenza trascurabile o moderata sulla capacità di guidare veicoli o sull'uso di macchinari: dopo l'assunzione del medicinale sono comuni capogiri da lievi a moderati; sonnolenza e vista annebbiata sono invece episodi non comuni; raramente sono stati riferiti disturbi dell'attenzione. **4.8 Effetti indesiderati** Le reazioni avverse segnalate con maggiore frequenza sono state cefalea, nausea, dolore addominale e dismenorrea. La sicurezza di ulipristal acetato è stata valutata in 4.718 donne durante il programma di sviluppo clinico. La tabella seguente riporta le reazioni avverse registrate nel programma di fase III su 2.637 donne. La stragrande maggioranza delle reazioni avverse erano lievi o moderate e si sono risolte spontaneamente. Le reazioni avverse elencate di seguito sono classificate per frequenza e per classe sistemico-organica. All'interno di ciascuna classe di frequenza, gli effetti indesiderati sono elencati in ordine di gravità decrescente.

MedDRA	Reazioni avverse (frequenza)			
	Molto comune ≥1/10	Comune ≥1/100 a <1/10	Non comune ≥1/1.000 a <1/100	Raro ≥1/10.000 a <1/1.000
Infezioni ed infestazioni			Vaginite, Rinofaringite, Influenza- Infezione delle vie urinarie	Congiuntivite infettiva - Orzaiolo Malattia infiammatoria pelvica
Disturbi del metabolismo e della nutrizione			Disturbi dell'appetito	Disidratazione
Disturbi psichiatrici		Disturbi dell'umore	Disturbi emotivi - Ansia - Insonnia - Disturbi da iperattività - Alterazioni della libido	Disorientamento
Patologie del sistema nervoso		Cefalea- Capogiri	Sonnolenza - Emicrania	Tremori - Disturbi dell'attenzione Disgeusia - Scarsa qualità del sonno - Parosmia -Sincope
Patologie dell'occhio			Disturbi visivi	Sensazione oculare anomala Iperemia oculare - Fotofobia
Patologie dell'orecchio e del labirinto				Vertigini
Patologie vascolari			Vampate di calore	Emorragia
Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche				Congestione delle vie respiratorie superiori -Tosse -Gola secca -Epistassi
Patologie gastrointestinali		Nausea -Dolore addominale (NOS)- Dolore all'addome superiore- Disagio addominale -Vomito	Dolore all'addome inferiore Diarrea -Secchezza delle fauci Stipsi- Dispepsia -Flatulenza	Riflusso gastroesofageo Odontalgia



MedDRA	Reazioni avverse (frequenza)			
	<b>Molto comune</b> ≥1/10	<b>Comune</b> ≥1/100 a <1/10	<b>Non comune</b> ≥1/1.000 a <1/100	<b>Raro</b> ≥1/10.000 a <1/1.000
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo			Acne - Lesioni cutanee - Prurito	Orticaria -Prurito genitale
Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo		Mialgia -Lombalgia		Dolore alle estremità -Artralgia
Patologie renali e urinarie				Disturbi alle vie urinarie- Cromaturia-Nefrolitiasi -Dolori renali Dolore alla vescica
Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella		Dismenorrea - Dolore pelvico Tensione mammaria	Menorragia -Perdite vaginali Disturbi mestruali -Metrorragia Emorragia vaginale -Vampate di calore -Sindrome premenstruale	Prurito genitale -Sanguinamento uterino disfunzionale -Dispareunia - Rottura di cisti ovarica Dolore vulvo-vaginale -Disagio mestruale -Ipomenorrea
Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione		Astenia	Dolore - Irritabilità - Brividi Malessere - Febbre	Senso di fastidio toracico Infiammazione - Sete

