



IL DIARIO DEL 2009

Dodici mesi di fatti, indagini, dichiarazioni, accordi, decreti, leggi e leggi del pianeta sanità. Per prendere nota di quello che è accaduto e farsi un'idea di quello che potrebbe accadere nel 2010

Un anno visto da Gyneco

■ Caro ministro, ti scrivo

I rappresentanti delle più importanti associazioni mediche scrivono al neoministro della Salute Fazio

■ Rapporto Sdo

Aumenta l'efficacia e l'appropriatezza, sia clinica che organizzativa, nei reparti ospedalieri

■ Pma

Dal Tribunale di Salerno una nuova sentenza smonta un altro pezzo dell'impianto originario della Legge 40 del 2004

■ Consulitori

Prosegue il dibattito sulla riorganizzazione dei servizi consultoriali, sulla scia di un Ddl presentato in Parlamento

Sensilube

RITROVA LA TUA FEMMINILITÀ



È un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso. Autorizzazione del 5 agosto 2009

RISPOSTA INNOVATIVA PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLA SECCHENZA VAGINALE

Una formula che previene ed aiuta ad eliminare i disagi causati dalla secchezza vaginale perché:

- favorisce il ripristino del trofismo della mucosa vaginale
- agisce come umettante e lubrificante delle mucose vaginali
- crea un ambiente favorevole per ristabilire la naturale secrezione vaginale
- aiuta a ristabilire l'integrità della mucosa vaginale.

Testato da:



Editoriale

Elezioni regionali. Che i medici dicano la loro

Tra meno di due mesi si voterà per il rinnovo di 13 Giunte regionali. Un appuntamento importante, al momento oggetto però quasi esclusivamente di polemica politica sulle alleanze e sui candidati.

E invece le elezioni regionali sono o dovrebbero essere occasione di confronto e verifica su temi e strategie molto concreti. Perché riguardano la vita dei cittadini in molti aspetti di straordinaria rilevanza. Tra questi la sanità è forse il tema principe, soprattutto dalla riforma del Titolo V in poi che ha delegato in toto alle Regioni la gestione e l'organizzazione dei servizi.

Il voto del 28 e 29 marzo stabilirà chi governerà la sanità regionale e quindi a chi andrà la responsabilità di nominare direttori generali di Asl e ospedali, di orientarne le scelte gestionali e di stendere i progetti per la qualificazione dei servizi sul territorio.

Scelte le cui ricadute riguardano i cittadini ma anche, e in prima persona, noi medici che, insieme agli altri operatori, siamo poi i veri "motori" della macchina sanitaria.

Ebbene, al momento, nessuno dei candidati in pectore o confermati ha avuto il bisogno di ascoltarci, di prendere visione delle nostre idee e suggerimenti, di valutare le nostre proposte e le nostre richieste. Se non, come già accade, ai meri fini di coinvolgerci in tour o appuntamenti elettorali finalizzati alla ricerca del consenso.

Ma cene o kermesse non bastano. Vogliamo essere ascoltati, non solo per presentare le nostre doverose rivendicazioni, ma soprattutto per offrire il nostro leale contributo alla ricerca di soluzioni e opzioni per migliorare realmente i servizi delle nostre regioni. Servizi e strutture che conosciamo bene. Con i loro pregi e le loro storiche deficienze. Che amiamo in pari misura a quanto li detestiamo laddove gestiti con incuria o inefficienza.

Detto questo, non aspettiamo passivamente di essere convocati. Alziamo la voce e facciamo arrivare fino alle sedi dei diversi comitati elettorali. Ricevere o non ricevere una risposta rappresenterà anch'esso un elemento che peserà nelle nostre scelte elettorali.

Giovanni Monni
Presidente AOGOI



**2009:
UN ANNO
VISTO DA
GYNECO**
pagine 17-19



Indice numero 1-2010

In evidenza

4 Il film della malasanità
di Cesare Fassari

5 A che gioco giochiamo?
il corsivo di Carlo Sbiroli

Il comunicato del Consiglio direttivo Aogoi

Primo piano

6 Caro ministro ti scrivo...
I rappresentanti delle più importanti associazioni mediche scrivono al neo ministro della Salute Ferruccio Fazio.
Intervengono: Amedeo Bianco, Riccardo Cassi, Massimo Cozza, Giuseppe Garraffo, Carmine Gigli e Carlo Lusenti

8 RAPPORTO SDO
L'ospedale italiano migliora la sua performance
di Ester Maragò

11 STUDIO CERM
Dentro la "scatola nera" delle differenze regionali
di Lucia Conti

Il Diario del 2009

12-16 Dodici mesi di fatti, indagini, dichiarazioni, nomine, accordi, decreti, leggi e leggine del pianeta sanità

20 La sanità in Parlamento
a cura di Mina Maisto

Professione

22 Si alla Pma in caso di malattia ereditaria, anche se la coppia è fertile
Il punto sulla nuova sentenza del Tribunale di Salerno e il commento del presidente Aogoi

23 LEGGE 40 E LEGGE 194
Quando i diritti si scontrano
di Cesare Fassari

24 Colpa medica e "rischio consentito"
di Pier Francesco Tropea

25 Quale rimprovero per il medico?
Un'analisi comparata con la dottrina inglese e tedesca
di Vania Cirese

27 AGITE
A proposito di una proposta di legge...
di Giovanni Fattorini

Rubriche

28 Meditazioni di G. Gragnaniello / **29 Fatti & Disfatti** di C. M. Stigliano / **30 Congressi**



**NUMERO 1 - 2010
ANNO XXI**

**ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI**

Presidente
Giovanni Monni
Direttore Scientifico
Felice Repetti

Comitato Scientifico
Giovanni Brigato
Antonio Chiantera
Valeria Dubini
Carlo Sbiroli

Direttore Responsabile
Cesare Fassari

Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: gyncoaogoi@hcom.it

Pubblicità
Publiem srl
Centro Direzionale Colleoni
Palazzo Perseo 10
20041 Agrate (Milano)
Tel. 039 6899791
Fax 039 6899792

Editore
Health Communication
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: gennaio 2010
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

Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



Il film della malasanità

di Cesare Fassari

Un caso, due, tre. Poi la ricerca spasmatica di altri episodi di malasanità vera o presunta, di dati, di storie, da poter collegare insieme per dare solidità al "pezzo" e sostenere una prima pagina o un'apertura di Tg.

Intendiamoci: in Italia ci sono aree intere del sistema sanitario con grosse pecche di efficienza e qualità; se è vero che medici e operatori sanitari a volte sbagliano, da noi come in ogni parte del mondo, è altrettanto vero che non è umanamente possibile prevenire "tutti" gli errori; a fronte di alcuni specifici casi di vera malasanità (non solo errori ma anche truffe e raggiri spregiudicati sulla pelle degli ammalati), la stragrande maggioranza degli episodi contestati in tribunale finisce con l'assoluzione di medici e sanitari.

Fatta questa premessa consentitemi di spiegare, anche sulla base di esperienze vissute "dall'altra parte della barricata" all'epoca della mia attività di portavoce del ministro della Salute Livia Turco, perché, anche in questo inizio 2010, siamo di fronte a un fenomeno più mediatico che reale. Prima di tutto a dircelo sono i dati. Ogni anno sono più di 13 milioni gli italiani ricoverati in ospedale per patologie più o meno gravi e oltre 23 milioni quelli che si rivolgono al pronto soccorso per prestazioni urgenti. Ebbene, secondo le ultime stime sarebbero circa 28 mila le denunce dei cittadini per presunti danni sanitari e si valuta che più o meno un terzo di queste arrivi in tribunale. Secondo l'associazione Amami, in ambito penale, le assoluzioni per gli operatori sfiorano il 90% dei casi. Nel civile, la percentuale di condanna è superiore e infatti la quota di risarcimenti ottenuti raggiunge il 31% sul complesso delle richieste. Ma anche sommando le due casistiche (la penale e la civile) non si superano le poche migliaia di casi totali. E questo su un complesso di 36 milioni di interventi sanitari eseguiti ogni anno in ospedale, escludendo dal conto le visite mediche specialistiche e del medico di famiglia, gli esami clinici e diagnostici ambulatoriali e le prescrizioni farmaceutiche.

Fermo restando che anche limitati episodi di errore o comunque di responsabilità accertata del medi-

co o della struttura, destano sconcerto e che esistono margini importanti per ridurre il rischio clinico, parlare della sanità italiana come affetta da una patologia cronica e diffusa di malpractice, sulla base di queste cifre, è francamente ridicolo. Un secondo elemento a favore della tesi di trovarci ancora una volta dinanzi a singoli episodi di cronaca miscelati senza troppa attenzione e poi trasformati in fenomenologia, si rileva nella diversità dei casi segnalati sulla stampa che hanno, come unico fattore comune, quello di essere stati registrati in un determinato arco temporale.

E così, nel frullatore mediatico, entrano insieme i due neonati prematuri morti a Foggia, l'anziano che cade dall'ambulanza a Bari, la signora di Trento che non riceve a casa il referto diagnostico che accerta la presenza di un tumore. Il tutto, drammatizzando incoscien-



temente i fatti con titoli assurdi, "Morta perché mancava un euro per i francobolli", come nel caso della presunta mancata consegna a casa del referto diagnostico, senza che nessuno si sia interrogato sulla stranezza del comportamento di quella paziente che, sospet-

tando o comunque sapendo di essere in una fascia a rischio oncologico (altrimenti perché fare le analisi), poi non va a ritirare il referto. O, come nel caso dei due neonati prematuri morti nella terapia intensiva neonatale di Foggia per i quali si parla di "Strage di neonati", sorvolando sul fatto che una terapia intensiva (e in particolare la neonatale), si chiama così per l'intensività delle cure prestate in situazioni patologiche estreme, dove il rischio/probabilità di morte è comunque elevatissimo. Per arrivare all'anziano caduto dall'ambulanza, sul quale le testimonianze concordano sul fatto che sia stato l'uomo a gettarsi improvvisamente dalla vettura senza che i sanitari riuscissero a fermarlo ma che, in ogni caso, viene messo nel conto della "malasanità".

Diverse tipologie di presunta malpractice o disfunzione amministrativa, ancora tutte da verificare e che solo una facilità grossolana nel trarre conclusioni può condurre ad individuare come elementi probanti di una sanità malata da nord al sud del Paese. C'è una cura a quest'andazzo? Cosa succederà concretamente? Serve dare tutta questa enfasi generica a singoli episodi o è piuttosto controproducente? Purtroppo non nutro

molto ottimismo in proposito. Abbiamo visto salire e montare fino all'inverosimile campagne sulla malasanità che poi sono scomparse improvvisamente dalle pagine e dai titoli, scalzate da altro. Abbiamo visto avviarsi indagini locali e nazionali che si concludono, il più delle volte, con rapporti molto dettagliati ma poco utili a capire se quei fatti potevano o non potevano essere prevenuti e se, comunque, vi fossero o non vi fossero responsabilità di malpractice effettive.

E infine, resta lo sconforto di una sanità che, comunque, è considerata ed è tra le migliori e più solidali del mondo, periodicamente trascinata nel fango da accuse generiche e sommarie. Fortunatamente, questo sì è veramente incredibile, gli italiani sembrano reggere all'impatto mediatico (il 64% resta infatti fiducioso sulla nostra sanità nonostante gli episodi denunciati dalla stampa, secondo un sondaggio effettuato l'8 gennaio da "Radio 24", l'emittente de *il Sole 24 ore*, proprio nell'ultimo piccolo di notizie stampa sulla malasanità) a riprova che chi ha avuto a che fare con i nostri medici e i nostri ospedali, evidentemente, non è stato curato poi così male, come ci mostra invece quest'ennesimo "film della malasanità".

...resta lo sconforto di una sanità che, comunque, è considerata ed è tra le migliori e più solidali del mondo, periodicamente trascinata nel fango da accuse generiche e sommarie

Polizze e risarcimenti: quanto costa la malasanità

Più di 1 miliardo di euro l'anno. A tanto, se sono giuste le stime dello studio Marsh (leader in Italia nei servizi assicurativi e di risk management), ammonterebbe la cifra spesa da Asl e Aziende ospedaliere per assicurare le proprie strutture e il proprio personale contro il rischio clinico. Una stima derivata dall'analisi su un campione rappresentativo di ospedali, con l'esame dettagliato di oltre 10mila pratiche di risarcimento, che ha individuato in 2.100 euro il costo medio dell'assicurazione per posto letto cui vanno aggiunti 3.315 euro per medico e 1.300 euro per infermiere. Il rischio in corsia, insomma, costa caro. E cari sono anche i risarcimenti: il Centro Italia spende circa 400mila euro all'anno a struttura

per risarcire i suoi pazienti, ben al di sopra del Nord (231mila euro) e del Sud (76mila). Un divario che dipende dal fatto che al Centro si registra la frequenza maggiore di sinistri: 9,67% per posto letto contro il 5,72% del Nord e il 6,10% del Sud. Dai dati analizzati, relativi al quinquennio 2004-2008, emerge che ginecologia-ostetricia è l'area con il costo medio per risarcimento più elevato e anche quella, insieme a chirurgia generale e ortopedia, dove viene segnalato il maggior numero di contenziosi. A livello nazionale si calcolano, in media, 8,74 sinistri ogni cento posti letto, 1,92 ogni mille ricoveri, 13,67 eventi ogni cento medici e 6,53 ogni cento infermieri. Dati che per la ginecologia viaggiano intorno ai 6,51 eventi avversi ogni cento posti letto e 1,08 ogni mille ricoveri. Anche questa volta i dati variano geograficamente: al Nord avvengono 5,67 eventi per i posti letto e 0,92 per i ricoveri, al Centro 8,70 e 1,52 e al Sud 7,36 e 1,31.

RISCHI E POLIZZE DI ASSICURAZIONE NELLA SANITÀ ITALIANA

(analisi su un campione rappresentativo comprendente 41 strutture sanitarie, anni 2004-2008)

Valore assicurativo in euro	
Posto letto	2.100
Ricovero	50
Medico	3.315
Infermiere	1.300

Valore assicurativo dei posti letto per area in euro	
Nord	1.500
Centro	2.000
Sud	1.400

Valore assicurativo dei medici per area in euro	
Nord	2.600
Centro	3.200
Sud	1.800

Frequenza di eventi denunciati

13,67	ogni 100 medici
6,53	ogni 100 infermieri
8,74	ogni 100 posti letto
1,92	ogni 1.000 ammissioni osped.

Richieste di risarcimenti

Procedure ancora aperte	5.271
Procedure chiuse	1.880
Procedure interrotte	1.641

Costi per risarcimenti in euro

Casi Pagamento medio	
Ostetricia/ginecologia	58.692
Errori terapeutici	34.987
Errori chirurgici	32.987
Chirurgia generale	31.363
Errori diagnostici	22.001
Ortopedia	21.456
Sale d'emergenza	17.677

IL CORSIVO

di Carlo Sbiroli



A che gioco giochiamo?

Il 2009 è andato via tra mille contraddizioni e la gran paura di non riuscire a risolvere i tanti problemi che assillano ancora la nostra vita associativa e professionale. Molte questioni sono rimaste insolute. E, come sempre accade, si spera che il nuovo anno sia meno avaro di risultati e risolva molti dei problemi rimasti sul tappeto. I più ottimisti pensano che il 2010 ci porterà fuori dalle sabbie mobili in cui ancora ci dibattiamo. Mi riferisco soprattutto ai rapporti intersocietari. Intanto siamo ancora in crisi. Ed è soprattutto una crisi di fiducia. Come si sa, quando questa viene meno tutto si complica. Gli incontri, le promesse fatte, i discorsi di riconciliazione si svuotano di significato e sembra di lottare contro i mulini a vento. È importante quindi ritrovare fiducia. Quella stessa fiducia che 15 anni fa costituì il collante tra i direttivi societari nella creazione della Sigo federata, in cui "tutte le realtà scientifico-culturali-professionali dell'area ginecologica italiana si sentivano rappresentate". Antonio Chiantera a Napoli, in occasione della commemorazione del prof. Montemagno (*Gyneco* 9/09), ha chiesto in modo chiaro e diretto che "i responsabili dei guasti di ieri facciano un passo indietro e cedano il posto ad uomini nuovi che sappiano ricostruire l'armonia di ieri per essere pronti al grande appuntamento di domani, cioè Roma 2012". Finalmente un po' di chiarezza. E non è una banalità. Perché se non si fanno da parte quelli che hanno creato la "rissa" è

impensabile che, quasi per magia, possa nascere una rinnovata fiducia fra Agoi e Agui. Nei recenti incontri tra queste società non si è tenuto conto di tutto questo. Sembra quasi che nulla sia accaduto. Sono state riproposte le stesse cose, le stesse spiegazioni e gli stessi protagonisti che hanno dominato la scena nei due anni di crisi. E non deve quindi meravigliare se alla prima occasione di confronto serio sulla nomina del rappresentante Sigo in Figo tutto salti, si ricominci a discutere, a litigare e sembra ritornare indietro di due anni.

In realtà si era sperato che il clima natalizio, i buoni propositi, che di solito caratterizzano l'inizio di un nuovo anno, avessero rinforzato, o almeno stabilizzato, quel clima favorevole che in qualche modo si era respirato nell'incontro prenatalizio in Sigo del 22 dicembre. La successiva riunione del Direttivo Sigo del 9 gennaio ha vanificato queste aspettative per la mancata convergenza di consensi sulla nomina del prof. Andrea Genazzani (si era convenuto su una candidatura universitaria) quale rappresentante Sigo alla Figo. Per gli universitari questo atteggiamento negativo dell'Agoi era ingiustificato ed incomprensibile. È stato interpretato come l'ultimo episodio di una lunga sequenza di soprusi, di prevaricazioni e decisioni arbitrarie.

Non ho mai giocato con le parole. Ho sempre cercato di dare il giusto valore al loro significato. Ho sempre condannato le soluzioni raffazzonate e superficiali di fatti

che hanno invece una valenza importante nella loro formalità. L'Agoi ha voluto dare un segnale forte all'Agui, proprio nel momento in cui si stava ripristinando un certo dialogo tra le due società. L'atteggiamento negativo sul nome di Genazzani – uno dei migliori nomi dell'accademia, ben titolato per rappresentare la ginecologia italiana in seno alla Figo – certamente non è stato preso a cuor leggero. Non è frutto di una faziosità che annulla cultura e

perspicacia. Le argomentazioni date dall'Agoi sono motivate e meritano una qualche riflessione. Anzitutto appare quanto meno anacronistico designare come rappresentate della Sigo a livello internazionale l'attuale presidente della Fiog (prof. Genazzani) che, come si sa, è una società di ginecologi creata in contrapposizione e per la "eliminazione" della Sigo. A questo si deve aggiungere che sul numero 6 del dicembre 2008 di

Ginecorama lo stesso Genazzani presagiva la soppressione della Sigo. In quella occasione infatti scriveva "era sempre stato nella nostra natura, specie dell'ostetrico-ginecologo, quello di adattarsi alle situazioni più che fronteggiarle con fermezza ma, adatta adatta, alla fine ... c'è scappato il morto: Sigo. Più propriamente definita adesso Sigo-Agoi, ma credo che dovrebbe essere tramutata in Agoi-Sigo". Rilette oggi, queste frasi appaiono frutto di una cattiva intuizione. Mal s'intonavano al momento e alle circostanze, perché avveniva un anno dopo lo strappo di Napoli, quando si cercava di far opera di riconciliazione tra le due società. Questi fatti sono stati portati all'attenzione del Consiglio Direttivo dell'Agoi del 20 gennaio 2010. Vi è stata un'ampia discussione. La linea portata avanti dall'Agoi è stata approvata all'unanimità (vedi comunicato del Consiglio Direttivo in basso). Ognuno di noi ha i suoi mulini a vento, tanti o pochi, importanti o futili. Io ho i miei. Nelle righe precedenti vi ho raccontato l'ennesimo litigio tra Agoi e Agui. Ma ho la speranza che anche questa lunga stagione di dissidi societari possa avere un termine. Ho anche la speranza che questa auspicata riconciliazione non faccia parte dei miei mulini a vento, ma che sia una realtà. Come vedete, è per questo che continuo a scrivere: mese dopo mese, fino a quando *Gyneco* me lo permetterà... Non succede ancora nulla. Ma io non mi arrendo.



CANDIDATURE "BRUCIATE"

Su gentile concessione del quotidiano *la Repubblica* pubblichiamo questa vignetta di Altan (tratta da *Repubblica* dell'11 gennaio 2010) che, seppur riferita ad altri contesti elettorali, si addice molto bene a quanto accaduto durante il recente Consiglio direttivo Sigo di cui parliamo in questa pagina di *Gyneco*. Nello specifico, il riferimento è a uno scambio di battute sulla proposta alternativa di un altro candidato universitario, avanzata dal presidente Sigo per sanare il contrasto, e rigettata d'emblée.

IL COMUNICATO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO AGOI

Mancato accordo sul candidato Sigo presso la Figo

Il Consiglio Direttivo Agoi, ascoltata la registrazione della Riunione di sabato, 9 gennaio 2010, e le relazioni dei Prof. Giovanni Monni, Prof. Carlo Sbiroli e del Prof. Antonio Chiantera, componenti la delegazione Agoi constata l'irrigidimento da parte del Prof. Moscarini, Presidente Agui, sulla sola proposta Genazzani condizionando l'approvazione di tale candidatura alla Figo come unica merce proposta impera-

tivamente.

Ciò ha avuto uno strano sapore:

1. soluzione già combinata?
2. eccessiva arroganza?
3. evidente insufficienza a trattare argomenti delicati?
4. semplice ricatto per provocare una nuova rottura?

Il Consiglio rileva altresì che non è stato possibile prendere in considerazione - perché rigettata - nemmeno una semplice proposta per una terza via di composizione del contrasto.

Il Consiglio, all'unanimità, rileva una totale mancanza di partecipazione al dialogo o insufficienza dello stesso come se non vi fossero state aspettative o disponibilità concrete.

Il Consiglio, all'unanimità, rileva l'assoluta mancanza di proposte per comporre la situazione della ginecologia nazionale e la mancanza di disponibilità ed elasticità nel dialogo, necessarie ed attese in un primo incontro congiunto.

In sintesi il Consiglio constata che nonostante gli sforzi dei presenti si è verificato un importante difetto di mediazione e soprattutto una delegazione AGUI con un mandato molto limitato, inadatto a dipanare una situazione così complessa.

In pratica il Prof. Moscarini, Presidente Agui, pur avendo avuto sempre un tono pacato ed aver ripetuto mille volte il desiderio per una ginecologia italiana unita, nei fatti non ha però fornito

proposte concrete al tavolo della trattativa ed ha ripetuto fino alla noia gli stessi logori concetti sulla provocazione di Napoli e sul fatto che ci sono ancora universitari offesi che lo spingono a rompere.

Per tali motivi il Consiglio Direttivo, all'unanimità, approva il comportamento della sua delegazione e si pone in attesa delle decisioni che scaturiranno dall'Assemblea della consorella Agui.



Caro ministro, ti scrivo...

I rappresentanti delle più importanti associazioni mediche scrivono al neo ministro Fazio per indicare le priorità da mettere nell'agenda 2010

Il 2010 deve essere l'anno della fiducia

Amedeo Bianco
presidente Fnomceo

■ Prima di tutto le congratulazioni e la soddisfazione della Fnomceo per la ricostituzione di un autonomo ministero della Salute. Una realtà complessa come la sanità ha bisogno infatti di un luogo di sintesi autorevole. Il progressivo trend di invecchiamento della popolazione determinerà un allargamento della platea dei grandi consumatori di servizi sanitari; l'esplosione dell'offerta di tecnologie diagnostiche e terapeutiche sempre più sofisticate dilaterà i costi dell'inappropriatezza; la crescente domanda di salute/ben-

essere trasferirà sempre più in sanità disagi ambientali e relazionali. Queste spinte, che in sé hanno anche valenze positive, rischiano però di minare i pilastri etici e civili di equità e universalità del nostro sistema sanitario, minacciato allo stesso tempo dalla questione mai compiutamente risolta dei rapporti tra politica e gestione. Per questo occorre intervenire per governare il cambiamento, dando impulso e indicazioni innovative su molti terreni, a partire dagli elementi costitutivi il buon governo delle attività sanitarie e cioè la formazione dei professionisti, la prevenzione e lo sviluppo della qualità professionale e il riconoscimento del merito. E, accanto a questo, credo sia necessario lanciare una grande campagna per rafforza-

re la fiducia dei cittadini nei medici e nelle istituzioni della sanità italiana: il 2010, anno in cui si celebra il centenario della nascita dei nostri Ordini professionali, può rappresentare una



Amedeo Bianco

straordinaria occasione per ammodernare e valorizzare il ruolo che gli Ordini possono svolgere per lo sviluppo della professione medica e odontoiatrica e per promuovere il diritto costituzionale dei cittadini alla tutela della salute.

Questo significa assumere impegni per concludere l'iter legislativo di provvedimenti ancora fermi nelle Aule parlamentari (responsabilità professionale, governo delle attività sanitarie), anche contrastando alcuni eccessi normativi (decreti Brunetta) che penalizzano il corretto ed efficace esercizio della professione.

Nell'affrontare questi temi, Lei sa di poter contare sulla stragrande maggioranza della nostra professione, fatta di operatori laboriosi e capaci che contribuiscono alla tenuta del sistema, malgrado si trovino spesso ad essere al centro di sommarie valutazioni mediatiche che ne mettono in discussione serietà, onestà e competenza.

Chiedo al ministro che il 2010 sia, sul campo, l'anno della fiducia

Intramoenia, rischio clinico e governance

Riccardo Cassi
presidente nazionale Cimo Asmd

■ I temi sui quali chiediamo l'intervento del ministro sono principalmente tre: la libera professione allargata, la *governance* ed il rischio clinico. Le Regioni considerano questi argomenti di loro esclusiva competenza ed hanno osteggiato ogni tentativo di intervento legislativo negli ultimi anni, anche quando la maggioranza parlamentare coincideva politicamente con quella dei governi regionali.

E ancora, chiediamo che si faccia carico di un'opera di stimolo per ottenere riforme condivise che risolvano disfunzioni, che sono evidenti per tutti e che hanno creato nei medici un diffuso stato di disagio e demotivazione.

La posizione di Cimo-Asmd sulla Attività Libero Professionale Intramoenia (Alpi) è la stessa di

sempre: indennità veramente incentivante per chi sceglie il rapporto esclusivo; nessuna discriminazione di carriera e di trattamento accessorio per chi opta per l'extra moenia; modello organizzativo lasciato alle Regioni, in base alle loro capacità e possibilità di garantire una dignitosa libera professione intramoenia ai propri medici.

È assurdo voler imporre a Regioni ed Aziende che non sono in grado di gestire l'attività istituzionale, di farsi carico anche di questa attività.

