

CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE

Nuovo grido d'allarme dell'Aogoi che, in un'audizione alla Commissione parlamentare Errori sanitari, rilancia le sue proposte su responsabilità medica e assicurazioni

Il "decreto Balduzzi" non risolve il problema **SERVE UNA NUOVA LEGGE**

■ CONTENZIOSO

Per la prima volta viene riconosciuto il diritto del neonato a chiedere il risarcimento del danno per "nascita malformata"

■ SPECIALE FIGO 2012

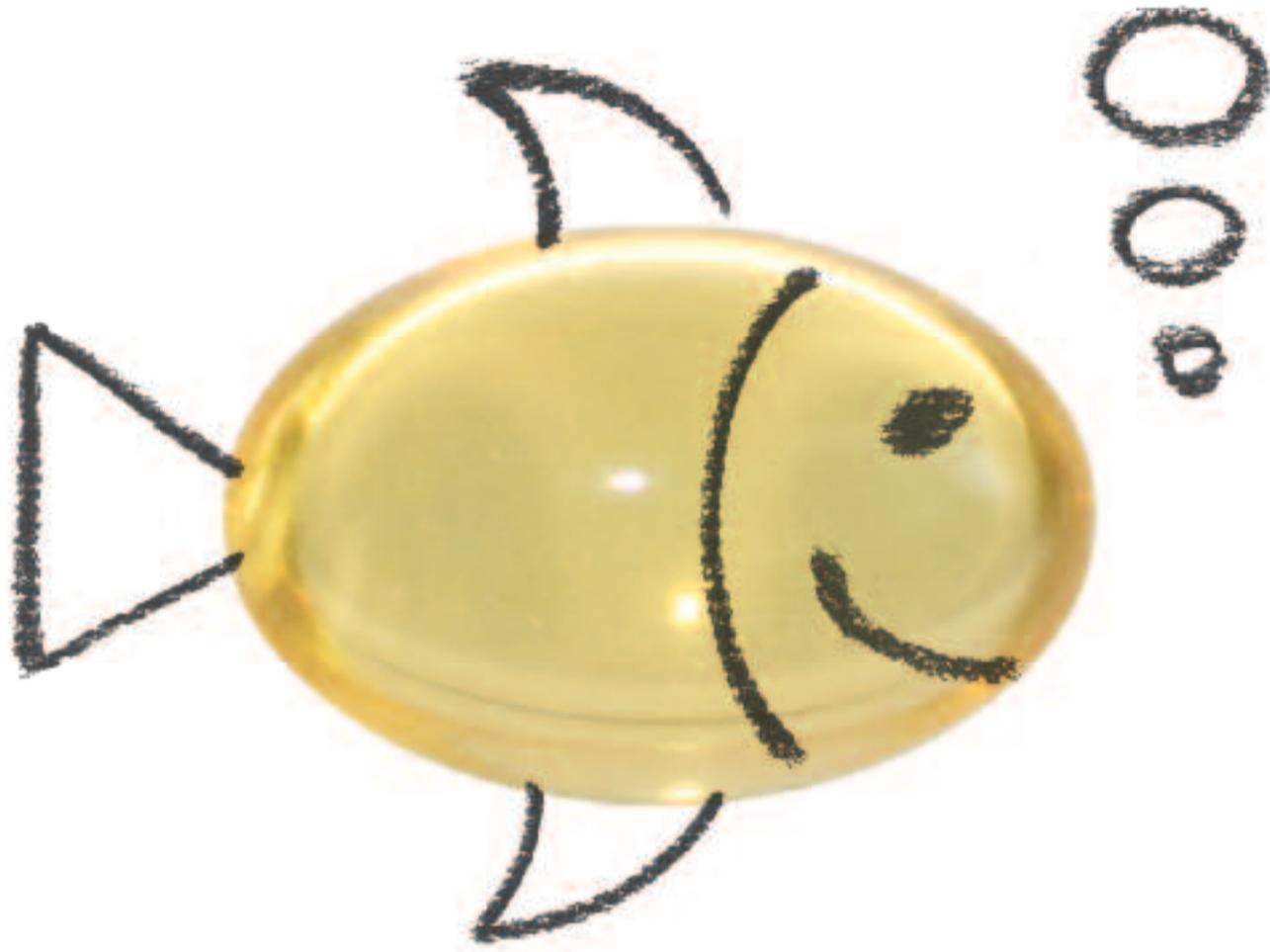
Quando la "contaminazione globale" rigenera le risorse nazionali. Ultimi flash dal Mondiale di ginecologia

■ PMA

Sì del tribunale di Cagliari alla diagnosi preimpianto: è la sentenza "numero 19" contro la legge 40/2004. Intervista a Giovanni Monni

NUOVO MULTICENTRUM MATERNA DHA

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



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

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

IL NOSTRO DHA

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

FONTE DICHIARATA

(DHA da olio di pesce)

DHA IN FORMA FISIOLGICAMENTE ATTIVA

(esteri di trigliceridi)

TRATTATO PER EVITARE IL REFLUSSO

(raffinato/deodorizzato)

QUALITÀ E PUREZZA ELEVATE

(trattato per eliminare i contaminanti ambientali)

RAPPORTO OTTIMALE EPA:DHA 1:5

(simile al latte materno)

200 MG AL GIORNO

(come raccomandato dalla Comunità Europea)



6

**Vito Trojano**

Il nostro intervento in Commissione Errori sanitari non è stato un cahier de doléance e abbiamo presentato 4 proposte concrete per restituire serenità ai professionisti

7

Carmine Gigli

Il Decreto Balduzzi: un passo indietro rispetto alla situazione attuale

7

Benedetto Fucci

Resta lo spazio, di qui alla conclusione della legislatura, perché tutti i parlamentari più coinvolti nelle materie sanitarie portino avanti un lavoro forte di vigilanza e intervento

- 4 **PRIMO PIANO**
Il Decreto Balduzzi è legge: tutte le novità
- 5 **Nascere sicuri: il Rapporto del Senato sulla sicurezza in sala parto**
- 6 **FOCUS ON RESPONSABILITÀ MEDICA**
Contenzioso medico-legale e assicurazioni: le quattro proposte dell'Aogoi
- 7 **I commenti al Decreto Balduzzi**
- 8 **"Perché questa sentenza ci preoccupa"**
di Vito Trojano
- 8 **Treviso come L'Aquila?**
IL PUNTO DIVISTA di Calo Sbiroli
- 9 **Il medico deve risarcire anche se non ha causato il danno?!**
di Vania Cirese
- 11 **Aborto legale: diritti della gestante e obblighi del medico**
di Pier Francesco Tropea
- 11 **Ania: costi alle stelle e aumentano le strutture che disdicono le polizze**
- SPECIALE FIGO 2012**
ultimi flash dal Mondiale di Roma
- 12 **Mortalità materna: ridurla è possibile**
di Laura Berardi
- 13 **Quando la "contaminazione globale" rigenera le risorse nazionali**
di Carlo Sbiroli
- 14 **Le Iniziative Figo nel mondo**
- 15 **Mortalità materna: "in Italia è bassa, ma potremmo ridurla di un altro 50%"**
A colloquio con Serena Donati
- 17 **Una piccola video finestra sulla "trafficatissima" 5 giorni**
- 17 **Il mio "Figo 2012"**
di Diego Freri
- 18 **Agite al Figo 2012**
di Giovanni Fattorini
- 21 **PROFESSIONE**
Diagnosi preimpianto: sentenza storica del Tribunale di Cagliari
- 22 **La Dgp evita la tragedia dell'aborto "terapeutico"**
A colloquio con Giovanni Monni
- 23 **Questione Doula... a che punto siamo?**
di Roberta Giornelli
- 26 **Il valore del gioco di squadra per il cambiamento**
di Giuseppe Ettore
- 27 **RUBRICHE**
Meditazioni
Giuseppe Gragnaniello
- 29 **Fatti&Disfatti**
Carlo Maria Stigliano

13

Carlo Sbiroli

Il Mondiale di Roma ha mostrato alla comunità scientifica internazionale il livello di eccellenza delle nostre scuole e i buoni livelli standard di assistenza



22

Giovanni Monni

Credo che i politici dovrebbero prestare più ascolto ai medici, alle Società Scientifiche e soprattutto ai rappresentanti dei pazienti prima di "partorire" leggi in materia sanitaria



Il Decreto Balduzzi è legge: tutte le novità

È diventato legge, con fiducia dell'Aula di Palazzo Madama, il Decreto che cambia le regole della sanità. Cure primarie, intramoenia, responsabilità professionale, Lea. Ecco come cambieranno

a cura di Ester Maragò

Via libera del Senato (con 181 sì, 43 no e 23 astenuti), con voto di fiducia al provvedimento di conversione del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute". E senza modifiche al testo approvato dalla Camera. Molti i cambiamenti: dalle norme per la nomina dei direttori generali e dei primari alla riorganizzazione della medicina territoriale, fino all'attività intramuraria. Ma anche tempi certi per l'aggiornamento dei Lea e delle malattie croniche e rare, nuove regole per prevenire la ludopatia e scoraggiare il gioco d'azzardo.

In sintesi le norme, entrate in vigore dopo la pubblicazione del decreto legge sulla Gazzetta

Ufficiale n. 263 del 10 novembre 2012, riguarderanno: riforma delle cure primarie; intramoenia; responsabilità professionale e rischio clinico; gestione e monitoraggio dei rischi sanitari; dirigenza sanitaria e governo clinico; aggiornamento dei Lea; edilizia sanitaria; misure finanziarie e patrimoniali a favore delle Regioni; fumo, alcol, ludopatia e certificati sportivi; norme in materia di sicurezza alimentare e bevande; disposizioni in materia di emergenze veterinarie; farmaci e innovatività terapeutica; prontuario e altre norme su farmaci e farmacie; farmaci erogabili dal Ssn; disposizione su altri farmaci; razionalizzazione di enti sanitari; trasferimento delle funzioni di assistenza al personale navigante e altre norme sulle prestazioni rese dal ministero.

Di seguito la sintesi dei 16 articoli del provvedimento approvato.

Riforma delle cure primarie (Art. 1)

Arrivano gli ambulatori H24 con medici e infermieri

Le regioni organizzano l'assistenza primaria. Le unità complesse di cure primarie sono costituite in reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione.

Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Ssn.

Arriva il ruolo unico per i Mmg

Il personale convenzionato è costituito dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali. Per i medici di medicina generale è istituito il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali. Le regioni per esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale possono attuare previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie dei Ccnl, processi di mobilità del personale dipendente dalle aziende sanita-



rie con ricollocazione del personale presso altre aziende sanitarie della regione anche al di fuori dell'ambito provinciale.

Mobilità del personale delle aziende sanitarie

Le Regioni per esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale possono attuare, previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie dei Ccnl, processi di mobilità del personale dipendente dalle aziende sanitarie con ricollocazione del personale presso altre Aziende sanitarie della Regione anche al di fuori dell'ambito provinciale.

Intramoenia (Art. 2)

Gli spazi per la libera professione

La realizzazione delle strutture per l'Alpi dovrà avvenire entro il 31 dicembre 2014. La ricognizione degli spazi disponibili e la valutazione dei volumi delle prestazioni effettuate entro gli ultimi due anni, dovrà essere realizzata entro il 31 dicembre 2012. Se necessario, è prevista la possibilità di acquistare e affittare, presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate e stipulare convenzioni con altri soggetti pubblici, spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari per l'Alpi sia istituzionale, sia ordinaria. Sarà possibile adottare, dove non sono disponibili spazi ad hoc, un programma sperimentale per svolgere la Lpi presso studi professionali privati collegati in rete.

Realizzazione dell'infrastruttura per il collegamento in rete

Dovrà essere predisposta e attivata il entro il 31 marzo 2013 un'infrastruttura di rete telematica per il collegamento in voce o in dati tra le strutture che erogano le prestazioni in Alpi per gestire prenotazioni, impegno orario del medico, pazienti visitati, prescrizioni ed estremi dei pagamenti, anche in raccordo con il fascicolo sanitario elettronico.

Divieto di svolgimento dell'Alpi

Non potrà essere svolta presso studi professionali collegati in rete dove operano anche professionisti non dipendenti o non

convenzionati del Ssn, ovvero dipendenti non in regime di esclusività, salvo deroga dell'azienda del Ssn e a condizione che sia garantita la completa tracciabilità delle singole prestazioni.

Tracciabilità e tempi dei pagamenti

È assicurata la tracciabilità delle prestazioni e dei relativi pagamenti. Per assicurare trasparenza ai pazienti, sarà descritta voce per voce nella ricevuta fiscale la composizione degli importi corrisposti al medico. L'azienda corrisponde entro 90 giorni dal pagamento delle prestazioni gli onorari ai medici.

Tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni (Art. 2 bis)

Istituita una commissione per l'aggiornamento delle tariffe. Il ministero della Salute, di concerto con l'Economia sentita la Stato Regioni provvede entro 90 giorni dall'insediamento della Commissione, all'eventuale aggiornamento delle tariffe. Le aziende tratteranno il 5% dei compensi degli operatori per programmi di prevenzione o riduzione delle liste d'attesa.

Responsabilità professionale e rischio clinico (Art. 3)

Se ci si è attenuti alle linee guida si risponderà dei danni solo in caso di dolo o colpa grave. L'esercente delle professioni sanitarie che si attiene a linee guida e a buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale risponde dei danni solo in caso di dolo o colpa grave.

Arriva il fondo ad hoc per la copertura assicurativa del rischio professionale

Disciplinati entro il 30 giugno 2013 le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi. Obbligo di copertura assicurativa con un Fondo ad hoc per alcune categorie a rischio professionale finanziato dal contributo dei professionisti che ne facciano espressa richiesta e da un ulteriore contributo a carico delle imprese assicuratrici. Cancellato invece l'obbligo di assicura-

zione per responsabilità civile per le strutture sanitarie pubbliche e private.

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

Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari (Art. 3 Bis)

Cassata la norma che prevedeva la costituzione di unità di risk management nelle Asl. Ci si limita a generiche indicazioni per implementare l'attività di prevenzione e controllo dei rischi sanitari.

Dirigenza sanitaria e governo clinico (Art. 4)

Arriva l'albo dei Direttori generali

I Dg delle aziende e degli enti del Ssr sono nominati attingendo obbligatoriamente da un elenco regionale di idonei, o da analoghi elenchi di altre regioni. I criteri di costituzione degli elenchi sono individuati da una commissione costituita dalla regione. Gli elenchi sono aggiornati almeno ogni due anni. Ai manager è richiesta, oltre alla laurea anche un'esperienza dirigenziale almeno quinquennale in campo sanitario o settennale in altro settore.

Internet è il veicolo per garantire pubblicità e trasparenza attraverso la pubblicazione dei bandi, delle procedure di selezione, delle nomine e dei cv.

Nomine dei Dg anche oltre i 65 anni e verifiche anche in base agli esiti del Pne

Secondo l'emendamento approvato possono accedere alla selezione di Dg anche coloro che abbiano superato i 65 anni d'età. Viene meno quindi meno il limite previsto dal testo originario del decreto.

I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a valutazione annuale sulla base di linee guida. Gli strumenti per la valutazione dei dirigenti medici e sanitari tengono conto del programma nazionale valutazione esiti.

La Commissione di valutazione per la selezione del Dg

La selezione viene effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa della medesima disciplina. La commissione elegge un presidente tra i componenti sorteggiati.

Il Collegio di direzione delle Aziende sanitarie

Le Regioni istituiscono il collegio di direzione che è organo dell'azienda, e concorre al governo delle attività cliniche e partecipa alla pianificazione delle attività. La composizione deve garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'Azienda o nell'Ente. Nelle aziende universitarie partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica. Il collegio di direzione partecipa inoltre anche alla valutazione interna dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato dal Dg su tutto quanto attiene il governo delle attività cliniche.

Proroghe per i contratti a tempo determinato del personale, anche dirigente, del Ssn

Sono prorogati i contratti a tempo determinato del personale

sanitario del Ssn, compresi i dirigenti. La proroga dei contratti non costituisce nuova assunzione ed esclude per questa tipologia professionale l'applicazione del Dlgs n.368/2001.

Disposizioni in materia di assunzioni nelle Regioni dei piani di rientro (Art. 4 Bis)

Al fine di garantire i Lea, gli Enti del servizio sanitario delle Regioni con piano di rientro sottoposte al blocco automatico del turn over dal 2012 possono procedere a nuove assunzioni di personale a tempo indeterminato, nel limite massimo del 15% del personale cessato dal servizio, previa accertamento del raggiungimento anche parziale degli obiettivi previsti dal Piano di rientro.

Aggiornamento dei Lea (Art. 5)

Un decreto del presidente del

Consiglio, da emanare entro il 31 dicembre 2012, aggiornerà il Lea per le malattie croniche, per le malattie rare e la ludopatia. Sparisce il fondo alimentato dalle entrate dei giochi che avrebbe finanziato i nuovi Lea per le ludopatie.

Edilizia sanitaria (Art. 6)

La procedura dei lavori di ristrutturazione, di adeguamento, di realizzazione di strutture ospedaliere da realizzarsi attraverso contratti di partenariato pubblico privato può prevedere la cessione all'aggiudicatario, come componente del corrispettivo, di strutture ospedaliere da dismettere, anche nel caso questo comporti il cambiamento di destinazione d'uso. Sono previste norme per l'aggiornamento della normativa antincendio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche che sarà valida anche per le private. I lavori di

ristrutturazione nonché di costruzione di strutture ospedaliere devono prevedere anche interventi di risparmio energetico ovvero anche l'utilizzo di fonti energetiche rinnovabili

Fumo, alcol, ludopatia e certificati sportivi (Art. 7)

Vietata la vendita di sigarette e alcol ai minori, previste multe da 2mila a 25mila euro.

È previsto inoltre il divieto su ogni tipo di media (giornali, riviste, tv, radio, teatro, cinema e internet) alle pubblicità che inducono al gioco dove è prevista vincita in denaro a meno che non siano ben presenti formule di avvertimento sul rischio.

Norme in materia di sicurezza alimentare e di bevande (Art. 8)

Previste nuove disposizioni per la vendita di pesce e latte con sanzioni fino a 20mila euro. Nelle bevande analcoliche deve esserci almeno il 20% di succo naturale.

Disposizioni in materia di emergenze veterinarie (Art. 9)

Previsti tempi più precisi per affrontare le emergenze in caso di malattie infettive del bestiame.

Farmaci e innovatività terapeutica (Artt 10-14)

Previste nuove norme per la produzione di materia prima, la trasmissione dei dati di vendita dei farmaci. Abolite le sanzioni per chi trasgredisce. Per i farmaci innovativi, la disponibilità sarà immediata. Prevista entro il 30 giugno 2013 la revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale dall'Aifa.

Razionalizzazione di enti sanitari (Art. 14)

Prevista la riorganizzazione dell'Agencia per le erogazioni in agricoltura (Agea) e dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (Inmp) e dell'Onaosi.

Trasferimento delle funzioni di assistenza al personale navigante e altre norme sulle prestazioni rese dal ministero (Art. 15)

L'assistenza sanitaria al personale navigante marittimo e dell'aviazione civile e le funzioni di PS aeroportuale, con alcune eccezioni, passa alle Regioni.

"NASCERE SICURI" IL RAPPORTO DEL SENATO SULLA SICUREZZA IN SALA PARTO

Nel nostro Paese si può dire che si nasce sicuri. Certo permangono differenze a carattere territoriale tra Nord e Sud ma, in una classifica relativa alla mortalità infantile del 2008, risulta che con 3,6 per mille nati vivi, siamo all'11° posto di una graduatoria dei Paesi sviluppati, che inizia con Hong Kong e termina con gli Stati Uniti

La fotografia della situazione ce la offre "Nascere Sicuri", l'indagine conoscitiva condotta dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita. Il documento, predisposto dalle senatrici Fiorenza Bassoli (Pd) e Laura Bianconi (Pdl), è stato approvato all'unanimità dalla Commissione. Il presidente della Commissione, Antonio Tomassini (Pdl), ha espresso apprezzamento per "la conclusione di un'indagine conoscitiva così rilevante, la quale rappresenta un risultato di cui la Commissione deve sentirsi orgogliosa anche perché completa un quadro di iniziative che fu avviato per rispondere ad alcuni fatti di cronaca".

L'indagine, deliberata all'unanimità dalla Commissione Igiene e Sanità nel settembre 2010, è iniziata nel febbraio 2011 con numerose audizioni. La Commissione, durante i lavori si è avvalsa della collaborazione di una serie di consulenti e di esperti e nel corso delle procedure informative sono stati inoltre raccolti e acquisiti numerosi documenti e contributi da parte dei soggetti auditati. Purtroppo però si evidenziano anche le profonde differenze che ancora esistono nel nostro Paese, tra il nord e il sud del nostro Paese. Significativo è il dato sulla mortalità infantile. Nel contesto Italia le differenze fra Nord e Sud sono notevoli poiché vanno dal 2,7 per mille nati vivi del Piemonte al 5,5 per mille della Calabria. Differenze che vanno individuate in rapporto alla mancanza di una rete assistenziale di sorveglianza della gravidanza, alla frammentazione dei Centri Nascita, alla mancata individuazione dei Centri Perinatali di riferimento su base territoriale, carenze in termini di organici, medici e infermieri.



Esistono però anche realtà di eccellenza, con Unità d'Ostetricia e Neonatologia all'avanguardia, dove bambini nati a 25 settimane gestazionali sopravvivono al 75% e dove si lavora per migliorare la loro qualità di vita. Altro aspetto sottolineato nell'indagine conoscitiva del Senato è l'umanizzazione del parto che passa anche attraverso la conoscenza del valore e del significato della nascita e del parto presso le popola-

zioni straniere che ormai sono parte della cittadinanza del nostro paese.

È poi necessario superare le criticità riguardanti i 260 punti nascita con meno di 500 parti all'anno, in numero maggiore al sud e nelle strutture private accreditate anche avviando un'elaborazione e una proposta di modelli organizzativi sempre più rispondenti alla realtà del Paese, volti a una maggiore omogeneizzazione dell'assistenza offerta, basata su punti nascita che per volume d'attività siano in grado di fornire in modo efficace ed efficiente la presenza 24 ore su 24 delle specialità necessarie alla sicurezza della nascita (ginecologo, anestesista, pediatra).