La maggioranza delle donne (74,6%) negli studi di fase III ha avuto la mestruazione successiva alla data prevista o entro  $\pm 7$  giorni, mentre nel 6,8% di loro le mestruazioni sono apparse oltre 7 giorni prima del previsto e il 18,5% ha registrato un ritardo di più di 7 giorni sulla data prevista per l'inizio delle mestruazioni. Il ritardo è stato maggiore di 20 giorni nel 4% delle donne. Una minoranza (8,7%) delle donne ha riferito un sanguinamento intermestruale per una durata media di 2,4 giorni. Nella maggioranza dei casi (88,2%) il sanguinamento è stato descritto come spotting. Tra le donne che hanno assunto ellaOne negli studi di fase III, solo 0,4% ha riferito un sanguinamento intermestruale abbondante. Negli studi di fase III, 82 donne sono state arruolate più di una volta e hanno quindi ricevuto più di una dose di ellaOne (73 donne sono state arruolate due volte e 9 donne sono state arruolate tre volte). Non sono state notate differenze nella sicurezza di questi soggetti in termini di incidenza e gravità degli eventi avversi, variazioni di durata o volume delle mestruazioni o incidenza del sanguinamento intermestruale.

**4.9 Sovradosaggio** L'esperienza di sovradosaggio con ulipristal acetato è scarsa. Ad un numero limitato di soggetti sono state somministrate singole dosi del farmaco fino a 200 mg senza osservare reazioni avverse gravi o dannose. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche** Categoria farmacoterapeutica: ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale, contraccettivi d'emergenza. Codice ATC: G03AD02. Ulipristal acetato è un modulatore selettivo sintetico del recettore del progesterone, attivo per via orale, che agisce legandosi con grande affinità al recettore umano del progesterone. Si ritiene che il meccanismo d'azione primario consista nell'inibire o ritardare l'ovulazione. Dati farmacodinamici mostrano che, anche se assunto immediatamente prima del momento in cui è prevista l'ovulazione, ulipristal acetato in alcune donne, è in grado di posticipare la rottura follicolare. Ulipristal acetato manifesta anche grande affinità per il recettore dei glucocorticoidi, ed effetti antiglicocorticoidi sono stati registrati negli animali, in vivo. Tuttavia, tali effetti non sono stati osservati nell'uomo, anche dopo ripetute somministrazioni, alla dose giornaliera di 10 mg. Ulipristal acetato mostra minima affinità per il recettore degli androgeni e nessuna affinità per i recettori umani degli estrogeni o dei mineralcorticoidi. I risultati ottenuti da due studi clinici indipendenti, randomizzati, controllati (vedere Tabella) su donne che si erano presentate per ricevere una contraccezione d'emergenza tra 0 e 72 ore dopo un rapporto sessuale non protetto o il fallimento di altri mezzi contraccettivi, hanno mostrato che l'efficacia di ulipristal acetato non è inferiore a quella di levonorgestrel. Quando i dati dei due studi sono stati combinati con metodo meta-analitico, si è osservato che con l'utilizzo di ulipristal acetato il rischio di gravidanza è stato significativamente ridotto rispetto all'utilizzo del levonorgestrel ( $p=0,046$ ).