Per quanto riguarda il governo clinico, chiediamo una modifica sostanziale della carriera dei medici pubblici in grado di restituire loro un ruolo che gratifichi la capacità e l'impegno professionale: area contrattuale au-



Riccardo Cassi

tonoma con il riconoscimento di "categoria speciale", al pari di altre professioni della pubblica amministrazione; nuovi criteri e modalità di nomina dei Direttori di Struttura Complessa e Semplice, che valorizzino gli aspetti professionali rispetto a quelli gestionali, con procedure concorsuali trasparenti, ed una concreta valorizzazione della capacità professionale di quella parte della categoria che non può raggiungere incarichi dirigenziali. Attenzione, infine, alla prevenzione degli eventi avversi. L'istituzione in ogni Azienda di unità di rischio è importante, ma non sufficiente; occorre riformare il sistema risarcitorio, sul modello di molti altri paesi europei, separando l'indennizzo al cittadino dall'accertamento della colpa e mettendolo a carico del sistema, in quanto legato all'alea terapeutica, con tempi rapidi e certi.

Difendere con i fatti la sanità pubblica

Massimo Cozza
segretario nazionale Fp Cgil Medici

■ Abbiamo salutato positivamente il ritorno del ministero

della Salute, seppure con poteri limitati, e riteniamo che lei possa comunque svolgere un rilevante ruolo, in primo luogo per difendere e migliorare il nostro Servizio sanitario nazionale. Il carattere universale della nostra sanità è un bene prezioso che non deve essere messo in discussione da una politica allarmistica sui costi, smentita recentemente anche dai dati Ocse che vedono la spesa sanitaria nel nostro paese al di sotto della media dei paesi industrializzati e con un trend di crescita di circa la metà. Il welfare delle opportunità (per chi può permetterselo) e una sanità privata che lascia i suoi dipendenti da quattro anni senza rinnovo contrattuale, nonostante i finanziamenti delle Re-

gioni, non possono sostituire il bene della sanità pubblica. Così come va costruito un federalismo solidale senza alimentare ma riducendo le disuguaglianze per l'esigibilità dei livelli essenziali di assistenza. C'è però bisogno di cambiare marcia nei confronti di chi lavora nel Servizio sanitario nazionale. Fino ad oggi, come medici, abbiamo ricevuto insulti e denigrazioni dal ministro Brunetta, tentativi di trasformarci in spie e imposizioni su temi di carattere bioetico, lesive della nostra professionalità e della nostra deontologia. Il governo clinico e il rischio clinico, la rottamazione, i contratti, la controriforma Brunetta, i tagli di posti letto e del personale, il precariato e l'iniquo pensionamento a 70 anni, sono solo alcune delle questioni sulle quali le chiediamo di avere un confronto. In questi 18 mesi durante il Governo Berlusconi abbiamo avuto solo poche promesse non mantenute. Abbiamo quindi intrapreso la strada della mobilitazione, coerentemente con quanto agito anche nei confronti del Governo Prodi. Continuiamo ad aspettare i fatti, per i quali chiediamo il suo autore-

Il ministero sia una vera Authority

Giuseppe Garraffo
segretario generale Cisl Medici

■ Per ciò che riguarda direttamente i medici, l'auspicio è che il ministro Fazio tenti di risolvere i principali e più sentiti problemi come quelli relativi alla ridefinizione del loro ruolo nella *governance* della sanità e sulla libertà di curare. Facoltà questa



Massimo Cozza



Giuseppe Garraffo

vole e condiviso impegno nel Governo, in Parlamento e nei confronti delle Regioni. Per quanto ci riguarda siamo pronti a fare la nostra parte.

sati ragionieri manager. Ha urgente bisogno di un'Authority che agisca con poteri veri e a livello nazionale sul piano del coordinamento e dei controlli, e non tanto di un ministero che si occupi prevalentemente di stili di vita, di regimi dietetici, di campagne anticoldo d'estate e antifreddo d'inverno per gli anziani, e di altre attività del genere: a questi aspetti di prevenzione casareccia ormai provvedono, diffusamente e più o meno bene, stampa e televisione. La sanità italiana ha urgente bisogno di un ministero della Salute vero, senza blindature e subalternità nei confronti dell'Economia, con pieni ed articolati poteri per controbilanciare positivamente il federalismo e le estese autonomie regionali, per ricondurre ad unità il Ssn, a garanzia delle sue caratteristiche fondamentali che lo collocano ai primi posti nel mondo, e dei diritti dei cittadini ovunque residenti.

Massima attenzione al contenzioso medico-paziente

Carmine Gigli
presidente Fesmed

■ Da troppi anni i medici sono sotto scacco a causa dei contenziosi giudiziari, talvolta reali, più spesso intentati surrettiziamente a fini speculativi. È un problema che è andato peggiorando da quando la magistratura si è orientata a prestare una maggiore attenzione alle richieste dei pazienti ed a sottovalutare le ragioni dei medici. Le insufficienze della struttura non vengono prese in alcuna considerazione. Benché non dipendano dal medico, è lui che i magistrati chiamano a risponderne, ponendolo in una posizione di netto svantaggio. Di questo se ne sono resi conto gli avvocati e sull'esempio dei loro colleghi di Oltreoceano, sono partiti alla caccia dei pazienti insoddisfatti. I medici legali ed i periti "di professione" li hanno prontamente seguiti, facendo dei contenziosi sanitari una fonte di reddito. Le compagnie assicurative che formalmente classificano "in perdita" il settore sanità, nella pratica pagano tranquillamente gli indennizzi, sapendo che potranno rifarsi aumentando i premi a carico dei medici e delle aziende sanitarie. Secondo l'Ania la raccolta dei premi per le polizze supera i 500 milioni di euro l'anno e questo spiega perché siano in tanti a reclamare una fetta della torta.

Anche le associazioni per la difesa del consumatore non si adoperano per favorire il rinsaldarsi del rapporto di fiducia tra il medico e il cittadino, anzi, considerano come punto prioritario dei loro programmi il proposito di "escludere la depenalizzazione del reato da errore medico". I media si sono accorti che queste notizie "tirano" e sono pronti ad enfatizzare gli eventi avversi negli ospedali. Purtroppo, tutto questo non è privo di conseguenze, perché la semplice notizia di un avviso di garanzia ad un medico, compromette gravemente la serenità, la reputazione professionale e le aspettative di carriera di quel medico. Da qui il diffondersi della "medicina difensiva". Alcuni medici considerano ormai normale che la pratica professionale venga strutturata, oltre che a curare, a cercare di ridurre il rischio di contenzioso. Lo conferma l'indagine «Medi-



Carmine Gigli

ci in difesa», condotta nel 2008 dall'Omceo di Roma, dalla quale è emerso che l'88% dei professionisti si sente più esposto alle denunce ed il 60% prescrive ricette non necessarie o esagera nei ricoveri. Da mesi viene esaminato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato il disegno di legge "Norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario e disposizioni sull'assicurazione per la responsabilità civile delle aziende sanitarie". Purtroppo, nonostante l'impegno della Commissione, l'esame procede con eccessiva lentezza. Promuovere l'iter di questo disegno di legge sino alla sua approvazione ci farebbe ricordare con gratitudine il suo ministero negli anni a venire.

Una regia nazionale per arginare le forze centrifughe

Carlo Lusenti
segretario nazionale Anaao Assomed

■ Cosa farei nei prossimi sei mesi se fossi al posto di Fazio: rivendicherei il ruolo di Ministro, tanto più importante perché a

capo di un dicastero ripristinato per la seconda volta dopo essere stato soppresso, evidente dimostrazione che le necessità che ne sostengono l'esistenza si sono dimostrate più forti di una tenace volontà liquidatoria. Ma quali sono queste necessità? Fondamentalmente quella di avere una regia nazionale che prevalga sulle numerose forze centrifughe che appunto mal sopportano l'esistenza del ministero della Salute e vorrebbero proseguire a gestire autonomamente il proprio pezzo di Servizio sanitario nazionale: Regioni, Economia, Funzione pubblica, Welfare (per la parte che Sacconi ha tenuto per sé). La tutela della salute è un valore nazionale e il fondamentale ruolo del ministro della Salute è garantire questo valore/diritto. Avvierei due tavoli di confronto permanenti (cioè non legati solo alle urgenze del momento) con Regioni e professionisti della salute (attraverso le organizzazioni che li rappresentano) con lo scopo dichiarato di guidare il Ssn in modo condiviso, puntuale e tempestivo, ma senza sottostare ad alcun ricatto, e li articolerei sui numerosi temi che richiedono azioni risolutive di governo (compresa la formazione di medici e personale sanitario). Mi farei promotore della rapida approvazione dei Ddl su rischio clinico e governo clinico (almeno in un testo di principi accettabile dalle Regioni), della chiusura dei contratti delle aree della dirigenza del Ssn, della revisione del sistema Ecm, di una definitiva sistemazione della legislazione sulla libera professione. Affronterei una volta per tutte i problemi del personale sanitario dipendente del ministero della Salute; rivederei le regole di finanziamento della ricerca gestita dal ministero della Salute; assumerei tutte le deleghe importanti senza affidarle ai sottosegretari, che dovrebbero essere scelti dal Ministro senza dover assecondare imposizioni dall'esterno. **Y**



Carlo Lusenti

Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero



L'ospedale italiano migliora la sua *performance*

di Ester Maragò

L'ospedale italiano migliora le sue performance diventando sempre di più presidio di erogazioni di prestazioni mediche e chirurgiche di alta complessità. I ricoveri negli anni sono diminuiti costantemente in quasi tutte le tipologie di attività, acuti e riabilitazione, in regime ordinario e diurno; così come sono diminuite le giornate di degenza e i ricoveri inappropriati. Ma se la qualità si impone nelle corsie ospedaliere, l'eccessivo ricorso al parto cesareo continua a rimanere una macchia nell'appropriatezza clinica.

La diagnosi delle strutture sanitarie italiane è quella che arriva dal Rapporto 2007 sull'attività di ricovero ospedaliero, pubblicato il 21 dicembre 2009, ed elaborato dal ministero della Salute attraverso la lettura del flusso informativo sulle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo). Un Rapporto che dà la misura della complessa attività del sistema ospedaliero italiano: i ricoveri

Continua ad essere il cuore del servizio sanitario. E negli anni ha anche iniziato "a raddrizzare il tiro", nonostante siano ancora molte le cose da correggere

superano i dodici milioni, le giornate sono oltre i 76 milioni. Dati corredati anche dall'analisi preliminare sull'attività del 2008 che confermano la tendenza dell'ospedale italiano a cambiare ruolo e funzioni per migliorare i propri standard organizzativi e qualitativi, e passare la mano alla sanità extraspedaliera.

Dal 2007 al 2008: cosa scende e cosa sale

I dati del ministero confermano il trend in discesa dei ricoveri ospedalieri, ma anche una crescita di quelli per lungodegenza.

Il numero delle dimissioni nel 2007 è stato pari a 12.342.537, le giornate di ricovero 76.340.751: oltre 510mila rico-

veri e 1 milione e 600 mila giornate di degenza in meno rispetto al 2006. Una tendenza che prosegue anche nel 2008 con l'1,7% di ricoveri in meno rispetto all'anno precedente, e un calo dello 0,9% delle giornate di degenza.

In particolare nel 2007, rispetto al 2006, si è ridotto del 3,05% il numero delle dimissioni per acuti in regime ordinario ed in modo più consistente quello in regime diurno (-6,96%). Il 2008 procede sul solco segnato nel 2007: il numero delle dimissioni per acuti in regime ordinario è diminuito di un ulteriore 1,7%, quello in Day hospital del 2,3%.

Crescono invece, rispetto agli anni precedenti, le dimissioni per lungodegenza: +2,7% nel 2007,

e +3% nel 2008. Ma anche nei reparti per i neonati sani si registra un incremento dello 0,96 nel 2007 e ben del 2,2% nel 2008. Diminuiscono, nel 2007, le dimissioni per riabilitazione in entrambi i regimi di ricovero (-1,51% in regime ordinario e -6,04% in Day hospital).

La degenza media per acuti in regime ordinario si è ormai stabilizzata sul valore di 6,7 giorni

Più di 12 milioni i ricoveri nel 2007 e oltre 76 mln le giornate di degenza

a partire dal 2002. A livello regionale si va da un minimo di 6,26 giorni in Campania (degenza media standardizzata per case-mix) ad un massimo di 7,76 giorni nella Provincia autonoma di Trento.

La degenza media pre-operatoria, indice di efficienza organizzativa, rimane sostanzialmente ferma a poco meno di 2 giorni (1,99 nel 2007 e 1,97 nel 2008).

I valori più alti, nel 2008, si registrano nel Lazio e nel Molise (rispettivamente 2,59 e 2,58 giorni) ed in Liguria e Basilicata (rispettivamente 2,47 e 2,45 giorni), i valori più bassi nelle Marche (1,37 giorni) e in Friuli Venezia Giulia (1,53).

I tassi di ospedalizzazione per asma, diabete e scompenso cardiaco utili per valutare l'efficacia dell'assistenza primaria e dell'assistenza specialistica territoriale (sono più bassi dove l'offerta territoriale è efficace e funzionante), negli anni diminuiti significativamente, nel 2008 confermano grossomodo i valori del 2007: per il dia-

bete il tasso di ospedalizzazione passa da 91 a 89 ricoveri per 100mila abitanti, per l'asma da 32 a 33 e per lo scompenso cardiaco il tasso varia da 320 a 322. Su questo fronte però si registrano importanti variazioni regionali.

Parti cesarei

Sul fronte dell'appropriatezza delle cure continua a suonare

I parti cesarei in Italia (dati 2007)

Regione	% Parti cesarei sul totale dei parti
Piemonte	31,7
Valle d'Aosta	33,71
Lombardia	28,11
P.A. Bolzano	23,31
P.A. Trento	25,96
Veneto	28,67
Friuli V.G.	23,91
Liguria	35,37
Emilia Romagna	30,64
Toscana	26,76
Umbria	31,04
Marche	35,21
Lazio	40,38
Abruzzo	44,51
Molise	48,83
Campania	61,41
Puglia	49,17
Basilicata	46,90
Calabria	44,38
Sicilia	52,36
Sardegna	37,26
ITALIA	38,39

ricoveri nei reparti per acuti, che rappresentano il 92,8% di tutti i ricoveri ospedalieri, di cui circa 7,9 milioni (68,8%) in regime di degenza ordinaria e quasi 3,6 milioni (31,2%) in Day hospital.

Nelle Aziende ospedaliere e negli ospedali a gestione diretta il volume dei ricoveri per acuti è superiore al 64% del totale, sia per il regime ordinario sia in Day hospital. Mentre policlinici universitari ed Irccs i ricoveri ordinari per acuti si attestano rispettivamente sul 9,2% e sul 5,5% e la percentuale dei ricoveri è rispettivamente del 12,9 e 7,4 per i ricoveri diurni, con variazioni di scarso rilievo rispetto al precedente anno. Invece, nelle case di cura private accreditate il 14,5% dei ricoveri riguarda le discipline per acuti in regime ordinario, l'11,5% il regime diurno. Soprattutto il ricorso alle strutture private accreditate è maggiore nelle regioni meridionali. Il privato fa il pieno di ricoveri in Abruzzo (26,1%), in Calabria (25,9%) e in Campania (27,1%).

Per quanto riguarda il ricovero diurno, in aumento soprattutto nelle strutture private, la maggiore attività si rileva in Sardegna (22,9%), Molise (19,2%) e Campania (18,5%).

In generale sono attribuiti a Drg medici o non classificabili circa

vidanza, parto e puerperio (9,6%) e le malattie del sistema nervoso (7,5%).

La graduatoria dei primi 10 Drg per numerosità dei casi trattati rimane negli anni pressoché immutata. In pole position si riconferma il parto vaginale senza diagnosi complicanti, seguito dall'insufficienza cardiaca e shock e dal parto cesareo senza complicazioni.

Nei primi 10 aggregati clinici di codici (Acc) di diagnosi e procedure sono comprese le dimissioni per gravidanza e parto, malattie cardiache e vascolari, trattamento delle neoplasie e malattie polmonari.

Per quanto riguarda il ricovero diurno le categorie più frequenti riguardano le "malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo", le "malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate", le "malattie e disturbi dell'occhio", gli interventi sul cristallino, le "malattie e disturbi di pelle, tessuto sotto-cutaneo e mammella" e le terapie chemioterapiche.

Efficienza

Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera è rappresentato dalla degenza media nei ricoveri ordinari (una durata, lo ricordiamo, fortemente influenzata dalla complessità dei casi trattati e quindi standardizzata per i raffronti regionali, rispetto alla complessità della casistica assunta come standard di riferimento). I valori più elevati, circa 8 giorni, si hanno in Piemonte, Valle d'Aosta e Veneto. In Italia, la degenza media dei ricoveri per acuti è stabile e costante dal 2002 con 6,7 giorni anche nel 2007. A livello regionale i valori oscillano dal mini-

Sintesi dell'attività ospedaliera 2008

Tipo di attività	Numero	Variazione % rispetto al 2007
Acuti Ordinario	7.735.053	- 1,7 %
Day Hospital	3.504.217	- 2,3 %
Riabilitazione Ordinario	296.644	- 0,4 %
Day Hospital	64.747	- 2,5 %
Lungodegenza	104.608	+ 3,0 %
Neonati	423.949	+ 2,2 %
Totale	12.128.678	- 1,7 %

Graduatoria dei primi 10 Drg degli acuti in regime ordinario

Anni 2005 - 2007

Drg	2004	2005	2006	2007
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	324.811	320.567	324.792	326.766
Insufficienza cardiaca e shock	195.119	198.614	203.970	200.609
Parto cesareo senza complicazioni	191.535	193.145	198.254	198.963
Interventi su articolazioni maggiori e reimpianto di arti inferiori	123.145	128.684	135.111	140.682
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	126.773	126.923	123.222	117.892
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	121.173	118.739	118.354	117.374
Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	121.271	120.379	114.579	114.478
Esofagite, gastroenterite e misc. mal.app. dig. età >17 anni senza CC	124.971	121.268	123.686	110.072
Psicosi Edema polmonare e insufficienza respiratoria	104.074	103.013	103.352	98.440
	105.134	107.138	90.277	96.806

l'allarme rosso per i cesarei. La percentuale dei parti è scesa impercettibilmente dal 38,4 del 2007 al 38,3% nel 2008, ma è comunque in aumento rispetto agli anni precedenti (era del 38,36 nel 2006, del 38,3 nel 2005, del 37,7 nel 2004).

Una corsa che non si riesce a fermare anche perché non tutte le Regioni hanno operato efficacemente per contenere questa pratica chirurgica. E così si registrano

ancora valori elevatissimi in Campania dove si arriva al 61,41% nel 2007 (ma secondo i dati preliminari, nel 2008, la percentuale cresce al 61,9), in Sicilia (52,4% nel 2007; 52,9% nel 2008), in Puglia (49,17% nel 2007; 47,9% nel 2008), e Molise (48,83% nel 2007; 47,3% nel 2008).

Comunque, valori superiori al 40% si rilevano a partire dal Lazio in tutte le regioni del Centro-Sud, con la sola eccezione della Sardegna (37,26% nel 2007). Più basse le percentuali nella provincia di Bolzano (23,31) e nel Friuli Venezia Giulia (24).

Rimanendo nell'area materno infantile, rispetto al 2006 sono in aumento a livello nazionale i neonati sani. La degenza media è di circa 3,3 giorni, sia negli istituti pubblici sia nelle strutture private accreditate.

I dati conclusivi del 2007

Nel corso del 2007 sono stati effettuati quasi 11,448 milioni di

Nella graduatoria dei primi 10 Drg per numerosità dei casi si riconferma in pole position il parto vaginale senza diagnosi complicanti, seguito dall'insufficienza cardiaca e shock e dal parto cesareo senza complicazioni

il 60% dei ricoveri, di cui 42,85% in regime e 17,2% in Day hospital. L'andamento nel tempo evidenzia una sostanziale stabilità dei casi per il regime ordinario e per la modalità diurna. La Day surgery e la "One day surgery" con pernottamento a seguito di intervento chirurgico, che negli anni passati avevano avuto un consistente incremento, si sono assestate rispettivamente al 35,1% e al 10,6%. Sono stabili le dimissioni con Drg chirurgico in regime ordinario e rappresentano oltre un quarto dei ricoveri complessivi (25,9%).

Le patologie più trattate

La frequenza maggiore di dimissioni nell'ambito delle categorie diagnostiche maggiori (Mdc) è attribuita alle malattie dell'apparato cardiocircolatorio 14,8%, seguite da quelle del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo (12,1%) e dell'apparato digerente (9,8%); troviamo poi le dimissioni per gra-

Le strutture del Ssn

1.303

istituti di ricovero
pari al 96,8% di quelli censiti

687

pubblici ed equiparati pubblici (99,1%)

616

privati (94,3%), accreditati e non accreditati

mo in Campania (5,4) al massimo (8) in Piemonte e Valle d'Aosta. Con la procedura di standardizzazione per Case Mix le differenze sono più contenute. I valori minimi sono in Umbria (6,3), Campania (6,3) e Sicilia (6,2), i massimi in Veneto (7,6) e P.A. di Trento (7,6). La degenza media pre-operatoria, come abbiamo già visto, è scesa sotto i 2 giorni a livello nazionale con valore massimo di 2,75 giorni nel Lazio e valore minimo di 1,39 giorni nelle Marche. La degenza media si protrae naturalmente per le dimissioni da reparti di riabilitazione e lungodegenza, con significative differenze tra le strutture pubbliche e accreditate.

I valori più elevati dell'indice di case mix (Icm) (quelli superiori ad 1 indicano una complessità della casistica superiore alla media dello standard di riferimento) si registrano in Piemonte (1,13) in Liguria e in Toscana (1,10). Le Regioni centromeridionali presentano un indice di case mix prossimo o inferiore all'unità. È stabile la durata della degenza per i ricoveri brevi (di 0-1 giorno), che nel 2007 si attesta al 13,9%.

Efficacia e appropriatezza

Aumenta nei reparti ospedalieri l'efficacia ed appropriatezza sia clinica sia organizzati-

va, anche se con differenze regionali.

E così, l'indicatore "dimessi con Drg medico da reparti chirurgici" - che rappresenta un indicatore proxy dell'appropriato utilizzo di questi reparti rispetto alla casistica trattata - segnala valori più bassi, quindi una maggiore appropriatezza, in Emilia Romagna (26,2%); invece, i valori più elevati sinonimo di inappropriatezza, si rilevano in Calabria (46,7%). Ma tutte le Regioni meridionali presentano valori elevati e con solo in alcuni casi trend in diminuzione.

Anche gli altri indicatori di appropriatezza organizzativa illustrano situazioni più critiche nell'area meridionale e centrale del Paese. I ricoveri brevi di 0-1 giorno con Drg medico sono pari al 12,41% a livello nazionale; arrivano al 26,9% in Campania e al 17,8% a Bolzano mentre sono sotto l'8% in Veneto e si attestano sull'8,1% nella P.A. di Trento.

La percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico con Drg medico (indicatore proxy di utilizzo improprio dell'ospedale seppure per il solo regime diurno), a livello nazionale pari al 57,7%, è di 81,3 nel Molise e di 77,1% in Campania.

L'unico indicatore che registra un valore positivo nel Sud è la percentuale di ricoveri con Drg medico e degenza oltre soglia nella popolazione anziana: l'indicatore pari al 4,68% a livello nazionale registra i valori più bassi in Sicilia (2,58) e in Campania (2,89%).

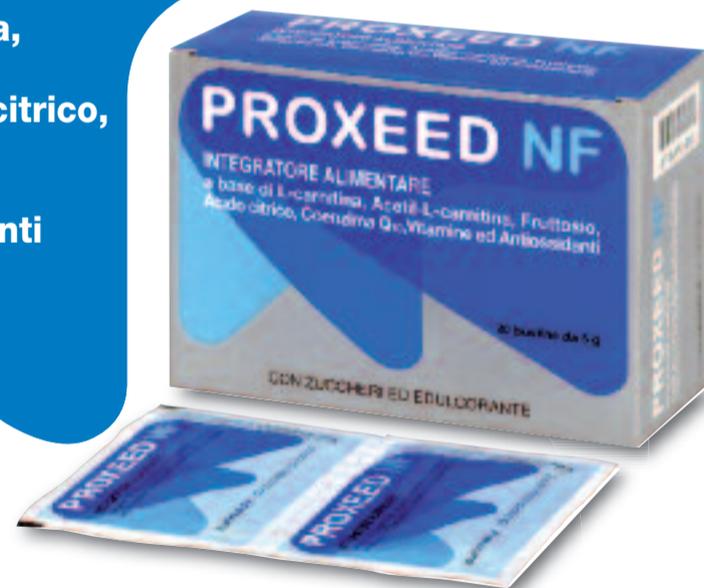
in tutti i casi di infertilità maschile

Utile per migliorare la qualità dello sperma

PROXEED NF

INTEGRATORE ALIMENTARE

a base di L-carnitina,
Acetil-L-carnitina,
Fruttosio, Acido citrico,
Coenzima Q₁₀,
Vitamine ed
Antiossidanti



Integratore ad alto dosaggio di arginina (2,5 g)

EZEREX™

INTEGRATORE ALIMENTARE

a base di L-arginina,
Propionil-L-carnitina,
e Vitamina B₃



Studio Cerm sulla spesa sanitaria pubblica italiana

Dentro "la scatola nera" delle differenze regionali

Se tutte le Regioni fossero efficienti si risparmierebbero 11 miliardi di euro. Una cifra pari allo 0,72% del Pil annuo

di Lucia Conti

L'analisi del Cerm parte dalla variabilità interregionale della spesa sanitaria pubblica pro-capite di parte corrente evidenziando come, nel passaggio dai dati del periodo 1997-2006 alla spesa del 2007, si registri una generale tendenza delle Regioni del Mezzogiorno a passare da posizioni molto distanti dalla media Italia a posizioni addirittura superiori. In particolare, spiccano i casi della Calabria e del Molise: la prima, inferiore di 6,84 punti percentuali rispetto alla media Italia nel periodo 1997-2006 (1.158 contro i 1.243 euro di media italiana), nel 2007 la supera del 6,16% (con 1.808 euro contro i 1.703 di media italiana); il secondo, sempre sopra la media, passa tuttavia da un +4,91% ad un +14,31% (per una spesa pro-capite pari a 1.947).

Gli esperti del Cerm hanno utilizzato un modello denominato SaniRegio (vedi box a pagina 30) per stimare la spesa sanitaria standard (ovvero quella giustificabile alla luce delle variabili che maggiormente generano fabbisogno di prestazioni sanitarie) e valutare poi lo scostamento di ogni Regione dallo standard. Il risultato? A parte il Friuli Venezia Giulia (il cui scarto dal livello efficiente è minimo e per questo utilizzato come Regione di riferimento), quasi il 55% della distanza aggregata dal livello efficiente matura nel Mezzogiorno; circa il 15% matura nel Centro, e di questo oltre la metà è attribuibile al Lazio; il rimanente 30% origina nel Nord, e di questo oltre la metà è attribuibile alle due Regioni a Statuto Speciale Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta.