Con riferimento poi al parto senza dolore, la resistenza al diffondersi dell'analgesia, secondo l'indagine, è da attribuire a diversi fattori primi tra tutti quelli di ordine culturale che vedono, in un Paese cattolico, il parto legato ad un concetto di sofferenza biblica. Accanto a questo va segnalata la scarsa informazione e la carenza di personale che impedisce la presenza di un anestesista dedicato h24. Infine non si può prescindere dal fatto che nei punti nascita e risulta indispensabile la chiarezza della catena di comando decisionale tra i diversi attori coinvolti.

L'Aogoi in audizione alla Commissione parlamentare sugli errori sanitari

CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE il "decreto Balduzzi" non risolve il problema. Serve nuova legge

Questa la posizione espressa dal presidente Aogoi Vito Trojano e dal segretario nazionale Antonio Chiantera nel corso di un'audizione alla Camera presso la "Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali", lo scorso 27 novembre, alla quale hanno partecipato anche due componenti dell'Ufficio legale Aogoi, l'avvocata penalista Vania Cirese, e l'avvocato civilista Paolo Pecora.

L'audizione, che si è svolta nell'ambito del filone di inchiesta sulle coperture assicurative presso le aziende sanitarie e ospedaliere, avviato dalla Commissione presieduta dall'on. Antonio Palagiano, è stata anche occasione per richiamare l'attenzione delle istituzioni su una serie di problematiche medico legali e assistenziali acuite dai recenti orientamenti giurisprudenziali in materia di rischio clinico, responsabilità professionale e profili risarcitori.

"L'attività dei ginecologi italiani - hanno sottolineato il presidente e il segretario nazionale Aogoi in un documento consegnato alla Commissione - è oggi drammaticamente gravata dall'incremento continuo delle richieste risarcitorie e da un contenzioso medico legale aumentato a dismisura, che toglie agli operatori sanitari ogni possibilità di sereno svolgimento della propria attività professionale. L'attività propria dell'assistenza alla gravidanza e al parto così come l'attività svolta in camera operatoria nella ginecologia - aggiunge l'Aogoi - richiedono assoluta serenità degli operatori in un rapporto medico paziente di reciproca fiducia e solidarietà".

Del resto nella pratica medica - prosegue il documento - ben

Il Decreto sanità del ministro Balduzzi, recentemente approvato dal Parlamento, non risolverà i problemi della medicina difensiva e della crescita esponenziale del contenzioso medico-paziente. Le norme in esso contenute, riferite alla responsabilità professionale dei sanitari

(art. 3 del decreto), sono infatti assolutamente insufficienti ad arginare il fenomeno con misure idonee ed appropriate. Tra i problemi più preoccupanti legati all'aumento esponenziale di richieste di danni per i casi veri e presunti di malasanità vi è anche la progressiva chiusura del

mercato assicurativo che spunta condizioni contrattuali sempre più onerose in termini di costi e di minori garanzie. Fenomeno che sta provocando una vera e propria fuga delle Asl dalle assicurazioni e viceversa, con il rischio concreto che molte Asl possano trovarsi senza assicurazione.

Le 4 proposte Aogoi alla Commissione

Per uscire da questa situazione, l'Aogoi ha proposto alla Commissione il varo di una proposta di legge nell'interesse della salute pubblica e per ridurre la medicina difensiva, che:

1 identifichi, attraverso una Commissione integrata anche con le Società Scientifiche nazionali di categoria, gli interventi chirurgici ed in genere, tutte le pratiche sanitarie, anche diagnostiche, ad elevato rischio di esito non ottimale, ivi inclusa l'assistenza al parto, in relazione alle quali riconoscere circostanze attenuanti in sede penale e un'attenuazione dei criteri per l'attribuzione della colpa grave, nel giudizio civile;

2 escluda ogni ipotesi di risarcimento danno in favore della persona con handicap per il solo fatto della nascita, allorché l'handicap non è stato provocato, aggravato o non evitato dall'errore medico, così come è avvenuto in Francia all'indomani di una sentenza del 2001 simile a quella della nostra Corte di Cassazione;

possono sorgere delle complicanze che non sono in alcun modo ascrivibili all'errore umano ma che fanno parte proprio delle attività professionali del-

l'ostetrico ginecologo, ossia dell'"alea terapeutica". La medicina non conosce certezze assolute e rischi o eventi avversi spesso non sono causalmente ricon-

3 modifichi il 3° comma dell'art.3 della L. 189/12 (decreto Balduzzi) eliminando il concetto di "danno biologico" e disciplinando invece il "danno liquidabile secondo equità" ovvero, e quanto meno, il "danno non patrimoniale" (nella sua interezza) conseguente all'attività dell'esercente la professione sanitaria;

4 renda obbligatoria l'assicurazione, in primo rischio ed anche per colpa grave, per tutte le strutture sanitarie ove si svolgono interventi chirurgici e/o pratiche sanitarie, anche diagnostiche, ad elevato rischio di esito non ottimale, ivi inclusa l'assistenza al parto, a garanzia di qualunque danno causato ai pazienti da parte del chirurgo o per fatto autonomo della struttura.

■ L'Aogoi ha infine chiesto alla Commissione parlamentare di intervenire presso ciascun Ministero per quanto di sua competenza, affinché siano resi operativi su tutto il territorio nazionale i livelli massimi di risarcimento fissati dalla Corte di Appello di Milano e siano adottati i più opportuni provvedimenti per "calmierare" proporzionalmente i premi assicurativi.

ducibili a condotte colpose dei singoli medici che anzi agiscono con il massimo scrupolo ed impegno. Occorre perciò distinguere la "complicanza" dall'"er-

rore" professionale e chiarire, una volta per tutte, che la complicanza non può e non deve diventare ostracismo per il medico, fonte d'insulto mediatico e di angoscia giudiziaria.

Tra i casi più emblematici sollevati dall'Aogoi davanti alla Commissione, quello di una recente sentenza della Corte di Cassazione che ha confermato la condanna di un ginecologo a pagare risarcimenti molto elevati a seguito della nascita di un neonato con sindrome di Down. Ma l'accusa al ginecologo non è stata quella di esserne stata causa per malpractice bensì quella di essere responsabile di aver prescritto il solo "Tritest", un esame diagnostico che non permetteva di escludere con certezza al-



Tra i casi più emblematici sollevati dall'Aogoi davanti alla Commissione, quello di una recente sentenza della Corte di Cassazione che ha confermato la condanna di un ginecologo a pagare risarcimenti molto elevati a seguito della nascita di un neonato con sindrome di Down



Responsabilità medica e assicurazioni: I commenti al Decreto Balduzzi

Fucci Un unico segnale incoraggiante non basta

Il "Decreto Balduzzi", entrato ufficialmente in vigore il 10 novembre scorso, ha molti limiti e penalizza fortemente la professione medica. Per questo, anche andando in dissenso con le indicazioni del mio gruppo parlamentare, al momento del voto finale alla Camera ho risposto "no"

Benedetto Fucci

Deputato PDL - Commissione Affari sociali della Camera, Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo medico



Un unico elemento positivo del Decreto Balduzzi, o forse sarebbe meglio chiamarlo un unico segnale incoraggiante, è tuttavia possibile trovarlo. Mi riferisco all'articolo 3 del testo che disciplina alcuni aspetti della responsabilità professionale, stabilendo il principio che l'esercente la professione sanitaria (il quale nello svolgimento della propria attività si attenga a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale) non debba rispondere penalmente per colpa lieve, salvo comunque l'obbligo di cui all'articolo 2043

del codice civile relativo al risarcimento in sede civile dovuto per fatto illecito. Naturalmente bisognerà vedere come questa norma sarà applicata, visto che la definizione di "colpa lieve" è per forza di cose generica e lasciata all'interpretazione dei singoli tribunali.

Questa totale discrezionalità - che si aggiunge alle incognite intorno al complesso sistema dei consulenti tecnici che effettuano le perizie nelle cause giudiziarie - ci impone cautela rispetto a una norma che comunque, di per sé, è un obiettivo passo in avanti rispetto al nulla vigente finora. Quantomeno con essa si riconosce l'importanza di un tema su cui, a dire il vero, il Parlamento ha assunto negli anni molte iniziative legislative (anche le mie proposte di legge n. 1540 e n. 1551), ma senza raggiungere soluzioni definitive, a causa di pressioni varie e dei soliti problemi di copertura finanziaria.

Le questioni più delicate

Pochi giorni fa si è svolto a Roma un interessante convegno organizzato dallo Studio Legale Longo sulla responsabilità sanitaria in cui ho avuto l'opportunità di intervenire in veste di membro della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori medici. Le questioni più delicate, lo dico sia come legislatore che come medico, sono la quantità sempre crescente del contenzioso, le incertezze interpretative sulle norme da utiliz-

► Segue a pagina 20

Gigli un passo indietro rispetto alla situazione attuale

Colpa "lieve", linee guida e fondo ad hoc per la copertura assicurativa del rischio: le norme contenute nell'articolo 3 sulla responsabilità professionale creano più problemi che soluzioni

Carminè Gigli

Presidente FESMED



L'ex-presidente della Regione Lombardia Roberto Formigoni ha definito il decreto Balduzzi: "Un vero e proprio passo indietro rispetto alla situazione attuale". Condivido pienamente il suo giudizio, soprattutto per quanto riguarda l'art. 3 sulla responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie. Al comma 1 di questo articolo si stabilisce che: "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde pe-

nalmente per colpa lieve". Questa norma, della quale non si avvertiva alcuna necessità, in un sol colpo riesce a creare due problemi. Innanzitutto, sottolinea che i medici possono essere condannati penalmente anche se hanno agito solo con "colpa lieve", introducendo questa graduazio-

ne della colpa, poco utilizzata in campo giuridico e nuova per il campo sanitario. Sino ad oggi l'unico tipo di colpa che trovava posto nella giurisprudenza in materia sanitaria era la colpa grave o, per meglio dire, la responsabilità alla quale sono chiamati a rispondere in sede civile i dirigenti medici, nell'ipotesi di colpa grave. Inoltre, detta norma trasforma in strumento giuridico le linee guida, le quali sono state concepite come "raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate ... con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche" (PNLG 2002). Le linee guide diagnostiche e terapeutiche sono state scritte per i medici e non per i magistrati. Non oso immaginare quale valore, i periti e i giudici, daranno ai diversi livelli di forza delle racco-

► Segue a pagina 20

terazioni cromosomiche del feto, pregiudicando pertanto la possibilità di ricorrere all'aborto da parte della donna. Un precedente giurisprudenziale, molto grave, secondo l'Aogoi, in quanto si verrebbe ad affermare la colpa del medico non per avere provocato una malformazione al feto (circostanza ovviamente condannabile) ma per non essere riuscito a diagnosticarne il rischio e quindi per non aver reso possibile l'aborto, condannandolo così al risarcimento per aver reso possibile una "nascita", seppur di un soggetto diversamente abile. Al di là dei pesanti oneri economici che tali incontestabili approcci comportano per i medici gi-

necologi restano inaccettabili i ragionamenti che, rimandando all'aborto eugenetico, offendono la dignità di coloro che amano le persone diversamente abili e finiscono col riproporre teorie ripudiate dalla Carta Costituzionale. Per tutto ciò, l'Aogoi ha proposto alla Commissione parlamentare il varo di una proposta di legge nell'interesse della salute pubblica e per ridurre la medicina difensiva, finalizzata a superare le criticità evidenziate nei punti illustrati nel box a fianco.

Il testo del documento integrale depositato presso la Commissione parlamentare è disponibile sul sito www.aogoi.it

“Perché questa sentenza ci preoccupa”

Preoccupazione e sconcerto: questa la reazione dei ginecologi alla recente sentenza della Corte di Cassazione con cui il magistrato riconosce ad una madre, al padre, alle due sorelle e direttamente all'individuo nato con sindrome genetica di Down il

risarcimento. Immediata la presa di posizione dell'Aogoi che, nel corso dell'audizione dello scorso 27 novembre, ha posto all'attenzione della Commissioni Errori sanitari le possibili gravi conseguenze di questa pronuncia

IL CASO

L'evento risale al settembre 1996, quando la madre, allora ventiseienne ha dato alla luce una bimba affetta da sindrome di Down, dopo che gli screening effettuati in gravidanza avevano dato un risultato falsamente negativo. Nonostante fosse stata informata dei limiti della metodica (compresa l'amniocentesi), la madre ha chiesto un risarcimento al ginecologo curante perché la mancata esatta informazione su tutte le metodiche e i relativi limiti di diagnosi prenatale di sindrome di Down non le aveva permesso di esercitare il diritto all'aborto ex legge 194. Per la prima volta, la sentenza della III Sezione della Cassazione Civile (n. 16754/2012) riconosce il diritto risarcitorio per omessa informazione non solo ai genitori e alle sorelle ma anche direttamente alla bambina affetta da sindrome di Down, essendole stato lesa il diritto alla salute.

Una sentenza che “acuisce problematiche profonde di natura etica, morale, medico-legale, assistenziale lasciando insoluti molti inquietanti interrogativi”

Vito Trojano
Presidente Nazionale AOGOI

Non possiamo non rilevare come questa sentenza acuisce problematiche profonde di natura etica, morale, medico-legale, assistenziale lasciando insoluti molti inquietanti interrogativi. Il rapporto causale tra condotta ed evento manca e non può essere sostituito da una incontestabile equiparazione. Per questo, nel corso dell'audizione presso la Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli Errori in campo sanitario, lo scorso 27 novembre, ho esposto insieme al segretario nazionale Chiantera e a due componenti dell'ufficio legale Aogoi, la preoccupazione di tutti i ginecologi ostetrici italiani per la portata e le eventuali conseguenze di questa pronuncia che ha riconosciuto al neonato il diritto autonomo da danno per essere nato malformato. Portata e conseguen-

“Se è giusto farsi carico dei più vulnerabili non è giusto cercare nel medico un capro espiatorio a tutti i costi”



ze che sul piano giuridico sono state puntualizzate dagli avvocati Vania Cirese e Paolo Pecora.

La nostra preoccupazione va anche alla medicina difensiva. Sentenze come questa ne provocheranno inevitabilmente un'escalation. Questo fenomeno, che certo non onora la nostra categoria, è diventato una

risposta forzata per minimizzare il rischio legale. Si parla di 13-14 miliardi di euro che ogni anno se ne vanno in fumo per esami, farmaci, visite e ricoveri prescritti ed eseguiti che non serviranno a nulla salvo, in alcuni casi, nuocere alla salute dei pazienti.

Ma il nostro intervento in Commissione non è stato un *cahier de doléance* e abbiamo presentato 4 proposte concrete finalizzate a restituire serenità ai professionisti che svolgono pratiche sanitarie, anche diagnostiche, ad elevato rischio di esito non ottimale, ivi inclusa l'assistenza al parto, e ad offrire garanzie ai pazienti per qualunque danno causato da parte del chirurgo o per fatto autonomo della struttura. La posta in gioco è alta e rischia di compromettere il rapporto medico-paziente oggi pericolosamente in bilico.

Voglio inoltre ribadire che i ginecologi ostetrici sono determinati a difendere i principi del

nostro ordinamento e il valore della vita, affermato da Carte europee e Convenzioni internazionali. La venuta alla luce del nato malformato non può essere ridotta al rango di mero “pregiudizio” o valutata solo quale “esistenza diversamente abile” senza contraddire il nostro intero impianto ordinamentale, orientato senz'altro per la nascita anche di tali “esistenze diversamente abili”. Ogni sforzo in senso contrario si risolve in un sofisma poiché, nella fattispecie, gli interessi tipici protetti in gioco sono due e non sono solo quello della madre.

La medicina non conosce certezze assolute e rischi o eventi avversi spesso non sono causalmente riconducibili a condotte colpose dei singoli medici che anzi agiscono con il massimo scrupolo ed impegno. Occorre distinguere la “complicità” dall' “errore” professionale e chiarire, una volta per tutte, che la complicità non può e non de-

■ Non vi nascondo che la mia prima reazione alla sentenza della Corte di Cassazione sul caso di Castelfranco Veneto è stata di sorpresa. Come è possibile condannare un ginecologo per non aver previsto un handicap genetico? Così posta la questione si può rintracciare uno stretto parallelismo con la sentenza dell'Aquila, dove i sismologi sono stati condannati per aver dato informazioni falsamente tranquillizzanti alla popolazione aquilana prima del terremoto. E - nota a margine - per questo motivo la Commissione Grandi Rischi ha rassegnato le dimissioni nelle mani del premier Mario Monti fornendo in questo modo un evidente segnale di dissenso.

Perché ho voluto accumulare queste due situazioni, avvenute in campi tanto diversi e distanti tra loro? Per diversi motivi. Anzitutto perché in ambedue le circostanze le previsioni del risultato non erano certe. E comunicare le “cose non certe” è estremamente difficile, in qualsiasi con-

IL PUNTO DIVISTA
di Carlo Sbiroli

Treviso come L'Aquila?

Il mondo della ginecologia ospedaliera italiana si ribella contro questa sentenza della III Sezione Civile della Cassazione, definita “assurda e pericolosa” dalla maggior parte degli esperti. Le numerose mail giunte a GynecoAogoi testimoniano di un clima ormai “incompatibile con un sereno ed efficace svolgimento dell'attività clinico-diagnostica”

testo si verificano. Appare evidente che in ambedue i casi gli operatori sono stati condannati, i sismologi per non aver evitato il terremoto, i ginecologi per aver impedito (per carenza informazione o diagnosi) la scelta abortiva della madre ed evitare così la nascita di un bimbo handicappato. In altri termini, sia all'Aquila che a Treviso i giudici hanno condannato per qualcosa che gli imputati non hanno cagionato: i sismologi non sono stati certo causa del terremoto, i ginecologi non hanno provocato l'handicap alla bambina. Vi è poi un altro aspetto che vorrei portare all'attenzione e che mi sta particolarmente a cuore: è evidente che in ambedue i casi è stato fatto un processo alla “cultura” e alla scienza. E screditare la “cultura” e la scienza, lascia sempre campo aperto ai ciarlatani. Questo significa che simili sentenze avranno certamente ripercussioni negative sul rapporto fra esperti e società. La maggior par-



Il parere del legale

Il medico deve risarcire anche se non ha cagionato il danno?!

di **Vania Cirese**
Avvocato, Foro di Roma

La recente sentenza della III Sez. Civile della Cassazione (sent. n. 16754/2012) ha riconosciuto, per la prima volta, al neonato il diritto autonomo a chiedere il risarcimento del danno per essere nato malformato, discostandosi vistosamente dalle proprie precedenti posizioni (segnatamente le pronunce 14888/2004 e 10471/2009).

Il Caso riguarda una madre che aveva esplicitamente chiesto al sanitario, in servizio presso la Usl di Castelfranco Veneto, di fare tutti gli accertamenti diagnostici necessari per escludere patologie gravi del feto, condizionando ad esse la prosecuzione della gravidanza. Tuttavia il medico invece di prescrivere l'amniocentesi che avrebbe permesso di scoprire la sindrome di Down, da cui era affetto il nascituro, le aveva prescritto unicamente il Tritest, senza peraltro informarla della relativa debolezza statistica.

La novità introdotta dalla pronuncia della Suprema Corte, che ricorda più volte l'arret Perruche della Cassazione francese del 2001, è che il risarcimento spetta non solo ai genitori e ai fratelli ma anche alla stessa bambina nata Down, cui la sindrome non era stata diagnosticata per i mancati esami durante la gravidanza. La Corte, esonerandosi dall'affrontare discussioni sul rilievo giuridico della dimensione personale del minore, afferma che il concepito "non è soggetto di diritto", ma una volta nato diventa "oggetto di tutela". Per la Cassazione, in casi del genere non si discute "di non meritevolezza di una vita handicappata, ma di una vita che merita di essere vissuta meno disagiata", attribuendo direttamente al soggetto che di tale condizione di disagio è personalmente portatore il dovuto importo risarcitorio, senza mediazioni di terzi, quand'anche fossero i genitori. La Corte non intacca i principi della legge 194 sull'aborto, ma anzi richiama al rispetto della centralità della scelta della donna per espressa volontà del legislatore ribadita dalla Corte Costituzionale. "Il diritto alla procreazione cosciente e responsabile è, dunque, attribuito alla sola madre ... in caso di sua ingiusta lesione; non si tratta di un diritto esteso anche al nascituro in nome di una sua declamata soggettività giuridica, bensì di propagazione intersoggettiva degli effetti dell'illecito".

La legittimazione del minore "iure proprio" non è connessa né al danno della sua esistenza né a quello della malformazione, ma alla sua vita di diversamente abile che giustifica un importo risar-

Per la prima volta viene riconosciuto il diritto del neonato a chiedere il risarcimento del danno per "nascita malformata", evitabile senza l'errore diagnostico. Per la Suprema Corte la colpevolezza della condotta medica si è "manifestata sotto il duplice profilo della non sufficiente attendibilità del test in presenza di una esplicita richiesta di informazioni finalizzate, se del caso, all'interruzione della gravidanza da parte della gestante e dal difetto di informazioni circa la gamma complessiva delle possibili indagini e dei rischi ad essa correlati"



citorio per essere vissuta meno disagiata. La Corte rammenta come si siano correttamente sostenute, in proposito, tanto l'irrelevanza di un nesso causale tra l'omissione di diagnosi e la nascita - attesa la inconfigurabilità di quest'ultima in termini di evento dannoso, quanto la inesistenza di tale nesso tra la condotta omissiva e l'handicap in sé considerato, atteso che la malformazione non è conseguenza dell'omissione bensì del presupposto di natura genetica, rispetto al quale la condotta del sanitario è muta sul piano della rilevanza eziologica.

Spiega inoltre la Corte: "il vulnus lamentato da parte del minore malformato non è la malformazione in sé considerata", cioè l'infermità intesa in senso naturalistico, secondo i dettami della scienza medica, "bensì lo stato funzionale di infermità", e cioè la condizione evolutiva che pone il soggetto di fronte allo svolgimento di una "vita handicappata".

L'interesse giuridicamente protetto è quello che consente al minore "di alleviare sul piano risarcitorio, la propria condizione di vita, destinata ad una non del tutto libera estrinsecazione secondo

Non è possibile equiparare l'errore del medico che non ha evitato o non ha cagionato la lesione (per sua omissione o azione), all'errore del medico che non ha evitato la "nascita malformata" per aver impedito, per carente informazione (o diagnosi), la scelta abortiva della madre

ve diventare ostracismo per il medico, fonte d'insulto mediatico e di angoscia giudiziaria. Siamo anche consapevoli che è giusto farsi carico dei più vulnerabili ma è profondamente ingiusto cercare nel medico un capro espiatorio a tutti i costi per assicurare una copertura economica ai soggetti più sfortunati.