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

1 – Glasier et al, Lancet 2010

Due studi forniscono dati sull'efficacia di ellaOne somministrata fino a 120 ore dopo un rapporto sessuale non protetto. In uno studio clinico in aperto su donne che si erano presentate per ricevere la contraccezione d'emergenza e alle quali è stato somministrato ulipristal acetato tra 48 e 120 ore dopo un rapporto sessuale non protetto, si è osservato un tasso di gravidanza del 2,1% (26/1241). In aggiunta, il secondo studio comparativo sopraindicato fornisce dati relativi a 100 donne trattate con ulipristal acetato da 72 a 120 ore dopo un rapporto sessuale non protetto, nelle quali non sono state riscontrate gravidanze. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Assorbimento In seguito a somministrazione orale di una singola dose di 30 mg, ulipristal acetato viene assorbito rapidamente, con un picco di concentrazione plasmatica di  $176 \pm 89$  ng/ml a circa 1 ora (0,5-2,0 h) dalla somministrazione, ed un AUC<sub>0-∞</sub> di  $556 \pm 260$  ng·h/ml. La somministrazione di ulipristal acetato accompagnata da una prima colazione ricca di grassi ha portato a una riduzione del C<sub>max</sub> medio di circa il 45%, un ritardo di T<sub>max</sub> (mediana da 0,75 a 3 ore) e un aumento del valore medio di AUC<sub>0-∞</sub> pari al 25%, in confronto alla somministrazione a digiuno. Risultati simili sono stati ottenuti per il metabolita attivo mono-demetilato. L'assorbimento di ulipristal acetato è pH-dipendente e può essere ridotto in situazioni in cui il pH gastrico risulti aumentato, indipendentemente dalle cause. Distribuzione Ulipristal acetato si lega fortemente (>98%) alle proteine plasmatiche, incluse albumina, alfa-1-glicoproteina acida e lipoproteine ad alta densità. Metabolismo/eliminazione Ulipristal acetato è ampiamente metabolizzato a derivati mono-demetilati, di-demetilati e idrossilati. Il metabolita mono-demetilato è farmacologicamente attivo. Dati ottenuti in vitro indicano che gli enzimi principalmente coinvolti sono CYP3A4 e, in misura minore, CYP1A2 e CYP2D6. L'emivita terminale di ulipristal acetato nel plasma dopo la somministrazione di una singola dose di 30 mg è stimata a  $32,4 \pm 6,3$  ore, con una clearance orale media (CL/F) di  $76,8 \pm 64,0$  L/h. Popolazioni speciali Non sono stati condotti studi farmacocinetici su ulipristal acetato in soggetti femminili con funzioni renali o epatiche compromesse. Interazioni I dati in vitro indicano che ulipristal acetato e il suo metabolita attivo non inibiscono significativamente CYP1A2, 2A6, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 e 3A4 a concentrazioni clinicamente rilevanti. Dopo la somministrazione di una dose singola, è improbabile che si verifichi l'induzione di CYP1A2 e CYP3A4 da parte di ulipristal o del suo metabolita attivo. E' dunque improbabile che la somministrazione di ulipristal acetato alteri la clearance di prodotti medicinali metabolizzati da questi enzimi. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** I dati non clinici non rivelano rischi particolari per l'uomo sulla base di studi convenzionali di farmacologia della sicurezza, tossicità a dosi ripetute e genotossicità. La maggior parte dei risultati ottenuti in studi di tossicità generale si riferiva al meccanismo d'azione di ulipristal acetato come modulatore dei recettori di progesterone e glucocorticoidi, manifestando un'attività antiprogesterone ad esposizioni simili ai livelli terapeutici. I dati di tossicità riproduttiva sono insufficienti a causa della mancanza di dati farmacocinetici sia nell'uomo che negli animali. Dato il suo meccanismo d'azione, ulipristal acetato ha un effetto embriofetale in ratti, conigli (a dosi ripetute superiori a 1 mg/kg) e scimmie. Non si hanno dati sulla sicurezza dell'embrione umano. A dosi sufficientemente basse da mantenere in atto una gravidanza in specie animali non si è osservato potenziale teratogenico. Non sono stati condotti studi di carcinogenicità con ulipristal acetato. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Lattosio monoidrato Povidone K30 Croscarmellosio sodico Magnesio stearato **6.2 Incompatibilità** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità** 3 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione** Conservare il blister all'interno dell'imballaggio esterno per proteggere il medicinale dalla luce. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** Blister in PVC/PE/PVDC/alluminio contenente 1 compressa. L'imballaggio contiene un blister con una compressa. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento** Nessuna istruzione particolare. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Laboratoire HRA Pharma 15, rue Béranger F-75003 Parigi Francia **8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** EU/1/09/522/001 **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** 15/05/2009 **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** 10/11/2011 Informazioni più dettagliate su questo medicinale sono disponibili sul sito web della Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>.



A close-up, profile view of a man and a woman looking out a window. The woman is in the foreground, looking towards the left. The man is behind her, also looking left. The window shows a cityscape with many buildings and a clear sky.

**Nella contraccezione d'emergenza**

**ellaOne** è più efficace del Levonorgestrel  
se assunto tra le 0 e 24 ore dal rapporto<sup>(1)</sup>

**Contraccezione d'emergenza: è tempo di cambiare**

**ellaOne**<sup>®</sup>  
ulipristal acetato