Le performance tra "sovraspesa" e "frontiera di efficienza"

La distanza di ogni Regione rispetto alla spesa standardizzata (altrimenti definibile come la sovraspesa) può essere letta in controtuce tenendo conto dell'indicatore sintetico di qualità, per

Se tutte le Regioni fossero posizionate sulla frontiera di spesa efficiente, la spesa sanitaria complessiva nazionale in carico alle Regioni nel 2007, invece che pari a 103.092,98 milioni di Euro, si sarebbe potuta collocare a un livello di 91.994,24 milioni di Euro; mentre quella del 2008, invece che pari a 106.104,10 milioni di Euro, sarebbe stata di 94.824,95 milioni di Euro. I risparmi di spesa sarebbero ammontati rispettivamente a 11,1 e 11,3 miliardi di Euro, pari allo 0,72% di Pil all'anno. Questa la conclusione a cui arrivano gli esperti del centro di ricerche indipendente Cerm (Competitività Regolazione Mercati) nell'ultimo *Quaderno* pubblicato, n. 2/2009, *La spesa sanitaria pubblica in Italia: dentro la "scatola nera" delle differenze regionali*.

verificare in quale misura si possa sostenere che i maggiori scarti dallo standard siano riconducibili a Regioni che "investono" in qualità o se, al contrario, spese più elevate e improduttive coesistono con bassi livelli di qualità. La migliore performance di qualità in relazione alla spesa è chiamata dagli esperti del Cerm "frontiera di efficienza" ed è determinata da quelle Regioni che presentano, nel contempo, gli scarti minori dal proprio livello

di spesa standard e gli indici di qualità più alti. Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Umbria, Piemonte, Marche e Toscana: sono queste le Regioni che riescono ad utilizzare meglio le risorse. Cui si aggiungono, poco distanti, Emilia Romagna e Veneto. Friuli Venezia Giulia e Umbria sono addirittura in posizioni di outlier in positivo.

Per queste Regioni si può sostenere che gli scostamenti dallo standard, tra l'altro i più conte-

nuti, trovano sostanziale giustificazione nella qualità delle prestazioni offerte.

Le Regioni a più alto scostamento dallo standard (più elevata sovraspesa) e a bassa qualità, sono Campania, Sicilia, Puglia e Lazio. Vi si inserisce anche la Calabria che, benché con uno scostamento inferiore, è la Regione che fa registrare il peggior livello qualitativo.

Vi sono poi le Regioni a sovraspesa minore rispetto alle precedenti ma ugualmente significativa: Sardegna, Basilicata, Molise, Abruzzo, Liguria, Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige. In questo gruppo, è necessario fare due distinguo. Da un lato per Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige che, benché con livelli di sovraspesa superiori ad alcune Regioni del primo gruppo (soprattutto il Trentino Alto Adige), comunque mostrano qualità tra le più elevate. Dall'altro per Basilicata, Molise ed Abruzzo, che si collocano *borderline* con il primo gruppo. Queste ultime tre Regioni sono accomunate al gruppo con il peggior scostamento in relazione al basso livello qualitativo. Complessivamente, nel Mezzogiorno sovraspesa e bassa qualità sembrano andare di pari pas-

so. Questo stesso giudizio coinvolge il Lazio.

Tirando le somme

Dai risultati finora emersi si può notare che 9 Regioni sono chiamate a una riduzione di spesa a doppia cifra. Appartengono quasi tutte al Sud e Isole, tranne il Lazio, il Trentino Alto Adige e la Liguria. Delle prime 8 Regioni per ampiezza della correzione di spesa necessaria, 6 sono attualmente coinvolte in piani di rientro per il contenimento e la stabilizzazione della spesa sanitaria. In ordine: Campania, Sicilia, Lazio, Liguria, Abruzzo, Molise. In particolare, le Regioni a maggior sovraspesa sono la Campania (quasi +32%), la Sicilia (+24,7%) e la Puglia (+23%).

Basilicata, Valle d'Aosta e Sardegna dovrebbero compiere riduzioni minori ma comunque significative. La prima ha una sovraspesa di oltre il 9%, la seconda di poco meno del 9, la terza del 6,2. Se si esclude il Lazio (accomunabile al Sud e Isole nelle performance) e se si escludono Trentino Alto Adige e Liguria (che, nonostante, di buon *ranking* nella qualità, spendono troppo per ottenerla), il Centro-Nord fa registrare livelli di spesa accettabili, non troppo discosti dall'efficienza. Toscana, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Lombardia e Piemonte dovrebbero operarsi per riduzioni inferiori al 3%, in alcuni casi anche significativamente inferiori.

Infine, le Regioni che dovrebbero compiere gli aggiustamenti più consistenti sono le stesse che, negli ultimi dieci anni, hanno fatto registrare la dinamica più intensa di spesa pro-capite. Situazioni intermedie a parte (come Basilicata, Valle d'Aosta e Sardegna o, per ragioni diverse, Trentino Alto Adige e Liguria), il quadro conclusivo è quello, già noto, di un Paese spaccato in due parti, con il Centro-Nord su livelli di efficienza di gran lunga superiori rispetto al Sud e Isole.

La conclusione del Cerm

"Questi risultati vanno letti anche sul piano macroeconomico, in termini di spesa sanitaria pubblica aggregata e di sua incidenza sul Pil. Se tutte le Regioni fossero posizionate sulla frontiera di spesa efficiente, la spesa sanitaria complessiva nazionale in carico alle Regioni nel 2007, invece che pari a 103.092,98 milioni di Euro, si sarebbe potuta collocare a un livello di 91.994,24 milioni di Euro; mentre quella del 2008, invece che pari a 106.104,10 milioni di Euro, sarebbe stata di 94.824,95 milioni di Euro. I risparmi di spesa sarebbero ammontati rispettivamente a 11,1 e 11,3 miliardi di Euro, pari allo 0,72% di Pil all'anno. Se le Regioni si fossero fatte trovare sulla frontiera efficiente, nel biennio 2007-2008 si sarebbero risparmiate risorse pari a 1,5 punti percentuali di Pil".

A PAGINA 30 "Il Metodo SaniRegio" illustrato da Nicola Salerno, ricercatore del Cerm

Spesa sanitaria pro-capite e aggiustamenti necessari tenendo conto sia della standardizzazione della spesa che del ranking di qualità

	Valori di contabilità sanitaria Spesa pro capite effettiva media 1997/2006 (Euro 2000)	Valori stimati Aggiustamento necessario in virtù di standardizzazione e di qualità offerta	Valori stimati Spesa pro capite efficiente (in Euro 2000)	valori stimati Aggiustamento in % della spesa effettiva
Campania	1.215	388	827	31,9%
Sicilia	1.155	285	870	24,7%
Puglia	1.149	264	885	23,0%
Lazio	1.395	238	1.157	17,1%
Trentino Alto Adige	1.439	246	1.193	17,1%
Liguria	1.423	200	1.223	14,1%
Abruzzo	1.265	164	1.101	13,0%
Molise	1.303	161	1.142	12,4%
Calabria	1.157	129	1.028	11,1%
Basilicata	1.125	102	1.023	9,1%
Valle d'Aosta	1.451	128	1.323	8,8%
Sardegna	1.233	77	1.156	6,2%
Toscana	1.253	33	1.220	2,6%
Veneto	1.215	30	1.185	2,5%
Emilia Romagna	1.300	25	1.275	1,9%
Marche	1.234	19	1.215	1,5%
Lombardia	1.206	11	1.195	0,9%
Piemonte	1.250	6	1.244	0,5%
Friuli Venezia Giulia	1.266	-20	1.286	-1,6%
Umbria	1.266	-36	1.302	-2,8%

Il diario del 2009

Dodici mesi di fatti, indagini, dichiarazioni, accordi, decreti, leggi e leggine del pianeta sanità. Per prendere nota di quello che è accaduto e farsi un'idea di quello che potrebbe accadere nel 2010

GENNAIO

Regioni, sindacati e parlamentari dettano l'agenda al Governo

Difendere il Servizio sanitario nazionale dalle ipotesi di privatizzazione e da un federalismo esasperato. Questa l'opinione condivisa dai 12 protagonisti della sanità – tra rappresentanti politici e sindacali – interpellati sulle urgenze del 2009. Diverse, però, le priorità di categoria. *Per i parlamentari:* 1. omogeneità delle cure tra Regioni; 2. riorganizzazione della sanità ospedaliera e territoriale; 3. reponsabilità professionale. *Per i politici regionali:* 1. ribadire che il Ssn è uno, pubblico e universale; 2. siglare il Patto per la Salute e l'accordo sul rinnovo dei Lea; 3. raggiungere dei finanziamenti adeguati alla gestione della sanità. *Le priorità dei sindacati medici,* invece, erano: 1. siglare contratti e convenzioni; 2. valorizzare il lavoro medico attraverso la definizione del governo clinico; 3. aprire un confronto forte con il Governo.

Ssn: per gli italiani meglio il pubblico che il privato

A trent'anni dalla sua istituzione, il Ssn raccoglie la fiducia del 54% degli italiani ed è preferito alla sanità privata che, contrariamente a molti luoghi comuni, piace solo a 3 italiani su dieci. Tuttavia, l'Italia della salute sembra spaccata in due: se infatti il Ssn raccoglie i favori del 66% degli intervistati del Nord, la fiducia cala al 46% tra i cittadini del Centro e al 41% tra quelli del Sud. Secondo l'indagine promossa dall'Anaa Assomed e realizzata dalla Swg di Trieste su un campione rappresentativo della popolazione italiana di età superiore ai 25 anni, anche la qualità delle cure e delle prestazioni ospedaliere spacca l'Italia: in media è giudicata soddisfacente dal 72% degli intervistati, ma la percentuale passa dall'82% del Nord al 68% del Centro e il 57% del Sud. Giudizi quasi analoghi sul personale medico e sanitario, che risulta promosso dal 70% degli italiani (80% Nord, 63% Centro e 60% Sud).

Rapporto Ceis: quando la sanità ti mette sul "lastrico"

La spesa sanitaria italiana continua a crescere, e più rapidamente del Pil. Al punto che nel 2010 la forbice tra finanziamento statale e spesa rischia di aprire una voragine da 10 miliardi. È quanto rileva il VI Rapporto Sanità del Ceis dell'Università Tor Vergata di Roma, presentato il 27 gennaio a Roma, secondo il quale già oggi gli italiani pagano di tasca propria un gran numero di prestazioni sanitarie, che influiscono pesantemente sulla tenuta economica della famiglia. Sono infatti 349.180 famiglie italiane che nel 2006 si sono impoverite a causa di spese sanitarie impreviste delle quali si sono dovute far carico con risorse proprie. Alle quali si aggiungono 861.383 famiglie che sono state soggette a "spese catastrofiche", per effetto dell'incidenza sui loro bilanci delle spese sanitarie *out of pocket*.



Guido Rasi

.....

FEBBRAIO

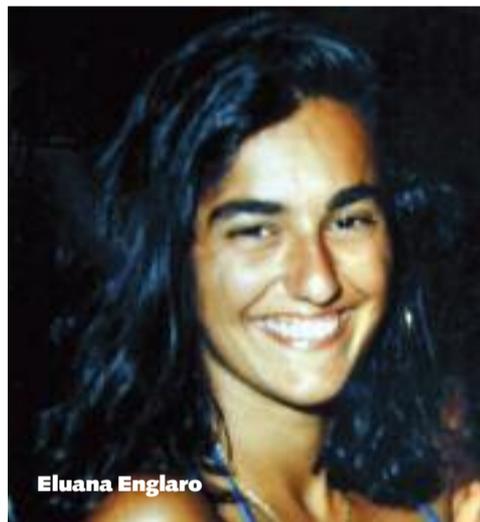
Farmaci: industria e Aifa studiano nuove strategie

Nuove forme di protezione per i brevetti farmaceutici e tramonto della medicina basata sull'evidenza a favore delle terapie mirate grazie al-

l'evoluzione della farmaco-genetica, genoma e della medicina molecolare. Questo il futuro della farmaceutica che emerge dalle interviste al presidente di Farindustria Sergio Dompé e dal direttore dell'Aifa Guido Rasi.

Muore Eluana Englaro. L'Italia si spacca in due

Il 9 febbraio giunge la notizia della morte di Eluana Englaro. Il Senato è in plenaria per votare in tutta fretta il ddl che avrebbe voluto im-



Eluana Englaro

pedire la sospensione del sistema di alimentazione artificiale dal quale la donna dipendeva da molti anni. Al ddl si era arrivati dopo il tentativo del Cdm di varare un decreto legge con le stesse finalità, al quale si era però opposto il presidente Napolitano con le seguenti motivazioni: "il testo approvato non supera le obiezioni di incostituzionalità tempestivamente rappresentate e motivate". Il decreto venne quindi convertito in disegno di legge e inviato al Senato insieme a un appello per un'approvazione in tempi rapidissimi. Dopo la morte di Eluana i toni pian piano si spengono. Lo stesso Napolitano invita a una riflessione pacata e comune per la ripresa dei lavori parlamentari sul testamento biologico,

con l'auspicio che si possa arrivare presto a una legge. Che però, sembra ancora lontana.

MARZO

E il Ssn si scopre "sommerso" dai ticket

Se dovete comprare un medicinale vi conviene andare in Basilicata, in Calabria, in Emilia o in una delle altre sei Regioni dove il ticket sui medicinali non si paga (e nemmeno nella P.A. di Trento). Nel caso in cui vi serva qualche prestazione specialistica o di diagnostica, tenetevi alla lontana dal Lazio, dove i ticket sono salati. È l'Italia dei ticket, un'Italia con il vestito d'Arlecchino. Da un'indagine del quindicinale *Il Bisturi* emerge infatti che 9 Regioni e la P.A. di Trento non chiedono ai loro cittadini alcuna compartecipazione alla spesa per i medicinali, né sulle ricette né sulle confezioni prescritte. Le altre, invece, applicano cifre variabili: c'è l'Abruzzo che prevede il pagamento di 50 centesimi a confezione con un massimo di un euro a ricetta e c'è il Lazio che da gennaio di quest'anno fa pagare un ticket di 2,5 euro per ciascuna confezione che abbia un prezzo di vendita pari o inferiore a 5 euro e di 4 euro per confezioni che superano quella cifra.

Osservasalute: italiani in salute, i sistemi regionali no

Il Piemonte è la Regione con la maggiore attività di trapianto, la Valle d'Aosta quella più sportiva. In Friuli V. G. l'Assistenza Domiciliare Integrata più sviluppata e in Toscana il minore tasso di ospedalizzazione in regime ordinario. Il Molise è la Regione col maggior numero di donne raggiunte dal programma di prevenzione oncologica per il cancro del seno, Calabria e Sicilia rispettivamente le Regioni in cui si fuma e

si beve meno. Sono alcuni dei dati del Rapporto Osserva Salute 2008, presentato il 3 marzo a Roma, da cui emerge che lo stato di salute degli italiani è buono, è il sistema ad essere malato. Così, per esempio, si registrano Regioni come la Calabria e il Molise che destinano (o sono costrette a destinare) rispettivamente il 9% e l'11% del loro Pil alla sanità, mentre la Lombardia si ferma al 5% (dati 2005). Oppure nella farmaceutica: nel 2007 il Lazio e le Regioni meridionali, pur registrando decrementi significativi, hanno valori di spesa pro capite decisamente superiori al valore medio nazionale, con la Sicilia (272,30€) e la Calabria (270,30€) a segnare le punte più elevate.

Stato-Regioni approva l'accordo sugli obiettivi del Psn 2009

L'Accordo (26 marzo) individua le linee guida per lo sviluppo di progetti da parte delle Regioni vincolando alla loro realizzazione 1.410.070.000 euro. Per le cure primarie e l'assistenza H24 vengono riservate risorse pari a 352 milioni di euro. Previsto, per la non autosufficienza e le patologie in fase terminale, il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata in tutto il territorio nazionale per assicurare alla persona fragile e non autosufficiente la permanenza presso il proprio domicilio con l'applicazione di un progetto di cure e assistenza multiprofessionale.

Preservativo e Aids: gli esperti criticano il Papa

Parole "gravi" e "irresponsabili". Questo il giudizio di alcuni membri della Commissione nazionale Aids sulle affermazioni su Aids e preservativo fatte da Benedetto XVI il 18 marzo, in occasione del suo primo viaggio in Africa. Secondo il Pontefice, infatti, "il preservativo non serve a risolvere il problema". Ma il fatto che il preservativo "eviti la trasmissione dell'infezione da Hiv nei rapporti sessuali è un dato consolidato e condiviso dalla comunità scientifica", osserva Adriano Lazzarin, professore ordinario di Malattie infettive all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano e membro del consiglio di presidenza della Commissione Aids. Il vice-presidente della Commissione e ordinario di Malattie infettive dell'Università di Milano Mauro Moroni si sforza di "tradurre" le parole del Papa: "Certamente per sconfiggere l'Aids sono



Benedetto XVI

necessarie battaglie su diversi fronti, anche riscoprendo valori come la castità o la fedeltà". Ma "si tratta di battaglie lunghe e complesse. Nel frattempo, il preservativo è un dispositivo medico importante per impedire nuove infezioni".

Italianieuropei: creare un'Authority della salute

La sanità è fuori controllo. Manca un sistema di valutazione e verifica. Sulle strutture ospedaliere, sulle cartelle cliniche, sui servizi e su molto altro ancora. Per questo serve un'autorità garante della salute. È questa l'idea avanzata da Ignazio Marino, chirurgo e presidente della Commissione d'inchiesta del Senato sul Ssn, nella sua introduzione al Quaderno della Fondazione Italianieuropei interamente dedicato alla sanità, uscito il 27 marzo 2009. L'autorità garante, precisa Marino, dovrebbe servire "per il monitoraggio della adeguatezza delle strutture e delle tecnologie impiegate (*technology assessment*) e della performance degli operatori con l'obiettivo di migliorare la qualità effettiva delle cure erogate e la qualità percepita dal cittadino".

APRILE

La Consulta bocchia la Legge 40

La Corte Costituzionale (1° aprile) ha giudicato incostituzionale il comma 2 dell'articolo 14, dove viene sancito il divieto assoluto di produrre embrioni in numero superiore a tre per realizzare l'unico e contemporaneo impianto, e il comma 3 dello stesso articolo in cui obbliga la donna, una volta dato il proprio consenso alle tecniche di fecondazione assistita, all'impianto degli embrioni, escludendo così la revoca del consenso. Inammissibili altri passaggi delle questioni di legittimità dei commi 1 e 4 dell'articolo 14: il primo comma vieta la crioconservazione di embrioni al di fuori di ipotesi limitate, mentre il comma 4 vieta la riduzione embrionaria di gravidanze plurime salvo nei casi previsti dalla legge sull'interruzione volontaria della gravidanza.

10 anni di legge sui trapianti

Era il 1° aprile 1999 quando il Parlamento approvò la legge n. 91, "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti". In questi anni, il sistema trapianti in Italia è cresciuto, passando dai 1.498 interventi del 1994 agli oltre 3.300 che il Centro nazionale trapianti (Cnt) stima di effettuare nel 2009. Un sistema di eccellenza che fa scuola in Europa. Tuttavia qualcosa si è inceppato: se il coordinamento dei Centri sparsi in tutta Italia permette di identificare un numero sempre maggiore di potenziali donatori, nel 2008 il numero di trapianti effettuati è sceso a 2.932. A preoccupare ancora di più è l'aumento delle opposizioni al prelievo, che registrano un +11,2% dal 2005 al 2008. Ma

secondo il direttore del Cnt, Alessandro Nanni Costa, la macchina organizzativa funziona e questa tendenza negativa sarà smentita nel 2009 che, in base alle proiezioni sul primo trimestre, dovrebbe chiudersi con un'impennata di trapianti e una diminuzione del 3,5% delle opposizioni.

Terremoto a L'Aquila. Anche la sanità crolla

Alle 3,30 della mattina del 6 aprile una scossa di magnitudo 5,8 della scala Mercalli distrugge L'Aquila e molte cittadine limitrofe. Gravi dan-



L'Aquila, 6 aprile 2009

neggiamenti anche all'ospedale San Salvatore del capoluogo abruzzese, che viene subito evacuato. Non era a norma anti-sismica, nonostante fosse in una zona a rischi. Era già stato detto e scritto nel 2000 sulla Relazione finale Commissione di inchiesta parlamentare sul Sistema sanitario. E non si tratta di un caso isolato. Secondo quella stessa Relazione, infatti, solo il 9% degli ospedali sono stati costruiti in cemento armato e risponde ai requisiti antisismici. La data di costruzione è infatti essenziale per la tipologia costruttiva. E non è un bene che le strutture ospedaliere italiane siano così vecchie, in certi casi addirittura antiche.

Oltre il 20% è stato costruito prima del 1900 (con alcuni casi risalenti al 1400 o anche prima), cioè in muratura non armata, con volte, archi e solai in legno. E sono quelli a rischiare di più. Per il resto, circa il 20% è stato costruito tra il 1900 e il 1940, un altro 20% tra il 1941 e il 1960, il 30% tra il '70 e il '90, il restante 10% dopo il 1990.

Federalismo fiscale: sì definitivo del Senato

Con 154 sì, 6 no e 87 astenuti, il ddl sul federalismo fiscale è diventata legge (30 aprile). A Palazzo Madama hanno votato a favore i senatori della Lega Nord, del Pdl e l'Italia dei Valori. Come già avvenuto con il voto alla Camera, il Partito democratico si è astenuto. I decreti attuativi dovranno essere emanati entro due anni e altri 24 mesi serviranno per gli eventuali decreti correttivi. Il federalismo fiscale introdurrà il costo standard che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, mira a costituire l'indicatore rispetto a cui comparare e valutare l'azione pubblica. Saranno poi introdotti sistemi di premiazione per le amministrazioni virtuose e sanzioni per quelle meno virtuose, per le quali è previsto anche l'eventuale commissariamento e l'ineleggibilità degli amministratori.

MAGGIO

Nuovo Welfare/1: il Libro bianco di Sacconi

Il ministro Sacconi presenta (6 maggio) il Libro Bianco sul Welfare, che completa le proposte e le analisi anticipate nel Libro Verde sul futuro del modello sociale del 25 luglio 2008. Con il nuovo testo Sacconi illustra un modello dove sanità, previdenza e assistenza vengono ridisegnate in uno scenario unitario e inedito, che ha come capisaldi la persona, la famiglia e la comunità. Si riafferma anzitutto l'assoluta primarietà del diritto alla salute. Secondo Sacconi, però, non è più possibile né utile distribuire ai cittadini beni e servizi in forma assistenziale e paternalistica, ma è necessario introdurre un "universalismo selettivo" che valorizzi la responsabilità degli individui e la capacità dell'attore pubblico di stabilire ordini di priorità e dosare le risorse per mantenere il più possibile ampia la platea



Maurizio Sacconi

delle prestazioni e dei beneficiari. All'incremento dei contribuenti e alla efficienza delle prestazioni, si dovrà aggiungere la promozione di una pluralità di fonti e di modalità di finanziamento anche allo scopo di organizzare in termini più convenienti la spesa sociale privata che si induce dai limiti della offerta pubblica. Pensioni e prestazioni sanitarie integrative saranno i primi due capitoli di un nuovo pilastro a "capitalizzazione", che può realizzarsi anche attraverso i cittadini che, come singoli o in formazioni associate, vogliono partecipare alla definizione degli interventi e alla loro organizzazione funzionale.

Nuovo Welfare/2: la versione di Franceschini

A distanza di una settimana (13 maggio) dalla presentazione del Libro Bianco sul welfare di Sacconi, ecco il documento della Consulta Sanità Pd, coordinata da Serafino Zucchelli e presentato a dal segretario Dario Franceschini. Due ricette opposte per la cura del Ssn. Per il Pd va confermata la scelta di garantire l'assistenza sanitaria mediante un Servizio sanitario nazionale finanziato con la fiscalità generale e operante attraverso una organizzazione aziendale. Lo sviluppo dei fondi

integrativi va regolamentato tenendo conto che la loro funzione non è quella di migliorare la sostenibilità del sistema sanitario per la finanza pubblica, ma di migliorare l'accesso alle prestazioni "aggiuntive" richieste dai cittadini. E se la regolazione tra erogatori pubblici e privati non implica una produzione esclusivamente pubblica dei servizi, si deve però conservare il ruolo chiave pubblico di governo e di regolazione del sistema delle prestazioni, con l'instaurazione di una vera competizione nei risultati di efficacia ed efficienza tra erogatori, sia pubblici che privati. Auspicato, infine, un sistema di valutazione comparativa delle performance delle Regioni e delle Aziende sanitarie e, su questa base, procedere alla definizione condivisa Stato-Regioni dei Lea e delle risorse necessarie in condizioni di efficienza.

Siglato il contratto del comparto sanità

Firmato all'Aran (13 maggio) il contratto nazionale 2008/2009 del comparto sanità pubblica. Le trattative si sono concluse con la sottoscrizione unitaria da parte di Fp-Cgil, Cisl-Fps e Uil-Fpl, che hanno espresso soddisfazione per l'accordo raggiunto nei contenuti e nella forma.

Convenzioni: tre intese firmate alla Sisac

Siglati (27 maggio) gli accordi per il rinnovo delle convenzioni della medicina generale, della pediatria e della specialistica ambulatoriale. Tre accordi che, ha affermato il coordinatore della Sisac, Franco Rossi, illustrandone i contenuti, danno il via a "nuovo percorso per cambiare in maniera seria l'assistenza territoriale. Tre accordi che sono responsabilizzanti per gli operatori e più vicini ai bisogni cittadini". Il via libera agli accordi è stato però dato senza la firma di alcune sigle sindacali, che dovrebbero sottoscrivere l'intesa nei prossimi giorni.

Fecondazione: le nuove linee guida entro dicembre

Il sottosegretario Eugenia Roccella nel corso di una conferenza stampa a Palazzo Chigi (28 maggio) per presentare l'istituzione di un Osservatorio per la procreazione medicalmente assistita e di una Commissione dedicata alla crioconservazione, ha affermato che per la fine dell'anno sarebbero state pronte le nuove linee guida sulla procreazione medicalmente assistita, di cui tuttavia non si ha ancora notizia.

GIUGNO

I Lea aspettano ancora di essere rinnovati

Ancora in sospeso il rinnovo dei Lea. "Sono già pronti e il provvedimento potrebbe essere varato entro l'inizio di luglio", affermava il 9 giugno il presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, Antonio Tomassini. Così non è stato. E dunque della revisione (approvata in extremis dall'ex ministro della salute Livia Turco, poi annullata) non si sa ancora nulla. La proposta presentata dal Governo Berlusconi era stata rigettata dalle Regioni. "Vanno bene i risparmi, ma la strada non può essere l'imposizione né quella di ricorrere alle tasche dei cittadini", aveva affermato il coordinatore degli assessori regionali alla Sanità Enrico Rossi. Era l'ottobre 2008. Ma non è bastato tutto il 2009 per trovare un accordo. Confidiamo nel 2010.