Per questo, come abbiamo detto in audizione, sarebbe auspicabile che anche in Italia, come in Francia, venga istituito un Fondo vittime da "alea terapeutica", per fornir-

re tutela e indennizzi quando il danno non derivi né da condotte colpose del medico, né da carenze organizzative. E a questo riguardo la nostra Associazione intende promuovere un ampio dibattito con gli organi competenti e i soggetti interessati (organi legislativi, giuridici, società scientifiche, Conferenza episcopale, Commissione nazionale di Bioetica e associazioni competenti) affinché vengano identificate le misure più idonee a tutelare i cittadini e i ginecologi.

te dei medici teme di non poter lavorare senza rischiare con la magistratura. "Si avverte ormai un certo accanimento contro l'operato dei medici e la cultura scientifica", sottolinea con disappunto un primario pugliese esperto in diagnostica prenatale. Altri poi rilevano che la situazione che si è venuta a creare dopo questa sentenza è incompatibile con un sereno ed efficace svolgimento dell'attività clinico-diagnostica.

"Siamo in un campo in cui non vi è certezza di diagnosi sicura. Siamo nel Paese in cui si fa una delle migliori assistenze alla gravidanza del mondo, come ha dimostrato il recente Congresso Mondiale della Figo d'inizio ottobre a Roma".

Questo intervento del presidente dell'Aogoi, Vito Trojano, basterebbe da solo a spiegare come la scossa della condanna si è propagata con tutta la sua veemenza nella comunità scientifica nazionale. L'indignazione per una decisione "assurda e pericolosa" è condivisa dalla maggior parte dei ginecologi. Se è vero (come è vero) che i medici non hanno molta influenza sulla politica, cosa dovremmo fare per dare un segnale forte, una scossa? Spero davvero che non si debba arrivare al punto che i presidenti dell'Aogoi e della Sigo siano costretti a minacciare di dimettersi dai loro incarichi...così come è avvenuto (in sostanza) nella Commissione Grandi Rischi.

Il parere del legale

i principi del Costituente: il quale ha identificato l'intangibile essenza della Carta fondamentale nei diritti inviolabili da esercitarsi dall'individuo come singolo e nelle formazioni sociali dove svolge la propria personalità, nel pieno sviluppo della persona umana, nell'istituzione familiare, nella salute".

La sentenza lascia perplessi su diversi versanti. In particolare val la pena di evidenziare tre aspetti:

1. la comoda definizione di nascituro come "oggetto di tutela", per evadere l'irrisolto problema dell'attribuzione o meno della qualità di "soggetto di diritto" destinatario di situazioni giuridiche e non di mera tutela da "entità protetta";
2. il ricorso alla "propagazione intersoggettiva degli effetti diacronici dell'illecito", per conciliare la facoltà di decidere, rimessa solo alla madre, sulla prosecuzione o meno della gravidanza e l'estensione del diritto al risarcimento per il padre anche ai fratelli e sorelle;
3. il diritto *iure proprio* del minore, per la "possibilità legale dell'aborto riconosciuta alla madre in una relazione con il feto non di rappresentante e rappresentato, ma di includente-incluso".

La statuizione che maggiormente lascia perplessi è contenuta in quella parte della sentenza in cui la Cassazione con un "revirement" dalle precedenti pronunce (n. 14888/2004 e n. 1047/2009) ritiene sussistente il rapporto causale tra condotta del medico e handicap della bambina, equiparando il danno cagionato al neonato per una condotta colposa omissiva (es. omesso tempestivo cesareo e danno da ipossia) o commissiva (lesione del plesso brachiale per errata manovra di trazione) del medico, alla omessa diagnosi su un danno preesistente (es. malformazioni genetiche) non causato dal sanitario.

La compatibilità di una simile posizione della Corte con i principi generali del nostro ordinamento e i contenuti degli specifici dettati normativi civili e penali, lascia aperti molti interrogativi.

Per quanto riguarda la responsabilità del ginecologo, come può egli rispondere di qualcosa che non ha cagionato (né per dolo, né per colpa), dal momento che non ha provocato lui la lesione alla bambina e detta lesione ancorché non diagnosticata, è genetica? Il rapporto causale tra condotta ed evento manca e non può essere sostituito da una aberrante finzione o equiparazione.

La comprensibile preoccupazione sociale pone il legittimo quesito se una persona nata con una malformazione che ne segna la vita e di cui sicuramente non è responsabile, abbia il diritto di chiedere il risarcimento a qualcuno. Se così fosse occorrerebbe che qualcuno di questo danno sia responsabile per averlo cagionato (dolosamente o colposamente).

Se il rapporto instaurato dalla madre con i sanitari produce effetti protettivi nei confronti del nascituro, se il nostro ordinamento favorisce la procreazione "cosciente e responsabile" e tutela il diritto del concepito a nascere sano (diritto alla salute), a queste tutele corrisponde un obbligo di

Per la Cassazione la legittimità dell'istanza risarcitoria del minore "deriva da una omissione colpevole cui consegue non il danno della sua esistenza, né quello della malformazione di sé sola considerata, ma la sua stessa esistenza diversamente abile, che discende a sua volta dalla possibilità legale dell'aborto riconosciuta alla madre in una relazione non di rappresentante-rappresentato ma di includente-incluso"



risarcimento, a condizione però che la condotta colposa (omissiva o commissiva) del sanitario sia stata la causa del danno per il nascituro. Non può il nascituro avere diritto al risarcimento quando il suo danno non è ascrivibile ad una condotta errata del medico ancorché sussista la censura di mancata informazione alla madre sul rischio di malformazioni fetali pre-natali, condizionanti la scelta di interrompere la gravidanza.

Non è possibile equiparare l'errore del medico che non ha evitato o non ha cagionato la lesione (per sua omissione o azione), all'errore del medico che non ha evitato la nascita malformata per aver impedito per caren-

te informazione (o diagnosi) la scelta abortiva della madre.

Come è possibile dunque ascrivere al medico il risarcimento per un danno ingiusto senza che sussista una sua condotta colposa in rapporto causale con l'evento? Inoltre va rammentato che nel nostro ordinamento la sola esistenza di malformazioni del feto che non incidono sulla salute o sulla vita delle donne non permettono alla gestante di praticare l'aborto. Il nostro ordinamento non ammette infatti l'aborto eugenetico e non riconosce né alla gestante né al nascituro una volta nato il diritto al risarcimento dei danni per mancato esercizio di tale diritto da parte della madre.

Il diritto all'aborto non ha una propria autonomia ma si pone in una fattispecie di tutela del diritto alla salute. Il diritto che la donna ha è solo quello di evitare un danno serio o grave, a seconda del tempo, alla sua salute o alla sua vita. Non v'è dubbio che il nostro ordinamento tuteli il concepito e quindi l'evoluzione del frutto della gravidanza, esclusivamente verso la nascita e non verso la non nascita. La vita e la nascita hanno fondamento costituzionale e tutela e rientrano tra i diritti inviolabili dell'uomo, non certo la loro nascita o la morte.

La Francia, dal 2002, ha istituito un fondo vittime da "alea terapeutica". Sarebbe auspicabile che anche l'Italia seguisse questo esempio, per fornire tutela e indennizzi a bambini handicappati quando il danno a loro carico non deriva né da condotte colpose del medico, né da carenze organizzative o strutturali dell'ospedale, bensì da malformazioni genetiche o complicate derivanti dalla metodica o dalla patologia. Spetta allo Stato e a un equo sistema di welfare (inteso come assistenza sociale organizzata) farsi carico di queste situazioni, senz'altro meritevoli di tutela ma indipendenti da condotte censurabili dei medici, quando questi non hanno causato danni ai pazienti con il loro operato.

Dubbi e preoccupazione anche dalla Sieog

Profondo stupore e preoccupazione per questa sentenza è stato espresso anche dalla Società Italiana di Ecografia Ostetrico-Ginecologica (Sieog). "Oltre a sollevare una serie di problemi etici molto importanti - afferma il presidente Sieog Paladini - contraddice alcuni elementi sostanziali della legge 194 e ha delle importanti ricadute sulla pratica medica"

"BASTEREBBE FARE TESORO di quanto accaduto circa 10 anni fa in Francia dove nel 2002, un caso quasi analogo, noto come caso Perruche, portò allo sciopero a oltranza di tutti i ginecologi che effettuavano ecografie ostetriche e suscitò forti rimostranze di tutte le associazioni che si occupavano a vario titolo di soggetti disabili - ha affermato in una nota il presidente della Sieog Dario Paladini. "Riconoscere il diritto a non nascere e risarcire un individuo affetto da un handicap per il fatto di essere nato significa considerare la disabilità in se come una condizione che non merita di esistere e può portare ad estreme derive ideologiche nelle quali discostarsi da un modello di "normalità" diventa pericoloso. Purtroppo talvolta la storia anche relativamente recente non insegna..."

Secondo la Sieog, la sentenza acuisce problematiche, di natura etica, morale, medico-legale, assistenziale. In particolare:

- suggerisce la possibilità di ricorrere all'aborto su base 'eugenetica' e smentisce la filosofia di fondo della legge 194 per la quale il ricorso alla interruzione di gravidanza viene accettato sulla base della necessità di tutelare la salute fisica o psichica della donna;
- acuisce il contenzioso medico legale per casi di mancata diagnosi di patologie fetali, che stanno portando purtroppo ad un significativo cambiamento nell'atteggiamento degli operatori sanitari che si vedono spesso costretti a scelte pericolose (ed economicamente costose) di medicina difensiva. In particolare, questa sentenza rischia di esasperare il ricorso alla diagnosi invasiva (amniocentesi e villocentesi), con un effetto dirompente sulle attuali procedure di screening precoce (test combinato, integrato, tri-test) che hanno portato nell'ultimo decennio in tutto il mondo ad una riduzione significativa della diagnostica invasiva (villocentesi ed amniocentesi) con una importante diminuzione non solo dei costi per il Ssn ma anche degli aborti collegati a tali procedure;
- aggrava le problematiche assicurative. I premi per Responsabilità Professionale, che oggi purtroppo sono già nell'ordine di 10.000-15.000 euro/anno, lieviteranno ulteriormente, con una ulteriore riduzione delle compagnie assicurative che offrono tali polizze;
- dal punto di vista assistenziale, rende difficoltosa o addirittura impossibile, in alcuni casi, la corretta applicazione della legge 194. Infatti, il precedente rappresentato da questa sentenza rischia di far diventare direttive la consulenza prenatale per malformazione fetale, che di per sé dovrebbe essere non-direttive (cioè, fornire informazioni e valutazione prognostica senza orientare preferenzialmente la gravida/coppia verso l'interruzione di gravidanza o la continuazione della gravidanza). I Ginecologi che operano nel Ssn e che sono responsabili delle interruzioni di gravidanza dovrebbero pertanto sentirsi forzati ad una applicazione deviata della stessa, per quanto sopra espresso, con il rischio di un incremento significativo del ricorso all'obiezione di coscienza, e conseguente possibile paralisi nell'applicazione della legge 194, in un periodo nel quale - per il blocco nazionale delle assunzioni - molte strutture ospedaliere/universitarie sono già sotto organico.

Una sentenza della Corte Europea su una vicenda analoga a quella di Castelfranco Veneto

Aborto legale: diritti della gestante e obblighi del medico

Pier Francesco Tropea

Il tema di colpa medica, il mancato ricorso all'aborto legale in presenza di uno stato malformativo del feto, ove la gestante non si sia resa edotta di tale patologia a causa di un errore diagnostico del medico, costituisce argomento di palpitante attualità non solo in Italia, ma in tutta Europa. Pertanto, allargando i confini nazionali, è utile esaminare le sentenze emesse in ambito europeo, con particolare riguardo alle pronunce della Corte Europea dei diritti dell'uomo, spesso chiamata in causa dai vari Stati su temi di particolare rilevanza giuridica o sociale. Tali sentenze fanno espreso riferimento alla Convenzione Europea per la tutela dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, temi questi strettamente inerenti alla salvaguardia della salute dell'individuo.

Il caso

La vicenda di cui si è recentemente occupata la Corte Europea (Sez. IV, n. 27617, maggio 2011) riguarda una gestante alla quale, a seguito di ripetute ecografie, era stata prospettata la probabile esistenza di una malformazione fetale, la cui definizione avrebbe richiesto il ricorso ad un test genetico. Un ritardo nell'esecuzione di ta-

Al centro di questa sentenza della Corte Europea il caso di una gestante cui era stata prospettata la probabile esistenza di una malformazione fetale. Ma, "per l'inerzia dei medici curanti", il test genetico che ne avrebbe permesso la definizione era stato effettuato solo quando i termini previsti per praticare l'aborto erano abbondantemente scaduti



l'esame, ritenuto inizialmente dai medici non necessario e solo successivamente praticato, aveva comportato il superamento dei termini entro i quali si sarebbe potuto praticare l'aborto, atteso che il cariotipo fetale aveva tardivamente chiarito trattarsi di una sindrome di Turner del feto. La gestante aveva fatto ricorso alla Corte Europea, essendo

stata disattesa in sede nazionale la sua richiesta relativa all'affermazione di responsabilità sia dei medici che dell'ospedale chiamati in giudizio.

Le motivazioni della Corte Europea

La pronuncia della Corte Europea merita di essere richiamata in ordine alle motivazioni che

hanno portato a giudicare valide le argomentazioni addotte dalla ricorrente a sostegno delle proprie ragioni.

Innanzitutto viene considerato prioritario, così come in tutte le legislazioni europee, il diritto della gestante ad essere puntualmente informata sulle condizioni di salute del feto e ciò al fine di poter accedere ad un'interruzione della gravidanza, ove il feto risulti affetto da malformazioni. L'elemento innovativo della sentenza della Corte Europea è inerente al riconoscimento di uno stato di sofferenza morale indotto nella gestante dal fondato dubbio dello stato malformativo del proprio feto, unito all'impossibilità, conseguente all'inerzia dei medici curanti, di accedere tempestivamente ad una diagnosi prenatale, praticata solo quando i termini previsti per praticare l'aborto erano abbondantemente scaduti. Tale condizione di sofferenza psicologica ha superato, secondo i Giudici, quella soglia minima di gravità, considerata necessaria per costituire una violazione dell'art. 3 della Convenzione europea per la tutela dei diritti dell'uomo (che vieta i trattamenti inumani o degradanti). Peraltro per i Giudici la gestante aveva pieno diritto ad accedere agli strumenti diagnostici che le avrebbero consentito di stabilire

l'esistenza di una patologia genetica del feto, con conseguente ricorso all'aborto nei termini di legge.

Inoltre la Corte Europea si sofferma sul disposto dell'art. 8 della Convenzione europea sui diritti dell'uomo, più sopra richiamata, laddove viene stabilito il diritto al rispetto della vita privata e familiare del cittadino.

In particolare, nell'ambito della vita privata di ciascuno, viene considerata l'integrità fisica e psicologica della persona e la sua vita sessuale, con particolare riguardo alle decisioni individuali di tipo procreativo.

Nel caso qui prospettato, a giudizio della Corte Europea, è stata calpesta l'autonomia decisionale della gestante la quale non è stata messa in condizioni di decidere la prosecuzione della gravidanza, pur in presenza di un feto geneticamente malformato o viceversa il ricorso all'interruzione eugenetica nei termini consentiti dalla legge. In tal senso il comportamento censurabile dei medici curanti può essere configurato come violazione dell'art. 8 della Convenzione europea sopra menzionata.

Il ricorso all'aborto in caso di malformazioni

Circa la possibilità del ricorso all'aborto in caso di malformazioni fetali, la Corte Europea sottolinea la necessità di un riferimento a quanto le leggi dei vari Paesi Europei prevedono nello specifico tema qui trattato.

In proposito, è appena il caso di sottolineare come in Italia la legge 194/1978 consenta l'aborto oltre il I trimestre di gravidanza ove sussista un pericolo per la salute fisica o psichica della gestante, resa edotta dell'esistenza di una patologia malformativa fetale, mentre in altri Paesi l'aborto è autorizzato prima che il feto raggiunga l'epoca di sopravvivenza extrauterina e se si sia dimostrata l'esistenza di uno stato patologico severo e irreversibile del feto stesso.

Assicurazioni sanitarie: l'Ania in audizione alla Commissione errori sanitari

Ania: "Costi alle stelle e aumentano le strutture che disdicono le polizze"

Non si arresta la crescita del numero di denunce per malpractice così come i costi. Le polizze assicurative sono costate 485 milioni di euro nel 2009, mentre nel 2010 hanno sfiorato i 500 milioni. Sui numeri divulgati dall'Ania nel corso dell'audizione in Commissione errori sanitari il 31 ottobre scorso non c'è da sorridere. Nel suo report, l'Ania evidenzia un aumento fino al raddoppio della stima dei costi dei rimborsi negli anni. Una crescita dirimpente, che farà fuggire le Asl dalle assicurazioni, perché sempre più

■ **L'Associazione delle imprese assicuratrici lancia l'allarme sull'aumento dei costi in un'audizione presso la Commissione errori sanitari nell'ambito del "filone d'inchiesta" sulle coperture assicurative presso le aziende sanitarie e ospedaliere. I costi insostenibili hanno portato nel 2011 alla disdetta del 15% delle polizze. Palagianò: "Occorre uniformare, in tutta Italia, il risarcimento dovuto per danno biologico"**

care. Ma per la stessa ragione anche le stesse assicurazioni preferiscono rinunciare a contratti troppo poco vantaggiosi e decidono di disdire. "Circa l'80%" delle denunce di errori o malpractice medica porta a un risarcimento assicurativo, che in media costa alla compagnia il 160%

rispetto al premio incassato", ha spiegato Dario Focarelli, direttore generale dell'Ania. Un costo che per le imprese assicuratrici è lievitato rapidamente. "Negli anni '90 incassavamo 100 e pagavamo tra 300 e 400. Ora il trend è in discesa, ma essenzialmente perché sono aumentati i premi".

Sempre secondo l'Ania, i sinistri più vecchi, denunciati e "protocollati" da più tempo, vedono progressivamente aumentare negli anni, fino al raddoppio, la stima del loro costo medio: ad esempio, per quelli protocollati nel 1994, dopo otto anni le imprese di assicurazione avevano stimato mediamente di pagare circa 18.200 euro, mentre a distanza di 10-12 anni la valutazione aveva raggiunto "quello che sembra oggi il costo medio 'ultimo' dei sinistri di quella generazione" cioè circa 36mila euro.

Ma il problema non riguarda so-

lo l'Italia. "In tutti i principali paesi risulta che le stime iniziali dei danni che implicano delle lesioni fisiche registrino necessariamente degli aumenti". Ma l'aumento delle richieste di risarcimento e l'innalzamento dei premi sta producendo anche un fenomeno pericoloso: la disdetta delle polizze. Secondo le stime dell'Ania, in 15 anni le denunce sono triplicate e sono aumentate dell'8,2%. Nel 1994 i casi erano 9.567, mentre nel 2009 sono diventati 34.035 e 33.682 nel 2010. Solo nel 2010 sono sta-

► Segue a pagina 20

Mortalità materna: ridurla è possibile

Esperti di tutto il mondo si sono riuniti a Roma lo scorso ottobre in un Congresso Mondiale da record. Tra i numerosi temi trattati quello sulla mortalità materna e infantile: uno dei fili conduttori dei cinque giorni d'incontro. Combatterla è possibile? Secondo gli scienziati sì, e lo si sta già facendo in diversi modi

di Laura Berardi

Quasi ottomila i partecipanti arrivati da ogni angolo del mondo, per cinque giorni di Congresso Mondiale che si è svolto a Roma in più di trecento sessioni, alle quali sono intervenuti oltre duecento relatori. Non c'è dubbio che Figo 2012, l'evento organizzato dall'omonima Federazione internazionale di ostetricia e ginecologia, sia stato un grande successo, soprattutto se si pensa che alla vigilia gli organizzatori – sebbene ottimisti – temevano un po' le ripercussioni della crisi, per un'iniziativa che vede aderenti da tutto il globo.

Di argomenti ne sono stati trattati tanti, come si può immaginare, dall'oncologia alla ginecologia, dalla chirurgia alla farmacologia, dalle malattie infettive alla contraccezione. Ma ce n'è uno che forse può essere preso a emblema: quello della salute materno-fetale e della prevenzione della mortalità e morbidità materna. Perché? Non solo perché è stato uno dei temi centrali in ognuna delle giornate, non solo perché fa parte degli

Obiettivi del Millennio individuati dall'Onu, ma soprattutto perché i risultati che sono già stati ottenuti in questo ambito sono numerosi, talvolta anche con risorse contenute, e altrettanti sono quelli ancora da raggiungere.

I dati: un trend positivo, ma con qualche problema

Tra il 1980 e il 2008, nei 181 Paesi appartenenti all'Onu, il numero di donne che ogni anno muore per complicazioni legate alla gravidanza è sceso di oltre il 35%. A dirlo uno studio pubblicato ad aprile su *The Lancet* e condotto dall'Institute for Health Metrics and Evaluation dell'Università di Washington, un'analisi dell'andamento del tasso di mortalità per complicazioni legate alla gravidanza negli ultimi trenta anni nei Paesi aderenti all'Onu. Fortemente criticato anche in Italia, perché affetto secondo gli esperti da una sottostima piuttosto pesante delle percentuali di mortalità, lo studio di sicuro può però fornire un'idea del trend che riguarda la positiva riduzione delle morti materne negli ultimi anni.

Discreti risultati in questo cam-

po sembrerebbero già essere stati ottenuti, dunque. Eppure, secondo gli esperti intervenuti a Figo 2012, la maggioranza dei decessi in gravidanza o subito dopo il parto sarebbe ancora evitabile, sia nei paesi più ricchi che in quelli a più basso reddito.

In Italia, ad esempio, il rapporto di mortalità materna è pari a 11,8 casi ogni 100 mila bambini nati vivi. Questi risultati si basano su una ricerca del Cnesps: un record-linkage dei certificati di morte e delle schede di dimissione ospedaliera che si riferisce a cinque regioni italiane (Sicilia, Piemonte, Toscana, Emilia-Romagna e Lazio, nelle quali risiedono il 38% di tutte le donne italiane in età riproduttiva), nel periodo 2000-2007. Buon risultato? Sì, se si pensa che è in linea con quello registrato nel mondo occidentale; non troppo quando si pensa che secondo le stime circa il 50% di queste morti sarebbe evitabile.