Sieropositivi Hiv: uno su 4 non sa di esserlo

Oltre 1.200 nuovi casi di Aids notificati nel 2008, altre 1.679 diagnosi di Hiv nel 2007, con un tasso di incidenza sulla popolazione pari a 6 casi ogni 100 mila abitanti. Secondo le stime, in Italia oggi vivono 151 mila persone con Hiv/Aids e circa un quarto delle persone Hiv-positivo e più della metà delle persone con una nuova diagnosi di Aids ignora la propria sieropositività, in modo particolare coloro che hanno acquisito l'infezione attraverso i rapporti sessuali, sia etero che omo o bisessuali. Questo il preoccupante quadro illustrato alla presentazione di HIVideo (14 giugno), la campagna di prevenzione Hiv-Aids partita il 21 giugno 2009 e indirizzata soprattutto ai giovani, invitati anche a partecipare ad un concorso (video, per l'appunto) per presentare idee su come comunicare l'importanza dell'uso del preservativo.

Ricerca Fiaso: medici di famiglia i più restii a lavorare in équipe

L'ospedale continua ad essere il luogo di cura anche per i casi non urgenti né acuti, e il territorio, seppur rafforzato, stenta a diventare quel sistema organizzato, coordinato e integrato di risposta sanitaria. Anche quando si parla di malattie croniche A dirlo (23 giugno), stavolta, è la ricerca su Misurazione e valutazione dell'integrazione professionale e sulla continuità delle cure promossa dalla Fiaso (la Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere) e condotta in partnership con il Cergas della Bocconi, da cui emerge che il coordinamento tra professionisti scatta quasi esclusivamente se le condizioni dei pazienti sono molto gravi e il bisogno di assistenza urgente. I meno inclini all'integrazione tra colleghi è quella dei medici di famiglia. In una scala di valori da 0 a 5, su tre patologie a grande impatto, il "voto" sull'integrazione da parte dei medici di famiglia è sempre più basso rispetto a quello degli specialisti. Per il diabete è 2,40 contro il 4,03 degli specialisti, per le insufficienze respiratorie gravi è di 2,39 contro 3,65, e per i tumori di 2,69 contro 3,68.



Giulio Tremonti

A Venezia il vertice dei ministri della Salute e dell'Oms

Hanno rivoluzionato il modo di portare aiuti sanitari nei Paesi a basso reddito. Sono le cosiddette Iniziative Sanitarie Globali (Isg), i megapiani sanitari per le popolazioni e i Paesi svantaggiati, delle quali, si è parlato a Venezia il 22 e 23 giugno scorsi nel corso del meeting Massimizzare le sinergie positive tra i sistemi sanitari e le Iniziative Sanitarie Globali, promosso dall'Oms (23 giugno). Circa cento "iniziative" che nel mondo mirano a battere Aids o malaria, tubercolosi o malattie tropicali. Finanziare con denaro pubblico o privato, riconducibili a singoli filantropi o di respiro internazionale, poco importa. Ciò che le contraddistingue è la filosofia: un modello aziendalistico dell'aiuto.

Che sembra funzionare, ma con stanziamenti così corposi che non manca chi mette in dubbio l'appropriatezza della spesa: molti si chiedono se non sia più opportuno che questamassa enorme di fondi, piuttosto che essere puntata sul piatto di una singola patologia, venga investita sullo sviluppo globale dei sistemi sanitari in quei Paesi. Il primo rapporto mondiale sull'impatto delle Iniziative Sanitarie Globali sui sistemi sanitari in oltre 20 Paesi, presentato al vertice di Venezia, ha chiarito come, laddove le Isg siano state accompagnate da un impegno coordinato da parte delle autorità sanitarie locali, hanno anche influenzato positivamente l'intero sistema sanitario operando un "effetto contagio" o, quando ciò non è stato possibile, evidenziando le lacune su cui era necessario intervenire.

LUGLIO

L'Enciclica sociale di Benedetto XVI per una "tecnologia morale"

Il problema dello sviluppo oggi è strettamente congiunto con il progresso tecnologico e con le sue strabilianti applicazioni in campo biologico. Questo uno degli aspetti che ha spinto Papa Benedetto XVI (7 luglio) a scrivere un'enciclica "sociale" - la *Caritas in Veritate* - dove non poteva mancare un riferimento all'uso del progresso tecnologico in sanità per la procreazione assistita o al delicato tema del testamento biologico. Un'enciclica in cui ricordare che "la tecnica è un fatto profondamente umano, legato all'autonomia e alla libertà dell'uomo", ma in cui sottolineare che la libertà umana è propriamente se stessa solo quando è congiunta alla "responsabilità morale" e a un uso etico. Perché, scrive Papa Benedetto, "quando prevale l'assolutizzazione della tecnica si realizza una confusione fra fini e mezzi".

Ccm: approvato il programma 2009

Alle attività del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) sono stati stanziati 19 milioni e 500mila euro, che saranno così distribuiti: circa il 60% sarà indirizzato alle attività di sostegno alle Regioni per la realizzazione del Piano nazionale della prevenzione e del progetto Guadagnare salute. Il 20% sarà dedicato al supporto di progetti strategici di interesse nazionale. Il restante 20% sarà invece destinato alle azioni centrali, vale a dire a tutte quelle voci di spesa necessarie per sostenerne il funzionamento, attività e personale (8 luglio).

Fazio: Ssn? "Non c'è sistema migliore"

Una promozione per il Servizio sanitario nazionale, forse inaspettata, quella espressa dal Ferruccio Fazio il 14 luglio, in occasione del confronto pubblico promosso dalla giornalista del *Corriere della Sera*, Margherita De Bac. Ne è scaturita una lunga intervista a più voci, con domande poste, oltre che da De Bac, anche dal pubblico in sala (soprattutto operatori del settore). "Da medico - ha affermato Fazio - ritenevo che il nostro fosse un servizio molto buono, ma che si reggesse soprattutto sull'impegno dei singoli professionisti. Ora, da amministratore, ho ribaltato il discorso: ferma restando la capacità dei professionisti, quello che funziona è il sistema così come concepito, ossia universalistico e multiregionale dove le esperienze migliori possono venire mutualizzate. Per raggiungere l'optimum dobbiamo solo sanare la situazione nelle Regioni con gravi deficit finanziari". Ma priorità del sistema sono, secondo Fazio, anche lo sviluppo delle cure primarie: "L'ospedale deve essere il punto di riferimento per diagnosi e ricoveri che hanno bisogno di tecnologie e prestazioni multidisciplinari di alto livello, ma c'è tutta una parte diagnostica e di assistenza che andrebbe tirata fuori dall'ospedale e messa sul territorio. Facendolo, pensiamo di ridurre ulteriormente il numero di posti letto da 4 a 3 per mille abitanti e il tasso di ospedalizzazione da 193 a sotto i 130".

Dpef: nel 2013 spesa sanitaria a 127 miliardi di euro

Spesa sanitaria in crescita esponenziale nel prossimo quadriennio. Lo dice il Dpef 2010-2013 approvato il 15 luglio in Consiglio dei Ministri, dove si annoverano le previsioni per i prossimi anni. Se nel 2008 la spesa è stata di 108,747 miliardi di euro, la previsione per il 2009 fa lievitare la cifra a 112,929 mld. Nel 2010 sarà di 114,719 mld, mentre per



il 2011 arriverà alla quota di 118,364 mld. Trend di crescita stimato anche per il 2012 (122,769 mld), che proseguirà nel 2013 fino a DPEF raggiungere i 127,677 mld. La previsione sconta gli effetti delle misure di contenimento della spesa varate con le precedenti Leggi finanziarie nonché gli effetti delle manovre contenute nei Piani di rientro. Il Dpef precisa comunque che “è intenzione del Governo assicurare il completamento del risanamento dei budget sanitari delle Regioni in disavanzo”. Ma la vera partita per il controllo della spesa sanitaria, secondo il ministero dell'Economia, dovrebbe giocarsi con l'avvio del federalismo fiscale e l'individuazione dei costi standard dei servizi, dai quali dovrebbero arrivare “generose economie di spesa” generate “dalla diffusione sul territorio nazionale delle best practice osservate nella gestione dei servizi pubblici”.

La Camera approva mozione contro l'aborto obbligatorio

La mozione approvata a Montecitorio (16 luglio) punta a impegnare l'Onu su una risoluzione che dica no all'aborto come strumento di controllo demografico ed affermi il diritto di ogni donna a non essere costretta o indotta ad abortire. Soddisfazione espressa dal sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella, secondo la quale, in particolare nei Paesi poveri, l'aborto è stato spesso usato per “integrare le campagne contraccettive” secondo l'errata convinzione che la sovrappopolazione sia la causa principale di mancato sviluppo.

Commissariati Molise e Campania

Il sistema sanitario di Campania e Molise è stato commissariato (27 luglio). “Un atto dovuto – ha affermato il ministro del Welfare Maurizio Sacconi – perché si sono prodotti i presupposti di legge sulla base delle conclusioni dei tavoli tecnici Stato-Regioni dei piani di rientro dal disavanzo strutturale e dell'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza”. I commissari sono i governatori delle due Regioni Antonio Bassolino e Michele Iorio. Ma mentre per la Giunta campana la decisione del commissariamento “è sbagliata e rappresenta una evidente forzatura istituzionale”, il presidente del Molise, Michele Iorio, la considera inecce un'opportunità per “intervenire con rapidità nel riordino del sistema”.

La “rivoluzione” dell'Ecm

Dalla Commissione Nazionale per la formazione continua arrivano le nuove regole (28 luglio) per l'accreditamento dei provider e di erogazione della formazione a distanza. Accreditati i provider e non i singoli eventi, niente più tetti per la Fad e stretta sugli sponsor e il conflitto di interessi. Queste le tre principali novità della riforma approvata a luglio e illustrata in occasione della Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina svolta a Cernobbio il 14 e 15 settembre 2009. Per essere pienamente attiva, la riforma dovrà ed essere completata da due “regolamenti” della Commissione nazionale Ecm, uno per l'accreditamento e l'altro per la valutazione.

Legge 194: Meno aborti. Ma scatta allarme per le donne immigrate

Nel 2007 sono state 126.562 le Ivg in Italia, con un decremento del 3,4% rispetto al 2006 e un tasso di abortività del 9,1 contro il 9,4. Ma se sono sempre meno italiane ad abortire, aumentano invece le straniere, per le quali si stima un tasso di abortività 3-4 volte maggiore. È una



Legge 194: crescono le Ivg tra le donne immigrate

fotografia complessivamente positiva quella della Relazione sulla legge 194/78 inviata lo scorso 29 luglio al Parlamento dal ministro del Welfare Maurizio Sacconi. Ne è convinta Eugenia Roccella, sottosegretario alla Salute, secondo la quale “la 194 funziona e non c'è bisogno di modifiche legislative, anche se va sviluppata la parte dedicata alla prevenzione”. Il minor ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) e la riduzione dei tempi di attesa (il 58% delle donne che abortisce lo fa entro 14 giorni dal rilascio del certificato) sottolinea Roccella, dimostrano “che il servizio nelle strutture pubbliche viene garantito”. A preoccupare è l'aumento di aborti tra le donne

straniere, legato a una crescita del flusso migratorio ma anche alla scarsa conoscenza dei metodi per la procreazione responsabile, spesso usati scorrettamente. Le campagne di informazione e i servizi counseling restano dunque importanti per un ulteriore calo del numero degli aborti, come ha ricordato anche Sacconi.

AGOSTO

Alcol: giovani a rischio, 17% intossicati under-14

In Italia circa un milione e 500mila ragazzi nella fascia di età 11-24 anni sono considerati consumatori a rischio per l'abuso di bevande alcoliche, e di questi, la metà ha meno di 18 anni. Circa il 17% dei ragazzi che si rivolgono al pronto soccorso a seguito di una intossicazione da alcol ha meno di 14 anni. I preoccupanti dati arrivano dall'ultimo rapporto (4 agosto) dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss), che testimonia come il fenomeno dell'abuso tra i giovanissimi sia in crescita. L'alcol alla guida, peraltro, rappresenta la prima causa di decesso tra i giovani anche in Italia (circa 2800/anno).

riore di Sanità (Iss), che testimonia come il fenomeno dell'abuso tra i giovanissimi sia in crescita. L'alcol alla guida, peraltro, rappresenta la prima causa di decesso tra i giovani anche in Italia (circa 2800/anno).

SETTEMBRE

Università: infermieri, boom domande ma pochi posti

Le domande di ammissione ai corsi di laurea di Scienze Infermieristiche sono aumentate di circa il 20%, ma i posti messi a bando sono pochi secondo il segretario della conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, Angelo Mastrillo, che chiede al Governo di aumentare il numero degli studenti ammessi, per far fronte alla richiesta del mondo della sanità. Le domande presentate sono circa 101.100, contro le 89.642 dello scorso anno. Di queste, 35.500 riguardano il corso di Scienze Infermieristiche cresciute di circa il 20% rispetto alle 30mila circa dell'anno scorso. La Conferenza dei corsi di laurea chiede, quindi, di aumentare almeno del 10% i posti a disposizione, cioè circa 14.500 unità in più messe a bando.

Scuola: Nas, 1 mensa su 3 fuori legge per la qualità cibo

Cibo scadente e non a norma rispetto agli standard previsti dai capitolati delle gare di appalto. È questa l'infrazione più frequente riscontrata dai Nas nei controlli realizzati nelle mense scolastiche da gennaio ad agosto, controlli che hanno permesso di verificare irregolarità in circa un terzo dei 178 istituti ispezionati. Chiuse 15 strutture, due mense e 3,6 tonnellate di cibo sequestrate. Denunciate 28 persone e 44 segnalate all'autorità amministrativa. Sono state 101 le infrazioni accertate in tutto. Questioni di qualità, più che igieniche, ha spiegato il vicecomandante Antonio Amoroso. Ma nel complesso Amoroso parla di situazione non preoccupante: “Le scuole sono sotto il nostro continuo controllo e anche per il prossimo anno prevediamo ispezioni continue per assicurare la qualità del servizio offerto”.

Istituita la nuova Commissione per la riabilitazione

Il sottosegretario alla Salute Francesca Martini ha firmato il decreto (22 settembre) che istituisce la Commissione riabilitazione, il cui compito è la ricognizione e organizzazione delle strutture di rieducazione presenti sul territorio. Dopo aver fatto una ricognizione della situazione attuale, la Commissione dovrà predisporre una proposta di Piano nazionale di riabilitazione al fine di omogeneizzare le prestazioni dei servizi a livello nazionale.

OTTOBRE

Sanità: diminuiscono le consulenze esterne, ma non in tutte le regioni

Nel 2008 è stata di oltre 358 milioni di euro la spesa per consulenze esterne da parte del Servizio sanitario nazionale, che comunque hanno subito un calo del 13,5% rispetto agli oltre 414 milioni del 2007. È quanto ha affermato il ministro per la Funzione Pubblica, Renato Brunetta, presentando in commissione Igiene e Sanità del Senato (6 ottobre) la relazione sulle consulenze e le collaborazioni esterne nel Ssn. Secondo Brunetta occorre però distinguere i casi in cui le consulenze vengono assegnate all'esterno pur avendo a disposizione all'interno competenze analoghe.

Quella che emerge è “un'Italia divisa in due”. Il ministro ha poi rilevato come alcune Regioni abbiano comunicato tutti i dati “all'insegna della trasparenza, mentre in altre i dati non sono invece noti”. Di queste Regioni si conoscono però le somme totali spese per le consulenze esterne e, per esempio, emerge che in Calabria spese di questo tipo sono aumentate del 400% fra il 2006 e il 2007.

NOVEMBRE

È legge il riordino delle farmacie

Pubblicato in Gazzetta Ufficiale (4 novembre) il provvedimento per il riordino delle farmacie. Approvato dal Consiglio dei ministri il 31 luglio 2009 e il decreto legislativo, ora trasformato in legge, prevede per le “nuove” farmacie la partecipazione all'Adi, iniziative per diffondere il corretto uso dei farmaci, farmacovigilanza, partecipazione a programmi di educazione sanitaria, partecipazione a campagne di prevenzione nazionali e regionali, erogazione di servizi anche con l'ausilio di altri operatori sanitari, analisi di prima istanza, prenotazione visite specialistiche, pagamento ticket e ritiro referti.

Torna il ministero della Salute, ma a sovranità limitata

Con 252 voti a favore, 63 contrari e 156 astenuti la Camera ha approvato (11 novembre) l'autonomia della Salute dal maxi ministero del Welfare. Una rinascita. La seconda, a dire il vero. Perché già nel 2001, sempre con Berlusconi capo del Governo, si decise di ripristinare il ministero della Salute, cancellato dalla legge “Bassanini” del 1999 e poi nuovamente cancellato nel 2008 con l'ultima finanziaria del Governo Prodi. Ancora una volta, dunque, la politica torna sui suoi passi. Ma se si riconosce la necessità di un ministero dedicato esclusivamente alla gestione della “macchina sanità”, tuttavia si affida al ministero dell'Economia il compito di tenere una mano sul freno e vigilare sulla spesa sanitaria nazionale e regionale in modo esclusivo. Per le delicate questioni della bioetica, invece, è stato deciso di affidare al ministro Sacconi, che resta titolare del ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il coordinamento politico della materia.

Cedap: cresce la natalità in Italia, un bambino su 100 nasce in provetta

Nel 2006 la stima del numero medio di figli per donna è pari a 1,35, in crescita dopo il minimo storico di 1,19 raggiunto nel 1995. Resta tuttavia alto il ricorso al cesareo, utilizzato nel 37,4% dei parti. Sono i principali dati del 5° Rapporto CeDAP sull'evento nascita in Italia pubblicato dal ministero della Salute nel novembre scorso e riferito ai dati del 2006. Dal rapporto emerge che un bambino ogni 100 nasce con le tecniche di procreazione medicalmente assistita (Pma). In generale, il tasso di natalità cresce, per lo più al Nord e al Centro, che recuperano rispetto alle Regioni del Sud, dove si registra al contrario una diminuzione. Il 15% dei parti avviene tra le donne straniere, che in media hanno 28 anni di età contro i 32 anni delle madri italiane.

Sanità e politica: il rebus delle nomine

Sono i 40 mila manager e sanitari che siedono ai vertici delle Asl e degli ospedali del Ssn ai quali, di fatto, sono affidate le performance della sanità italiana. Un piccolo "esercito" di professionisti, con molto potere e con un ampio portafoglio da gestire. Due aspetti che, da soli, bastano a spiegare il perché la politica voglia da sempre dire la sua su queste nomine. Scandalo. O meglio a molti tutto ciò fa scandalo. Da qui la promessa bipartisan, anche nell'ultima campagna elettorale, di cambiare le regole e far vincere il merito su qualsiasi logica di spoil system. Per capire se dalle parole si passerà ai fatti e soprattutto per sapere cosa ne pensino i diretti interessati, il quindicinale di politica sanitaria *Il Bisturi* ha chiamato a discuterne i diretti interessati (politici e rappresentanti sindacali dei medici) nel corso di un convegno promosso il 12 novembre a Roma, in collaborazione con la Fiaso. "La politica in sanità ci vuole - ha esordito il viceministro alla Salute Ferruccio Fazio -, il punto è che essa va normata per darle modo di agire entro paletti certi".

Medici spia: eliminato l'obbligo di denuncia dei clandestini

I medici e il personale sanitario non dovranno denunciare gli stranieri non in regola con le norme sul soggiorno che si rivolgono alle strutture sanitarie. Lo ha chiarito il Ministero dell'Interno con una circolare del 27 novembre, mettendo così fine all'equivoca interpretazione della norma contenuta nel pacchetto sicurezza, che esentava i sanitari da segnalazioni, ma non esentava dalla denuncia degli immigrati irregolari all'autorità giudiziaria in qualità di pubblici ufficiali.

DICEMBRE

Patto per la salute tra Governo e Regioni

Dopo un lungo braccio di ferro durato mesi è stata finalmente raggiunta l'intesa (4 dicembre) sul Patto per la Salute 2010-2012, confluita, in parte, nel maxi emendamento del ministero dell'Economia alla Finanziaria 2010. Invariate rispetto alla preintesa del 23 ottobre scorso le risorse messe a disposizione dallo Stato per il Ssn per un totale di 332 miliardi di euro in tre anni. Per il 2010 le risorse per la sanità ammonteranno a 106,2 miliardi, nel 2011 a 108,6 miliardi e per il 2012 saliranno a 111,7 miliardi. A queste somme vanno poi aggiunti 5,6 miliardi di euro per gli interventi in edilizia e tecnologia. Novità per le Regioni con i conti rosso, che potranno far scattare aumenti di Irap (0,15%) e Irpef (0,30%). Disposto anche il taglio di 9.800 posti letto negli ospedali entro giugno 2011 e la diminuzione delle cure in ospedale per trasferirle agli ambulatori, mentre rimane in sospeso il capitolo della farmaceutica.

La RU486 è in Gazzetta ufficiale

L'autorizzazione all'immissione in commercio della pillola abortiva Mifegyne è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 286 del 9 dicembre 2009. Nel testo si specificano anche i vincoli del percorso di utilizzo, prevedendo che "in particolare deve essere garantito il ricovero in una



Usa: Sì del Senato alla riforma sanitaria

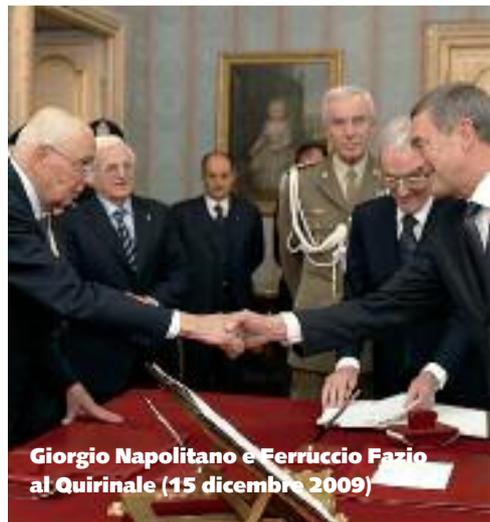
Storica svolta per gli Stati Uniti. Con 60 voti a favore e 39 contrari il Senato Usa ha approvato (24 dicembre) la legge di riforma sanitaria voluta dall'Amministrazione Obama che darà la copertura sanitaria a 30 milioni di americani. I democratici hanno dato un forte segnale politico dimostrando l'unità del gruppo dopo settimane di divisioni sull'insieme delle misure da portare in aula. Questa rivoluzione della sanità costerà quasi mille miliardi di dollari nell'arco di dieci anni. Nei primi giorni del nuovo anno tuttavia il dibattito sulla riforma si riaprirà: le versioni del testo di Camera e Senato sono diverse e dovranno essere conciliate prima che il presidente Obama possa ratificare in legge il testo finale.

Influenza A: quasi 200 morti. Fazio: "Pochi vaccini per poca informazione"

C'è stato un problema di informazione che ha impedito alla popolazione, ma soprattutto ai medici, di comprendere l'importanza della vaccinazione contro l'influenza A. Lo ha affermato il ministro alla Salute Ferruccio Fazio, intervenendo il 22 dicembre alla presentazione di una campagna di informazione sulla pandemia promossa dalla Fnomceo, la Federazione degli Ordini dei medici. Secondo il bollettino presentato il 27 dicembre dal Ministero della Salute, le vittime accertate in Influenza A in Italia sono 193 e 3.967.000 i casi stimati dall'inizio della pandemia. La percentuale di vittime in rapporto al totale dei malati di nuova influenza A è dunque dello 0,0048 per cento. Le dosi di vaccino distribuite in Italia sono in totale 7.423.851. Dall'inizio della campagna vaccinale al 27 dicembre sono state complessivamente somministrate 812.559 prime dosi e 26.418 seconde dosi.

Rapporto Sdo: nel 2007 oltre 500mila ricoveri in meno

Sono stati 12.342.537 i ricoveri in ospedale nell'anno 2007, e 76.340.751 le giornate di degenza: oltre 510.000 dimessi e oltre 1.600.000 giornate di ricovero in meno rispetto all'anno 2006. Questi i grandi numeri dell'assistenza ospedaliera pubblica in Italia contenuti nel Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero relativo al 2007, elaborato dal Ministero della Salute attraverso la lettura del flusso informativo sulle schede di dimissione ospedaliera (Sdo) delle strutture ospedaliere pubbliche e private. Nel corso del 2007 sono stati effettuati quasi 11,448 milioni di ricoveri nei reparti per acuti, che rappresentano il 92,8% di tutti i ricoveri ospedalieri, di cui circa 7,9 milioni (68,8%) in regime di degenza ordinaria e quasi 3,6 milioni (31,2%) in Day hospital. Il ricorso alle strutture private accreditate è maggiore nelle regioni meridionali, dove si registrano le percentuali di ricovero più elevate in Abruzzo (26,1%), in Calabria (25,9%) e in Campania (27,1%).



Giorgio Napolitano e Ferruccio Fazio al Quirinale (15 dicembre 2009)

delle strutture sanitarie individuate dall'art. 8 della citata Legge 194/78 dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento". Il farmaco è classificato in fascia H, cioè quella dei farmaci per uso ospedaliero, e avrà un prezzo al pubblico di 33,01 euro (iva inclusa) per la confezione di una compressa (da 200 mg) e di 99,02 euro per la confezione da tre compresse. Ai prezzi sarà applicato lo sconto obbligatorio previsto per le strutture pubbliche sui prezzi di fabbrica.

Ferruccio Fazio è il nuovo ministro della Salute

Al Palazzo del Quirinale, Fer-

ruccio Fazio presta giuramento (15 dicembre) nelle mani del presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, diventando così il ministro del ripristinato ministero della Salute. Firmato contestualmente il decreto che trasforma la carica di Maurizio Sacconi da ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali a ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Milleproroghe: l'intramoenia slitta al 2011

È questa la novità più corposa che riguarda il capitolo sanità del classico Dl Milleproroghe di fine anno. Nel testo è previsto lo slittamento dal 31 gennaio 2010 al 31 dicembre 2011 per realizzare tutte le iniziative che dovranno consentire ai medici dipendenti delle Asl di esercitare la libera professione intramuraria. La legge del 2007, infatti, impone una serie di adempimenti per consentire ai medici dipendenti di svolgere l'attività libero professionale all'interno della struttura dove operano, ma le Regioni, secondo i dati dell'Osservatorio, per la professione intramuraria non sono ancora in grado di garantire l'avvio della riforma del lavoro medico.

Calabria: scongiurato il commissariamento

La sanità in Calabria non sarà commissariata. Il presidente della Regione, Agazio Loiero, ha infatti firmato con il ministro dell'Economia Giulio Tremonti, con il ministro della sanità Ferruccio Fazio, e con il via libera del ministro delle Regioni Raffaele Fitto, il Piano di rientro del debito.

Dirigenti Ssn: ri-parte la "Vertenza salute"

Assemblee in tutta Italia, tre manifestazioni a Napoli, Milano e Roma a cui potrebbe far seguito uno sciopero nazionale a marzo. È la Vertenza Salute per salvare il Sistema sanitario nazionale, lanciata il 27 dicembre dai 130mila dirigenti del Ssn "per dire no a chi vuole distruggere la sanità italiana". Le manifestazioni di protesta si sono aperte il 19 gennaio 2010 con una giornata di mobilitazione nazionale, con assemblee di medici, veterinari e altri dirigenti del Ssn nei luoghi di lavoro. In seguito, arriveranno pure due manifestazioni regionali, a Napoli il 4 febbraio e a Milano il 16 per puntare l'attenzione sui problemi del Centro-Sud e del Nord, e una manifestazione nazionale a Roma il 9 marzo. Possibile anche uno sciopero a marzo, qualora non dovessero pervenire risposte convincenti dalle Istituzioni.

2009

Un anno visto da

G Y N E C O

Un breve viaggio tra le copertine di *GynecoAogoi* per ricordare fatti, studi & rapporti, iniziative e proposte, commenti e interviste, i momenti più significativi per la vita associativa Aogoi e per la nostra categoria, raccolti dal nostro giornale nell'anno appena trascorso

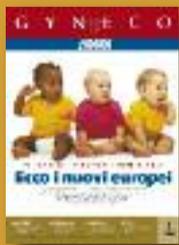


FATE ATTENZIONE Scorrete con cura queste pagine e ripercorrete attraverso le copertine dei 9 numeri di *GynecoAogoi* 2009 le tappe più significative dell'anno che ci lasciamo alle spalle. Non tanto per fare il bilancio di un anno ricco di avvenimenti, ma per ricordare un 2009 che ha inciso profondamente sulla ginecologia italiana. Un anno che è stato decisivo per indicare, anche grazie a meeting di massimo livello, come il Congresso Figo di Città del Capo e il Nazionale di Bari, le strategie da seguire fino al mondiale Figo di Roma 2012. Sommersi dalle notizie e dalle informazioni, scavalcati dai nuovi mezzi d'informazione, *Gyneco* ha sempre cercato di selezionare gli argomenti più importanti per la nostra specialità. Molte volte ha fatto da apripista. Ha offerto ai lettori una guida ragionata su temi che più ci toccavano da vicino per meglio comprenderli e affrontarli. Non è stato un lavoro facile. È stato necessario uno sforzo importante dell'Aogoi, che ha fornito i mezzi, le risorse e il sostegno per riuscire al massimo. La redazione ha lavorato intensamente. È stata formidabile per contributo ed entusiasmo. Un doveroso ringraziamento per il loro prezioso apporto va ai "contributors fissi" di *Gyneco*: Vania Cirese, Carmine Gigli, Maurizio Orlandella, Pier Francesco

Tropea, Carlo Maria Stigliano e l'ultimo entrato nella squadra, Giuseppe Gragnaniello, che ogni mese hanno arricchito le pagine di questo giornale con approfondimenti e nuovi spunti di riflessione. Agli inizi dello scorso anno, la redazione si rese conto che nella vita professionale e societaria vi sono momenti in cui tempi e modi dell'informazione necessitavano di maggiore rapidità. Nacque così *Gynecoletter*, che, inviata per e-mail, ha permesso ai soci Aogoi di ricevere le notizie quasi in tempo reale. Nei tre giorni del Congresso Nazionale a Bari *Gynecoletter* ha così informato quotidianamente i soci Aogoi che non partecipavano alla manifestazione pugliese sugli argomenti più interessanti.

Ora ci aspetta un 2010 con un'agenda ricca di appuntamenti importanti per la nostra professione. Ci sono battaglie che devono essere affrontate con l'impegno di tutti. Il congresso Sigo di Milano del prossimo autunno costituirà certamente una cartina al tornasole sulla bontà delle nostre politiche societarie. *GynecoAogoi*, come sempre, sarà in prima linea per raccontarvi i vari avvenimenti, cercando nello stesso tempo di conservare le sue radici e salvare la sua fortissima identità.

Ai lettori l'augurio di un buon 2010.



Numero 1/2009

Salute materno-infantile. Il 2009 di Gyneco si apre con una fotografia della salute materno-infantile nel Vecchio Continente scattata dall'European Perinatal Health Report. I risultati evidenziano la presenza di forti differenze e situazioni di svantaggio nei Paesi dell'Est, ma anche di problematiche sussistenti in quelli dell'Ovest.

Errori medici. "Superiamo l'automatismo verso il penale": Giuseppe Palumbo, presidente della commissione Affari Sociali della Camera, illustra la proposta di legge che lo vede primo firmatario insieme a Iole Santelli, vice presidente della commissione Affari Costituzionali. Secondo Palumbo, il fenomeno del contenzioso medico va affrontato stabilendo una netta separazione tra responsabilità penali e responsabilità civili. Fondamentale anche un consenso informato più vincolante.

Violenza di genere. Valeria Dubini, vicepresidente Aogoi, presenta il progetto formativo finanziato dalla Regione Toscana per contrastare il fenomeno della violenza sulle donne. Il progetto, rivolto al personale delle unità di Emergenza e di Ginecologia e Ostetricia, persegue un duplice obiettivo: aiutare il personale a riconoscere la violenza domestica e riuscire ad aprire una "finestra di opportunità" per la donna vittima di violenza attraverso la costruzione di una rete multi-professionale.



Numero 3/2009

Terromoto in Abruzzo. "Il nostro reparto è ora una tenda": la commovente testimonianza di Marina Tobia, ginecologa all'ospedale San Salvatore de L'Aquila, su quella notte di paura e sui primi soccorsi che, insieme ai colleghi in servizio, ha prestato ai feriti mentre la terra continuava a tremare.

Legge 40, tutto da rifare? L'opinione del presidente Sios Mauro Costa e il comunicato della Sigo sulla sentenza della Corte Costituzionale che ha dichiarato illegittimo il limite di impianto di tre embrioni e altri vincoli della legge sulla procreazione medicalmente assistita.

Staminali: occhio al business. Una lettera del segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera, corredata dal parere dell'avvocato Daniela Palmieri e del presidente della Società italiana di diagnosi prenatale, Claudio Giorlandino, richiama l'attenzione sulla conservazione del sangue cordonale per uso autologo e sul rischio di farne un business da parte dei laboratori privati e delle società di intermediazione che sponsorizzano la raccolta autologa.

Numero 4-5/2009

Troppi cesarei? Parliamone. La copertina della rivista anticipa un approfondimento che muove dalle tre mozioni bipartisan appena approvate al Senato per rilanciare il problema dell'eccessivo ricorso al cesareo in Italia. Alla vigilia delle linee guida dell'Iss, l'Aogoi apre il confronto sulle pagine del giornale con gli interventi di Pier Francesco Tropea, Valeria Dubini, Luana danti, Ciro Guarino, Romano Forleo, Rosalba Paesano e Serena Donati.

Upigo: la storia, il ruolo e la mission della Unione professionale internazionale ginecologi e ostetrici raccontata da Pier Francesco Tropea, delegato italiano al meeting annuale Upigo svoltosi a Lussemburgo dal 12 al 14 giugno.

Villasimius. Il successo del corso di aggiornamento sulla medicina embio-fetale e perinatale, organizzato e diretto dal presidente Aogoi Giovanni Monni, giunge al suo nono appuntamento. L'obiettivo, centrato dalla quattro-giorni di lavoro cui intervengono grandi nomi della ginecologia nazionale e internazionale, è di arricchire con un bagaglio di nuove conoscenze le competenze dei partecipanti e di costruire un percorso integrato sui diversi aspetti della salute femminile tout court. A latere del Corso, quest'anno, Agite ha organizzato il suo 1° congresso nazionale.



Numero 2/2009

Pma. L'identikit delle coppie che vi ricorrono occupa la copertina del secondo numero della rivista. Dall'indagine, svolta dal Censis e dalla Fondazione Serono, emerge che si tratta soprattutto di coppie del Nord, con livelli di studio medio-alto e un'età tra i 35 e i 38 anni. Preoccupa la variabilità territoriale: se il tempo intercorso tra i primi tentativi di avere un figlio e il primo contatto con il medico è di 9 mesi al Nord, il dato sale a 18,7 mesi per le coppie del Sud.

Parto fisiologico. Al progetto promosso a Castellamare di Stabia è dedicato un lungo articolo firmato da Ciro Guarino, direttore del progetto. Attraverso lo sviluppo di linee guida e il monitoraggio del processo nascita, infatti, l'Ospedale San Leonardo è riuscito a ridurre il ricorso ai cesarei dal 52,7 al 17,5% (la media italiana è del 38%) innalzando, al contempo, l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza in gravidanza.

Immigrazione e salute. Aldo Morrone, direttore dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (Inmp), sottolinea la necessità di garantire la salute a tutti coloro che vivono nel nostro Paese, anche confermando il divieto alla segnalazione degli immigrati clandestini.



Numero 6/2009

Voglia di sport, anche con il pancione. Negli ultimi tempi molte donne italiane praticano regolare attività fisica come stile di vita e sono quindi sempre più numerose le donne in gravidanza che si rivolgono al ginecologo per chiedere consigli su come poter continuare a praticare sport. Un lungo articolo fa l'excursus tra linee guida, accorgimenti e controindicazioni, partendo dalla consapevolezza – internazionale – che un moderato e costante esercizio fisico può dare beneficio sia alla salute che al benessere psichico della donna in gravidanza, ma anche nelle altre fasi della vita.

Intervista a Sergio Pecorelli. È un ginecologo di fama il nuovo presidente del Consiglio di Amministrazione dell'Aifa che qui sottolinea il suo impegno per una maggiore attenzione alla ricerca, anche farmaceutica, per la salute delle donne.

Ospedale-Territorio. Le 6 proposte di Aogoi-Agite per una rivisitazione della professione alla luce dell'integrazione tra ospedale e territorio sono rivolte a tutte le Istituzioni sanitarie, nazionali, regionali e locali. Eccole: 1. uniformare sul territorio nazionale l'organizzazione delle attività consultoriali; 2. integrazione armonica tra le funzioni dei Distretti e le Uu.Oo.; 3. istituzione di Uu.Oo. complesse di Ginecologia medico preventiva; 4. concepire il tutto

Numero 7/2009

Legge 194. Sacconi presenta la Relazione annuale, da cui emerge che mentre continuano a calare le lvg delle italiane, il tasso di abortività delle immigrate resta 3-4 volte superiore. Anche per questo il sottosegretario Roccella, nel sottolineare che la legge funziona e non c'è bisogno di modifiche, ribadisce con forza che si deve sviluppare la parte dedicata alla prevenzione.

Caliamo la ginecologia nella società. È quanto si propone l'Aogoi, che in due articoli a firma di Antonio Chiantera, segretario nazionale Aogoi, e di Vito Trojano, presidente dell'85° Congresso nazionale Sigo-50° Congresso nazionale Aogoi, sottolineano il ruolo della ginecologia e dell'Associazione nel sistema sanitario, non soltanto sui temi tecnici, ma anche sulle questioni politiche, a partire dalla necessità di potenziare il ruolo dei consultori, punto cruciale dell'assistenza alle donne sul territorio.



Numero 8-9/2009

Emozione donna tra luci ed ombre. È il titolo che l'85° Congresso Sigo- 50° Aogoi ha scelto per il 2009. Con questo slogan si è voluto sottolineare come la salute e il benessere della donna dipendano da una molteplicità di fattori che non interessano solo il corpo, ma anche la sfera emotiva. In questo "anteprima congresso" Gyneco vuole aprire una finestra sulle tematiche congressuali per consentire al maggior numero di colleghi di entrare nel vivo dei temi, delle problematiche e delle prospettive per la nostra professione. Accanto alle riflessioni e alle analisi dei protagonisti dell'assise di Bari, abbiamo raccolto la voce di autorevoli rappresentanti del Governo e delle forze politiche di maggioranza e opposizione. Hanno risposto al nostro invito, tra gli altri, Ferruccio Fazio, allora vice ministro della Salute, Eugenia Roccella, sottosegretario alla Salute, Antonio Tomassini, presidente della



commissione Igiene e Sanità del Senato, Cesare Corsi, presidente dell'Osservatorio Salute e responsabile Salute del Pdl, Dorina Bianchi e Fiorenza Bassoli, componenti della Commissione Igiene e Sanità del Senato, Benedetto Fucci, componente della Commissione Affari Sociali della Camera e Tommaso Fiore, assessore alla Salute della Regione Puglia. **Cape Town.** È qui che la ginecologia mondiale si è incontrata per il XIX Congresso della Federazione internazionale di Ginecologia e Ostetricia (Figo). Con il discorso di insediamento del neopresidente eletto Gamal Serour, Gyneco apre una panoramica sulla sei giorni di lavoro in cui i massimi esperti della categoria si sono confrontati su temi scientifici, culturali e antropologici legati in un unico *fil rouge*: il rispetto della donna, dei suoi diritti alla salute, di lotta alle pratiche più aberranti ancora presenti in alcuni Paesi (come l'infibulazione), la tutela della fertilità e della maternità, la definizione delle migliori politiche per una contraccezione responsabile e per una menopausa serena.

Numero 10/2009

Speciale Congresso Sigo-Aogoi. Un numero dedicato al Congresso nazionale svolto a Bari dal 28 al 31 ottobre, che per successo di partecipanti (italiani e stranieri) e per l'attualità dei temi trattati, si è rivelato un momento di grande importanza per la vita associativa e professionale. Ripercorrendo le giornate di lavoro attraverso una sintesi degli interventi, lo speciale illustra le nuove sfide che aspettano la ginecologia del nuovo millennio, legate all'invecchiamento della popolazione femminile e alle nuove opportunità per tutelare e migliorare la salute di tutto l'universo donna.

Rapporto Onda. Alla sintesi del rapporto annuale sono dedicate le 8 pagine centrali di Gyneco. Una fotografia della salute delle donne e dell'assistenza nelle diverse Regioni italiane. Uno spaccato completo, patologia per patologia, con attenzione ai fenomeni sociali e demografici, da cui emerge che l'ottica di genere, in Italia, non è ancora pienamente utilizzata per programmare gli interventi di promozione della salute. E ancora persistono pregiudizi nello studio dell'eziologia, dei fattori di rischio, nelle diagnosi e nei trattamenti.



nell'ambito del Dipartimento materno-infantile; 5. potenziare le funzioni e prestazioni di II livello; 6. revisione e aggiornamento costante del POMI.

Numero 11/2009

Fazio ministro della Salute. Il 2009, infatti, si chiude con il tanto auspicato ripristino del dicastero e la nomina di Ferruccio Fazio alla guida. Ma anche con la presentazione di importanti Rapporti che raccontano la salute in Italia. Dalla Relazione sullo stato sanitario del Paese emerge che gli italiani sono longevi, ma sempre più colpiti da malattie croniche. Il V Rapporto Cedap sottolinea un cambio di tendenza per la natalità in Italia, finalmente in crescita, seppur leggera, dopo tanti anni di stallo; preoccupa, tuttavia, l'eccessivo ricorso al cesareo. Con la celebrazione, il 1° dicembre, della Giornata mondiale Aids, svolta per la prima volta in Parlamento, si sottolinea invece la necessità di non abbassare la guardia, perché il virus non si è fermato, anzi, la diffusione è in crescita soprattutto tra le donne. **Aids.** "Eliminare per sempre il contagio madre-figlio" è quanto auspica Carla Bruni, first lady di Francia e ambasciatrice del Fondo mondiale per la lotta all'Aids in occasione della Giornata Mondiale Aids 2009.

Responsabilità professionale medica. All'informazione su questo tema è come sempre dedicato ampio spazio. Su questo numero, gli ultimi aggiornamenti in materia di consenso informato, l'evoluzione nel tempo dei criteri di colpevolezza nel diritto penale in ambito sanitario e l'orientamento della dottrina italiana più recente.





È iniziato il terzo anno di Legislatura

La sanità in Parlamento

LEGENDA

AC: Atto Camera
AS: Atto Senato

Aut: Autonomie
PD: Partito Democratico
PdL: Popolo della Libertà;
IdV: Italia dei Valori
Lnp: Lega Nord Padania;
UDC: Unione di Centro
SVP: Südtiroler Volkspartei

prescrizione per i reati di maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli, riduzione in schiavitù, pornografia e sfruttamento della prostituzione minorile, violenza sessuale, atti sessuali con minorenni e corruzione di minorenni
Iniziativa: on. Carlucci (Pdl)
AC. 2229 - Modifiche al codice penale e al codice di procedura penale e altre disposizioni per il contrasto della violenza sessuale.
Iniziativa: on. Cosenza (Pdl)

La discussione dell'AS. 1675 è congiunta con quella dei seguenti provvedimenti (da AS. 274 a AS. 1529):

AS. 274 - Nuove disposizioni contro la violenza sessuale
Iniziativa: sen. Incostante (Pd)
AS. 451 - Misure contro molestie e violenze alle donne, ai diversamente abili e per motivi connessi all'orientamento sessuale
Iniziativa: sen. Della Monica (Pd)
AS. 1251 - Nuove norme per il potenziamento della lotta contro la violenza sessuale
Iniziativa: sen. Bianchi (Pd)
AS. 1303 - Norme in materia di violenza sessuale sui minori
Iniziativa: sen. Bonfrisco (Pdl)
AS. 1529 - Modifica al codice di procedura penale in materia di arresto obbligatorio in flagranza per il delitto di atti sessuali con minorenni.
Iniziativa: sen. Li Gotti (Idv)

AC. 233 - Nuove disposizioni per il contrasto dei reati di violenza sessuale
Presentato alla Camera il 29 aprile 2008, non ancora assegnato alla Commissione Competente.
Iniziativa: on. Russo (Pdl)

AC. 123 - Disposizioni concernenti interventi contro la violenza sessuale sulle donne
Presentato alla Camera il 29 aprile 2009 e assegnato alla XII Commissione Affari Sociali. L'esame del provvedimento non è ancora iniziato.
Iniziativa: on. Angelini (Pdl)

IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E BIOTESTAMENTO:

I seguenti provvedimenti recano come titolo "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento". Questi provvedimenti sono assegnati ed esaminati congiuntamente dalla XII Commissione Igiene e Sanità del Senato che ha approvato il 26 marzo 2009 un Testo Unificato. Il provvedimento è attualmente all'esame della XII Commissione Affari Sociali della Camera con la numerazione AC. 2350.

Una scheda curata dall'avvocata **Mina Maisto** ci illustra le proposte di legge all'esame del Parlamento nella XVI legislatura, suddivise per le aree di maggior interesse per la categoria medica

IN MATERIA DI VIolenza sessuale:

AC. 2232 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 23 febbraio 2009, n. 11, recante misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori
Presentato alla Camera dei Deputati il 24 febbraio 2009 e approvato definitivamente al Senato il 22 aprile 2009 con la numerazione AS. 1505. Attualmente: Legge n. 38/09 del 23 aprile 2009, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 95 del 24 aprile 2009.
Iniziativa: Governo

I seguenti provvedimenti da AC. 574 a AC. 2229, sono stati

discussi congiuntamente presso la II Commissione Giustizia della Camera. La Commissione ha adottato un testo unificato che è stato approvato dalla Camera dei Deputati il 14 luglio 2009. Il provvedimento è ora all'esame della Commissione Giustizia del Senato e ha assunto la numerazione AS. 1675.

AC. 574 - Norme in materia di costituzione di parte civile dei comuni nei procedimenti per violenza sessuale
Iniziativa: on. De Corato (Pdl)
AC. 611 - Modifiche al codice penale concernenti l'innalzamento dell'età del consenso nei rapporti sessuali

Iniziativa: on. Caparini (Lnp)
AC. 666 - Modifiche al codice penale concernenti la disciplina dei reati di violenza sessuale nell'ambito dei delitti contro la vita e l'incolumità individuale
Iniziativa: on. Lussana (Lnp)
AC. 688 - Nuove disposizioni in materia di contrasto dei reati di violenza sessuale
Iniziativa: on. Prestigiacomo (Pdl)
AC. 817 - Modifiche agli articoli 609 - bis e 609 - ter del codice penale in materia di violenza sessuale
Iniziativa: on. Napoli (Pdl)
AC. 924 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione degli atti di discriminazione, degli atti persecutori e delle violenze nei riguardi delle donne, dei disabili e

per motivi connessi all'orientamento sessuale, nonché misure per la tutela e il sostegno delle vittime di tali reati

Iniziativa: on. Pollastrini (Pd)
AC. 952 - Nuove norme per il potenziamento della lotta contro la violenza sessuale e i maltrattamenti nei confronti di familiari e conviventi
Iniziativa: on. Pelino (Pdl)
AC. 1424 - Misure contro la violenza sessuale
Iniziativa: Governo
AC. 2142 - Modifica all'articolo 275 del codice di procedura penale, concernente la disciplina dei criteri di scelta delle misure cautelari da applicare nei procedimenti per reati di violenza sessuale
Iniziativa: on. Saltamartini (Pdl)
AC. 2167 - Modifica all'articolo 275 del codice di procedura penale, concernente la disciplina dei criteri di scelta delle misure cautelari da applicare nei procedimenti per reati di violenza sessuale
Iniziativa: on. Pelino (Pdl)
AC. 2194 - Modifica all'articolo 157 del codice penale, in materia di prolungamento dei termini di



- AS. 10**
Iniziativa: sen. Marino (Pd)
- AS. 51** -
Iniziativa: sen. Tomassini (Pdl)
- AS. 136**
Iniziativa: sen. Poretti (Pd)
- AS. 281**
Iniziativa: sen. Carloni (Pd)
- AS. 285**
Iniziativa: sen. Baio (Pd)
- AS. 483**
Iniziativa: sen. Massidda (Pdl)
- AS. 800**
Iniziativa: sen. Musi (Pd)
- AS. 972**
Iniziativa: sen. Veronesi (Pd)
- AS. 994**
Iniziativa: sen. Baio (Pd)
- AS. 1095**
Iniziativa: sen. Rizzi (Lnp)
- AS. 1188**
Iniziativa: sen. Bianconi (Pdl)
- AS. 1323**
Iniziativa: sen. D'Alia (Udc-Svp-Aut)
- AS. 1368**
Iniziativa: sen. D'Alia (Udc-Svp-Aut)

La discussione dell'AC. 2350, che è stato adottato come testo base, è congiunta con quella dei seguenti provvedimenti (da AC. 625 a AC. 2595):

- AC. 625** - Disposizioni in materia di consenso informato
Iniziativa: on Binetti (Pd)
- AC. 784** - Disposizioni in materia di consenso informato e di direttive di trattamento sanitario
Iniziativa: on. Rossa (Pd)
- AC. 1280** - Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari
Iniziativa: on. Farina Coscioni (Pd)
- AC. 1597** - Disposizioni sulle cure da prestare alla fine della vita come forma di alleanza terapeutica
Iniziativa: on. Binetti (Pd)
- AC. 1606** - Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari al fine di evitare l'accanimento terapeutico, nonché di terapia del dolore
Iniziativa: on. Pollastrini (Pd)
- AC. 1764-BIS** - Disposizioni a tutela della vita nella fase terminale
Iniziativa: on. Cota (Lnp)
- AC. 1840** - Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario
Iniziativa: on. Della Vedova (Pdl)
- AC. 1876** - Disposizioni in materia di consenso informato e di direttive anticipate nei trattamenti sanitari, nonché di accanimento terapeutico
Iniziativa: on. Formisano (Idv)
- AC. 1968-BIS** - Disposizioni in materia di consenso informato ai trattamenti sanitari.
Iniziativa: on. Saltamartini (Pdl)

AC. 2038 - Disposizioni in materia di consenso informato e di indicazioni anticipate di cura, di accesso alle cure palliative e di assistenza e cura dei pazienti affetti da malattie rare.
Iniziativa: on. Buttiglione (Udc)

AC. 2124 - Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento.
Iniziativa: on. Di Virgilio (Pd)

AC. 2595 - Disposizioni in materia di consenso informato, di direttive anticipate nei trattamenti sanitari e di accanimento terapeutico.
Iniziativa: on. Palagiano (IdV)

IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE MEDICA:

L'esame dei seguenti provvedimenti è svolto congiuntamente nella XII Commissione Igiene e Sanità del Senato (da AS. 6 a AS. 1183):

- AS. 6** - Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario e di qualità dell'assistenza sanitaria.
Iniziativa: sen. Marino (Pd)
- AS. 50** - Nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario.
Iniziativa: sen. Tomassini (Pdl)
- AS. 352** - Disposizioni in materia di assicurazione per la responsabilità civile delle aziende sanitarie.
Iniziativa: sen. Carrara (Pd)
- AS. 1067** - Disposizioni per la tutela del paziente e per la riparazione, la prevenzione e la riduzione dei danni derivanti da attività sanitaria.
Iniziativa: sen. Gasparri (Pdl)
- AS. 1183** - Misure per la tutela della salute e per la sicurezza nell'erogazione delle cure e dei trattamenti sanitari e gestione del rischio clinico.
Iniziativa: sen. Bianchi (Pd)

AS. 1536 - Disposizioni in merito alla responsabilità del medico
Presentato al Senato il 28 aprile e assegnato alla XII Commissione Igiene e Sanità. L'esame del provvedimento non è ancora iniziato.
Iniziativa: sen. Bianconi (Pdl)

AS. 974 - Modifiche al codice penale in materia di depenalizzazione dell'atto medico.
Presentato al Senato il 31 luglio 2008 e assegnato alla II Commissione Giustizia. L'esame del provvedimento non è ancora iniziato.
Iniziativa: sen. Gramazio (Pdl)

IN MATERIA DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E DEL PERSONALE SANITARIO:

L'esame dei seguenti provvedimenti è svolto congiuntamente nella XII Commissione Affari Sociali della Camera (da AC. 799 a AC. 2693):

- AC. 799** - Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e altre disposizioni in materia di organizzazione del Servizio sanitario nazionale
Iniziativa: on. Napoli (Pdl)
- AC. 1552** - Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche
Iniziativa: on. Di Virgilio (Pd)
- AC. 278** - Modifiche all'articolo 3 - bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per la riforma delle procedure di selezione dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere
Iniziativa: on. Farina Coscioni (Pd)

AC. 977-TER - Disposizioni in materia di efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale.
Iniziativa: on. Turco (Pd)

AC. 1942 - Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e altre disposizioni in materia di trasparenza nel conferimento degli incarichi dirigenziali del Servizio sanitario nazionale e di assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile delle strutture ospedaliere
Iniziativa: on. Mura (Idv)

AC. 2146 - Disposizioni concernenti l'esercizio della libera professione da parte del personale sanitario di cui alla legge 1° febbraio 2006, n. 43, dipendente da amministrazioni pubbliche
Iniziativa: on. Minardo (Pdl)

AC. 2355 - Disposizioni concernenti l'esercizio della libera professione da parte del personale sanitario di cui alla legge 1° febbraio 2006, n. 43, dipendente da amministrazioni pubbliche
Iniziativa: on. Di Pietro (Idv)

AC. 2529 - Disposizioni concernenti l'esercizio della libera professione da parte del personale sanitario dipendente dal Servizio sanitario nazionale
Iniziativa: on. Scandroglio (Pdl)

AC. 2693 - Modifiche al decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, e al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per la trasparenza nella nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere
Iniziativa: on. Zazzera (Idv).