Nei paesi occidentali il problema sembra infatti essere, da una parte, l'eccesso di medicalizzazione – ad esempio quando si ricorre al taglio cesareo anche nei casi in cui non ci sia una giusta motivazione – dall'altro alcune

difficoltà organizzative dell'assistenza, come la non sempre pronta disponibilità di sangue in caso di necessità, o talvolta l'inefficienza nella turnazione del personale medico o la sua presenza in numero inadeguato.

Una questione che non risparmia l'Italia, ma per la quale il ministero della Salute sta già provvedendo: il Governo ha infatti finanziato un progetto pilota di sorveglianza coordinato dall'Iss con la partecipazione di 7 regioni italiane, che aiuterà a comprendere quali sono nel territorio le reali criticità del servizio e le conseguenti necessità dei professionisti sanitari. In questo modo, dicono gli esperti, non solo si cercherà di ridurre le morti materne tramite lo studio delle aree più critiche nell'assistenza, ma verranno studiati anche i cosiddetti 'near miss' ovvero i casi in cui le donne vanno incontro a complicazioni che le portano vicine alla morte, senza che avvenga il decesso. In poche



XX FIGO WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
7th - 12th OCTOBER 2012 - EURIA DI ROMA, ROME, ITALY

parole, sarà possibile migliorare ulteriormente l'assistenza al percorso nascita, grazie all'individuazione dei problemi reali che affliggono il sistema sanitario e in fase successiva alla messa in atto di interventi volti a correggerli in maniera più puntuale.

Quando il problema può essere risolto con poche risorse

Se per abbattere il problema della mortalità materna nei paesi ricchi bisogna ottimizzare il servizio offerto, la soluzione nei Paesi in via di sviluppo potrebbe non



Report da un Mondiale da record

Quando la "contaminazione globale" rigenera le risorse nazionali

Carlo Sbiroli

Un Mondiale che ha esibito numeri da record. Ottomila i partecipanti arrivati da ogni angolo del mondo. Più di trecento le sessioni. Oltre duecento i relatori. Diciotto le aule che per sei giorni hanno lavorato in contemporanea e a pieno ritmo. Sono questi alcuni numeri del successo. E a questo si devono aggiungere i sette i workshop pregressuali che si sono svolti nei diversi ospedali romani e che hanno registrato oltre seicento iscritti. Gli organizzatori hanno approfittato della presenza di relatori esperti per svolgere programmi di grande interesse, basate su competenze prevalentemente pratiche. Questo ha permesso un confronto diretto tra i nostri ginecologi e i leader mondiali nei vari settori. Inoltre, in concomitanza con il Mondiale, Sigo e Aogoi hanno realizzato un efficace programma di fellowship allo scopo di "promuovere la salute delle donne nei Paesi in via di sviluppo". I partecipanti, provenienti prevalentemente dai Paesi del terzo mondo, hanno preso parte a un programma intensivo di formazione nei nostri ospedali.

In tempo di globalizzazione ci si aspetterebbe che anche un Congresso Mondiale perda qualsiasi tratto nazionale per omologarsi a temi e linguaggi generali. In realtà, come spesso avviene in queste circostanze, è proprio la contaminazione globale a rigenerare le risorse nazionali. È quello che è accaduto al XX Congresso Mondiale della Figo che ha registrato una rilevante partecipazione di relatori italiani, mostrando alla comunità scientifica internazionale il livello di eccellenza delle nostre scuole e i buoni livelli standard di assistenza



In una stagione dominata dalla crisi economica questo risultato positivo ha sorpreso molti, e noi stessi. Su queste stesse pagine avevamo scritto che sicuramente l'"austerity's congress" romano, rivisto e corretto per la crisi, sfrondato e ridimensionato della spettacolarità e del coreografico, avrebbe avuto un budget necessariamente limitato. Inferiore nettamente a quello delle due precedenti edizioni di Kuala Lumpur e di Città del Capo. Tutto questo faceva temere una scarsa partecipazione, legata anche agli alti costi di viaggio e soggiorno, soprattutto per i partecipanti provenienti dai paesi asiatici e da oltre Atlantico. Questo non si è verificato. Credo per due buoni motivi. Anzitutto per l'ottimo programma scientifico, che per fortuna è immune da problemi economici, e per il fascino che Roma sempre esercita sui cittadini del Mondo.

Il Mondiale Figo si è via via differenziato da analoghe manifestazioni nazionali e internazionali, non tanto per i suoi contenuti scientifici (che sono sicuramente più completi ed esaurienti nei congressi dei vari settori della specialità) quanto per il messaggio sociale che riesce a dare, sostanziato dai risultati che ogni tre anni la Federazione porta ai suoi congressi. "Alla fine del secolo i leader del mondo fecero un deciso passo avanti e identificarono otto Obiettivi di Sviluppo del Millennio, che furono definiti in modo ben chiaro allo scopo di rendere il mondo un posto migliore in cui vivere, e di conseguenza migliorare la vita di tutti", così scriveva Arulkumaran, neopresidente Figo, nell'ultimo numero di GynecoAogoi. E continuava: "...questi otto punti comprendevano non solo la riduzione della povertà e la diffusione dell'istruzione, ma anche l'uguaglianza tra i sessi, la riduzione della mortalità infantile e materna". Negli ultimi dieci anni il mondo della ginecologia ha lavorato intensamente in questo campo. Ha ottenuto ottimi risultati, soprattutto nei paesi più poveri, senza impegnare somme elevate per raggiungere questo obiettivo. Si è dimezzato nel mondo la mortalità materna, che è passata da 543mila decessi del 1990 a 287 mila nel 2010. Il mondo intero si è congratulato per i risultati ottenuti. Roma ha dimostrato anche che la

mortalità materna può essere ridotta aumentando la disponibilità della contraccezione e con una maggiore attenzione ai problemi legati all'emorragia post-partum che è responsabile del 35% dei decessi. Sono risultati straordinari, che avrebbero meritato una risonanza maggiore se i media non fossero stati distratti da altri problemi. Sono risultati che devono far pensare e che possono servire come esperienza per i più giovani di noi a cui raramente arrivano notizie da questo mondo, che dovrebbe ospitare ed educare generazioni intere. C'era un tempo in cui al Mondiale l'età media dei relatori era alta e le relazioni venivano affidate quasi esclusivamente ai top-leader. "Il Congresso di Roma ha invece impegnato i membri più giovani della nostra specialità quali modelli di riferimento (role model) per un approccio basato sul lavoro di squadra", ha detto Dorothy Shaw in una delle sue interviste a GynecoAogoi. Credo che questo sia un altro elemento importante emerso al Mondiale. Nelle aule, nei corridoi, nelle riunioni c'era prevalenza di giovani, provenienti soprattutto dai paesi asiatici e dall'Africa. E in tutti si avvertiva la voglia di "sapere di più", di acculturarsi. Tutti animati dalla speranza di essere artefici di un mondo più chiaro, adeguato al vivere umano.

Infine un accenno alla partecipazione italiana. I "ragazzi" (come li ho definiti in un mio precedente articolo) che le società scientifiche italiane hanno portato al Mondiale si sono fatti onore, anche se alcuni (non so quanto volutamente) hanno disertato la manifestazione (bisognerebbe capire perché). Comunque l'obiettivo di mostrare al mondo l'eccellenza della ginecologia italiana è stato centrato. Resta da capire perché nel grande, "grasso" programma scientifico, allestito dal nostro Comitato, non si è trovato un piccolo spazio per mostrare gli sforzi che la ginecologia italiana ha fatto (e sta facendo) per migliorare la salute materno-infantile nel nostro Paese. Sono sicuro che la presentazione dei nostri dati in una ribalda mondiale avrebbe accresciuto il prestigio della ginecologia. Soprattutto avrebbe fatto capire ai nostri governanti che questi problemi ci toccano da vicino e sono precondizione essenziale per ogni politica di sviluppo (quindi anche di ripresa economica), un valore intrinseco universale, un obiettivo primario da raggiungere.



essere altrettanto immediata. Nelle nazioni più povere, infatti, i problemi diventano altri: alcune delle complicazioni del parto che potrebbero essere facilmente prevenibili non lo sono più, per via di precarie condizioni igieniche, di strumenti non adeguati, talvolta della scarsa preparazione dei medici. In una parola, della povertà stessa. Anche a partire da questa considerazione, a volte si tende a pensare che per risolvere questo tipo di problemi legati alla salute materna e fetale (che però hanno dimensioni molto più estese della sola sfera sanitaria, sfociando in ambito socio-economico) ci sia bisogno di risorse finanziarie e umane di portata molto maggiore che non nel resto del mondo. Eppure, ci sono degli esempi di iniziative - anche tra quelle presentate nel corso di FIGO 2012 - che riescono di tanto in tanto a dimostrare il contrario. L'esempio più bello da fare a sostegno di questa tesi, e per rimarcare il fatto che a volte basta l'impegno congiunto da parte di istituzioni e professionisti, è forse

il progetto "Saving Mothers and Newborn Initiative", con cui Figo sembra voler anticipare gli Obiettivi del Millennio, e in particolare proprio quello che riguarda la salute materna. Il progetto, come dice il nome stesso, aveva infatti l'obiettivo ridurre la mortalità e la morbidità materna e infantile, ma con attenzione a farlo nella maniera più adeguata in ogni singola nazione. Figo ha infatti chiesto ai dieci paesi partecipanti (Haiti, Kenya, Kosovo, Moldavia, Nigeria, Pakistan, Perù, Uganda, Ucraina, Uruguay) di sviluppare il proprio piano d'azione rispetto alle esigenze di ogni singolo Stato, prima di sostenerne la realizzazione. "Un'iniziativa che sembrava 'piccola', forse anche troppo", ha commentato André Lalonde, chair del Comitato per la salute materna e infantile della Figo. Si trattava infatti di un finanziamento di appena 2,3 milioni di dollari per dieci nazioni, spalmati in cinque anni. "E invece oggi l'iniziativa va avanti anche se i soldi sono terminati e il progetto in senso stretto è conclu-

so: grazie a questi fondi abbiamo incoraggiato alcuni Governi a continuare a sostenere i programmi iniziati, e altre organizzazioni a spendersi nello stesso ambito”, ha spiegato Lalonde. Ad oggi, la maggior parte dei progetti sta infatti continuando, al di là dell’iniziativa Figo. “Tra tre anni, al prossimo Congresso, vedremo i risultati ottenuti”, ha concluso.

Analogamente, chiedendo aiuto agli stessi Stati che partecipavano alle iniziative, Figo è riuscita a predisporre altri tipi di intervento, come quello sulla prevenzione degli aborti non sicuri nella “Prevention of Unsafe Abortion Initiative”.

Il segreto del successo: agire globalmente, ma a livello locale

Ma cosa accomuna il programma pilota del Ministero italiano, con i progetti proposti da Figo negli scorsi anni? Lo spirito con il quale queste iniziative sono state pensate, in fondo, è lo stesso: tutte si basano sul fatto che prevenzione e assistenza, per funzionare bene, hanno bisogno di essere tarate sul singolo territorio. Ogni Stato, che sia l’Italia, una nazione occidentale o un paese in via di sviluppo, ha infatti le sue specificità e le sue aree critiche. E deve riconoscerle prima di poterle risolvere: per il bene della salute pubblica, ma non solo; anche per il bene dell’economia. Questo approccio, infatti, permette di risparmiare non solo in senso stretto, non sprecando risorse economiche – anche se molti dei programmi presentati a Figo 2012 sono in effetti a basso costo, e la “Saving Mothers and Newborn Initiative” ne è l’esempio lampante. Ma questo metodo è anche l’unico che permette di tenere sotto controllo i problemi e agire d’anticipo, prima che questi esplodano. Ed è anche per questo che il Congresso Mondiale insieme alle sessioni che cercavano di fare il punto della situazione nella ricerca e nella cura, è stato disseminato di numerose iniziative di formazione rivolte agli specialisti, oltre che di continui richiami a Governi e istituzioni perché prendano a cuore la salute delle donne e quella materno-infantile.

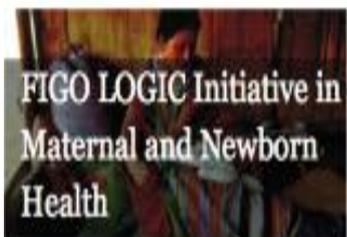
Se c’è una cosa che è emersa da Figo 2012, infatti, è che solo un’azione condivisa, ragionata e messa in atto con la giusta preparazione e gli giusti strumenti – anche quando le risorse sono poche – può portare a risolvere i numerosi ostacoli che ancora mancano da abbattere. In modo, finalmente, che raggiungere quegli Obiettivi del Millennio individuati dall’Onu diventi possibile, oltre che auspicabile.



Strengthening ASRH interventions.



Ensuring high quality clinical training for the care of women with obstetric fistula



Improving the lives and health of women and newborns in the world's most underserved regions.



Advocating for and disseminating evidence-based information on misoprostol for post-partum haemorrhage for providers and clinical policy makers.



Helping to implement key strategies towards the prevention of unsafe abortion.



Reducing maternal and newborn morbidity and mortality.

FISTOLA Se la complicazione non uccide, ma lascia segno indelebile

“Un'altra grande preoccupazione per le donne che partoriscono in condizioni di scarse risorse è la fistola ostetrica, forse la più tragica delle complicanze prevenibili del parto, le donne colpite, in quasi tutti i casi, perdono i loro bambini, soffrono di problemi di salute, tra cui l'incontinenza cronica, e spesso sono abbandonate dai mariti, costretti a vivere nella vergogna e segregazione sociale”. Parole che il presidente Figo Gamal Serour ha pronunciato proprio in occasione del Congresso Mondiale 2012. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ogni anno tra le 50.000 a 100.000 donne sviluppano la fistola ostetrica. Più di 2 milioni di donne vivono con fistola ostetrica non trattata in Africa sub-sahariana e in Asia, dove i medici sono dotati di troppi

pochi strumenti e competenze necessarie per riparare le fistole e curare le pazienti. La fistola ostetrica è una lacerazione nel canale del parto piuttosto comune nei paesi poveri. Di solito avviene a seguito di un lungo travaglio con complicazioni che normalmente prevede un cesareo che però non viene praticato: un problema che potrebbe essere facilmente evitato con un sostegno clinico adeguato o un intervento ostetrico tempestivo, nonché ritardando l'età del primo parto. Purtroppo nella maggior parte dei paesi con poche risorse non ci sono professionisti correttamente preparati per affrontare questo problema, o le giuste attrezzature. Per risolvere questo problema Figo ha lanciato la “Fistula initiative”, progetto che si concentra sulla prevenzione e la cura della fistola ostetrica in 12 paesi africani e asiatici. “L'obiettivo è quello di garantire una formazione di alta qualità clinica per la cura delle donne con fistola ostetrica e per aumentare la capacità dei servizi e del personale finalizzata a fornire una gestione efficace e un trattamento

completo delle fistole”, ha detto Hamid Rushwan, Chief executive Figo. A tal fine la Figo ha anche coordinato l'elaborazione di un manuale dedicato che è stato realizzato con il finanziamento del Fondo delle Nazioni Unite (Unfpa) e con la collaborazione dei chirurghi specialisti e delle organizzazioni sanitarie professionali e specializzate. Oltre a questo, però, l'organizzazione si propone anche di: offrire borse di studio per tirocinanti dei paesi in cui la fistola è più diffusa; stabilire dei centri di formazione adeguati; assistere i governi nella creazione di centri di trattamento specifici per questa complicazione; sviluppare un registro affidabile in modo da ottenere dati per il monitoraggio, la valutazione degli interventi e la ricerca.

Per questo è stato creato il Figo Fistula Fellowship Programme, supportato dalla Fistula Foundation e da Johnson & Johnson. Il programma oggi sta andando avanti e ad oggi ci sono 18 centri che attendono la qualificazione di struttura accreditata.

Aborto insicuro, tra condizioni sanitarie precarie e stigma

Abattere il problema della mortalità materna nei paesi ricchi vuol dire per lo più ottimizzare il servizio offerto e correggere alcune carenze del sistema sanitario. Ma la situazione nei Paesi in via di sviluppo potrebbe non essere altrettanto immediata. Nelle nazioni più povere i problemi si moltiplicano: la formazione dei professionisti è più difficile da perfezionare, le scarse condizioni igieniche portano alla più facile insorgenza di infezioni e complicazioni, la mancanza di strumenti o sistemi di refrigerazione adeguati per i farmaci rendono la pratica clinica più difficoltosa.

Ma non solo. Talvolta, come nel caso degli aborti “non sicuri”, ovvero effettuati in maniera clandestina o in strutture non adeguate dalle donne che non desiderano una gravidanza, una delle principali cause di mortalità e morbilità materna è semplicemente lo stigma sociale.

Ogni anno nel mondo 19 milioni di donne interrompono volontariamente la loro gravidanza in condizioni non sicure. Di queste, circa il 97% vivono in paesi in via di sviluppo, come quelli dell'America Latina, dell'Africa, dell'Asia Centrale o del Sud-est asiatico. A seguito di queste operazioni secondo le stime circa 68 mila donne muoiono ogni anno – il 13% di tutte le morti materne – mentre altre centinaia di migliaia sono costrette a convivere con complicazioni a lungo termine, dovute alla procedura non corretta.

Un problema che potrebbe essere evitato offrendo un servizio sanitario coerente con quanto previsto dalle legislazioni di ogni nazione. “Nonostante in molti di questi paesi l'aborto sia le-

Su un totale di 205 milioni di gravidanze ogni anno nel mondo, 80 milioni non sono pianificate. Di queste, 42 milioni vengono interrotte – 22 milioni legalmente e 20 milioni illegalmente. Di aborto insicuro muoiono ogni anno circa 68 mila donne: una cifra che rappresenta il 13% di tutte le morti materne. Altre centinaia di migliaia sono invece le donne costrette a convivere con complicazioni a lungo termine dovute alla procedura non corretta



gale, come in Sud Africa, oppure soggetto ad alcune restrizioni, come in India, per via di uno stigma che ancora accompagna questi interventi non tutti sono praticati in maniera sicura”, ha spiegato Anibal Faundes, chair del Gruppo di lavoro Figo sulla prevenzione degli aborti non sicuri. “E a maggior ragione ciò avviene ad esempio in paesi in cui l'interruzione di gravidanza può essere effettuata solo in caso di stupro, come è facile immaginare”. Proprio a partire da questa riflessione Figo ha sviluppato nel 2008 un piano di azione che prende il nome di “Pre-

I membri del Comitato esecutivo Figto



vention of Unsafe Abortion Initiative” e che prevede diversi livelli di prevenzione: quella primaria, per ridurre il numero di gravidanze indesiderate e di aborti; quella secondaria, per rendere gli aborti inevitabili più sicuri; quella di terzo livello, per il corretto e tempestivo trattamento delle complicazioni dell'interruzione di gravidanza; quella di quarto livello, per ridurre il ripetersi degli aborti in donne che si sono già sottoposte a questo tipo di intervento.

“Prevention of Unsafe Abortion Initiative”: cos'è e come funziona

Perché un piano di azione nazionale in un ambito delicato come quello della salute materno-fetale abbia successo, la prima cosa che bisogna fare è coinvolgere le istituzioni e i professionisti del paese in questione nello sviluppo dell'iniziativa. È per questo che la prima fase della “Prevention of Unsafe Abortion Initiative” della Figto ha visto l'invito da parte dell'organizzazione agli Stati interessati di condurre un'analisi della situazione all'interno dei vari Paesi. In particolare il sollecito era rivolto a quelle nazioni in cui il tasso di aborti ogni anno era superiore a 30 casi ogni 1000 donne in età riproduttiva, o in cui il numero di interruzioni non sicure superava 10 ogni mille interventi.

Con questo approccio, la Figto ha coinvolto 44 nazioni, ognuna delle quali ha stabilito un piano d'azione specifico per risolvere i propri problemi. La fase due, ancora in atto, consiste nell'implementazione di questi piani d'azione su base territoriale.

Non c'è da stupirsi, dunque, se i progetti iniziati sono stati eterogenei, dipendendo strettamente dalle differenze regionali e cambiando in base alle necessità: quando alcuni obiettivi vengono raggiunti altri ne vengono aggiunti, proprio a testimonianza della complessità del problema.

“Ad oggi molte delle nazioni che partecipano all'iniziativa hanno ottenuto grandi progressi, avendo compreso che l'aborto è un problema importante sia per la salute femminile che per la rilevanza clinica”, ha commentato Anibal Faundes, chair del gruppo di lavoro Figto sulla prevenzione degli aborti non sicuri. “Oggi continuiamo a impegnarci in questo lungo lavoro per ridurre il numero di interventi non sicuri. Anche se siamo consapevoli che il lavoro non potrà concludersi in breve tempo”.

FIGO: il prossimo appuntamento tra 3 anni a Vancouver

Il Congresso mondiale si è concluso con l'insediamento del nuovo presidente della Federazione internazionale: il professor Sir Sabaratnam Arulkmaran e la designazione del presidente eletto: l'indiano C.N. Purandare. Nel nuovo Comitato esecutivo Figto 2012-2015 c'è anche un italiano: il professor Gian Carlo di Renzo, dell'Università di Perugia, che ricoprirà l'incarico di segretario onorario della Federazione. Nel corso del congresso mondiale si è svolta anche l'Assemblea Nazionale della Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI) che ha deciso di prorogare di dodici mesi l'attuale Consiglio di Presidenza e Consiglio Direttivo Nazionale AOGOI fino al prossimo Congresso Nazionale che si svolgerà a Napoli dal 6 al 9 ottobre 2013.