IN MATERIA DI RACCOLTA E UTILIZZO DEL SANGUE CORDONALE:

Sono cinque le proposte di legge in materia presentate tra l'aprile e il dicembre 2008:

Ac 361 d'iniziativa Volontè (Udc) - Disposizioni in materia di donazione e di utilizzo a fini terapeutici e di ricerca di cellule staminali fetali, di cellule staminali da cordone ombelicale e di cellule staminali adulte

Ac 548 d'iniziativa Bertolini (Pdl) - Disposizioni in materia di utilizzo di cellule staminali fetali, da cordone ombelicale e adulte

Ac 961 d'iniziativa Colucci (Pdl) - Disposizioni concernenti la raccolta e l'utilizzo delle cellule staminali da cordoni ombelicali a fini terapeutici e di ricerca

Ac 1214 d'iniziativa Di Virgilio (Pdl) - Disposizioni in materia di donazione del cordone ombelicale

Ac 2040 d'iniziativa Mosella (ex Pd ora Api) - Disposizioni in materia di ricerca e di utilizzo di tessuti e cellule umani

Si tratta di proposte di legge il cui contenuto è sostanzialmente molto simile. L'obiettivo è regolamentare la dona-

zione (che deve essere volontaria, responsabile e gratuita) e l'utilizzo per fini terapeutici delle cellule staminali fetali, da cordone ombelicale e delle cellule staminali adulte. Oltre a questo i provvedimenti intendono definire le modalità di raccolta e di conservazione.

Iter: seguito dell'esame e rinvio. Nomina di un comitato ristretto.

Il 21 ottobre 2009 il presidente della XII Commissione Affari Sociali della Camera, Giuseppe Palumbo, proprio per la sostanziale somiglianza dei testi e per evitare duplicazioni normative ha proposto di procedere alla nomina di un comitato ristretto per lo svolgimento delle audizioni informali e rinviare ad un secondo momento la decisione di adottare un testo base o di elaborare un testo unificato.

IN MATERIA DI CURE PALLIATIVE E TERAPIE DEL DOLORE:

AS. 1771 - Dopo essere stato approvato alla Camera il 16 settembre 2009 un testo unificato (AC. 624), il provvedimento è stato approvato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato ed è ora all'esame dell'Aula del Senato. Obiettivo del provvedimento, è creare una rete di hospice e strutture, partendo da quelle già esistenti sul territorio. Nel Ddl ci sono novità anche per la semplificazione della prescrizione dei farmaci antidolore (tra cui oppiacei e cannabinoidi). Oltre ai 50 mln già disponibili (e oggetto di grande scontro quando il Ddl era all'esame della Commissione Affari sociali della Camera), è previsto uno stanziamento di 100 mln di euro annui, a partire dal 2009 e poi rinnovati negli anni successivi.
Iniziativa: On Paola Binetti (Pd)

IN MATERIA DI RIORDINO DELLE PROFESSIONI SANITARIE:

AS. 1142 - Istituzione degli ordini e albi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione
Iniziativa: sen. Rossana Boldi (Lnp)
Presentato il 22 ottobre 2008 è ancora in corso di esame in Commissione Igiene e Sanità del Senato. Il provvedimento si propone di dare attuazione alla riforma del settore delle professioni sanitarie, prevista dalla legge 1° febbraio 2006 n. 43.

IN MATERIA DI RIORDINO DEL SERVIZIO FARMACEUTICO:

Diversi ddl al Senato, sia di maggioranza che di opposizione per il riordino del servizio farmaceutico con diverse proposte di riforma degli attuali assetti dell'assistenza farmaceutica territoriale. Si attende testo unificato che dovrebbe riasssemblare i seguenti Ddl: AS. 863 Gasparri, Tomassini (Pdl); AS. 1377 Rizzi (Lega Nord); AS. 1417 Castro (Pdl); AS. 1465 Poretti (Pd); AS. 1627 Astore (Idv); AS. 1814 Perduca, Poretti (Pd). **Y**

Legge 40: una nuova sentenza arriva dal Tribunale di Salerno

Sì alla Pma in caso di malattia ereditaria, anche se la coppia è fertile

Una coppia fertile potrà ricorrere alla fecondazione assistita ed effettuare la diagnosi preimpianto per essere certa di avere un figlio sano. È quanto ha deciso il giudice Antonio Scarpa, del Tribunale di Salerno, che ha autorizzato la diagnosi genetica preimpianto ad una coppia fertile portatrice di una grave malattia ereditaria (l'atrofia muscolare spinale di tipo I), a causa della quale la coppia ha già perso una figlia e deciso successivamente di abortire tre volte. Secondo il giudice, la legge, se interpretata alla luce dei principi della Costituzione, non può non consentire il ricorso alla procreazione medicalmente assistita anche ad una coppia non sterile ma affetta da grave malattia ereditaria e con la selezione degli embrioni da impiantare, pena altrimenti la violazione "del diritto alla procreazione e alla salute", come si legge nella motivazione della decisione.

"Una sentenza gravissima" per il sottosegretario alla Salute, Eugenia Roccella, che la definisce "eugenetica pura". "Così - afferma Roccella in una nota dif-

Ancora una sentenza controversa sulla legge 40 che nel 2004 ha regolamentato il ricorso alla procreazione medicalmente assistita. Questa volta è stato il giudice Antonio Scarpa del Tribunale di Salerno a smontare un altro pezzo dell'impianto originario della legge



fusa dal ministero della Salute - si introduce il principio che la disabilità è un criterio di discriminazione rispetto al diritto di nascere". Peraltro, secondo il sottosegretario, se si ritiene che ci sia un conflitto fra il diritto alla salute costituzionalmente garantito e la legge 40, la questione andrebbe sottoposta alla Corte Costituzionale e non può essere decisa da un Tribunale qualunque. "Inoltre - osserva Roccella - del diritto alla salute di chi stiamo parlando? Non di quello della madre, e di certo non di quello dei dieci o 20 embrioni che verranno eliminati a favore di quello selezionato. Con questo metodo i magistrati possono scavalcare o modificare nei fatti qualunque norma. L'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, riservato alle coppie infertili, è infatti il cuore della legge 40: la legge serve a dare alle coppie infertili le stesse opportunità di chi può procreare naturalmente e non serve a selezionare il figlio. Questa è eugenetica pura. Se la si vuole introdurre nel nostro Paese bisogna farlo in modo esplicito, sottoponendo la questione

I precedenti

È il Tribunale di Cagliari a spezzare per la prima volta una contraddizione della legge 40 che l'Agoi ha sempre evidenziato

24 settembre 2007. Il giudice Maria Grazia Cabitza del **Tribunale di Cagliari** accoglie la richiesta di una coppia sarda che aveva chiesto di poter eseguire la Dgp prima di procedere con le tecniche di fecondazione in vitro perché portatrice di beta-talassemia. In precedenza la donna si era sottoposta alla procedura di Pma e aveva abortito dopo 11 settimane perché aveva scoperto che il feto era affetto da beta-talassemia.

Fatto ricorso nuovamente alla procedura di Pma, grazie alla quale si era ottenuta la formazione di un nuovo embrione, la coppia aveva richiesto la Dgp e, al rifiuto del sanitario, non aveva accettato l'impianto al buio ricorrendo in giudizio. Il giudice, accogliendo la domanda dei coniugi, ordina così all'ospedale Microciti-

mico di Cagliari e al primario del Servizio di ostetricia e ginecologia della stessa struttura, Giovanni Monni, di eseguire la PdG sull'embrione. E solo se si constaterà che è sano, si procederà all'impianto e alla gravidanza. (cfr. GynecoAgoi n. 7/2007)

17 dicembre 2007. Il giudice del **Tribunale di Firenze** Isabella Mariani emette un'ordinanza, con valore di sentenza, che accoglie il ricorso di una coppia milanese che aveva chiesto di conoscere preventivamente lo stato di salute dell'embrione attraverso la Dgp, negoziate dai responsabili del Centro cui si era rivolta. Dopo una prima diagnosi di infertilità infatti la coppia aveva scoperto di essere portatrice di una grave malattia genetica, l'esostososi, che provoca l'accrescimento della cartilagine delle ossa con il 50% di probabilità di trasmetterla al nascituro. (cfr. GynecoAgoi n. 8/9 2007)

23 gennaio 2008. Il **Tar del Lazio** dichiara illegittime le linee guida della Legge 40 sulla fecondazione medicalmente assistita e solleva la questione di legittimità co-

stituzionale. Viene così accolto il ricorso di un gruppo di associazioni, fra le quali Madre Provetta, Amica Cicogna e Warm, e annullate per "eccesso di potere" le linee guida sulla fecondazione medicalmente assistita. In particolare la parte contestata riguarda il divieto di diagnosi preimpianto agli embrioni contenuto nelle linee guida. Il tribunale amministrativo chiede alla Consulta di pronunciarsi sulla costituzionalità della legge 40. (cfr. GynecoAgoi n. 3/2009)

1° aprile 2009. Con la sentenza n. 151 la **Corte Costituzionale** dichiara parzialmente illegittimo l'art. 14 comma 2, della legge 40 "limitatamente alle parole ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre embrioni"; in costituzionale è anche il comma 3 dello stesso articolo "nella parte in cui non prevede che il trasferimento degli embrioni, da realizzare non appena possibile, debba essere effettuato senza pregiudizio della salute della donna".

Resta però intatto il primo comma dell'articolo 14 che recita: "È vietata la crioconservazione e la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto

dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.

La Consulta ha inoltre dichiarato inammissibile il ricorso sulla legittimità del terzo comma dell'art. 6 della stessa legge dove è stabilito che la volontà di una coppia di accedere alle tecniche di fecondazione artificiale "può essere revocata da ciascuno dei soggetti indicati fino al momento della fecondazione dell'ovulo", stabilendo così un divieto successivo.

La Corte ha anche dichiarato inammissibile, per difetto di rilevanza nei giudizi principali, le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 14, commi 1 e 4. (cfr. GynecoAgoi n. 6/2009)

29 giugno 2009. Un'ordinanza del **Tribunale di Bologna** stabilisce due importanti novità: accesso alla Pma anche per coppie non sterili che hanno già avuto bambini concepiti naturalmente ma che sono nati con gravi patologie di origine genetica e si all'analisi genetica preimpianto dell'embrione. Il caso riguardava una coppia fiorentina che si era vista negare la Dgp da un centro bolognese cui si era rivolta per avere un secondo figlio, dopo che il primo era nato con distrofia di Duchenne. (cfr. GynecoAgoi n. 6/2009)

al Parlamento e quindi alla volontà popolare. Ricordiamo fra l'altro che sulla legge 40, e in particolare sui punti della diagnosi preimpianto e della possibilità di accesso alle coppie infertili, l'elettorato si è già espresso bocciando clamorosamente ogni tentativo di modifica". L'avvocato della coppia, Filomena Gallo, risponde che "i miei assistiti hanno chiesto l'accesso alle tecniche di fecondazione assistita perché è l'unica speranza per avere un figlio che viva, poiché la malattia di cui sono portatori è la forma più grave, fa nascere bambini morti o che non sopravvivono oltre l'anno di vita. Il tribunale di Salerno con l'ordinanza del Giudice Scarpa, ha emesso una decisione chiara e rispettosa dei diritti dei soggetti coinvolti. Sono stati oggi riconosciuti e affermati diritti inviolabili, trascurati dalla legge 40/04 e invece tutelati costituzionalmente, come la tutela del diritto alla salute della donna, la tutela del diritto all'informazione nel trattamento sanitario e la tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile". **Y**

Una sentenza in favore della buona medicina

“La sentenza del Tribunale di Salerno spezza ancora una volta una lancia in favore della salute della donna” così il presidente Aogoi Giovanni Monni ha commentato la recente pronuncia del giudice Scarpa che autorizza il ricorso alla Pma e alla diagnosi preimpianto ad una coppia fertile ma portatrice di una grave forma di malattia ereditaria, l'atrofia muscolare spinale di tipo 1.



Giovanni Monni Presidente Aogoi

“Come ginecologo, che lavora in difesa della salute femminile a 360 gradi – ha affermato il professor Monni – non posso che essere d'accordo con il Magistrato di Salerno che ha interpretato le sentenze della Suprema Corte e dei vari Tribunali in questa direzione. Sicuramente, eseguire una diagnosi preimpianto in vitro in una coppia portatrice di malattie genetiche può evitare alle

donne di dover ricorrere alla diagnosi prenatale e, su propria scelta, all'aborto terapeutico come avviene purtroppo nella quasi totalità dei casi, in caso di diagnosi di feto portatore di gravi patologie congenite. Questa recente Sentenza – ha concluso il presidente Aogoi – va in favore della buona medicina e del buon senso in quanto evita una ulteriore inutile sofferenza per le donne e per le coppie”.

Legge 40 e Legge 194

Quando i diritti si scontrano

di Cesare Fassari

Il perché di questa ferita perennemente aperta non va ricercato solo all'interno della problematica specifica oggetto delle norme che hanno regolato la Pma nel 2004. La questione va infatti affrontata ponendo sullo stesso tavolo di analisi anche un'altra legge, ugualmente oggetto di polemiche e ugualmente vincitrice su un referendum abrogativo: la legge 194 del 1978 che ha legalizzato e regolamentato l'interruzione volontaria di gravidanza.

Due leggi che più diverse non ce n'è, verrebbe da dire. Diverso il periodo storico, politico e sociale in cui maturano. Diverse le maggioranze che le approvano. Diversi, e molto profondamente, le finalità e i principi ai quali rispondono. Eppure tutte e due parlano della nascita e del diritto di scelta della donna sulla maternità. Tutte e due parlano di embrioni. Tutte e due entrano nel vivo di uno degli aspetti più delicati della vita di una coppia: la decisione di avere o non avere un figlio.

Ma lo fanno in modo così distante che viene da pensare che il popolo italiano, che le ha consacrate entrambe con un referendum, sia effettivamente composto da persone di due paesi diversi.

La differenza più eclatante tra le due leggi è quella riguardante i diritti della donna e quelli dell'embrione. Nella 194 non vi è dubbio che i primi prevalgano sui secondi e questo crea una contraddizione legislativa per-

La recente sentenza di un giudice del Tribunale di Salerno, con la quale è stato autorizzato il ricorso alla procreazione medicalmente assistita e alla diagnosi preimpianto ad una coppia fertile ma affetta da grave malattia ereditaria, riapre le polemiche sulla legge 40. Una legge che, nonostante abbia superato brillantemente un referendum abrogativo, non smette di creare tensione e contenziosi

manente tra le due normative. Se infatti, con la legge 40, viene preclusa in ogni modo la possibilità di selezionare (e quindi eliminare) gli embrioni da impiantare (vietando anche la diagnosi preimpianto), con la legge 194 l'interruzione di gravidanza, e quindi l'eliminazione dell'embrione, è autorizzata: per scelta unilaterale della donna (entro i primi 90 giorni); per gravi problemi di salute fisica o psichica della donna riconosciuti dal medico (dopo i 90 giorni); quando la vita della donna è a rischio (sempre). Il risultato di queste due leggi contraddittorie fa sì che una donna soggetta a Pma non potrà preselezionare l'embrione (per assicurarsene la salute) ma potrà eliminarlo dopo l'impianto (ricorrendo alla 194), qualora esso sia malato e il medico riconosca, anche conseguentemente a ciò, un pericolo fisico o psichico per la salute della madre.

Non esistono molti riferimenti giurisprudenziali sulla questione della prevalenza dei due diritti. Anche per questo resta tuttora di grande attualità la sentenza della Corte Costituzionale del 1975, con la quale si sancì “la non equivalenza fra il diritto alla vita ma anche alla sa-

lute di chi è già persona, come la madre, e la salvaguardia dell'embrione che persona deve ancora diventare”. Una gerarchia di diritti rovesciata dal legislatore della legge 40 che, antepponendo la vita dell'embrione a qualsiasi altra considerazione di ordine etico e scientifico, ha fatto sì che si consolidassero nel nostro ordinamento due visioni opposte sul diritto della donna (madre o futura madre) e il diritto dell'embrione (“che persona deve ancora diventare”, come diceva la Corte nel 1975), lasciando spazio a palesi incongruenze e reiterate modifiche a posteriori del testo originale della legge 40. Di cui l'ultima in ordine di tempo è appunto quella conseguente alla sentenza del Tribunale di Salerno, preceduta da altri numerosi pronunciamenti giurisprudenziali, tra i quali spicca certamente quello della Corte Costituzionale del 1° aprile 2009 che decretò l'incostituzionalità del limite massimo di 3 embrioni per ogni ciclo da impiantare, smontando così uno degli asset principali della legge.

Ora Salerno attacca un altro fondamento della 40: quello della limitazione alle sole coppie sterili dell'accesso alla Pma.

Una preclusione oggettivamente incomprensibile dopo che, nell'aprile 2008 e con parere favorevole del Consiglio superiore della sanità, erano state modificate le linee guida applicative ammettendo le coppie fertili, ma sieropositive ai virus Hiv e Hcv trasmissibili dalla madre al feto, riconoscendole in stato di “infertilità di fatto”. A quel punto l'esclusione delle coppie fertili portatrici di malattie genetiche ereditarie, oggetto della sentenza di Salerno, appariva assolutamente ingiustificata, a meno di considerarle “colpevoli” di essere affette da malattie di “serie B”, rispetto all'Aids o all'epatite C.

Quindi, se è vero che un Tribunale ordinario non è competente nel dichiarare l'incostituzionalità di una norma, come sembrerebbe abbia fatto il giudice campano (di cui però non si conosce ancora il dispositivo della sentenza), è altrettanto palese che siamo di fronte ad un tessuto legislativo riguardante materie delicatissime e sensibili, ordito da mani così diverse e con filati così poco assimilabili, tali da aver dato vita a un *monstrum* legislativo nei fatti ingestibile senza intaccarne continuamente questo o quel principio. **Y**



Attualità giurisprudenziali sulla responsabilità del medico

Colpa medica e "rischio consentito"

di Pier Francesco Tropea

La colpa medica, ancorché svicerata in tutti i suoi aspetti tecnico-giuridici, costituisce tuttora un tema di grande attualità, non soltanto per la ricca casistica che la caratterizza, ma soprattutto per i differenti orientamenti della Giurisprudenza, di merito e di legittimità, facilmente rilevabili dall'esame delle numerose pronunce in materia. L'esame della casistica giudiziaria conduce alla constatazione di un coinvolgimento del medico non soltanto nel caso di un intervento chirurgico che ha comportato un danno per il paziente, ma anche nell'evenienza di un evento sfavorevole conseguente alla somministrazione di un farmaco potenzialmente causa di effetti collaterali. Tale eventualità può risultare particolarmente gravosa per il medico, ove quest'ultimo abbia utilizzato a fini terapeutici un farmaco che possieda indicazioni diverse rispetto a quelle per le quali venga adoperato nel caso specifico.

Va premesso che la Medicina moderna pone in essere l'eventualità del ricorso a farmaci di cui sia stata evidenziata sperimentalmente l'efficacia terapeutica in patologie differenti rispetto a quell'affezione per il trattamento della quale il farmaco venga ufficialmente adoperato. In altri termini, l'uso di un medicamento per la cura di una determinata malattia consente di osservare talvolta che tale sostanza agisce favorevolmente, quale effetto complementare, nella correzione di una patologia d'organo o di una sindrome di diversa natura rispetto all'affezione oggetto principale dell'attenzione da parte del Curante.

Tale osservazione rappresenta in genere il punto di partenza di una sperimentazione del farmaco che deve necessariamente precedere la consacrazione ufficiale di una sostanza farmacologica ai fini di un suo utilizzo terapeutico definitivo.

Questo iter vale ovviamente per le formulazioni chimiche non ancora presenti in commercio, mentre per i farmaci già in pro-

■ Una recente sentenza della Cassazione ci offre lo spunto per riprendere due argomenti sui quali è in atto un grande dibattito in ambito giuridico: il consenso informato quale tappa obbligata che deve precedere l'esecuzione di qualsiasi prestazione sanitaria e i riflessi penalistici dell'errore medico, le cui sanzioni comportano ripercussioni particolarmente pesanti sul sanitario incriminato



"L'attività del Medico è giuridicamente autorizzata in quanto socialmente utile e come tale comporta un rischio consentito dall'ordinamento vigente"

duzione un eventuale effetto farmacologico differente rispetto alla patologia per il cui trattamento il prodotto è indicato, viene segnalato in sede scientifica, al fine di portare a conoscenza del mondo medico tale peculiare osservazione.

È questa la procedura che ordinariamente precede l'uso routinario dei farmaci da parte dei medici. In un nostro precedente contributo, apparso recentemente su *GynecoAogoi*, ci siamo occupati dei riflessi penalistici concernenti il danno conse-

guente all'utilizzo improprio di un farmaco che, accanto ai previsti benefici, possiede effetti collaterali di rilevante entità che il Medico deve essere in grado di precedere e prevenire. La singolare coincidenza di un caso (di cui si è occupata di recente la Corte di Cassazione) che presenta evidenti analogie con quello da noi commentato (cfr. *GynecoAogoi* n. 7/ 2009), ci fornisce lo spunto per ritornare sull'argomento, non soltanto in ragione della peculiarità della casistica in oggetto, quanto per le puntualizzazioni giuridiche presenti nella pronuncia in questione (Cass. Pen. Sez. 4°, sentenza n. 1254, settembre 2008) che risultano, a nostro avviso, di particolare interesse per gli ope-

ratori sanitari.

Utilizzo improprio di un farmaco: il caso

Il caso concerne l'uso in un giovane donna di un farmaco (Topamax) comunemente utilizzato per il trattamento dell'epilessia, mentre nel caso specifico l'indicazione terapeutica era rappresentata dalla cura di un'obesità adolescenziale.

Tale trattamento, a fronte di un mancato dimagrimento, aveva comportato l'instaurarsi di alcuni effetti collaterali di notevole entità (diplopia oculare, calcoli renale, colecistopatia ecc.) che successivamente avevano condotto all'interruzione di tale terapia.

In sede di giudizio, era apparso evidente che il medico curante, nell'impiegare il predetto farmaco, aveva inteso sfruttarne l'effetto secondario di tipo anoressizzante, senza tuttavia tenere del debito conto gli inconvenienti legati a tale terapia, ben noto e peraltro elencati le foglio illustrativo relativo a tale sostanza.

Il Giudice di 1° grado aveva considerato il sanitario colpevole di lesioni volontarie aggravate, ritenendo sussistente nella condotta medica il cosiddetto "dolo eventuale" e cioè la previsione dell'evento dannoso da parte del curante il quale, nella fattispecie, aveva accettato il rischio dell'insorgenza di effetti negativi conseguenti all'uso di tale farmaco, con ciò escludendo la cosiddetta "colpa cosciente" (prevista dall'art. 61 n. 3 c.p.) che viceversa presuppone che l'agente, pur conoscendo il rischio, abbia escluso che potesse verificarsi un evento dannoso, considerando di poter pienamente controllare l'azione espletata, senza incorrere in alcun danno per il paziente.

In Corte d'Appello, la sentenza veniva parzialmente riformata in favore del sanitario il quale era considerato responsabile del reato di lesioni colpose gravi e non dolose, in quanto non si era raggiunta la prova della volontà del medico di produrre un danno al paziente, pur risultando evidente un comportamento colposo del sanitario, caratterizzato da imprudenza e negligenza,

avendo egli stesso disatteso le indicazioni presenti nel protocollo relativo all'uso del farmaco in oggetto, i cui possibili effetti negativi erano a quell'epoca ben conosciuti in sede scientifica.

Le conclusioni della Cassazione

Le conclusioni cui perviene la Corte di Cassazione, nel confermare la condotta colposa e non dolosa del Medico imputato, meritano di essere cimentate in quanto chiariscono ulteriormente la problematica del consenso, tuttora oggetto di difformità interpretative.

Il consenso del paziente all'atto medico, dicono i giudici della Suprema Corte, non si identifica con quello previsto dall'art. 5° c.p. (il consenso dell'avente diritto), ma costituisce un presupposto che rende lecito il trattamento sanitario. In tal senso, il paziente ha libertà di scegliere tra le varie modalità di terapia possibili nel caso specifico, possedendo altresì la facoltà di rifiutare o di interrompere consapevolmente il trattamento programmato. Tale facoltà, a giudizio della Corte, esprime "la libera disponibilità del bene-salute da parte del paziente che sia in possesso delle proprie capacità intellettive e volitive, secondo una totale autonomia di scelte che deve essere sempre rispettata dal Sanitario".

Ciò premesso, da escludere, secondo i giudici, che da un intervento medico, ancorché praticato in assenza di consenso o in presenza di consenso non valido, possa derivare una responsabilità medica a titolo di lesioni volontarie o addirittura di omicidio preterintenzionale, in quanto la finalità curativa che il Sanitario si propone non è compatibile con l'esistenza di un dolo. La condotta del Medico, da considerare in ogni caso colposa ove risulti dannosa per il malato, non consente differenze di giudizio connesse con l'esistenza o meno del consenso del paziente. In ogni caso, l'elemento soggettivo riferito al Medico deve essere quello della colpa e non del dolo, quest'ultimo configurato nella sentenza di 1° grado emessa nel caso in oggetto. Nella fattispecie, il medico aveva prescritto un farmaco non a titolo di pura sperimentazione, ma perseguendo un obiettivo terapeutico che era stato già evidenziato da alcune pubblicazioni scientifiche concernenti tale sostanza.

Consenso del paziente e colpa medica

Come più sopra accennato, la mancanza di un consenso, a parere dei giudici, non costituisce elemento di colpa, in quanto l'acquisizione del consenso non è preordinata ad evitare un evento dannoso, ma è posta a tutela del diritto alla salute e ad una scelta consapevole del paziente in ordine ad un tratta-

► Segue a pagina 26

di **Vania Cinese**
Avvocata, Foro di Roma

La dottrina inglese

È interessante notare che anche in paesi come l'Inghilterra il parametro di giudizio adottato è proprio l'"agente modello" che continua a suscitare tanti interrogativi in Italia; il famoso "homo eiusdem condicionis et professionis", ritagliato nelle stesse caratteristiche personali e professionali del soggetto concretamente agente.

Come Lord Diplock ha sottolineato nel caso *Sidaway v Bethlem Royal Hospital*: "inevitabilmente ogni trattamento, medico o chirurgico, comporta dei coefficienti di rischio e possibilità che la condizione del paziente subisca un peggioramento piuttosto che migliorare. Statisticamente, le possibilità che l'intero trattamento alla fine sia errato sono minime, ma il rischio non è mai del tutto assente ed il grado di possibile peggioramento può integrare qualsiasi tipo di danno fisico, da quello minore a quello che possiamo definire catastrofico."