Passaggio del testimone al nuovo presidente Figto Sabaratnam Arulkmaran



A colloquio con Serena Donati
Istituto Superiore di Sanità

Mortalità materna in Italia: è bassa, ma potremmo ridurla di un altro 50%

Come ce lo spiega Serena Donati dell'Iss, relatrice al Congresso Figto 2012, dove ha parlato del nuovo progetto pilota di sorveglianza coordinato dall'Iss. Obiettivo: fornire il giusto sostegno ai professionisti sanitari. Con uno strumento in più: il sistema di monitoraggio della mortalità materna finanziato dal Ministero della Salute

I dati pubblicati ormai già da qualche tempo parlano chiaro: in Italia il rapporto di mortalità materna è pari a 11,8 casi ogni 100 mila bambini nati vivi, in linea con quello registrato nel mondo occidentale. Per l'esattezza, migliore rispetto a quello dell'Europa dell'Est, analogo a Francia e Olanda e peggiore rispetto al Regno Unito dove il sistema di sorveglianza è attivo da decenni. A

dirlo, in particolare, proprio uno studio del Cnesps (Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute) che si riferisce ai dati di cinque regioni italiane (Sicilia, Piemonte, Toscana, Emilia-Romagna e Lazio, nelle quali risiedono il 38% di tutte le donne italiane in età riproduttiva) nel periodo 2000-2007, i cui risultati si basano sul record-linkage dei certificati di morte e delle schede di dimissione ospedaliera. Dati dunque che preoccupano non tanto per la portata in termini assoluti, quanto per l'impatto sugli individui, sulle famiglie e sulla società tutta che provocano. Ma soprattutto perché circa la metà di questi eventi sarebbe evitabile, secondo gli esperti.

Per questo “il Ministero ha deciso di finanziare un progetto pilota di sorveglianza della mortalità materna sul quale si è iniziato a lavorare lo scorso maggio in collaborazione con 7 regioni”, ci ha spiegato Serena Donati del Cnesps, speaker in una delle sessioni del Congresso Figto 2012. “Gli studi condotti fino ad oggi sono stati di tipo retrospettivo ed hanno permesso di identificare la sottostima del fenomeno e le principali cause associate. Tuttavia abbiamo bisogno di un sistema di sorveglianza, sul modello delle indagini confidenziali britanniche, che permetta di studiare i casi incidenti per identificare le aree di criticità, migliorare gli aspetti organizzativi ed assistenziali e promuovere azioni a sostegno

dei professionisti sanitari”. Ecco perché, anche per capire quali sono gli eventi prevedibili e prevenibili, il Ministero ha finanziato il progetto, coordinato dall'Iss. “È importante che si promuovano tra i professionisti delle attività di audit sui casi clinici complessi, che possano permettere ad ostetriche, ginecologi, anestesisti e a tutti gli altri specialisti di confrontarsi sui

Il progetto di sorveglianza finanziato dal Ministero, che è partito da pochi mesi, avrà come campione la popolazione in età riproduttiva di sette regioni italiane, pari al 65% di tutte le donne dai 15 ai 49 anni residenti in Italia

percorsi assistenziali adottati nei singoli casi”, ha continuato Donati. “Ciò già avviene in molti Punti Nascita del paese e in molte strutture sanitarie, che riescono in questo modo a promuovere le migliori pratiche assistenziali. Ma questo è anche lo spirito sotto cui nasce il progetto di sorveglianza dell'Iss, partito da pochi mesi, che avrà come campione una percentuale pari al 65% di tutte le donne in età riproduttiva, dai 15 ai 49 anni, residenti in Italia. Invece di utilizzare dati retrospettivi potremo così raccogliere tutte le informazioni necessarie per organizzare le indagini confidenziali sui casi incidenti. Questo ci permetterà di identificare meglio i fattori di rischio per la salute delle mamme e di promuovere interventi per ridurre i casi evitabili”. Per fare qualche esempio: dall'aggiornamento continuo dei professionisti sulle emergenze in sala parto al miglioramento della comunicazione e degli aspetti organizzativi dell'assistenza come la pronta disponibilità di sangue in caso di necessità. (L.B.)

I numeri della partecipazione

7900

partecipanti registrati
(di cui 600 accompagnatori ed exhibitors)
provenienti da:

Asia	1900
Africa	800
Europa	3000
Nord America	390
Sud America	1200
Oceania	270

I paesi con il più alto numero di partecipanti

Italia	800
Brasile	400
India	400
Nigeria	200



Mgf: complicitanze e gestione clinica

"The cutting tradition"

Presentato al Congresso mondiale del 2009 a Cape Town, il film "The cutting tradition: insights into Female genital mutilation" ha fatto il giro del mondo, vincendo importanti riconoscimenti. Il film-documentario, finanziato dalla FIGO, è stato uno strumento quanto mai efficace per far comprendere non solo agli operatori sanitari ma a tutta all'opinione pubblica mondiale la necessità di contrastare questa pratica così diffusa. Una battaglia che però si presenta difficile, per le implicazioni culturali e antropologiche del fenomeno che non può prescindere da una comprensione del contesto culturale e sociale in cui è nato e si muove. Il perché di queste pratiche infatti non è da considerarsi solo di natura religiosa ma si tratta di un vero e proprio modello culturale quale rito d'iniziazione della donna alla femminilità e garanzia di sicure prospettive matrimoniali. Minori, ma lo stesso evidenziabili, sarebbero anche ragioni di tipo igienico-estetico, secondo le convinzioni locali. Questa pratica tradizionale di

Le Mutilazioni genitali femminili sono state al centro di un simposio organizzato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità nella penultima giornata del congresso mondiale

numerosi gruppi etnici africani, diffusa in 28 paesi del continente, è presente anche in Oman, Yemen, tra i curdi di Iran e Iraq e in Indonesia (senza sottovalutare le comunità immigrate nei paesi occidentali). Si stima che siano oltre 130-140 milioni le bambine e le donne nel mondo coinvolte nel fenomeno. Tre milioni ogni anno quelle a rischio. Dei 92 milioni di donne che in Africa hanno subito qualche forma di Mgf/escissione, oltre 12 milioni sono bambine tra i 10 e i 14 anni.

Le Mutilazioni genitali femminili (Mgf), definite dall'Oms e dalle Nazioni Unite come "parziale o totale rimozione dei genitali femminili esterni o altre lesioni ai genitali femminili non dovute a cause mediche", sono state il tema centrale di un simposio organizzato dalla Organizzazione

mondiale della Sanità nella penultima giornata del congresso mondiale.

Il simposio, diretto dalla dottoressa Elise B. Johansen del Department of Reproductive Health and Research dell'Oms di Ginevra, ha evidenziato quanto le Mgf siano diffuse nel mondo, sebbene la situazione sembri in miglioramento rispetto al passato.

Le pratiche effettuate sono di quattro tipi, secondo la classificazione dell'Oms: il tipo I (denominato Sunna) consiste nell'asportazione parziale o totale del clitoride; il tipo II o escissione, consiste nell'asportazione, oltre che del clitoride, di parte o di tutte le piccole labbra; il tipo III, cioè l'infibulazione o cir-

concisione faraonica, consiste nell'escissione del clitoride e nella asportazione delle piccole labbra e anche (soprattutto in passato ma ancora oggi nelle aree rurali) nella asportazione parziale o totale delle grandi labbra e nella successiva cucitura dell'apertura vaginale (ridotta a un pertugio sufficiente a permettere la fuoriuscita dell'urina e del sangue vaginale; il tipo IV include tutta una serie di procedure che vanno dal trafiggere o punzecchiare lievemente il clitoride in modo da far uscire alcune gocce di sangue a un'ampia casistica di manipolazioni che variano molto da un'etnia all'altra.

Le molteplici conseguenze della mutilazione genitale sono sta-

te illustrate dal dottor Fazari (Sudan) e dalla dottoressa Kaplan (Spagna). Le complicitanze di ordine ginecologico a breve termine sono il dolore estremamente severo, shock emorragico, difficoltà nella minzione, edema e infezioni; mentre quelle a lungo termine possono essere cisti dermoidi di notevoli dimensioni e ascessi. In ambito ostetrico si annovera un incremento di taglio cesareo, episiotomia ed emorragia post-partum dovute alla fibrosi, alle sinechie e ai cheloidi che le Mgf comportano. Sembrano essere aumentate anche di 4 volte rispetto alla norma le complicitanze perinatali come il distress respiratorio. In ultimo da non sottovalutare anche l'aspetto psicologico che queste mutilazioni può comportare. Oggi però "tornare indietro", ripristinare l'anatomia femminile, è possibile: gli interventi hanno riscontrato successo e soddisfazione da parte delle donne in termini di tempi di guarigione, forma della vulva, perdite vaginali e recupero dell'attività sessuale. Riacquisire la fisiologica anatomia femminile non solo previene e ridimensiona le complicitanze che le Mgf comportano ma può considerarsi il primo passo di un cammino verso la riappropriazione dell'identità sessuale, un'esigenza sempre più avvertita, soprattutto da parte delle donne che si confrontano con la cultura occidentale. (Silvia Buongiorno)

L'Italia e le Mgf

L'Italia non è rimasta estranea alla battaglia internazionale contro le Mgf, anche prima della legge n. 7/2006, che non si limita alla repressione ma punta sulla prevenzione mettendo a disposizione risorse per campagne di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario.

A testimoniare la sensibilità istituzionale per queste problematiche anche il recente incontro promosso dal Gruppo di lavoro parlamentare Salute globale e diritti delle donne, coordinato dalla Sen. Francesca Marinaro, che si è svolto al Senato il 18 ottobre scorso, pochi giorni dopo l'adesione dell'Italia alla Convenzione di Istanbul sulla violenza contro le donne (che prevede anche misure per la prevenzione delle mutilazioni dei genitali femminili). L'incontro di discussione politica "Prevenire le mutilazioni dei genitali femminili - Sfide e impegni per l'Italia e l'Europa" ha coinvolto parlamentari italiani/e ed europei/e, rappresentanti delle Istituzioni, associazioni, Ong e Onlus, firmatarie/i della campagna END FGM "Petali di rosa", promossa da Amnesty International e da Aidos, Associazione italiana donne per lo sviluppo, che ha raccolto in Italia oltre 21 mila firme (su 42 mila in Europa).

“Se il ginecologo non va al congresso...
il congresso va dal ginecologo”

Una piccola video-finestra sulla “traffichatissima” 5 giorni

Grande successo del progetto interattivo Sigo-Aogoi a copertura del XX Congresso Mondiale FIGO di Roma

Per la prima volta le due associazioni hanno voluto portare il Congresso anche a chi non ha potuto partecipare. News, interviste, live surgery, conferenze stampa e approfondimenti sono stati trasmessi giornalmente online sui siti delle nostre associazioni e su QuotidianoSanita.it, un quotidiano di informazione sanitaria molto seguito. Per mettere online, quasi in tempo reale, i momenti più significativi del congresso il nostro team (4 video-operatori, 2 addetti alla produzione e al montaggio e 2 colleghi ginecologi coinvolti nella confezione delle “video news”) si è impegnato parecchio. Ma grazie a questo sforzo sono stati prodotti circa 50 video, di cui: 15 video-news,

per offrire una panoramica (il più puntuale possibile) sui vari settori di interesse della intensissima 5 giorni, e 20 video-interviste a top player della ginecologia italiana e mondiale, per fare il punto sullo stato dell'arte e le prospettive a livello globale.

Dobbiamo confessare che all'entusiasmo iniziale per questa “nuova” (video) impresa, che ci aveva contagiato nella fase pre-congressuale, erano via via subentrate alcune perplessità (del tipo: riusciremo a “saltare” da una sessione all'altra? Otterremo i permessi per le riprese della chirurgia in diretta? Guarderanno i nostri video?)...ma poi i numeri ci hanno dato il giusto conforto. I “nostri” video sono stati visti più di 3.500 volte, ma ancor più interessante è stato il dato relativo al tempo di permanenza sul sito, infatti i video sono stati visti per oltre 8.000 minuti complessivi (che equivalgono a più di cinque giorni).

Con una media per video di due minuti e mezzo, superiore alla media usuale dei video pubblicati su internet. Inoltre è stato interessante notare come circa il 20% del “traffico” sia stato generato da dispositivi mobile, come smartphone e iPad, il che lascia intuire una fruizione quasi in diretta dalle sale del congresso stesso, nonché una elevata alfabetizzazione tecnologica degli utenti. Sicuramente questa iniziativa ha dato dei risultati di grande impatto e ha permesso alle nostre associazioni di fare un passo in avanti nell'utilizzo delle nuove tecnologie, aprendo a nuove possibilità per portare contenuti e cultura a tutti i nostri medici che, ovunque si trovino, potranno fruirne secondo le modalità a loro più congeniali. L'auspicio è che questo non rimanga un esperimento isolato, ma prosegua in un'attività strutturata che coinvolga sempre più partecipanti. (C.S.)



Il mio “FIGO 2012”

Diego Freri

Capo ufficio stampa
XX FIGO World Congress

Alla fine ha quasi toccato quota 8.000 il numero dei delegati confluiti a Roma da tutto il pianeta per la XX edizione del congresso mondiale della Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia (FIGO).

Medici, professionisti della salute, rappresentanti di organizzazioni delle Nazioni Unite e del mondo dell'associazionismo e del volontariato - circa 100, i giornalisti della stampa internazionale - hanno preso parte a una manifestazione sui generis nel panorama della convegnistica scientifica: un po' congresso medico, un po' stati generali sulla salute della donna e del bambino.

A fianco delle numerose sessioni

di clinica e ricerca in oncologia ginecologica, medicina riproduttiva, uro-ginecologia, ampio spazio è stato dedicato ai temi sociali e politici, che vedono FIGO in prima linea nella collaborazione con le agenzie internazionali: Organizzazione mondiale della sanità, Unicef, Unaid, Unfpa, Save the children, per citarne alcune. Infatti, forse più che classica società scientifica, la Federazione è un'organizzazione particolarmente attiva nei campi della lobbying politica e dell'advocacy, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo e più poveri del globo. “Il miglioramento della salute della donna e del bambino nel mondo e il raggiungimento della parità d'accesso alle cure, oltre naturalmente al progresso scientifico, sono gli obiettivi della missione di FIGO”, ha più volte ribadito Gamal Serour, il Presidente di nazionalità egiziana che, con il congresso di Roma, ha ceduto le redini dell'or-

ganizzazione a Sir Sabaratnam Arulkumaran, originario dello Sri Lanka, ma da decenni in Gran Bretagna, dove per la sua attività si è guadagnato il titolo di ‘Baronetto’ della Corona.

In un mondo nel quale ogni 2 minuti una donna muore di parto, e in cui a fatica si cerca di onorare l'impegno dichiarato dalle Nazioni Unite di ridurre del 75% fra il 1990 e il 2015 il tasso di mortalità puerperale, ma che ancora vede, in intere regioni dell'Africa sub-sahariana e del sud dell'Asia, meno della metà dei parti essere assistito da personale professionalmente preparato, e dove ancora oggi muoiono 63 bambini sotto ai cinque anni su 1.000 (oltre il 6%!), risulta chiaro il perché della vocazione e dell'impegno di FIGO.

Esistono barriere ancestrali, culturali, sociali, religiose, a volte politiche, che rendono la situazione difficile da sostenere in molti Pae-

si. FIGO lotta per spostare di alcuni punti percentuali i fondi destinati all'acquisto di armamenti, da parte di Governi perennemente in lotta tra loro, verso i budget destinati alla sanità e alla salute. Si adopera per affrontare il dramma dell'emorragia post-partum, causa di circa il 30% delle morti delle puerpere nei Paesi a basso reddito, educando all'impiego di un farmaco a basso costo e di semplice utilizzo come il misoprostolo. Combatte contro un fenomeno dalle dimensioni per molti inimmaginabili: la fistola ostetrica, che riguarda oltre 2 milioni di donne in Africa e Asia e cresce al ritmo di 50-100.000 nuovi casi ogni anno. Oltre che evitabile, causa di perdita del nascituro, fonte di gravi problemi di salute per la donna, la fistola ostetrica porta con sé tragiche ricadute sociali, con l'abbandono da parte del marito, lo stigma e la segregazione per chi ne è vittima. Sono ancora

troppo pochi i medici, in queste aree, in grado di affrontare il problema e soprattutto di porvi rimedio da un punto di vista clinico, considerando che un Paese come il Mozambico conta 20 milioni di abitanti e poche decine di ginecologi.

In conclusione la parola è tornata a Gamal Serour, che nel congedarsi ha ricordato a chi ne proseguirà l'opera: “Negli ultimi anni, la nostra collaborazione con le organizzazioni delle Nazioni Unite, l'Oms, le associazioni di volontariato, il settore privato, è cresciuta enormemente. È nostra responsabilità di medici assicurare la massima qualità nelle cure durante la vita, ed è nostra responsabilità di leader mondiali sviluppare questa collaborazione e compiere ogni sforzo per far sì che le donne non siano più vittime silenziose e voci inascoltate di sistemi di cura e sociali non efficienti né tantomeno efficaci.”

AGITE AL "FIGO 2012": la sessualità nei giovanissimi

Promuovere, fin dall'infanzia, una maggiore conoscenza di sé e del proprio corpo

Giovanni Fattorini
Presidente AGITE

La FIGO ha portato avanti il suo ruolo leader di advocacy, partnership e di impegno finalizzati a promuovere i diritti e l'accesso delle donne a servizi di qualità, nel campo della salute riproduttiva e sessuale, a rispondere a bisogni insoddisfatti di contraccezione, a ridurre la mortalità materna, incluso l'aborto insicuro e a contrastare la violenza contro le donne, le pratiche dannose e lo sfruttamento femminile. Questo è l'incipit del primo degli 8 punti che l'ormai Past President della FIGO, Professor Gamal I. Serour, aveva indicato come programma suo e della Federazione Internazionale, in occasione del suo insediamento nel corso del 19° Congresso svoltosi a Cape Town nel 2009.

Il congresso Figo di Roma è stato dunque anche l'occasione per verificare i passi avanti conseguiti sui temi individuati dal gruppo dirigente che in questi anni ha diretto la Federazione internazionale. Difficile naturalmente relazionarne in poche righe. Quello che si può dire è che a fronte di indubbi successi e a fronte di obiettivi ancora non pienamente raggiunti (vedi la riduzione della mortalità materna, diminuita significativamente, ma non ridotta del 75% entro il 2015, come si voleva), la linea di azione avviata alcuni anni fa è stata pienamente confermata. Linea che potremmo così definire in sintesi: la ginecologia è e rimane una disciplina medi-

La sessione dedicata al tema della "Sessualità nei primi anni della adolescenza" è stato il contributo più importante che Agite ha portato al congresso mondiale di Roma. Un'occasione che ci ha permesso non solo di "mostrare" quanto è stato fatto sinora ma anche di discutere su quanto c'è ancora da fare e da comprendere nell'ambito della salute sessuale degli adolescenti

ca, ma per l'oggetto delle sue attenzioni non può non intrecciarsi con altre discipline mediche e non mediche e, per l'impatto economico sociale ed etico dei temi che affronta, non può non confrontarsi sempre con le scelte politiche più importanti che le società sono chiamate a compiere.

Il nostro contributo al Figo 2012

Agite, che aveva già partecipato al Convegno di Cape Town del 2009 con un suo contributo sulla Violenza sessuale e i servizi territoriali, ha voluto contribuire a questa nuova edizione del Mondiale partecipando a numerose sessioni e simposi con tutto il suo Consiglio di Presidenza e con alcuni delegati regionali. Siamo stati presenti anche ai workshop sull'Etica e sul rispetto dei diritti legati alla salute sessuale e riproduttiva e sui Progetti in corso "Training the trainers", che continueranno a breve con l'Università di Torino. Il contributo più importante ha riguardato l'organizzazione di uno dei 7 Simposi Sigo-Aogoi, dedicato al tema della "Sessualità nei primi anni della adolescenza", che ha visto la presenza di oltre 200 partecipanti di tutto il mondo. In prima fila, la professoressa Riza Olyai del Comitato per la sa-

lute degli adolescenti in India, vincitrice di uno dei maggiori riconoscimenti della Figo, insieme a colleghi europei, africani e del Sud America. Ne riferisce Debora Turchetto (nel box in basso), che ha curato per Agite l'organizzazione e il ricco programma scientifico della Sessione, in cui si sono distinte le relazioni delle colleghe provenienti dalla Calabria (Rosa Barretta), dal Piemonte (Giolito), dalla Toscana (Metella Dei) e anche dalla Catalogna, come la collega Coll che ci ha portato le sue riflessioni ed esperienze e il dottor Luciano Mariani, che ha riferito sui risultati della ricerca relativa alla Condilomatosi Genitale.

Per la sensibilità culturale nei confronti dei temi che sono al centro del nostro impegno esprimiamo (non formalmente) il nostro riconoscimento ad Aogoi e Sigo, che ci hanno permesso non solo di "mostrare" quanto è stato fatto sinora ma anche quanto c'è ancora da fare e da comprendere nell'ambito della salute sessuale degli adolescenti. In tutto il dibattito che è scaturito dalla sessione internazionale si è ripetuto quanto sia utile in ogni Paese contribuire a favorire nei ragazzi, sin dall'infanzia, una maggiore conoscenza di se stessi e del proprio corpo, legando-

la al normale processo di crescita culturale e scolastica, per promuovere futuri comportamenti di prevenzione da parte dei ragazzi e delle ragazze. Ci auguriamo di continuare il proficuo lavoro intrapreso anche con i nuovi rappresentanti della Federazione.

@ Abbiamo infine voluto celebrare a nostro modo la soddisfazione per il successo del Congresso presentando ai nostri associati, riuniti nell'Assemblea annuale Agite, la nuova versione del nostro Sito che invitiamo tutti a visitare.

"I primi difficili passi nella sessualità"

Antonella Debora Turchetto
Consiglio di Presidenza AGITE

Nella Giornata Internazionale delle Bambine e delle Ragazze indetta dall'Onu e dall'Unicef si è svolta la sessione di studi dedicata alla sessualità dei giovanissimi, che Agite ha curato nell'ambito del Congresso Figo

La sessione ha cercato di sviluppare i vari aspetti relativi alla sessualità dei giovanissimi, mirati essenzialmente a: promuovere la doppia protezione contro gravidanze e malattie sessualmente trasmesse utilizzando sia il preservativo che la pillola ("Mission impossible: the

double duch", prof.ssa Coll di Barcellona); identificare e aiutare le ragazze più fragili a negoziare con successo l'uso di protezione all'interno della coppia ("Weaker and weaker negotiation", prof.ssa Dei di Firenze); riconoscere o sospettare un abuso sessuale in bimbi e giovanissimi ("Sexual abuse and teen agers" Dott.ssa Giolito di Torino); ricercare e prevenire l'aborto illegale ("Try to find out the teen abort that does not exist", dott.ssa Barretta di Crotone) e le variazioni nel comportamento sessuale dei giovanissimi che, pur salvaguardandoli dal rischio di gravidanze indesiderate, li espone al rischio di malattie sessualmente trasmesse ("Too much fantasy", dott.ssa Turchetto di Venezia). Nel suo insieme la sessione ha voluto far emergere il "Black Submarine" delle tematiche più delicate e difficili da affrontare, addirittura "impensabili", spesso proprio a causa delle resistenze personali dei medici e degli educatori. Per questo la formazione dei professionisti dovrà essere svolta con metodologie attive ed esperienziali, le uniche che hanno qualche possibilità di mutare qualche profondo e talora inconscio atteggiamento personale. I Consultori Adolescenti sono la sede istituzionale per portare avanti le azioni concrete per aiutare e proteggere la popolazione giovanile sotto i 14 anni e l'educazione sessuale è lo strumento di punta, ma deve essere introdotta fin dalle prime classi delle scuole dell'obbligo. Proprio nella Giornata Internazionale delle Bambine e delle Ragazze non ho potuto non ricordare che in Italia la proposta di legge per l'Educazione Sessuale nelle scuole giace in Parlamento indiscussa e inapprovata da 10 anni! Mai come in questo caso, il ciceroniano Quo usque tandem...suona davvero più appropriato.