Nel riferirsi al livello di preparazione e capacità assicurate a scongiurare il rischio, le Corti hanno stabilito che esso debba identificarsi nello standard di trattamenti "ragionevoli" richiesti in modo da evitare il rimprovero di colpa.

La posizione richiama le statuizioni della sezione 13 del "Supply of Goods and Services Act 1982", in tema di contratti di somministrazione di servizi, il quale stabilisce che il fornitore di servizi debba erogarli con un ragionevole livello di preparazione in relazione alle sue funzioni.

Il principio di colpevolezza che contraddistingue anche l'ordinamento inglese prevede un rigetto della responsabilità obiettiva in caso di evento avverso non direttamente

La colpevolezza in ambito sanitario: (Seconda e ultima parte)

Quale rimprovero per il medico?

Un'analisi comparata con la dottrina inglese e tedesca

Dopo aver ripercorso le tappe dell'evoluzione della dottrina italiana e il più recente orientamento in tema di "colpa" in ambito sanitario, questa seconda parte dell'articolo ci illustra come viene affrontata la materia negli ordinamenti dei due grandi sistemi giuridici mondiali: il *Common law*, di matrice anglosassone, e quello "continentale" del *Civil law*, prevalente nel resto del mondo

mente causato dalla condotta dell'agente.

In riferimento all'attività medica, il solo fatto del trattamento sanitario errato laddove da esso si attenda un beneficio che in realtà viene a mancare, non basta ad ascrivere la responsabilità al medico stesso, venendo in rilievo l'accertamento sull'omessa erogazione dell'appropriata prestazione, spostando necessariamente l'attenzione sul concetto di "prestazione e cura appropriata".

Ad esempio, ci si deve chiedere a quale condotta astratta di livello standard il medico dovrà attenersi, in maniera tale da evitare un rimprovero di colpa.

In termini generali, la colpa, ovvero la "violazione del proprio dovere", chiama in causa la condotta del soggetto che deve fornire una prestazione che

comporti dei rischi di danno verso terzi, con l'aspettativa di cura appropriata erogata da una "persona ragionevole".

Nella ricostruzione classica di Aderse B. nel caso *Blyth v Birmingham Waterworks Co*, "la colpa consiste nell'omissione di fare qualcosa che una persona ragionevole, guidata da quelle considerazioni che normalmente informano condotte umane, farebbe, oppure nell'evitare di comportarsi in modi non adottabili da un uomo prudente e ragionevole".

La nozione di persona "ragionevole" appare incerta e generica e si riferisce all'uomo "medio" o "comune".

Tuttavia, per l'Inghilterra, essa racchiude elementi prescrittivi, ossia il dovere, la regola cautelare cui attenersi, il parametro in base al quale una persona "dovrebbe" comportarsi.

Anche in Inghilterra, ciò che si richiede ad una persona sarà soggetto a variazioni a seconda della attività in questione.

Come Lord MacMillan, ancora una volta, ha affermato nel caso *Glasgow Corporation v Muir*, "coloro i quali sono coinvolti in operazioni per natura pericolose devono prendere le necessarie precauzioni che invece non sono richieste nelle attività ordinarie della vita quotidiana."

Quanto detto assume ovvia rilevanza per i medici in ragione del grado di rischio connesso alle loro prestazioni e

alla tutela del bene salute di cui sono garanti.

Di conseguenza, al medico è richiesta la dimostrazione di essere dotato di quel grado di competenza ed attitudine che ci si aspetta in un medico "ragionevole".

L'orientamento giurisprudenziale di McNair J's nel caso *Bolam v Friern Hospital Management Committee* è oggi consolidato.

"Nell'ordinarietà la colpa è valutata in base all'azione dell'uomo comune, ma ove si presenta una situazione che imponga l'uso di speciali competenze e prestazioni, allora l'analisi diretta ad accertare la sussistenza o meno di colpa non può riguardare l'uomo "ordinario", comune, perché questi è sprovvisto delle dovute qualifiche e competenze.

L'analisi dovrà riguardare l'uomo generalmente considerato competente nell'atto dell'esercizio delle sue funzioni specifiche."

Grado di preparazione e rischiosità della prestazione

Le Corti inglesi, a seguito del richiamato orientamento, tendono a modulare le proprie decisioni a seconda della specializzazione dell'agente.

Come Lord Bridge ha sottolineato nel caso *Sidaway v Board of Governors of Bethlem Royal Hospital*, "il tipo di linguaggio dell'analisi Bolam chiaramente richiede il diverso grado di preparazione dello specialista nell'ambito del suo campo specifico, piuttosto che di un medico generico. Nel campo della neu-

rochirurgia, sarebbe necessario sostituire la frase "vietati i medici con preparazione ordinaria", con la frase "vietati i neurochirurghi con preparazione ordinaria."

In tale contesto, è evidente che il termine "preparazione" è stato usato in senso lato in modo da comprendere non solo le capacità tecniche proprie dei trattamenti medici, ma anche la competenza e l'esperienza necessarie per giungere a delle valutazioni relative alla diagnosi ed al trattamento terapeutico.

Del pari la Corte, in relazione alla riconoscibilità del pericolo in un campo delicato come quello della medicina, ha sottolineato un aspetto importante riguardo la consapevolezza dei rischi connessi ad un dato intervento, e cioè il dovere dei medici di effettuare un costante e ragionevole aggiornamento della casistica medica e delle nuove scoperte della scienza e della tecnica (se necessario, dimostrando la pericolosità ignorata in passato di una tecnica di intervento già esistente, oppure documentando la presenza di un metodo più moderno che comporti un minor rischio).

Tuttavia, le corti inglesi prestano molta attenzione alla valutazione della condotta dell'agente in riferimento ai rischi conosciuti al tempo della prestazione, applicando un criterio il più possibile oggettivo.

In tal modo, l'agente è giudicato non sulla base di come egli avrebbe potuto agire, bensì sulla base di come una persona ragionevole si sarebbe comportata nelle medesime circostanze.

A tal riguardo, un medico particolarmente preparato non può essere ritenuto colpevole nel caso di fallimento nel raggiungimento di uno standard di prestazioni eccezionali, in riferimento ad un caso specifico (fatta salva la dimostrazione della diligenza, perizia e prudenza del medico ragionevole).

Come osservato da McNair J nel caso Bolam, "non si può pretendere sempre il massimo livello di preparazione per non incorrere nel rimprovero di colpa professionale. È ben affermato dalla legge che è necessariamente sufficiente l'esercizio della sua preparazione ordinaria, propria di un uomo ordinariamente competente."

Di contro, però, rileva anche il singolo errore riconducibile all'ambito della preparazione ordinaria.

Un ulteriore effetto dello standard oggettivo è dato dal fatto che la responsabilità può essere ravvisata nei confronti di un agente che non è mai stato nella condizione di esercitare il livello di cura richiesto.

Val la pena ricordare il caso *Wilsher v Essex Area Health Authority*, in cui un giovane medico del dipartimento di pediatria, effettuò analisi errate riguardanti il tasso di ossigeno nel sangue su di un bambino prematuro; con la

► Segue a pagina 26



Un'analisi comparata con la dottrina inglese e tedesca

► Segue da pagina 25

conseguente saturazione eccessiva di ossigeno nel bambino, e la successiva cecità.

Nella sua sentenza Glidewell LJ affermò: "Dal mio punto di vista, la legge richiede che lo specializzando o tirocinante sia giudicato con gli stessi parametri applicati ai suoi colleghi più esperti. In caso contrario, l'inesperienza verrebbe utilizzata come esimente nella colpa professionale." Così si esprime la giurisprudenza inglese: "Il medico inesperto chiamato ad esercitare una prestazione specialistica dovrebbe chiedere il parere dei suoi superiori quando ne ravvisi l'esigenza, potendo esonerarsi dal rimprovero di colpa, in caso di prestazione errata, qualora si sia uniformato al parere richiesto allo specialista di maggiore esperienza.

Altre importanti pronunce delle corti inglesi sulla questione dello standard delle cure mediche, hanno riguardato la carenza organizzativa di risorse sanitarie.

La dottrina tedesca

Nell'ordinamento tedesco il punto di partenza nel definire lo standard rilevante di trattamento medico è dato dal § 276 II BGB (il codice civile della Germania), il quale afferma che, al fine di evitare la colpa, l'agente deve adoperarsi per fornire "il livello di cura medica socialmente richiesto". Questa affermazione rende immediatamente evidente che rispetto al concetto di "trattamento ragionevole" proprio del diritto inglese, lo standard in questione è di natura prescrittiva, anziché descrittiva.

In particolare, il livello di standard di trattamento medico "ordinario" o di uso comune che prevale nella società, non prevede alcun parametro di riferimento; è la giurisprudenza che

definisce il livello richiesto.

Le Corti tedesche, al pari di quelle inglesi, prestano attenzione alla condotta solitamente accettata dell'individuo accorto, impegnato nello stesso ambito lavorativo dell'agente.

Come fatto notare da Gerven, Lever e Larouche, numerose definizioni si sono succedute nel cor-

Il criterio generale adottato in Italia, come in Inghilterra o Germania implica che il medico con una competenza ed esperienza superiori alla media debba offrire un livello di cure commisuratamente maggiore

so degli anni.

"I concetti tipici includono il riferimento al "bonus pater familias" la persona di media, ordinaria intelligenza, il membro diligente e coscienzioso del gruppo sociale e professionale interessato.

Come in Inghilterra, il grado di scrupolosità richiesto in ambito medico varierà a seconda del coefficiente di difficoltà e di rischio inerente alla prestazione dell'agente.

A tal riguardo, la Corte Federale di Germania (BGH) ha sostenuto che i medici devono dimostrare di fornire il livello standard di trattamento proprio di un "professionista medico rispettabile e coscienzioso di media esperienza nel campo in questione." In ottemperanza a tali doveri, i medici dovrebbero costantemente aggiornarsi e conoscere le nuove tecniche, potendosi muovere il rimprovero di errata applicazione di quei metodi nuovi e meno rischiosi, se non conoscibili.

Come le Corti inglesi, le corti tedesche distinguono in base alla specializzazione del medico che eroga la propria prestazione: così, un medico specialista sarà tenuto ad una maggiore competenza e preparazione, tipiche di uno "specialista ragionevole", con la conseguenza di addebito di colpa qualora una particolare e difficile operazione, come può essere l'intervento alla tiroide, risulti eseguita da altri anziché da un chirurgo specializzato nel settore.

Come per lo standard di cura medica cui si fa riferimento in Inghilterra, il trattamento richiesto dal § 276 II BGB esige una doverosità di natura oggettiva; stabilendo che nell'esercizio della professione

sanitaria, la professione del medico è automaticamente valutata in relazione a quella del ragionevole collega di "pari grado".

Per dirla secondo le parole di Dieter Giesen, "un medico, nell'accettare di curare un paziente, implicitamente assicura di avere la competenza necessaria ad esercitare la sua professione e specializzazione con accortezza e rimettendosi alla valutazione di uno specialista di maggiore esperienza o di altra branca, qualora il paziente abbia bisogno di ulteriore approfondimenti, trattamenti terapeutici.

Il criterio generale adottato in Italia, come in Inghilterra o Germania, implica che il medico con una competenza ed esperienza superiori alla media debba offrire un livello di cure commisuratamente maggiore.

In tale contesto, gli errori personali del medico, ad esempio dovuti al sovraccarico di lavoro o carenze strutturali ed organizzative, non servono ad esonerarlo

dalla possibile censura di colpa, al pari dell'inesperienza che non può essere una scusante del suo errore.

Al medico che abbia agito sprovvisto dei requisiti standard richiesti potrà muoversi il rimprovero di essersi assunto un compito per lo svolgimento del quale egli non aveva la dovuta qualifica o preparazione tecnica (*Ubernahmeverschulden*).

In merito, le Corti inglesi e tedesche hanno enfatizzato la necessità di un'opera di autocritica, rilevando come il medico inesperto debba informare il paziente della sua inesperienza, in maniera che questi possa considerare la sua scelta nel consenso informato.

Quando la struttura è responsabile

Singolare è poi l'incremento nelle pronunce straniere del riconoscimento della responsabilità dell'autorità della struttura ospedaliera per incapacità organizzativa ed aggiornamento del proprio personale, preposto negli ambiti corrispondenti alle rispettive qualifiche.

Lo standard di prudenza, diligenza, perizia nell'erogazione delle cure, ritagliato sulle caratteristiche dell'"agente modello", introduce l'analogo criterio utilizzabile per la struttura.

In tale contesto, le corti tengono conto della diversità locale nella cura offerta ai pazienti, a seconda della tipologia del nosocomio e del livello di competenza del personale sanitario.

Così, ad un ospedale municipale non è richiesto il massimo livello possibile previsto per i centri di cura maggiori, ma si prevederà l'obbligo per l'ente di indirizzare il paziente in altra struttura più adeguata o specialistica se si tratti di trattamenti di elezione e non di urgenza.

In Inghilterra, un ospedale dotato delle migliori e più avanzate dotazioni è considerato negligente se l'amministrazione non se ne avvalga in casi specifici. Val la pena notare che i rischi

derivanti dalla scarsità di personale disponibile sono ricondotti nell'ambito di censurabilità dell'ospedale, o dei suoi legali rappresentanti/amministratori, in interventi che avrebbero assicurato un esito fausto con ogni ragionevole prevedibilità, se vi fosse stata una migliore programmazione.

In tali casi denominati "dei cosiddetti rischi largamente prevedibili", l'onere di dimostrare di aver fatto tutto il possibile per garantire un'efficiente organizzazione di mezzi e personale è a carico dell'ospedale.

Nei confronti di errori dovuti al sovraccarico di lavoro di un singolo medico, l'Inghilterra mostra pronunce di minor rigore nei confronti del sanitario, tenendo conto delle difficoltà delle circostanze che il medico è stato costretto a fronteggiare, suo malgrado.

Giova notare che in termini generali, per stabilire se l'agente abbia soddisfatto il livello standard di cura richiesto nell'erogazione della prestazione, le Corti prestano grande attenzione al rischio prevedibile nel caso concreto, che si differenzia dalle "aspettative di guarigione" nutrite dal paziente.

In Inghilterra la colpa è modellata sull'agente concreto, con il suo patrimonio di conoscenze ed esperienze acquisite, ma anche le situazioni contingenti, capaci di condizionare la conoscenza del fatto e l'apprensione della regola cautelare.

Il giudizio di colpevolezza del medico si muove cioè su percorsi molto simili a quelli utilizzati dalla dottrina e giurisprudenza italiana.

Il riscontro è ancor più visibile se si considera che le Corti inglesi valutano se l'agente si sia comportato secondo le regole cautelari e l'attenzione alla natura normativa della colpevolezza.

Non c'è dubbio che sia constatabile una convergenza di orientamenti in tema di colpa medica. **Y**

Colpa medica e "rischio consentito"

► Segue da pagina 24

mento medico e ciò sulla scorta di quanto enunciato dall'art. 32 della Costituzione.

Viceversa, nel caso in specie, è ravvisabile la colpa del sanitario sotto il profilo della negligenza, dal momento che il medico, pur consapevole degli effetti indesiderati del farmaco, non ha sottoposto la paziente ai dovuti controlli che avrebbero consentito,

attraverso la sollecita sospensione della terapia, di evitare l'evento dannoso successivamente verificatosi. In questo senso, il Sanitario non ha in alcun modo calcolato il rapporto rischio-beneficio del trattamento attuato, il che costituisce il fondamento della responsabilità medica per colpa. Una precisazione assai interessante viene espressa inoltre dai giudici della Cassazione in materia di colpa professionale medica.

L'attività del medico è giuridicamente autorizzata in quanto socialmente utile e come ta-

le comporta un rischio consentito dall'ordinamento vigente.

La colpa professionale può essere attribuita al medico quando, nell'esercizio dell'attività, non venga evitato il superamento del rischio consentito, da cui derivi l'evento dannoso per il paziente.

In altri termini, ove il medico osservi le "leges artis", egli non risponderà dei danni verificatisi "nonostante la fedele osservanza delle regole tecniche, trattandosi di rischio consentito che l'ordinamento si è ac-

collato nello stesso momento in cui autorizza l'attività rischiosa".

Una nota sui periti

Merita di essere sottolineata la parte della pronuncia concernente il contributo che i periti d'ufficio e di parte possono fornire al giudice (Peritus peritorum) ai fini della formulazione del verdetto.

Di fronte agli elaborati tecnici dei periti, il magistrato può abbracciare una tesi, anche se di segno opposto ad altra tra quelle prospettategli, purché dimostri di aver preso nella debita

considerazione le argomentazioni diverse rispetto alla tesi su cui egli basa il proprio giudizio. In ogni caso, il giudice non è tenuto a fornire la dimostrazione dell'esattezza della tesi del Perito d'ufficio (ove su quest'ultima intenda basare il proprio convincimento) e per contro dell'erroneità degli argomenti offerti dal perito di parte, delle cui conclusioni egli comunque deve tener conto, dimostrando di aver opportunamente valutato le tesi in oggetto, ancorché difforni tra di loro. **Y**

La riorganizzazione dei servizi consultoriali

A proposito di una proposta di legge...

di Giovanni Fattorini
Vice Presidente Agite

Il cuore della proposta di legge n. 634, d'iniziativa dei deputati Polledri e Rivolta, parte da una critica radicale ad una presunta sanitarizzazione dei servizi consultoriali che "anche a seguito della riforma sanitaria di cui alla legge 23 dicembre 1978 n. 833 avrebbero assunto le caratteristiche di un servizio marcatamente sanitario, in cui si sono privilegiati gli interventi di tipo ginecologico e pediatrico a discapito della vocazione di ispirazione sociale".

"I consultori dovrebbero perciò qualificarsi nella direzione di rafforzare gli interventi di tipo sociale, psicologico e di consulenza giuridica, evitando una rigida settorializzazione e riduzione al pur importante, ma non esclusivo ambito sanitario". Inoltre "a causa della crisi profonda che investe oggi la famiglia e la condizione di minori - si elencano a questo proposito le cifre che documenterebbero l'aumento dei casi di pedofilia, abuso e violenza sessuale - e "la crescita esponenziale (?) dei casi di abbandono di neonati nei giardini o nei cassonetti destinati, quindi, a morte quasi sicura si rende urgente e non più procrastinabile una riforma dei Consultori Familiari che dimostri nei fatti una particolare attenzione e sensibilità ai diritti dei minori e della famiglia, e che sia fortemente impegnata nella tutela sociale della genitorialità e del concepito". Nei Consultori - ancora - non verrebbe sempre pienamente attuato il diritto della donna di ricevere valide alternative all'aborto e non verrebbe pienamente assicurata "l'assistenza da dare alla donna in gravidanza che deve attuarsi con l'informazione sui diritti spettanti alla gestante, sui servizi sociali, sanitari a lei riservati, sulla protezione che il mondo del lavoro deve assicurare a tutela della gestante". "In conclusione, si auspica che la proposta di legge possa essere approvata in tempi rapidi, considerata la necessità di rilanciare il ruolo at-

Nell'aprile del 2008 è stata presentata in Parlamento da parte dei deputati Polledri e Rivolta una proposta di legge (la n. 634) denominata "Nuova disciplina dei Consultori Familiari". Vale la pena commentare questo disegno di legge che, se dovesse procedere nel suo iter parlamentare (non sappiamo allo stato attuale a che punto essa si trovi), sconvolgerebbe la funzione attribuita a questi servizi fin dalla approvazione della legge 405/75 e ribadita dalla maggioranza delle leggi attuative approvate dalle regioni italiane negli anni successivi. La sua approvazione, inoltre, comprometterebbe l'applicazione di altre leggi importanti alla base della nostra convivenza civile, come la 194

tivo dei consultori familiari nell'azione preventiva e di sostegno alla famiglia, nonché di tutela dei diritti dei minori, e la necessità e urgenza di accogliere e di sostenere le donne lasciate sole di fronte ad una maternità inattesa."

I contenuti della proposta di legge

Gli articoli del testo sono 7. All'art. 1 vengono ribaditi i principi ispiratori, all'art. 2 si sottolinea il fatto che i "consultori sono istituiti da parte degli enti locali ma rimangono organismi operativi della Asl" e che "ai fini dell'assistenza ambulatoriale e domiciliare i consultori si avvalgono del personale delle aziende sanitarie locali". All'art. 3 - tutela della maternità e del concepito - oltre ad un generico riferimento ai compiti di assistere la donna in stato di gravidanza e alla necessità di adoperarsi "affinché la donna possa portare a termine la gravidanza" vengono citati una serie di funzioni in gran parte relative a compiti di pura informazione. All'art. 4 - quello dedicato al personale - si può leggere "che il personale di consulenza e di assistenza deve essere di titoli specifici...e che nella dotazione organica dei consultori familiari oltre a psicologi, consulenti legali, assistenti sociali etc. deve essere prevista la presenza di due medici, di cui uno obiettore di coscienza". L'organigramma prevede la figura di un medico o di uno psicologo quale diretto-

re responsabile". L'ultimo articolo richiede espressamente l'abrogazione della legge 405 e l'art. 2 della legge 194, l'articolo che cita espressamente il consultorio come luogo privilegiato di tutto l'iter collegato ad una Ivg. Che dire. L'occasione di confutare gran parte dell'impostazione di questa "riforma" ci induce a ridiscutere di Consultori e proseguire il dibattito iniziato su questo giornale già da qualche tempo.

L'occasione di confutare gran parte dell'impostazione di questa "riforma" ci induce a ridiscutere di Consultori, proseguendo il dibattito iniziato su questo giornale già da qualche tempo

Partiamo dall'Indagine conoscitiva

Prima ancora di affrontare nel merito le questioni che più ci stanno a cuore è il caso di ricordare proprio al mondo politico le conclusioni dell'"Indagine parlamentare conoscitiva sulla applicazione della legge

194, in particolare per quanto riguarda le funzioni attribuite dalla legge ai consultori familiari".

L'idea di questa indagine nacque all'interno del gruppo parlamentare dell'Udc in seno all'Ufficio di Presidenza nel dicembre del 2005, integrato dai rappresentanti dei gruppi della XII Commissione. Il documento finale fu approvato dalla Commissione nel gennaio del 2006 dopo un denso lavoro di consultazione che garantì l'acquisizione di tutte le principali

posizioni e opinioni in materia. Nelle conclusioni si può leggere che "L'indagine conoscitiva è servita a confermare il giudizio positivo della normativa statale e regionale sui consultori e sulle competenze ad essi attribuiti. Siamo in presenza di un patrimonio di esperienze e professionalità che non vanno assolutamente disperse, ma semmai potenziate tramite specifici indirizzi all'interno dei Piani Sanitari Nazionali e Regionali". I risultati dell'indagine conoscitiva hanno quindi confermato il ruolo e le competenze di questi servizi da parte di una delle istituzioni più autorevoli della Re-

pubblica, e cioè la Camera dei Deputati, pur non avendo ottenuto all'interno della maggior parte delle Ausl il corrispettivo riconoscimento in termini di investimenti, risorse, valorizzazione. Basti per tutti la sostanziale non applicazione del Progetto Obiettivo Materno Infantile diventata legge dello Stato nel lontano 2000 che disciplinava l'intera materia.

Il problema semmai è quindi, anche secondo le stesse parole dell'Indagine quello di rilanciare, potenziare questi servizi e non quello di stravolgerne l'identità. Ma che cosa intendiamo con identità?

Le tre grandi novità della Legge 405

La prima grande novità della 405, e della legislazione più illuminata che è stata prodotta successivamente, è consistita nell'aver concepito un servizio in grado di integrare e non separare i temi e i problemi sanitari da quelli sociali, perché fin da allora risultò chiaro come la maggior parte di quei temi avevano, ed hanno oggi più di ieri, una valenza medica, una valenza psicologica, e una sociale inestricabilmente intrecciate. Separare, e considerare in termini di esclusione reciproca, l'una o l'altra di queste valenze costituisce la negazione integrale dell'intuizione culturale che è stata alla base dell'esperienza dei consultori italiani. Una seconda grande novità che quella legge introduceva, anche se in modo ancora non del tutto consapevole, era che non solo i due universi dovessero integrarsi tra loro, ma che gli stessi statuti scientifici che fondavano i diversi saperi sanitari dovessero trasformarsi. Sarebbero state le pratiche concrete e l'elaborazione culturale e scientifica successive, nonché il contributo del pensiero femminile che avrebbero condotto successivamente a quegli esiti, ma non vi è dubbio che l'intuizione fondamentale era già contenuta nella legge. All'art. 1 infatti seppure in modo un po' irrazionale si citano come principali scopi di questi

servizi:

- a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e alla paternità responsabile, l'assistenza – l'attenzione – ai problemi della coppia e della famiglia con particolare riguardo ai minori;
- b) la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;
- c) la divulgazione delle informazioni volte a promuovere o a prevenire la gravidanza;
- d) la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia o dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità degli utenti.

Nel 2004, in seguito all'approvazione della legge 40, sono stati aggiunti tra gli scopi anche "l'informazione e l'assistenza riguardo ai problemi della sterilità e della infertilità umana nonché alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, e l'informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare"

Un mix come si vede di intervento sanitario più tradizionale, di intervento socio sanitario, di assistenza psicologica e sociale rivolta alla coppia, alla famiglia, alla donna, ai minori

con una attenzione più centrata sul prendersi cura che sulla cura. E questo si sa, ha voluto dire caratterizzarsi magari e inizialmente come una struttura più "debole" sul piano sanitario "perché nella cultura dominante il prendersi cura conta molto meno del "guarire" e conta molto meno dell'eliminare patologie, risolvere vigorosamente uno stato di difficoltà" (F.O. Manoukian), ma è altrettanto vero che alcune di quelle prefigurazioni sono poi diventate patrimonio di tutto il Sistema sanitario ed è risultato con il tempo sempre più chiaro, che "il prendersi cura", "assumersi la complessità" delle domande del soggetto e non solo della sua patologia – che va comunque affrontata e risolta – è già questo un modo di "guarire".

La terza novità della 405 è stata quella di individuare più interlocutori: la famiglia tradizionale, ma anche la coppia, e la donna come un soggetto autonomo. Al di là di ciò che legittimamente ognuno può pensare, si tratta di valutare la realtà per quella che è, e non vi è dubbio che quella intuizione si è rivelata assolutamente lungimirante alla luce di ciò che è avvenuto in questi ultimi decenni. Oggi questi servizi accolgono e assistono, quando so-

no messi nelle condizioni di farlo, la famiglia tradizionale, ma anche la giovane coppia immigrata, la donna coniugata e la minorenne alle sue prime esperienze sessuali, senza discriminazioni.

A questo proposito ci si consenta una domanda che volentieri rivolgeremo ai parlamentari che hanno proposto la legge di cui si sta parlando. Chi, oltre ai colleghi e i sanitari che operano in Ospedale, si è preso cura in questi anni delle moltissime donne e bambini immigrati se non i Medici di Medicina Generale, i Pediatri e per tutte le questioni attinenti la salute riproduttiva i Consulteri Familiari?

La nostra proposta di riassetto dei servizi ginecologici territoriali

Nell'ambito del dibattito che stiamo portando avanti su una definizione organizzativa più precisa di tutta l'attività di tutela della salute riproduttiva extraospedaliera, che non ha ancora missione e compiti così condivisi come invece hanno le realtà di diagnosi e cura per eccellenza, non possiamo che ribadire l'opportunità di confermare e rafforzare il ruolo sanitario di queste strutture per ragioni obiettive, tra cui: la presenza di emergenze particolari

come la persistenza del fenomeno migratorio, l'opportunità di garantire a tutte (i) una buona qualità di assistenza specialistica, la necessità di incrementare iniziative attive di promozione della salute e del benessere psicofisico, oltre alla necessità di garantire la massima efficienza di tutto il sistema. Queste azioni vanno garantite insieme, e non in contrapposizione alle azioni rivolte soprattutto ai minori e alle loro problematiche. Ed è anche alla luce di questa complessità che abbiamo posto con equilibrio e responsabilità il tema della organizzazione e della direzione del Servizio Consultoriale.

Vorremmo infine fosse chiaro a tutti che questa proposta non avrebbe tanto il senso di eliminare una componente importante della medicina territoriale ma costituirebbe il mezzo per liquidare una esperienza culturale, scientifica e sociale che ha contribuito ad emancipare tutta la nostra società al di là dei risultati sanitari conseguiti.

Infine per tornare alla nostra proposta di riassetto dell'organizzazione dei servizi sanitari ginecologici territoriali rimane un ampio spazio tra queste funzioni (strutture) e l'attività più propriamente ospedaliera. Ebbene questo spazio deve essere

occupato come la discussione e gli interventi recenti hanno già messo in chiaro da "strutture complesse" che "servano" da supporto alla rete consultoriale, ma non solo.

I servizi di tutela della salute riproduttiva necessitano di un'architettura specifica e cioè di luoghi di promozione, di assistenza preventiva di diagnosi e cura che non richiedono supporti strumentali complessi ma forte capacità di relazione e di relazioni con ambiti anche non sanitari, Scuole, Associazioni, Istituzioni Giuridiche (Consulteri), luoghi di approfondimento diagnostico, di terapia delle patologie trattabili in sede non ospedaliera, [(Ambulatorio (i) Clinico (i))], luoghi di diagnostica complessa, di terapia e trattamento della patologia maggiore della sfera genitale (Ospedali e Cliniche Universitarie).

La formazione continua, insieme alla vocazione alla ricerca, sia essa di base, applicata, o legata agli aspetti epidemiologici, giuridici ed etici, dovrebbero essere ciò che caratterizza l'identità e qualifica l'impegno degli operatori sanitari, e non solo, che si sono dedicati alla tutela della salute della donna, della procreazione, delle relazioni sessuali e alla tutela del benessere dell'età evolutiva.

Meditazioni

di Giuseppe Cragnaniello



Se vi sembran pochi...

Ormai la sola iscrizione ad un congresso nazionale viene a costare intorno a mille euro. Quasi un terzo dello stipendio da ospedaliero! La lievitazione di dette quote non è certamente pari all'aumento in percentuale delle nostre paghe negli ultimi dieci anni. Per avere poi che cosa? Un vero aggiornamento di buona qualità? O non piuttosto per assistere ad inutili passerelle di chi proprio non può farne a meno? Talvolta nei convegni alcuni interventi risultano francamente penosi. Per carità, si può essere ottimi clinici, ma non è da tutti una comunicazione efficace! Peggio ancora quando, forti delle proprie idee (o delle proprie false convinzioni?) si propongono, come sacrosante, verità cose del tutto diverse da linee guida consolidate. Cosicché chi ci va per

chiarirsi le idee se ne torna a casa ancora più confuso. E a quella cifra occorre aggiungere viaggio, alloggio e vitto. Per cui alla fine non è difficile che si arrivi ad una spesa doppia, cioè molto vicina a duemila euro. Quattro milioni delle vecchie lire. Pochi certamente non sono. Nell'invito a partecipare, che puntualmente le società ci inviano, viene anche ricordato dei numerosi sponsor pronti a sostenere l'oneroso impegno. Ma è veramente così ed è oggi cosa facile ottenerlo? Con il passaggio dall'ospedale al consultorio pensavo che le prospettive sarebbero potute migliorare, venendo a cambiare il rapporto medico/informatore da 10:1 a 1:1. Niente di più sbagliato. Molti collaboratori snobbano il territorio, pur essendo di gran lunga maggiore la sua possibilità

Cara Ecm, davvero troppo cara! Le quote di partecipazione a corsi & congressi, a differenza dei nostri stipendi, sono lievitate a dismisura in questi ultimi anni. Non così per la qualità dell'aggiornamento, ahimé mediamente in ribasso...



prescrittiva. E quelli che per vecchia amicizia continuano ad incontrarsi snocciolano da tempo la solita

lagna sulla crisi globale. Difficilmente viene ormai proposto qualcosa, e quindi devi essere tu a

chiedere. Qualcuno è disponibile a fare uno sforzo solo per una parte del pacchetto, così per il resto ti tocca arrangiarti. Parecchi però dicono "abbiamo già dato", riferendosi alle società scientifiche e agli organizzatori locali. Malgrado ciò talvolta si arriva all'assurdo che, dopo regolare invito, anche al relatore non sia garantito altro al di fuori dell'iscrizione, che in realtà è inutile, in quanto in quella qualità non è possibile ottenere i crediti Ecm (per quel che possano servire, dato che sono ignorati da tutti e nessuno ne chiede conto). Quali soluzioni? Difficile proporre, senza urtare varie suscettibilità. Forse converrebbe dilazionarne la periodicità (recentemente una delle società italiane ha tenuto due congressi nazionali a distanza di soli sei mesi!) e riportarli al monotematico (la summa enciclopedica non può più andar bene nell'era delle superspecialità). E soprattutto dicano davvero qualcosa di nuovo!

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



Il Paese dei campanelli

È un Paese inimitabile, il nostro: ciascuno può (per fortuna!) dire tutto quel che gli passa per la mente, pur di sostenere le proprie tesi, magari anche dimenticando di verificare la rispondenza alla realtà che egli stesso o i suoi sodali contribuiscono a generare. Arrivo al dunque: poco tempo fa sono apparse sulla stampa nazionale le dichiarazioni di un importante magistrato che contestava i pressanti inviti di rappresentanti del governo diretti ai suoi colleghi affinché frequentassero meno dibattiti e talk show televisivi e si impegnassero maggiormente nelle pratiche del loro ufficio. Il Nostro così argomentava: "Vietare ai magistrati di esprimersi pubblicamente sui temi della giustizia non solo è incostituzionale, dal momento che l'art. 21 della Costituzione riguarda tutti i cittadini, ma è anche miope, perché chi ne deve discutere, se non gli operatori del settore... Sarebbe come vietare ai medici di parlare di riforme sanitarie o dell'organizzazione della sanità". Prendiamo atto con grande soddisfazione della dichiarazione di un autorevole magistrato, secondo cui "gli operatori del settore" hanno il diritto, costituzionalmente garantito, di criticare le forme di organizzazione della sanità. Ohibò, delle due l'una: o il magistrato in questione è stato lontano dall'Italia negli ultimi anni, oppure (e sarebbe stupefacente) ignora la condizione in cui sono tenuti i medici rispetto alla gestione della sanità dopo le varie 'riforme' che li hanno progressivamente estromessi da qualsivoglia ruolo di rilievo nell'organizzazione sanitaria. Secondo l'assunto enunciato, infatti, essendo noi medici

Cosa accadrebbe se noi medici provassimo soltanto ad esprimere un articolato giudizio sul cattivo funzionamento dell'organizzazione sanitaria o denunciassimo disservizi, inadempienze, cervelotica burocratizzazione del nostro lavoro... Se ci rifiutassimo di assumerci responsabilità pesanti pur di mandare avanti in qualche modo la macchina sanitaria?

operatori (fondamentali) della sanità potremmo contestare anche aspramente – come del resto fanno per la giustizia ormai da qualche anno i magistrati – l'organizzazione sanitaria, andare sui media a contestare i nostri direttori generali per come gestiscono la sanità, analogamente a quanto fanno i magistrati in maniera anche alquanto pesante nei confronti delle autorità istituzionali! Perbacco, questa sì che è una Notizia (con la N maiuscola davvero!). Ma siamo sicuri che poi qualche procuratore collega del magistrato in parola non trovi qualcosa da ridire sulle nostre rampogne? E che qualche direttore generale non ci licenzi (e fors'anche ci denunci) per rottura del rapporto fiduciario e di fedeltà aziendale? E che qualche altro magistrato della corte dei conti non ci inquisca per danno d'immagine (!) all'istituzione sanitaria? Altro che art. 21 della Costituzione sulla libertà di espressione: noi medici dobbiamo obbedir tacendo, come la Benemerita, e tacendo... magari finire per subire conseguenze legali proprio perché non ci si è rifiutati di avallare altrui carenze! Volete qualche esempio? Se in un piccolo ospedale manca la carta termosensibile per l'unico cardiocografo in dotazione, più volte e senza esito richiesta e si



verifica un evento avverso in sala parto, il ginecologo sarà sollevato dalla responsabilità per l'incidente occorso? Pare di no perché avrebbe dovuto giustamente informare la paziente dell'impossibilità del monitoraggio fetale e comunque bloccare i ricoveri delle gestanti; se però ciò avesse fatto, se avesse in sostanza pubblicizzato la grave carenza della struttura sanitaria, siamo certi che il direttore generale gliel'avrebbe perdonata? (Ah! il danno d'immagine!). Che avrebbe plaudito alla corretta informazione data ai cittadini-utenti sulle magagne dell'amministrazione e sulle difficoltà in cui noi medici siamo spesso costretti ad operare nelle strutture sanitarie? Fantasie queste? Lasciamo

perdere... qualcuno sa di che parlo! Se noi medici provassimo soltanto ad esprimere un articolato giudizio sul cattivo funzionamento dell'organizzazione sanitaria o denunciassimo disservizi, inadempienze, cervelotica burocratizzazione del nostro lavoro a cui ci costringono politici trombati o burocrati spesso inadeguati e quindi imposti come responsabili della Sanità; se soltanto facessimo quotidianamente conoscere all'opinione pubblica con quale incredibile fardello di carenza di risorse ci troviamo a dover svolgere il nostro lavoro per colpa di chi ha dissipato (spesso in modo truffaldino) i denari del cittadino; se ci rifiutassimo di assumerci responsabilità pesanti pur di mandare avanti in qualche modo la macchina sanitaria, magari rischiando in proprio e qualche volta pagando per colpe non nostre (in termini legali o quantomeno in termini di immagine personale); se soltanto non fossimo così legati alla nostra professione e decidessimo infine di rifiutare questo stato di cose e quindi ci impegnassimo a contestare la sistemica e scientifica estromissione dei medici dalla gestione della sanità attuata da oltre un ventennio; se soltanto facessimo queste semplici (e 'normali') cose, ebbene saremmo come minimo licenziati in tronco e per di più accusati di insensibilità e scarso attaccamento al lavoro, alla... "Missione" di Medico...! Altro che libertà di contestare l'organizzazione sanitaria, come afferma l'illustre magistrato: ai medici non è consentito neanche di parlare di sanità! È questo il risultato di una miopia politica che in nome di un populismo qualunquista ha ritenuto di estromettere i medici dalla gestione della sanità in forza

di un presunto ed assolutistico "primato" della politica: nessuno contesta il ruolo fondamentale di questa nel mediare tra gli interessi collettivi e le varie spinte esistenti nella società ma pretendere di gestire l'organizzazione sanitaria senza (contro?) i medici è come voler far funzionare la macchina della giustizia senza... (contro?) i magistrati! E qui siamo al dunque: traete voi le conclusioni... È così evidente il danno prodotto da una cattiva politica che in nome di luoghi comuni e di pregiudizi populistici tende a penalizzare (se non addirittura a criminalizzare) i medici, che gli stessi politici ammettono l'esigenza di rivalutare il ruolo dei medici nella gestione della Sanità attraverso il cosiddetto 'governo clinico'. È vero: nel corpo della nostra categoria ci sono stati (e purtroppo ci saranno, come in tutte le attività umane) pessimi esempi di gravi illegalità, e tuttavia qualche mela marcia non giustifica la criminalizzazione di un'intera categoria professionale che ogni giorno si impegna e si sacrifica in un lavoro difficile e rischioso, in cui non c'è Natale né Capodanno e anche a 60anni si va 'di guardia' a difendere, appunto, la vita e la salute delle persone che di noi si fidano e che a noi si affidano. Altro che art. 21 della Costituzione... Chiediamo dunque con forza di essere reintegrati in un ruolo che è nell'interesse dei cittadini ci venga restituito: guidare da esperti la sanità ovviamente nel rispetto dei limiti, delle regole e delle impostazioni dettate dalle istituzioni. La burocratizzazione della sanità non porta vantaggi ai cittadini ma solo nuove tasse per mantenere una pletera di politici spesso di... seconda scelta. Gli esperti, siamo noi!

Internet



Ecm targata Aogoi

Con i due corsi "Office ecografia" e "Violenza sulla donna" è decollata su www.aogoi.it la nuova proposta di formazione a distanza in collaborazione con Springer-Verlag Italia

Commissione Igiene e Sanità del Senato

Vito Trojano nominato consulente per la Ginecologia e Ostetricia

Lo scorso 1° luglio, il presidente della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato, Antonio Tomassini, ha nominato il professor Vito Trojano

consulente tecnico in materia di Ginecologia e Ostetricia presso la Commissione Igiene e sanità del Senato della Repubblica.



Congressi convegni



CORSO DI AGGIORNAMENTO SULLA PATOLOGIA VULVARE PREINVASIVA ED INVASIVA

Aviano (Pn) 27 febbraio

Segreteria organizzatrice
Centro di riferimento oncologico -
Dott. F. Sopracordevole
Tel. 0434.659045
Fax 0434.659439
fsopracordevole@cro.it

PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI NEI TUMORI FEMMINILI: MEDICI DI FAMIGLIA, GINECOLOGI TERRITORIALI E CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO

Napoli 6 marzo

Segreteria organizzatrice
Collage Congressi
Centro Direzionale Isola G1
80143 Napoli

Tel. 081.19979319
Fax 081.19979360
segreteria.napoli@collagecongressi.it

CORSO DI CHIRURGIA RADICALE ADDOMINO-PELVICA IN ONCOLOGIA GINECOLOGICA

Aviano (Pn) 15-18 marzo

Segreteria organizzatrice
Centro di Riferimento
Oncologico - Cro
Via Franco Gallini 2 - 33081
Aviano (Pn)
Tel. 0434.659777
Fax 0434.659439
mariadandrea@cro.it

CONGRESSO REGIONALE A.O.G.O.I. EMILIA ROMAGNA

Modena 26-27 marzo
Segreteria organizzatrice:
D.B. Srl
Viale Alfeo Corassoli 70

41100 Modena
Tel. 059.342757 Fax 059.342757
segreteria@eziobergamini.it

VIVERE CON L'ENDOMETRIOSI - POSSIAMO CURARLA INSIEME: MOLTI SPECIALISTI ... UNA META

VERONA 26-27 marzo

Segreteria organizzatrice
Ufficio Formazione - Ospedale
Sacro Cuore Don Calabria
Via Don A. Sembreboni 5 - 37024
Negrar (Vr)
Tel. 045.6013208
Fax 045.7500480
Ufficio.formazione@sacrocuore.it

ALLATTAMENTO MATERNO E OSPEDALI AMICI DEI BAMBINI: DIECI PASSI INSIEME PER LA QUALITÀ DEL PERCORSO NASCITA

Palermo 26-27 marzo

Segreteria organizzatrice
BGE Eventi e Congressi
Via G. Bonanno 61 - 90143
Palermo
Tel. 091.306887
Fax 091.6260945
info@bgeventi.com

PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI NEI TUMORI FEMMINILI: MEDICI DI FAMIGLIA, GINECOLOGI TERRITORIALI E CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO

NAPOLI 27 marzo

Segreteria organizzatrice
Collage Congressi
Centro Direzionale Isola G1
80143 Napoli
Tel. 081.19979319 Fax
081.19979360
segreteria.napoli@collagecongressi.it

AVVISO AI SOCI

Per il pagamento della quota associativa relativa al 2010 invitiamo i soci a prendere nota delle nuove coordinate bancarie dell'Aogoi.

Quota di iscrizione:

Specialista O. G.
(Libero Professionista
Consulente)€ 360
Pensionato€ 144
Specializzando€ 72

Modalità di pagamento:

- online con carta di credito collegandosi al sito www.aogoi.it
- vaglia postale intestato ad AOGOI - Via G. Abamonti 1 20129 Milano
- bonifico bancario presso la **Banca Popolare Commercio e Industria Filiale MI** - Monte di Pietà **codice IBAN: IT67D050480167200000019863**

1° CONVEGNO NAZIONALE CIOG

IL DOLORE PELVICO: DA SINTOMO AD ENTITA' NOSOLOGICA

26 febbraio 2010

MILANO - Novotel Milano Linate
Via Mecenate 121

Direttore Scientifico:
Sandro N. Viglino

Segreteria Organizzativa: Aogoi
Tel. 02.29525380 Fax 02.29525521
e-mail: aogoi@aogoi.it - www.aogoi.info

PROGRAMMA

Venerdì 26 febbraio 2010

- 08.45 Registrazione dei Partecipanti
- 09.00 Introduzione ai Lavori
C. Crescini, N. Natale
- 09.15 Il significato dell'Iniziativa
G. Monni
- 09.30 Il Collegio Italiano di Ostetricia e Ginecologia: Soggetto di Aggregazione di "Politica" della Professione - S. Viglino
- I SESSIONE**
Moderatori: M. Buscaglia - G. Cecchini
- 09.45 Epidemiologia del Dolore Pelvico - F. Parazzini

- 10.00 Il Dolore Pelvico Cronico come causa di Contenzioso Medico Legale
S. Agosti
- 10.15 Indagini di Laboratorio ed Imaging
G. Cammareri
- 10.30 Dolore Pelvico non Ginecologico vs Ginecologico: Elementi di Diagnosi Differenziale - C. Crescini
- 11.00 coffee break
- 11.15 Il Progetto Endometriosi G. Vittori
- 11.30 Endometriosi: Considerazioni Cliniche - A. Natale
- 11.45 Endometriosi ed Infertilità
M. R. Costa
- 12.00 Vulvodinia e Dispareunia - M. Sideri
- 12.30 Discussione
- 13.00 Colazione di lavoro

II SESSIONE

- Moderatori: C. Crescini - S. Garsia
- 14.00 La Pillola Estroprogestinica ed il Dolore Pelvico - E. Arisi
 - 14.20 Il Dolore Pelvico Cronico nella Terza Età - C. Donati Sarti
 - 14.40 Il Dolore Pelvico Cronico: ruolo dell'Ambulatorio Ginecologico di I livello - M. Orlandella
 - 15.00 Il Dolore Pelvico Cronico Femminile di Origine Chirurgica
P. Ubbiali
 - 15.20 Il Dolore Pelvico Cronico Femminile di Origine Neurologica
F. Murina
 - 15.40 Il Dolore Pelvico Cronico di Origine Muscoloscheletrica - A. Bettinelli
 - 16.00 Il Dolore Pelvico Cronico come occasione per una Collaborazione Interdisciplinare - Tutti i Relatori
 - 17.00 Esame Finale e Conclusioni - A. Chiantera, S. Viglino
 - 18.00 Termine del convegno

V CORSO TEORICO-PRATICO IN CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA

DIRETTORI

Enrico Vizza M.D. Ph.D.
Direttore S.C. Ginecologia Oncologica-IRL-Roma

Fabio Sirimarco M.D.
Direttore S.C. Ginecologia AORN Cantarelli Napoli

Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena" - IFO
Via Elio Chianesi, 53, Roma

CALENDARIO DEL CORSO

I modulo	24-25	Febbraio	2010
II modulo	24-25	Marzo	2010
III modulo	12-13	Maggio	2010

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA
FEDRA CONGRESSI SAS
tel +390652347528, fax +39065305625
mail: info@fedracongressi.it

10° Corso

Aggiornamento Teorico Pratico in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale

13 - 16 Maggio 2010

Villasimius, Cagliari, Atahotel Tanka Village Resort

DIRETTORE DEL CORSO
Giovanni Monti

PRESDENTI DEL CORSO
Antonio Ciavarella
Giovanni Monti
Giovanni Uffa

SEGRETARIA SCIENTIFICA
Ambrosio B. Diavolotto - Direttore
Diagnostica Prenatale e Perinatale, Terapia Fetale
Ospedale Regionale per la Microchirurgia
Via Jenner 100 - 00131 Cagliari
Tel. 070.62926467 - Fax 070.6492514
E-mail: presidenza@hirs.it

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA
M.C. Basso - tel
Viale Trieste 90 - 09103 Cagliari
Tel. 070.573618 - Fax 070.270080
E-mail: organizzativa@hirs.it
E-mail: spedizioni@hirs.it
Internet: www.hirs.it

AOGOI
Via B. Abamonti, 1
20129 Milano
Tel. 02.29525380
Fax: 02.29525521
E-mail: aogoi@aogoi.it

Dentro "la scatola nera" delle differenze regionali

► Segue da pagina 11

Il Metodo SaniRegio

di Nicola Salerno
Ricerca Cerm

L'esercizio di benchmarking utilizzato è in aggregato (non per singola prestazione) e sul lato della spesa. Sono selezionate le

variabili esplicative che maggiormente influenzano il fabbisogno sanitario e la spesa sanitaria. Le variabili esplicative sono riconducibili a quattro gruppi: socio-economiche (Pil, tasso di attività e di occupazione, titoli di studio, composizione del nucleo familiare etc.); demografiche (struttura per sesso e fasce di età, tassi di mortalità per età etc.); degli stili di vita (scelte alimentari, consumo di alcolici, abitudine al fumo etc.); e della dotazione di capitale fisico (densità di posti letto ordinari e in day hospital, disponibilità Tac e

Rm etc.) ed umano (medici, infermieri, odontoiatri del Ssn in proporzione alla popolazione residente). Per tutte queste variabili esplicative è stimato (con tecnica panel ad effetti fissi) un coefficiente medio di impatto, che può essere interpretato come standard poiché sintetizza l'impatto sulla spesa di tutte le singole Regioni. I coefficienti medi di impatto possono essere anche letti come particolari medie (ottenute attraverso un processo di stima) che sintetizzano la diversa capacità

dei governi regionali di fronteggiare/gestire le situazioni di bisogno sanitario. Applicando i coefficienti medi alle singole Regioni si ottiene un valore di spesa sanitaria regionale standardizzato; nel senso che questo dato esprime quella che sarebbe stata la spesa se la Regione avesse condiviso, assieme a tutte le altre, gli stessi coefficienti di impatto delle variabili esplicative. La spesa standardizzata può essere confrontata con la spesa di contabilità. Ma, prima di procedere a questo confronto, è

necessario includere nell'analisi la dimensione della qualità delle prestazioni. Per fare questo, SaniRegio è provvisto di un indicatore sintetico che raggruppa circa cinquanta variabili di qualità diretta e indiretta: di outcome, di soddisfazione percepita dai cittadini, di mobilità attiva/passiva, di rischio di ricadute e di complacenze dopo la fruizione di una prestazione. Si può, quindi, mappare nello spazio (sovraspesa; qualità) il posizionamento di tutte le Regioni.

CONVEGNO NAZIONALE



CONTRACCZIONE, SESSUALITA' E SALUTE RIPRODUTTIVA



RISERVATO A: Ginecologi - Medici di base - Ostetrici

15 - 16 - 17 aprile 2010

Ore 8.30

Castel dell'Ovo

Via Eldorado, 3

Napoli

Segreteria Organizzativa

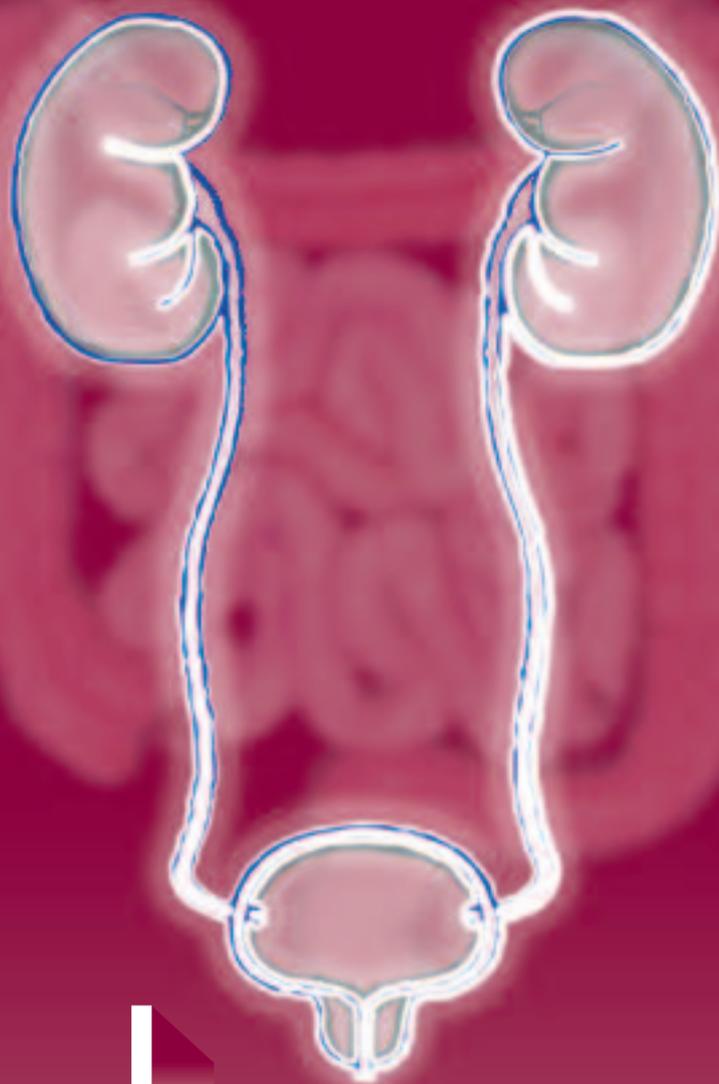
Focus Eventi Srl

Lungotevere degli Altoviti 1, 00186 Roma

Tel.: 06 68805889 - Fax: 06 68219111

E-mail: info@focuseventi.it - Web: www.focuseventi.it

L'aiuto naturale per mantenere sano il sistema urinario



Florberry®

Integratore alimentare

Estratto di cranberry e *Lactobacillus paracasei* B21060 (Brevetto Bracco)



36 mg
di proantocianidine
per bustina

18 mg
di proantocianidine
per bustina

Bracco s.p.a.
via Egidio Folli 50
20134 Milano
www.bracco.com

Prodotto per Bracco da Probiotal

ADULTI

Confezioni
da 10 bustine

JUNIOR



LIFE FROM INSIDE