"Solo una donna nello speciale dedicato al Mondiale FIGO 2012"

Perché non pubblicare un Gyneco tutto rosa?

Valeria Dubini

Ci sono dei momenti in cui il "sentire popolare" e comunque il sentimento di un paese si trova ad essere più avanti di quanto non siano i suoi rappresentanti.

È un pò quello che accade in Ita-

lia con i cosiddetti diritti civili: mentre famiglie allargate, convivenze e outing sono ormai la norma per tanti italiani, in sede ufficiale anche una formula light come quella dei "DICO" non riesce ad affermarsi. Ed è un po' come mi sono sentita io all'uscita dell'ultimo numero di *Gyne-*

coAogoi dedicato al FIGO 2012. Prima ancora di poterlo sfogliare sono stata bersagliata di Sms che reclamavano un'eccessiva visibilità di volti maschili ed una scomparsa di presenze femminili: "21 uomini e una donna... è un po' troppo", "tutti maschi nella FIGO?" e così via.

Lì per lì, colta di sorpresa, ho pensato che forse le colleghe erano diventate un po' troppo sensibili: ero ancora fiera degli oltre 8000 ginecologi che il nostro Paese ha saputo ospitare, del ruolo che ha avuto la nostra associazione... e avevo ancora negli occhi i mille colori degli abiti indossati dalle nostre colleghe di tutto il mondo. Donne, tante donne nelle varie sessioni, che discutevano di tutti gli argomenti, dalla chirurgia all'ostetricia fino ai temi sociali più scottanti...donne vestite, po-

co vestite, velate, coperte. Tante donne e tanti colori del mondo. Ma allora?

Quasi contemporaneamente ricevo la notizia che è uscito il "Global gender gap Report" del 2012: ad una rapida occhiata risulta che il nostro paese è sceso di altri 7 punti nell'ultimo anno: dal 2008 abbiamo perso ben 13 posizioni!

Peggio di noi solo la Grecia e il Sultanato del Brunei...e allora d'impulso rispondo ad uno di questi Sms: "noi siamo scesi all'80° posto del Gender Gap, ma si vede che anche in tanti paesi posizionati meglio di noi in classifica, la ginecologia rimane ap-

pannaggio maschile!".
Che sia vero? Penso però che stavolta non è davvero colpa nostra se nel mondo la nostra Federazione mondiale ritiene di essere rappresentata da 21 uomini e da una sola donna, seppure past president...noi, in fin dei conti, abbiamo avuto spazio per un solo connazionale, maschio è vero, ma unico.

In effetti quando mi arriva finalmente *Gyneco* capisco meglio quello che le colleghe segnalano: è proprio una percezione visiva.... tutti questi volti maschili che parlano intorno a "questioni di donne".

So perfettamente che in realtà è stata una grande fatica giorno-

listica mettere insieme tutti coloro che hanno ruotato intorno alla FIGO negli ultimi anni e farsi rilasciare interviste dai membri del nuovo Board...però credo

che questa volta dovremmo ammettere che siamo stati meno sensibili dei nostri o delle nostre iscritte anche soltanto nel confezionare le immagini.

La lezione del Gender gap report

Rileggo quello che è stato scritto all'inizio della pubblicazione sul Gender Gap: "Il report

mostra una correlazione forte tra la presenza di equità tra i generi e una buona prosperità e competitività economica dei Paesi".

Certo, perché la partecipazione dell'universo femminile è una risorsa e una ricchezza in più, e se lo dicono economisti mondiali forse è proprio il caso di farci una riflessione.

E allora credo che anche l'interesse delle società scientifiche attorno a questi temi debba crescere ulteriormente e che tutti quanti insieme dobbiamo lavorare per questo: la nostra associazione ha fatto molto negli anni su questo terreno e sta a noi non perdere di vista il valore del nostro cammino.

La ginecologia è rosa, ma i "maschi" non lo sanno

Carlo Sbiroli

In una ginecologia declinata per lo più al maschile, Valeria Dubini è una "femmina" di talento. Se c'è da usare i toni forti, eccola nella mischia. Ma sempre con molto garbo. È una dei pochi direttori donna di Struttura Complessa Ospedaliera d'Italia. E, insieme a Sandro Viglino, è vicepresidente dell'Aogoi. Ha sempre portato avanti in modo testardo grandi battaglie per la donna, soprattutto nel campo della violenza e dell'accoglienza alla nascita. Questa premessa per dire che non poteva che partire da Valeria una "proposta rosa".

Le sue osservazioni (di cui non mi dolgo) sono il riflesso di una realtà per niente virtuosa. In questi ultimi anni - nonostante la ginecologia italiana abbia registrato una costante, progressiva femminilizzazione e che nelle ultime generazioni si sia verificato il "sorpasso" - il ruolo femminile

all'interno delle nostre società scientifiche e della nostra professione non è ancora adeguatamente riconosciuto. Così avviene per i problemi al femminile...che cadono sempre nel dimenticatoio, nei cassetti delle segreterie, nell'oblio dei provvedimenti mai calendarizzati. Il segno più tangibile di tale situazione è che oltre 60 società scientifiche italiane di chirurgia non hanno un presidente donna.

Non so se si farà un *Gyneco* tutto rosa ma la redazione prende l'impegno di portare all'attenzione del mondo ginecologico italiano (possibilmente sul prossimo numero di questo giornale) i dati di un'indagine condotta sulla femminilizzazione della nostra specializzazione. Sono dati molto interessanti, che ribaltano molti luoghi comuni e alcuni punti di vista. Per ora, prendiamo solo atto che le società scientifiche fanno fatica a immaginare un futuro veramente (equamente) con-

diviso, sospese tra la voglia di cambiare (forse anche perché costrette) e le difficoltà di capire che quel "umanesimo femminile" è parte integrante della nostra professione. Ma questo è un altro discorso che affronteremo nel prossimo report sulla femminilizzazione della ginecologia italiana.



Una bella proposta

Le colleghe propongono: perché non pubblicare un *Gyneco* tutto rosa?

Mi sembra una bella proposta per far sentire le nostre tante voci femminili, valorizzare le competenze e affinare le sensibilità. Chissà che proprio dalla nostra associazione possa partire la proposta di un prossimo FIGO più rappresentativo della nostra specializzazione, in fin dei conti la più vicina alla "medicina delle donne".

LO SCREENING DEL CERVICOCARCINOMA CON IL SISTEMA THINPREP®

Affidati all'originale



Milioni di test eseguiti nel mondo¹.
Centinaia di pubblicazioni
su riviste referenziate¹.
Approvato per l'uso con i principali
test di biologia molecolare¹.

Per ulteriori informazioni sul ThinPrep Pap Test è possibile visitare il sito www.thinprep.com oppure contattare la **Hologic Italia** ad italy@hologic.com

ITA-12-003-IT-A

¹ Data on file, Hologic

HOLOGICTM
The Women's Health Company



► **Segue da pagina 7**
Fucci

zare nelle cause per responsabilità del medico, il crescere dei costi delle polizze assicurative stipulate dai medici, i difetti sopra accennati nel sistema delle consulenze in tribunale e l'assenza, soprattutto nel Mezzogiorno, di un'efficace rete di supporti legali e amministrativi (il "decreto Balduzzi" prevedeva l'istituzione di unità locali di risk management e di un osservatorio ministeriale sul rischio clinico, ma la relativa norma è saltata per mancanza di copertura finanziaria). Si tratta di questioni che rimangono aperte e che purtroppo l'attuale legislatura, sia a livello di azione parlamentare che a livello di azione del governo succedutisi al suo interno, non ha saputo risolvere. Resta tuttavia lo spazio, di qui alla conclusione della legislatura, perché il sottoscritto e (mi auguro) tutti i parlamentari più coinvolti nelle materie sanitarie portino avanti un lavoro forte di vigilanza e intervento al fine di raggiungere quantomeno un obiettivo a mio parere essen-

le per sostenere i giovani medici che, con entusiasmo e voglia di far bene, entrano finalmente a pieno regime nell'attività professionale dopo un percorso di studi altamente selettivo, lungo e anche dispendioso sul piano economico: la concreta attuazione di quella che è forse l'unica norma del "decreto Balduzzi" che davvero può far sentire i medici non abbandonati a sé stessi, cioè quella che prevede l'emanazione di un regolamento che disciplini, a livello procedurale e di contenimento dei costi, l'idoneità dei contratti di assicurazione degli esercenti le professioni sanitarie.

► **Segue da pagina 7**
Gigli

mandazioni che, ripeto, sono state concepite per mettere in guardia da una complicità o per indicare il trattamento più idoneo, anche se non unico. Per non parlare dei criteri con i quali verranno scelte le linee guida da utilizzare in giudizio. Come ben sappiamo, in campo internazionale si è venuta a creare nel corso degli anni una vera selva di raccomandazioni. Ho il timore che possa farsi strada il metodo: dimmi chi si deve condannare e ti dirò quale linee guida utilizzare.

Veniamo al fantomatico "fondo appositamente costituito" previsto dall'articolo 3, comma 2, il quale deve "garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie". Le aspettative dei medici sono per uno strumento che consenta di trovare una polizza adeguata e ad un prezzo accessibile, a tutti coloro che hanno difficoltà a trovarla e a chi se la vede negare perché ha già avuto dei sinistri. Secondo queste aspettative, il Fondo dovrebbe favorire l'assicurazione a prezzi accettabili e per tutti i medici, compresi quelli che oggi nessuna compagnia è disposta ad assicurare, perché già disdetta. Allora, perché la norma prevede la "disdetta della polizza alla reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario"? E cosa significa reiterazione: due, tre, quattro volte? Le fonti di finanziamento previste per il fondo, saranno congrue per tutti i tipi di sinistro? Non dimentichiamo che il decreto stabilisce che comunque non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Il 13 ago-

sto 2013 scade la proroga concessa ai medici, all'applicazione dell'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, il quale stabilisce che il professionista è tenuto a "stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale".

Tutto in 44 giorni?!

A mio parere, i tempi sono molto stretti. Infatti, è previsto che il decreto del Presidente della Repubblica, con il quale si dovranno disciplinare le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei relativi contratti assicurativi, debba essere emanato entro il 30 giugno 2013, in pieno periodo post elettorale. Dopodiché, si dovrà costituire il Fondo, determinare il soggetto gestore del Fondo e le compagnie assicurative dovranno emettere le nuove polizze. Tutto in 44 giorni! Prepariamoci a chiedere una proroga alla scadenza dell'assicurazione obbligatoria, fissata al 13 agosto 2013.



► **Segue da pagina 11**

ti denunciati 21.353 sinistri avvenuti all'interno di una struttura sanitaria. Nel 2011 sono state disdette il 15% delle polizze alle strutture sanitarie. Di questo 15%, il 5% è stato disdetto per volontà della compagnia, mentre circa il 10% dalla struttura sanitaria in quanto le nuove condizioni tariffarie non sono state ritenute convenienti. A fare questa scelta sono più spesso le strutture pubbliche, quasi sempre per l'eccessivo costo dell'assicurazione. Le compagnie invece si tirano indietro, spiega l'Ania, quando pensano che il sistema di prevenzione della struttura sia talmente poco efficace che è impossibile assicurare. La stima dei premi per il settore delle strutture sanitarie per il 2010 è pari a 290 milioni di euro, che rappresentano il 58% del totale del settore Rc sanitaria.

"Le assicurazioni professionali per medici e operatori sanitari hanno raggiunto premi, fino a qualche anno fa, impensabili, che arrivano a 15-20.000 euro annui. I massimali previsti dalle polizze, però, non saranno sufficienti ad indennizzare le vittime di errore sanitario quando la causa arriverà a sentenza definitiva. Questo è anche dovuto ad una vera e propria esplosione delle denunce, cui stiamo assistendo negli ultimi anni e che si traducono in una spesa abnor-

me per l'intero Servizio sanitario nazionale" ha dichiarato il Presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori e disavanzi sanitari, Antonio Palagiano. Secondo quanto emerge dalla relazione consegnata dall'Ania alla Commissione parlamentare, "nel 2010, la stima del numero di sinistri denunciati alle imprese di assicurazione relativi a strutture sanitarie è pari a 21.353", con un trend in crescita, tanto più preoccupante se confrontato con "il numero delle aziende assicurate, che è andato invece progressivamente riducendosi".

Dati surreali

"I dati forniti oggi dall'Ania sulle assicurazioni mediche sono

surreali. Secondo quanto riportato - ha aggiunto Palagiano - molte imprese assicuratrici si sarebbero indebitate negli ultimi 15 anni a causa dei danni liquidati, i cui importi avrebbero superato anche del quadruplo, le tariffe incassate. Confrontiamo e incroceremo i dati forniti oggi con quelli che stiamo ricevendo, copiosamente, dalle aziende sanitarie e ospedaliere. A breve, infatti, verranno elaborate le risposte ai questionari da noi inviati ad Asl e ospedali, volti a delineare l'attuale situazione assicurativa delle stesse e verificarne l'effettiva capacità di sostenere il risarcimento del cittadino vittima di malpractice. Troppo spesso, infatti, non sono coperte da alcuna polizza e,

Solo nel 2010 sono stati denunciati 21.353 sinistri avvenuti all'interno di una struttura sanitaria. Nel 2011 sono state disdette il 15% delle polizze alle strutture sanitarie. Di cui, il 5% è stato disdetto per volontà della compagnia, mentre circa il 10% dalla struttura sanitaria per i costi ritenuti eccessivi

in questo modo, non si rendono in grado di garantire al paziente, in caso di procedimenti per eventi avversi conclusi con una condanna, eventuali rimborsi dovuti".

La finalità dell'indagine

Il "filone d'inchiesta" sulle coperture assicurative presso le aziende sanitarie e ospedaliere servirà per avere un quadro dettagliato della situazione per quanto riguarda il numero di richieste di risarcimento inoltrate e gli importi pagati, in modo da consegnare al Parlamento una fotografia basata su reali dati, di quello che viene definito dagli esperti in materia, il rischio clinico nei diversi contesti sanitari. "Questo aiuterà a ca-

pire l'andamento degli eventi avversi collegati a malpractice - ha aggiunto Palagiano - ma anche, l'eventuale abuso dello strumento della denuncia da parte dei cittadini. Un aspetto, quest'ultimo, emerso anche dai dati raccolti nell'ambito della inchiesta sui Punti nascita condotta dalla Commissione che presiede". Dall'analisi degli esiti dei processi a carico del personale sanitario emerge, infatti, che ben il 98,1% dei procedimenti per lesioni colpose e solo il 99,1% dei procedimenti per omicidio colposo si conclude con un'archiviazione. Inoltre, e questa è stata una delle priorità di intervento evidenziate, "occorre uniformare, in tutta Italia, il risarcimento dovuto per danno biologico", ha detto il Presidente Palagiano, "ovvero stabilire che la perdita di una funzione o il prezzo di una vita umana, venga risarcito in modo uguale, sia che la malpractice si sia verificata a Catania che a Bolzano, cosa che oggi non accade". Per porre fine al fenomeno della medicina difensiva - che, oltre a costare 12-14 miliardi annui al Servizio sanitario nazionale, non garantisce ai pazienti l'appropriatezza terapeutica - si ritiene, infine, auspicabile l'apertura di un tavolo tecnico, finalizzato alla formulazione di una proposta della Commissione d'inchiesta sugli errori e disavanzi sanitari al Ministro della Salute Renato Balduzzi.

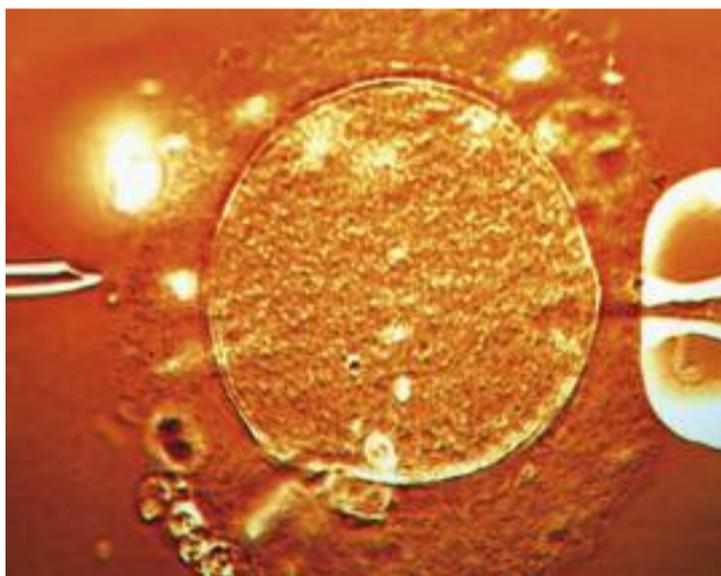
Procreazione assistita

Sì alla diagnosi preimpianto. Sentenza storica del Tribunale di Cagliari

Per la prima volta dall'entrata in vigore della legge 40 sulla fecondazione assistita nel 2004, una coppia di genitori, lei affetta da talassemia e lui portatore, ha ottenuto l'autorizzazione a procedere alla diagnosi preimpianto, fino ad oggi consentita solo a coppie sterili o in cui l'uomo è malato di Aids

Si tratta di una sentenza storica, quella del Tribunale di Cagliari: il giudice ha infatti riconosciuto il diritto alla diagnosi preimpianto a una coppia formata da una donna affetta da talassemia major e da un uomo portatore sano della malattia. È la prima volta che succede dall'entrata in vigore della legge 40 che regola la procreazione medicalmente assistita, fino ad oggi, la normativa infatti consentiva la pratica diagnostica solo alle coppie sterili o a quelle in cui il partner maschile avesse una malattia sessualmente trasmissibile, come l'Aids.

Questa la storia: la coppia, di cui lei malata e lui portatore sano, potrebbero in base alla legge 40 accedere alla procreazione medicalmente assistita (perché infertili) e quindi anche eseguire diagnosi preimpianto per verificare prima di continuare la procedura se l'embrione è affetto dalla patologia dei genitori; eppure il laboratorio di citogenetica della struttura pubblica che doveva analizzare il campione si rifiuta di farlo. Questo il motivo



Su 357 centri di Pma attivi, nessuno dei 76 pubblici offre la diagnosi preimpianto, nonostante con le linee guida Turco del 2008 sulla legge 40/2004 sia consentita. Non viene offerta nemmeno la crioconservazione e si osserva ancora il limite dei 3 embrioni creati, anche se non è più obbligatorio dopo la sentenza della Consulta del 2009

che ha spinto la coppia a fare ricorso in tribunale, dove il 9 novembre scorso il giudice ha dato loro ragione. "L'ordinanza in sostanza dice ai centri pubblici che se hai un laboratorio di citogenetica attrezzato per eseguire la fecondazione assistita, ti devi dotare di strutture in grado di offrire anche la diagnosi preimpianto a chi lo richieda, o in alternativa devi legarti in conven-

zione con strutture sanitarie esterne", ha spiegato Filomena Gallo, segretario dell'associazione Luca Coscioni che ha reso pubblica la notizia in una conferenza stampa.

"Un passo avanti fondamentale: dei 76 centri pubblici di procreazione medicalmente assistita attualmente esistenti nessuno offre la diagnosi preimpianto, che era vietata dalla legge 40 ma poi è stata autorizzata dalle linee guida Turco del 2008 e dalle innumerevoli sentenze di questi anni".

Una sentenza dunque che corregge un'anomalia italiana, dopo che anche la Corte dei diritti dell'uomo di Strasburgo aveva bocciato ad agosto la stessa legge 40 perché violava l'articolo 8 (diritto al rispetto della vita privata e familiare) della Convenzione europea dei diritti sull'uomo. In quell'occasione la coppia che aveva fatto ricorso e si era vista dare ragione dalla Corte europea era portatrice di fibrosi cistica, e aveva denunciato all'Europa che la normativa italiana gli impediva di accedere alla diagnosi preimpianto degli embrioni. Ad agosto, la sentenza specificava che la scelta era dovuta a un'incoerenza nella legge, che non permetteva la diagnosi preimpianto, costringendo agli aspiranti genitori di dover procedere alla cieca alla procedura di impianto degli em-

brioni, ma allo stesso tempo poi un'altra norma consentiva loro di accedere a un aborto terapeutico in caso che il feto venisse trovato affetto da fibrosi cistica. Mettendo dunque la famiglia di fronte ad una situazione in cui un aspirante genitore non vorrebbe probabilmente mai trovarsi. Dopo la sentenza dunque, le strutture pubbliche che eseguono interventi di procreazione medicalmente assistita dovranno adeguarsi, dotandosi di attrezzature che permettono alle coppie che ne hanno bisogno, affette da malattie genetiche, la diagnosi reimpianto. "Ora si tratta di vigilare sull'applicazione di questo principio - ha aggiunto

Gallo - e per questo dovremo farci sentinelle della legge. Magari con una particolare attenzione anche nel riconoscere quei centri in cui ancora non viene offerta la crioconservazione e si osserva il limite dei 3 embrioni creati, anche se non è più obbligatorio dopo la sentenza della Consulta del 2009. Tutto ciò dovrà cambiare".

(Laura Berardi)



Roccella si afferma "un criterio ingiusto e pericoloso"

Tra le voci critiche, quella dell'ex sottosegretario alla Salute e sostenitrice della legge 40, Eugenia Roccella. Secondo Roccella il Tribunale di Cagliari "ha sostanzialmente decretato che una persona affetta da talassemia ha meno diritto a nascere di una persona sana, affermando, così, non solo un chiaro presupposto eugenetico, ma anche un forte elemento di disuguaglianza tra i cittadini". Si tratta, afferma in una nota, di "un criterio ingiusto e pericoloso che tradirebbe anche il principio di uguaglianza sancito dalla nostra Costituzione".

Palagiano sentenza di Cagliari conferma necessità di riscrivere legge 40

"La giustizia sta riaffermando, sentenza dopo sentenza, i diritti civili che la politica aveva sottratto a tanti cittadini italiani desiderosi di diventare genitori. Il verdetto del Tribunale di Cagliari, che autorizza la diagnosi preimplantatoria, ristabilisce, finalmente, equità nell'accesso alle cure e ribadisce quanto da noi fortemente sottolineato da anni a questa parte, ovvero che la legge sulla procreazione medical-

mente assistita va riscritta". È quanto dichiara in una nota l'on. Antonio Palagiano, responsabile nazionale sanità dell'Italia dei Valori e capogruppo del partito in Commissione Affari sociali della Camera, commentando la notizia dell'ordinanza del Tribunale sardo.

"Le coppie italiane - spiega Palagiano - sono state costrette a sottostare, in questi anni, ad una normativa crudele che lede pro-

fondamente i loro diritti, privandole delle opportunità previste nel resto d'Europa. Tante, infatti, le contraddizioni della legge 40, che non consente la possibilità di accedere alla diagnosi reimpianto anche a fronte di gravi patologie. A fronte di queste lacune, il Governo, invece di intervenire ripristinando il diritto, ha deciso di far ricorso contro la sentenza di Strasburgo, giunta in agosto, che scardinava proprio questo punto".



A colloquio con Giovanni Monni

La Dgp evita la tragedia dell'aborto "terapeutico"

Dopo l'ordinanza del Tribunale di Cagliari abbiamo rivolto qualche domanda al professor Giovanni Monni, uno dei maggiori esperti a livello internazionale di diagnosi prenatale e uno dei protagonisti di questa vicenda. Al Presidio Microcitemico di Cagliari infatti è responsabile della Struttura complessa di Ostetricia e Ginecologia, accreditata per la tecnica di fecondazione assistita, e a lui si era rivolta la coppia sarda chiedendo di poter effettuare una indagine clinica diagnostica sull'embrione in vitro per scongiurare il rischio di dare alla luce un figlio affetto da talassemia. Indagine possibile presso il laboratorio di genetica molecolare della Clinica pediatrica del Microcitemico, come aveva confermato loro il professor Monni, ma non così per il responsabile del Laboratorio e per la Asl n. 8 di Cagliari che aveva rifiutato la richiesta in quanto "la Pdg è attualmente una procedura vietata dalla legge 40".

Professor Monni, innanzitutto qual è stato il suo primo pensiero dopo l'ordinanza del Tribunale di Cagliari che ha accolto il ri-

corso di questa coppia?

Di grande sollievo e solidarietà. In questo caso lei malata di talassemia maior, lui portatore sano, presentavano un rischio del 50% di generare un figlio malato; in seguito alla sentenza del Tribunale potranno coronare il sogno di maternità evitando ripetuti aborti "terapeutici" in seguito a diagnosi prenatali tramite villocentesi alla 11a settimana. Voglio sottolineare che nessuno meglio della signora, sottoposta sin dalla nascita a continue trasfusioni e a tante altre complicanze, conosce la malattia. Ho apprezzato la grande onestà intellettuale, sensibilità e arte giuridica del magistrato Giorgio Latti del Tribunale Civile di Cagliari, la cui sen-

Nei casi di gravi patologie fetali la stragrande maggioranza delle donne chiede l'aborto "terapeutico", praticabile in Italia fino alla 24^a settimana



tenza ha reso possibile l'applicazione della Diagnosi Genetica Pre-impianto (Dgp). Ho infine provato una soddisfazione personale, come medico e ginecologo, vedendo riconosciuta la possibilità di eseguire una tec-

nica nata per evitare proprio la tragedia dell'aborto "terapeutico", negata in maniera illogica e crudele dai sostenitori della Legge 40.

Cosa significa per un esperto di diagnosi prenatale come lei confrontarsi, pressoché quotidianamente, con coppie affette o portatrici di una malattia genetica così severa che si vedono negata la possibilità di effettuare la diagnosi preimpianto sugli embrioni?

Ogni anno nel Centro dell'Ospedale Microcitemico da me diretto, afferiscono oltre 8.000 donne in gravidanza su 12.000 nati all'anno in Sardegna; alcune di queste gravidanze risultano ad alto rischio genetico, cromosomico o di malformazioni ecografiche fetali. Circa 3.000 vengono sottoposte a villocentesi o amniocentesi o ad altre procedure invasive prenatali, per cui giornalmente vengono visitate donne in gravidanza con feti patologici. La stragrande maggioranza di queste donne, nei casi di gravi patologie fetali, chiede l'aborto "terapeutico" praticabile in Italia fino alla 24a settimana. Molte di queste tragedie, potrebbero essere evitate attuando la Dgp che permette di trasferire in utero solo gli embrioni non patologici ed eventualmente crioconservare quelli patologici. Sono sicuro che tutti capiscano l'enorme differenza tra il criocongelamento di un embrione patologico prodotto in provetta e non trasferito in utero, rispetto ad un aborto in utero alla 20° settimana di gravidanza.

Che cosa cambierà ora dopo questa ordinanza, l'ultimo di una lunga serie di precedenti che hanno stravolto l'impianto della legge 40?

Voglio ricordare che anche nel 2007 il Tribunale di Cagliari si era pronunciato in favore della Dgp e dopo poco tempo hanno fatto seguito altre 2 sentenze per embrioiduzione selettiva e per embrioiduzione in gravidanze multiple. A queste, in Italia hanno fatto seguito altre 18 sentenze di Tribunali, Tar e Corte Co-

stituzionale, ribadendo la illogicità di tanti articoli della Legge 40. L'ultima sentenza del Giudice Monocratico di Cagliari ordina che venga eseguita presso l'Ospedale Microcitemico la Dgp tempestivamente e se la parte dell'analisi genetica non fosse possibile eseguirla a Cagliari ci si deve riferire ad altra struttura pubblica o privata Italiana a spese della Azienda Sanitaria di Cagliari. Prima della Legge 40 del 2004 l'Ospedale Microcitemico aveva eseguito più di 40 Dgp. Per quanto riguarda le altre coppie che desiderano eseguire la Dgp a Cagliari, per varie patologie genetiche, attendo, come sempre, le disposizioni da parte della Direzione Generale Aziendale e dell'Assessorato alla Sanità.

Le reazioni della politica sono state quasi tutte favorevoli riguardo la decisione dei giudici isolani. Il presidente della Commissione Errori sanitari Antonio Palagiano si è espresso dicendo che l'ordinanza di Cagliari "conferma la necessità di riscrivere legge 40". Che ne pensa?

Io sono un medico che opera nella struttura pubblica seguendo le disposizioni di legge. Nel passato ho partecipato come tecnico a diverse audizioni in Senato e in Parlamento, ma poi le leggi vengono scritte dai politici e i giudici sono delegati a farle osservare. Credo pertanto che i politici dovrebbero prestare più ascolto ai medici, alle Società Scientifiche e soprattutto ai rappresentanti dei pazienti prima di "partorire" leggi in materia sanitaria contrarie alla logica scientifica, alla buona pratica, ai bisogni di salute dei cittadini e al buonsenso.

Il Governo italiano ha fatto ricorso contro la sentenza della Corte europea per i diritti dell'uomo che aveva dato ragione ad una coppia fertile, portatrice sana di fibrosi cistica, impossibilitata dalla normativa italiana ad accedere alla diagnosi preimpianto degli embrioni. Qual è il suo giudizio?

Non capisco come il Governo attuale fortemente Europeista possa fare ricorso alla Corte di Strasburgo che ha espresso grave perplessità sulla legge 40 in quanto in contrasto non solo con la Corte Europea, ma anche con la Corte Costituzionale Italiana, che quando è stata interpellata, ha sempre sostenuto che nel bilanciamento della salute, prima viene la "madre" e poi il "futuro nascituro". Voglio sottolineare comunque che il Governo Italiano ha presentato ricorso per l'accesso alla Dgp alle coppie fertili e non alla Dgp. Concludo asserendo che in Medicina deve sempre prevalere il diritto alla salute psico-fisica dei cittadini e il Medico, in questo caso il Ginecologo, deve sempre tenere in considerazione i bisogni e le richieste di salute della donna, della coppia e del nascituro in una procreazione libera e consapevole.

LEGGE 40

Il governo ricorre contro la sentenza della Corte europea sulla diagnosi preimpianto. Ma "non è una scelta di merito"

Nell'ultimo giorno utile il Governo ha chiesto il riesame alla Grande Camera della Corte europea per i diritti dell'uomo a "salvaguardia dell'integrità e della validità del sistema giudiziario nazionale". Ma "non riguarda il merito delle scelte normative adottate dal Parlamento né eventuali nuovi interventi legislativi"

A fine agosto l'Europa bocciava la nostra legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita. La sentenza veniva dalla Corte dei diritti dell'uomo di Strasburgo e la motivazione stava nella constatazione che la legge italiana si pone in contrasto con l'articolo 8 (diritto al rispetto della vita privata e familiare) della Convenzione europea dei diritti sull'uomo. Nello specifico i giudici, all'unanimità, avevano dato ragione ad una coppia fertile portatrice sana di fibrosi cistica che aveva fatto ricorso perché impossibilitata dalla normativa italiana ad accedere alla diagnosi preimpianto degli embrioni. La legge 40 infatti consente questa pratica solo alle coppie sterili o a quelle in cui il partner maschile abbia una malattia sessualmente

trasmissibile, come l'Aids. Per diventare definitiva la sentenza UE non doveva però essere impugnata dal Governo italiano entro i primi tre mesi dalla data di emanazione. Quindi entro il 28 novembre. Fino a questa data in molti speravano nella rinuncia di Monti a ricorrere in Europa ma proprio nell'ultimo giorno a disposizione l'Italia ha deciso di chiedere il riesame della sentenza alla Grande Camera della Corte europea per i diritti dell'uomo, con le seguenti motivazioni, illustrate nella nota di Palazzo Chigi: "La decisione italiana di presentare la domanda di rinvio alla Grande Chambre della Corte Europea per i Diritti dell'Uomo si fonda sulla necessità di salvaguardare l'integrità e la validità del sistema giudiziario naziona-

le, e non riguarda il merito delle scelte normative adottate dal Parlamento né eventuali nuovi interventi legislativi. La domanda di rinvio, infatti, si è resa necessaria in quanto l'originaria istanza è stata avanzata direttamente alla Corte europea per i diritti dell'uomo senza avere prima esperito - come richiede la Convenzione - tutte le vie di ricorso interne e senza tenere nella necessaria considerazione il margine di apprezzamento che ogni Stato conserva nell'adottare la propria legislazione, soprattutto rispetto a criteri di coerenza interni allo stesso ordinamento. La Corte ha deciso di non rispettare la regola del previo esaurimento dei ricorsi interni, ritenendo che il sistema giudiziario italiano non offrisse sufficienti garanzie".

Monitoraggio dell'Osservatorio contro l'abusivismo professionale A.I.O

Questione Doula... a che punto siamo?

Roberta Giornelli
Responsabile Osservatorio
per l'Abusivismo Professionale

Da oltre un anno l'Associazione Italiana di Ostetricia ha promosso l'Osservatorio Nazionale su presunti abusi professionali a tutela della professione che ha come obiettivo quello di raccogliere segnalazioni e censire i siti dentro e fuori i network, occupandosi in particolare, delle possibili infiltrazioni di nuove figure in quella che, per legge, è attività riservata esclusivamente alla professione ostetrica.

Il monitoraggio effettuato dall'Associazione ha evidenziato numerosi casi di abusi da parte di persone non qualificate che offrono alla future madri servizi sovrapponibili a quelli dell'ostetrica o addirittura in diretta competizione con il suo ruolo, pur non avendone alcun titolo.

L'osservatorio di Aio ha, in particolare, messo in evidenza il pericoloso affermarsi della figura della "doula" che, anche con l'avallo di istituzioni pubbliche, offre servizi alle donne in gravidanza che, spesso, vanno a sovrapporsi con l'attività delle ostetriche, pur non avendo minimamente i requisiti per garantire un'assistenza professionale alla donna.

Dall'osservazione dei siti internet è emerso come sia largamente diffusa la pubblicità di molte associazioni che offrono corsi "professionali" per qualificarsi come doule, garantendo una scorciatoia rispetto al percorso di studio per ostetrica e richiedendo importanti pagamenti a fronte di un titolo di nessun valore.

Tra i numerosi casi di abusivismo professionale da parte di persone non qualificate che offrono alla future madri servizi sovrapponibili a quelli dell'ostetrica, l'Osservatorio AIO ha messo in evidenza il pericoloso affermarsi della figura della "doula". Una qualifica acquisibile con un corso, scientificamente discutibile, della durata di qualche fine settimana...



Tutto questo contribuisce a creare confusione nell'ambito della professione ostetrica, ma soprattutto costituisce un pericolo per il buon nome e la reputazione della categoria professionale nonché per la qualità delle cure erogate, in danno della madre e del neonato.

In quasi tutte le segnalazioni pervenute, infatti, la doula viene indicata come "professione", termine sicuramente errato alla luce delle vigenti disposizioni di legge, ma che, soprattutto, mette sullo stesso piano il lungo e articolato percorso per ottenere la qualifica di ostetrica con un cor-

so, scientificamente discutibile, della durata di qualche fine settimana.

L'abusivismo professionale delle doule non è solo rivolto alla professione di Ostetrica ma dilaga e si spinge su campi d'interesse più ampi (pediatria, ginecologia, psicologia, giurisprudenza), offrendo consigli e prestazioni non professionalmente accettabili dando informazioni ingannevoli alle donne e alle famiglie.

In alcuni casi, fortunatamente rari, questi abusi si sono resi possibili grazie all'appoggio di altre ostetriche che non hanno ancora percepito il reale rischio che la professione sta correndo anche alla luce delle proposte di riforma in esame.

La raccolta delle numerose segnalazioni pervenute al nostro Osservatorio ha permesso, sicu-

L'abusivismo professionale delle doule non è solo rivolto alla professione di Ostetrica ma dilaga e si spinge su campi d'interesse più ampi: dalla pediatria alla ginecologia e psicologia

ramente grazie alla sensibilità e all'impegno di tantissime colleghe in tutto il territorio, di poter disporre di materiale a riprova dell'abusivismo professionale.

Questo ha spinto la nostra Associazione Italiana di Ostetricia ad intraprendere una serie di iniziative di contrasto a questo abusivismo dilagante a tutela delle donne e le loro famiglie ma anche della professione ostetrica. Lo scorso luglio, presso la sede Aogoi-Aio di Milano, abbiamo incontrato, insieme alla Presidente Antonella Marchi, gli avvocati dell'Associazione per stu-

diare delle possibili azioni da intraprendere per mettere freno alla diffusione del fenomeno strisciante dell'abusivismo.

Il consistente materiale raccolto dall'Osservatorio ha permesso di avere una conoscenza ampia e reale delle varie forme di abusivismo su tutto il territorio Nazionale consentendo subito di sensibilizzare le colleghe dei territori interessati, per far luce e monitorare i presunti casi di abuso. L'Aio inoltre ha ritenuto necessario il coinvolgimento dei Collegi Provinciali delle Ostetriche e della Federazione Nazionale per poter far un fronte comune all'espansione di tale situazione, in quanto solo gli enti istituzionali possono intervenire per tutelare la professione.

Un'altra azione necessaria è stata quella di interessare le competenti Autorità, a tutela anche di tutte quelle persone che si rivolgono a tali corsi "professionali" senza sapere che l'attestato è del tutto inutile per lo svolgimento di una professione. A tal fine abbiamo preparato un esposto per denunciare il messaggio ingannevole che viene veicolato attraverso la proposta di finti corsi professionali, riservandoci, nei casi più gravi, di interessare anche la Procura della Repubblica. Nel contempo l'Aio sta condividendo e sostenendo l'azione delle presidenti dei Collegi delle Ostetriche di Torino, Roma, Pisa nonché il Coordinamento dei Collegi delle Ostetriche dell'Emilia Romagna e di altre Regioni, per dimostrare come unite, insieme, sia possibile valorizzare la professione e proteggere le donne ed i loro bambini.

Le nostre iniziative proseguiranno, anche grazie al costante monitoraggio dell'Osservatorio contro l'Abusivismo Professionale di A.I.O che ad oggi ci ha permesso di entrare in possesso di una grande quantità di materiale utile ad identificare i numerosi fronti di attacco alla nostra professionalità.

L'abusivismo sta diventando una piaga sempre più diffusa in seno alla nostra realtà professionale e non possiamo permetterci atteggiamenti di inerzia. Dobbiamo vigilare ed essere pronti a stigmatizzare ogni comportamento che travalica ed invade le nostre competenze. Dobbiamo fare scudo, unite, per contrastare tutte quelle situazioni che rappresentano una minaccia per la nostra professionalità e per la qualità dell'assistenza erogata alle donne e ai neonati.

Il TAR Campania dà ragione all'AOGOI

Il TAR Campania, con la sentenza N. 04425 del 6 novembre 2012, ha dato pienamente ragione ad AOGOI e FESMED, riconoscendo fra l'altro:

- l'interesse istituzionale dei sindacati "a che gli iscritti non subiscano la concorrenza di soggetti estranei (in quanto di provenienza universitaria)"
- la illegittimità della deliberazione di Giunta regiona-

L'AOGOI e la FESMED hanno intentato una causa contro la Regione Campania, l'Università degli Studi di Salerno, l'Azienda Ospedaliera OO.RR. S.Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona, la Presidenza Consiglio dei Ministri e il

le Campania n.110 del 12 febbraio 2010 di autorizzazione all'attivazione delle funzioni universitarie nel plesso ospedaliero San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona

- che la collaborazione tra Università e strutture universitarie, mediante integrazione tra attività assistenziali ed attività didattiche e di ricerca, non postula ne-

Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, per evitare che con l'ingresso dell'Università venissero penalizzate le possibilità di sviluppo della carriera dei medici ospedalieri

cessariamente il conferimento a docenti universitari della direzione di strutture ospedaliere;

- la illegittimità derivata degli atti di conferimento di incarico di capo di struttura ospedaliera ad un docente universitario.

Leggi sul sito ww.aogoi.it il testo della sentenza del TAR Campania (Sez. prima) - N. 04425/2012

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)			
	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
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 premestruale	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 ± 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 ¹		Rapporto degli odds [IC 95%] del rischio di gravidanza, ulipristal acetato vs levonorgestrel ¹
	Ulipristal acetato	Levonorgestrel	
HRA2914-507	0,91 (7/773)	1,68 (13/773)	0,50 [0,18-1,24]
HRA2914-513	1,78 (15/844)	2,59 (22/852)	0,68 [0,35-1,31]
Meta-analisi	1,36 (22/1617)	2,15 (35/1625)	0,58 [0,33-0,99]

1 – Glasier et al, Lancet 2010

Due studi 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 ± 89 ng/ml a circa 1 ora (0,5-2,0 h) dalla somministrazione, ed un AUC_{0-∞} di 556 ± 260 ng.h/ml. La somministrazione di ulipristal acetato accompagnata da una prima colazione ricca di grassi ha portato a una riduzione del C_{max} medio di circa il 45%, un ritardo di T_{max} (mediana da 0,75 a 3 ore) e un aumento del valore medio di AUC_{0-∞} pari al 25%, in confronto alla somministrazione a digiuno. Risultati simili sono stati ottenuti per il metabolita attivo mono-demetilato. 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 gestazione in specie animali non si è osservato potenziale teratogenico. Non sono stati condotti studi di carcinogenicità con ulipristal acetato. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Lattosio monoidrato Povidone K30 Croscarmellosio sodico Magnesio stearato **6.2 Incompatibilità** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità** 3 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione** Conservare il blister all'interno dell'imballaggio esterno per proteggere il medicinale dalla luce. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** Blister in PVC/PE/PVDC/alluminio contenente 1 compressa. L'imballaggio contiene un blister con una compressa. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento** Nessuna istruzione particolare. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Laboratoire HRA Pharma 15, rue 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/>.

AOGOI SICILIA

Il valore del gioco di squadra per il cambiamento

Giuseppe Ettore
Segretario AOGOI SICILIA

Come è noto dalla Sicilia è partito già dal 2005 un "forte vento di primavera" imperniato soprattutto sulla coesione di tutte le componenti della ginecologia regionale ospedaliera, consultoriale, ambulatoriale e privata. Ciò ha determinato non solo l'analisi e la consapevolezza di luci e ombre dei livelli culturali, professionali e organizzativi di tutti i ginecologi ma soprattutto la presa in carico delle responsabilità del presente e la programmazione del futuro.

Il lavoro svolto ha avuto negli ultimi tre anni una particolare rilevanza per la forte sinergia con la politica attuata dall'Assessorato della Salute Regionale che dalle ceneri di un famigerato piano di rientro ha saputo attivare una metodologia di lavoro e di programmi con riforme significative per il cambiamento. In questo ambito si è registrato un forte coinvolgimento dei professionisti della sanità; l'AOGOI insieme ad AGITE e le ostetriche dell'AIO è stata la squadra che in assoluto, attraverso una forte collaborazione e una costante presenza, ha fornito un supporto qualificato e realizzato obiettivi significativi.

In particolare attraverso l'analisi:

- degli esiti sfavorevoli in particolare nell'area materno-infantile
- delle sacche di ignoranza e di inapproprietezze
- dell'alto grado di autoreferenzialità
- dei livelli di medicina difensiva

si è progettato un piano di azione finalizzato all'incremento della clinical competence, della qualità e della sicurezza delle cure attraverso una forte partecipazione attiva e il gioco di squadra.

Pertanto, i professionisti di AOGOI, AGITE, AIO, FESMED, le Istituzioni, i Rappresentanti dei cittadini e il Team-Work dell'Assessorato della Salute hanno dato vita ad un piano di lavoro collaborativo incisivo, con il contributo e la supervisione di JCI, AGENAS e Gutenberg (Forum Risk Management).

L'occasione del Congresso Regionale Aogoi, che quest'anno celebra a Enna la 7° edizione, rappresenta il momento migliore per i bilanci, le riflessioni e le prospettive



La stretta collaborazione tra politica, programmazione e professionisti ha rapidamente consolidato il ruolo della Regione Sicilia nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni (Componenti effettivi del CPN Nazionale: Giuseppe Ettore e Maria Rosa D'Anna) nella stesura delle linee di indirizzo (Accordo 16/12/2010 che hanno avviato in Sicilia e in tutte le Regioni il difficile cam-

mino del cambiamento per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza, dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del Taglio Cesareo.

AOGOI, AGITE e FESMED hanno contribuito alla realizzazione di un fitto programma con la stesura del:

- Piano Sanitario Regionale Piano della salute 2011-2013
- Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita (Decreto Regionale del 2/12/2011) finalizzato ad attuare progressivamente le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del Taglio Cesareo (Conferenza Stato Regioni del 16/12/2010: "... disattivazio-



ne con eventuale accorpamento dei punti nascita con meno di 500 parti/anno, attivazione STEN e STAM, adeguamento delle reti consultoriale regionali ..."

- Quaderno Regionale della Gravidanza (Strumento di gestione della gravidanza per gli operatori dei servizi materno-infantili pubblici e privati, territoriali ed ospedalieri della regione)
- Approvazione dei criteri per l'attribuzione dei privileges in Ostetricia e Ginecologia (di cui al Decreto Regionale 26/06/2012).

Il conferimento dei privileges è il processo attraverso il quale l'organizzazione sanitaria autorizza un professionista medico ad eseguire determinate prestazioni sa-

nitare in termini di aree cliniche e contenuto delle prestazioni, sulla base di una valutazione del curriculum e delle performances del professionista

- Patient Safety, gestione sinistri e aspetti Assicurativi: Collaborazione Assessorato Salute, Joint Commission International, Willis e AOGOI (Migliorare la gestione dei sinistri attraverso la formazione dei professionisti).

Nell'ambito del progetto regionale è stata programmata la realizzazione di un nuovo modello di gestione del "rischio clinico condiviso" basato sul coinvolgimento delle società scientifiche sul complesso tema dell'accerta-

► Segue a pagina 30

Sicilia: pronta la cartella unica regionale di gestione integrata della gravidanza

Il Quaderno di gravidanza

■ L'importante strumento di gestione integrata della gravidanza, progettato e realizzato grazie alla collaborazione tra Assessorato della Salute della Regione Sicilia e le sezioni regionali di Aogoi, Agite e Aio, faciliterà la corretta attuazione dei vari step del Percorso Nascita, favorendo l'omogeneità delle procedure assistenziali ed organizzative

Francesca Cappello e Giuseppe Ettore
Segretario AGITE SICILIA, Segretario AOGOI SICILIA

Presentato ufficialmente in una conferenza stampa svoltasi a Palermo il 18 settembre u.s. in presenza dell'assessore alla Sanità Massimo Russo, il Quaderno di Gravidanza sarà consegnato alle Aziende sanitarie territoriali e utilizzato dai servizi sia territoriali (Consultori) sia ospedalieri (Punti Nascita) per semplificare la gestione sinergica ed integrata delle varie fasi dell'assistenza ostetrica e per facilitare la corretta attuazione dei vari step del Percorso Nascita, favorendo l'omogeneità delle procedure assistenziali ed organizzative, agevolando il collegamento e la comunicazione tra i vari attori coinvolti nel percorso. Il Quaderno di Gravidanza intende essere anche una guida per le gestanti, finalizzata ad accompagnarle ed orientarle nell'utilizzazione dei servizi sanitari, dall'inizio della gravidanza fino a dopo

la nascita del bambino. Uno strumento che consentirà loro di compiere scelte informate e consapevoli e di costruire insieme agli operatori sanitari un percorso assistenziale personalizzato. L'obiettivo è di avvicinare il sistema sanitario agli utenti e di recuperare l'umanizzazione dimenticata e tanto auspicata dell'assistenza ostetrica. Le finalità che si vogliono perseguire attraverso il corretto impiego del Quaderno di Gravidanza infatti sono principalmente tese a:

1. fornire alle donne informazioni corrette sulla gravidanza e sui servizi che il Servizio sanitario regionale mette loro a disposizione
2. facilitare i contatti tra la gestante e i servizi deputati a seguirla ed assisterla durante la gravidanza ed il parto
3. favorire un'assistenza ostetrica omogenea in tutta la regione, dando la possibilità agli operatori sanitari di utilizzare uno stesso strumento di gestione della gravidanza
4. fornire uno strumento di collegamento funzionale e di comunicazione

L'uso del Quaderno e il suo impatto sui servizi, sul Percorso Nascita e sulle donne sarà attentamente monitorizzato dalla Regione

tra tutti i servizi della rete del percorso nascita. All'interno di un contenitore, dal colore accattivante e fornito di una comoda impugnatura, il Quaderno racchiude:

- Schede informative sui servizi
- Diario clinico e tabelle esami
- Moduli di invio e di presa in carico presso i servizi
- 12 impegnative già predisposte per gli esami previsti nella gravidanza fisiologica, utilizza-

► Segue a pagina 30

In ottemperanza all'accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 e successivi atti legislativi, Regione Lombardia ha istituito il 12 aprile 2012 un Gruppo di Approfondimento Tecnico "punti nascita e neonatologia", trasformato in Comitato per il percorso nascita (Cpn), con Decreto Regionale n. 8533, il 1° ottobre 2012. Come coordinatore del Comitato è stato individuato il dottor Mario Melazzini dell'U.O. Programmazione e sviluppo piani per la Direzione Generale Sanità (Dgs), coadiuvato da tre membri della stessa Dgs. Il Comitato è formato da 16 esperti esterni, neonatologi, ostetrici-ginecologi, direttori sanitari e rappresentanti del comparto. In questa rosa di esperti sono stati nominati il dottor **Claudio Crescini**, segretario regionale Aogoi Lombardia ed il professor **Enrico Ferrazzi**, presidente della Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia (Slog). Il Cpn ha il compito di realizzare il coordinamento e la verifica delle attività previste dall'Accordo Stato-Regioni anche in relazione alla necessità di svi-

LOMBARDIA Costituito il Comitato per il percorso nascita (Cpn)

■ Con decreto regionale, il 1° ottobre scorso, la Lombardia ha istituito il Comitato per il percorso nascita. A coordinare il Cpn sarà Mario Melazzini, coadiuvato da un team di esperti, tra cui il segretario regionale Aogoi Lombardia, Claudio Crescini, e il presidente Slog Enrico Ferrazzi



luppare un programma nazionale articolato in 10 linee di azione per la promozione ed il miglioramento della qualità e della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (misure di politica sanitaria e accreditamento; carta dei servizi per il percorso nascita; sviluppo di Lg sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del Snlg dell'Istituto Superiore di Sanità; programma di implementazione delle Linee guida; elaborazione, diffusione e implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita; procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto; formazione degli operatori; monitoraggio e verifica delle attività; istituzione di una funzione di coordinamento per-

manente per il percorso nascita a livello di ogni singola Regione e P.A. nonché a livello di ogni struttura sanitaria sulla base dell'organizzazione regionale). Inoltre il Comitato dovrà fornire al Ministero della salute un rapporto annuale sullo stato di attuazione di quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni, al fine di assicurare la funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita. È importante osservare che la Regione Lombardia ha deciso di rispettare nel modo più corretto lo spirito dell'accordo Stato-Regioni, privilegiando le competenze e chiamando a far parte del Comitato per il percorso nascita i rappresentanti delle società scientifiche regionali, che sono interessate all'attuazione delle linee di azione previste dal documento.

Rubriche

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello



Pericolose ipocrisie

Non si comprende perché alcune patologie, come l'infertilità, ma non solo, non possano avere possibilità di accesso a cure gratuite, al pari di altre talvolta meno importanti



Con discreto clamore qualche tempo fa i giornali locali hanno riportato della denuncia a carico di quattro ginecologi pugliesi per truffa ai danni del servizio sanitario. Questo per aver prescritto gli analoghi in casi di sterilità dichiarando false patologie - di solito endometriosi - per dare la possibilità alla donna di ritirarli gratuitamente in farmacia. Dalla descrizione, almeno in qualche articolo, si lascia intendere che i colleghi ne ricavano un utile, mentre in realtà così non è, almeno in maniera diretta, e a trarne vantaggio è solo la paziente che risparmia un bel po' di soldini. Salvo poi a sdebitarsi col medico in caso di buona riuscita di tutta la procedura, e solo allora si potrebbe configurare il tornaconto del sanitario, pur facilmente occultabile dal compenso di risultato. Al fine di giustificarsi, uno dei medici, riguardo un determinato episodio, ha detto che la donna era "malata", ovviamente riferendosi ad una preesistente patologia conclamata (sempre l'endometriosi). C'è da chiedersi se una disfunzione possa

considerarsi una malattia vera e propria, oppure tale definizione debba essere limitata alle cause che la determinano o alle conseguenze che essa comporta. Comunque, non si comprende perché alcune patologie, come l'infertilità, ma non solo, non

possano, al pari di altre talvolta meno importanti, avere possibilità di accesso a cure gratuite. Tutto è conseguenza dalle famigerate note Cuf o Aifa. Quando si è andato via via riducendo il welfare ispiratore della prima riforma sanitaria, che

giustamente garantiva tutto a tutti, sono stati via via introdotti odiosi paletti, talvolta piuttosto difficili da comprendere. Spesso viene da chiedersi: perché in questo caso sì e in questo caso no? Un altro esempio di interesse ginecologico è quello di alcuni farmaci per l'osteoporosi, concedibili senza pagamento solo dopo aver documentato radiologicamente una grave sofferenza vertebrale. Ma si potrebbero fare tante altre citazioni, considerato che le note sono tante, quasi un centinaio. A proposito di esse, sul sito ministeriale si legge "originariamente pensate come strumento di governo della spesa farmaceutica, le note sono progressivamente diventate un mezzo per assicurare l'appropriatezza d'impiego dei farmaci". Detta logica, condivisibile o meno, certo provoca non pochi problemi. Per cui, come è tipicamente italiano,

secondo il detto comune "fatta la legge, trovato l'inganno", si è cercato l'escamotage, con la complicità attiva o passiva dell'interessata. Quante volte sarà capitato a tutti noi - mi ci metto anch'io, sebbene non ricordi d'averlo mai fatto - di utilizzare diagnosi di comodo, sempre però nell'ambito di una patologia, per aggirare l'ostacolo? A questo punto dovremmo autodenunciarci tutti per solidarietà verso i colleghi coinvolti. D'altro canto l'occasione è più che buona per rinnovare l'invito a tutte le donne, a partire dalle tante colleghe, ormai in maggioranza nella nostra specialità, a far sentire forte la propria voce in difesa dei propri diritti, a garanzia di cure possibili e accessibili, pur nelle difficoltà economiche attuali, anche contro leggi profondamente sbagliate, come la Legge 40/04, sulla procreazione assistita, fortunatamente in gran parte demolita nelle sedi giudiziarie, ma che ancor oggi condiziona pesantemente tutto il percorso verso un concepimento che tarda ad arrivare.

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 vast cityscape with many buildings and greenery, under a clear blue sky. The overall mood is serene and romantic.

Nella contraccezione d'emergenza

ellaOne è più efficace del Levonorgestrel
se assunto tra le 0 e 24 ore dal rapporto⁽¹⁾

Contraccezione d'emergenza: è tempo di cambiare

ellaOne[®]
ulipristal acetato

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



Il meglio deve ancora venire

Se il meglio deve ancora venire, considerando la situazione attuale, potete facilmente immaginare che cosa possa aspettarci per il futuro: a quando le pulizie in sala parto?

Parola di Barack Obama: il presidente riconfermato degli Stati Uniti appena rieletto ha con enfasi comunicato al mondo e ai suoi concittadini che il futuro riservava loro il meglio rispetto ad un presente in verità piuttosto grigio ed incerto. E noi? Noi come ce la passiamo? Anche per noi il "meglio" deve ancora venire? Il significato del termine in questo nostro difficile Paese si presta purtroppo ad interpretazioni non univoche: quando ero bambino sentivo dire "Ha da veni baffone..." con chiara allusione all'avvento di una stagione politica che la storia ha poi messo in soffitta pare con pochi rimpianti; quando poi ero ormai cresciuto aspettavamo il "miracolo" economico (che però era tutto a cambiali); ero più grandicello quando mi sventolavano sotto il naso pieni di certezze e speranze il libretto rosso di Mao-tse tung promettendomi il sol dell'avvenire; ancora avanti sentivo dire "ha da veni Di Pietro" con chiara allusione alla necessità di ripulire l'Italia da corruzione e malapolitica (gli esiti sono sotto gli occhi di tutti...). Ma insomma in questo Bel Paese dobbiamo sempre aspettare qualcosa e qualcuno? E in questa attesa messianica in particolare la mia generazione quando riesce finalmente a dire: "ci siamo" oggi godiamo? No, noi aspettiamo sempre... il meglio deve ancora venire! Noi siamo quelli che... laureatevi in medicina e diventerete dei professionisti stimati, rispettati e anche benestanti se non addirittura 'ricchi'; siamo quelli che... il signor dottore lavora in Ospedale (allora si definivano così, non "Stabilimenti" come adesso); noi siamo quelli che... i medici li chiamavano 'camici bianchi', non come ora che l'indumento candido lo indossano tutti, dal macellaio al venditore di occhiali fino al verduraio evoluto! Noi siamo sempre quelli che in ospedale firmavamo la presenza (perché non stava bene che il medico "timbrasse il cartellino" come l'operaio, con tutto il rispetto



Noi siamo quelli che... con laurea, specializzazione(i), ultraspecializzazioni, perfezionamenti, corsi, concorsi, idoneità, aggiornamenti, sono solo destinati a fare la fine dell'agnello sacrificale sull'altare di qualche aula di giustizia per rispondere dell'operato di tutti "gli operatori sanitari" intorno a noi

naturalmente); siamo quelli che: ragazzi da oggi cambiamo, abbiamo le Usl o le USSL e siamo tutti insieme (dov'era la fregatura si è capito dopo!); e poi, cambiamo ancora: gli "ospedali" non ci sono più, si chiamano aziende ospedaliere e stabilimenti (come i bagni sulla spiaggia!) e voi non siete più "i medici" ma gli "operatori sanitari" insieme a tutti gli altri...; insomma, noi siamo quelli che... facciamo "malasanità" in aziende dove timbramo il cartellino, non essendo medici ma operatori sanitari, dove non possiamo dirigere il personale non medico che essendo 'para-mendico' si è emancipato ed acculturato ed ha acquisito parte dei compiti dei medici, salvo però (già... però) che la responsabilità di quanto avviene nelle "strutture sanitarie" rimane sempre... in capo al

medico! Alè, champagne! I biologi, i chimici, gli infermieri, le ostetriche, i tecnici, i portantini si sono laureati, specializzati, masterizzati, emancipati e noi? Noi siamo quelli che... con laurea, specializzazione(i), ultraspecializzazioni, perfezionamenti, corsi, concorsi, idoneità, aggiornamenti, ebbene noi siamo solo destinati a fare la fine dell'agnello sacrificale sull'altare di qualche aula di giustizia per rispondere dell'operato di tutti "gli operatori sanitari" intorno a noi! Ma si può? Possiamo continuare ad accettare che la nostra categoria sia tanto bistrattata? Se almeno ci pagassero bene, potremmo anche resistere a tanto accanimento, specialmente verso noi ginecologi. Ma la paga è bassa, il lavoro tanto e difficile, le difficoltà sempre maggiori, gli organici sempre più ridotti, le

pretese sempre più inaccettabili, le esigenze sempre più gravose e il costo della vita...
Colleghe, colleghi, ribelliamoci! Non se ne può più: non propongo ricette politiche miracolistiche (cambiano i musicanti ma purtroppo la musica mi sembra la stessa...), né iniziative violente (la tentazione potrebbe anche esserci...) ma semplicemente di fare esattamente quel che ci si chiede: applichiamo il mansionario (sì, quello esiste ancora, anche

negli 'stabilimenti ospedalieri' e negli ambulatori territoriali); sembra poco e invece è la Rivoluzione! Atteniamoci esclusivamente a ciò che contrattualmente ci viene richiesto, non una virgola in più di quanto (poco) ci viene pagato: vedremo se impareranno a rispettarci, se si renderanno conto che senza il nostro spirito di collaborazione e di sacrificio la baracca non sta in piedi! Recupereremo così, almeno in parte, la nostra dignità professionale e tutti capiranno finalmente che la 'centralità' del medico nella sanità non è una semplice enunciazione per fregarci meglio mandandoci poi davanti al procuratore della Repubblica! Siamo noi il centro del sistema? Bene, soldi per riconoscerci questo ruolo non ce ne sono? D'accordo, almeno però rivendichiamo il rispetto per la nostra posizione; vogliamo ritornare ad essere i signor dottori, altrimenti se vogliono dei travet che timbrano il cartellino, prego saranno serviti: non faremo nulla più di ciò che il mansionario ci impone! Vedremo se riusciranno a mandare avanti la barca ugualmente: lo facciamo con le altre figure... sanitarie e se ne assumano loro le responsabilità! Se il meglio deve ancora venire, considerando la situazione attuale, potete facilmente immaginare che cosa possa aspettarci per il futuro: a quando le pulizie in sala parto?

AOGOI LOMBARDIA: Claudio Crescini riconfermato alla guida della Segreteria regionale

L'assemblea annuale dei soci Aogoi Lombardia, svoltasi al termine dell'8° Congresso Regionale, ha riconfermato all'unanimità il dottor Claudio Crescini alla Segreteria regionale. La due giorni congressuale, tenutasi a Bergamo dal 15 al 16 novembre scorso, ha visto la partecipazione di oltre 400 congressisti e 60 relatori ospedalieri.



Ambrogino d'oro 2012 a Mauro Buscaglia

Tra i premiati con il prestigioso riconoscimento che il Comune di Milano riconosce ogni anno a personalità che hanno contribuito a migliorare il Paese e danno lustro alla Madonnina, ci sarà anche il professor Mauro Buscaglia, Direttore della U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia del San Carlo Borromeo di Milano e Professore presso la scuola di specializzazione in Ginecologia e Ostetricia dell'Università degli studi di Milano.

Come da tradizione la cerimonia per la consegna degli Ambrogini si svolgerà il prossimo 7 dicembre, festività di Sant'Ambrogio, patrono del capoluogo

lombardo, presso Teatro il teatro dal Verme. A consegnare le medaglie e le civiche benemerenze sarà il sindaco Giuliano Pisapia.

Al professor Buscaglia vanno le più vive congratulazioni di tutta l'Aogoi e della redazione di *Gyneco*.



► Segue da pagina 26
AOGOI SICILIA

mento della responsabilità professionale, che attualmente viene subito passivamente dal sistema sanitario e dagli operatori, dipendendo principalmente dalle valutazioni svolte dai Consulenti Tecnici di Ufficio.

• “Raccomandazioni per la prevenzione del tromboembolismo venoso.”

Con D.A. 2690/11 sono state realizzate le linee guida regionali in collaborazione con AOGOI e altre società scientifiche interessate. Con lo sviluppo delle “Raccomandazioni per la prevenzione del tromboembolismo venoso” la Regione Siciliana ha voluto accogliere questa sfida cercando, attraverso il lavoro svolto da un team multidisciplinare, di conciliare rigore metodologico ed esperienza allo scopo di ridurre l'incidenza del Tromboembolismo venoso e delle sue complicanze, spesso fatali, che nella nostra Regione, a fronte di un ingente impiego di risorse, registra ancora oggi significativi tas-

si di incidenza.

• Riordino e razionalizzazione dei Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) (Decreto Ass. del 26/10/2012)

• Work in progress
- Rete per l'oncologia ginecologica
- Rete per l'incontinenza urinaria
- Rete per l'endometriosi
- Rete per gli screening e diagnosi prenatale

• Forum Mediterraneo in Sanità: Progetto condiviso AOGOI-AGITE-AIO

• Percorso Salute Donna 2011-2012.

Alla luce del lavoro svolto è nostro intendimento continuare con passione e determinazione la collaborazione per realizzare gli strumenti operativi per migliorare l'appropriatezza e la qualità degli standard assistenziali e la sicurezza per le utenti e gli operatori. A tal fine si ritiene necessario un sempre maggiore coinvolgimento delle Istituzioni, Network per la qualità, Comitati consultivi, Cittadini/Utenti e Mass media.

► Segue da pagina 26
Il Quaderno di gravidanza

bili dai medici già autorizzati all'uso del ricettario regionale

- Schede per l'assistenza in puerperio
- Attestato di gravidanza
- Moduli di consenso informato
- Tasche trasparenti per i referti degli esami
- Volumetto informativo per le gestanti.

I servizi individuati per la consegna del Quaderno di Gravidanza in questa prima fase sperimentale saranno i Consultori Familiari. Ciascuna donna, ricevuto il proprio Quaderno, lo porterà con sé esibendolo presso tutti i servizi con cui verrà in contatto durante la sua gravidanza. Gli operatori che seguono la gravidanza, sia pubblici che privati, provvederanno a compilare le varie sezioni del quaderno secondo l'epoca di gestazione. L'uso del Quaderno e il suo impatto sui servizi, sul Percorso Nascita e sulle donne sarà attentamente monitorizzato dalla Regione.



NUMERO 8 - 2012
ANNO XXIII

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Vito Trojano
Comitato Scientifico
Antonio Chiantera

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

Editore
Edizioni Health Communication srl
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa
Union Printing
Viterbo
Abbonamenti
Anno: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa - Spedizione in
abbonamento postale - D.L. 353/03 (Conv.

L. 46/04) Art. 1, Comma 1
Roma/Aut. n. 48/2008
Finito di stampare: dicembre 2012
Tiratura 6.000 copie. Costo a copia: 4 euro
La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



Lavanda Vaginale



Eutrofico
Igienizzante Intimo



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

I nuovi colori della contracccezione



24+4
Compresse

Daylette®

3 mg/0,02 mg
Drospirenone/etinilestradiolo

Liladros®

3 mg/0,02 mg
Drospirenone/etinilestradiolo

Midiana®

3 mg/0,03 mg
Drospirenone/etinilestradiolo



GEDEON RICHTER



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

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

www.univadis.it
info@contattamsd.it

