ORGANO
UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE
OSTETRICI
GINECOLOGI
OSPEDALIERI

MOGOI



■ Intervista a Pecorelli Il presidente dell'Aifa sul futuro dei farmaci con un occhio alla ginecologia

■ Camera

Si chiude la nostra inchiesta sui disegni di legge sanitari in discussione in Parlamento Presentato il rapporto Aiom sull'assistenza oncologica in Italia ■ Arriva la conciliazione Luci e ombre della mediazione nel settore della responsabilità medica

4 2010



RISPOSTA INNOVATIVA PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLA SECCHEZZA 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.





Terza pagina

Editoriale

La sanità va avanti. E noi stiamo al passo!

Proposte, idee, innovazioni, tendenze per la nostra professione ma anche per il sistema ospedaliero nel quale

Con attenzione ai cambiamenti in atto e a quanto sta già mutando nei bisogni delle persone che entrano in contatto con la sanità e la malattia.

Compresi gli aspetti più controversi del nostro agire, o meglio delle ricadute inattese e certamente non volute della nostra ars medica, come quando incappiamo in un contenzioso medico-legale con i nostri assisti.

Di tutto questo parliamo, con vari protagonisti e diversi contributi, su questo numero di Gyneco, a testimonianza di una professione che cambia e che soprattutto non teme il futuro.

A partire dagli scenari tracciati dal collega professor Pecorelli nell'intervista che ci ha rilasciato in esclusiva, dove si delinea una nuova figura di ginecologo "generalista" e in grado di essere il tutor a tutto tondo della salute della donna.

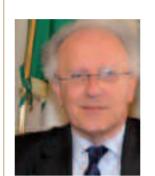
Ma anche dalle problematiche, dalle luci e dalle ombre, di 10 anni di attività intramoenia fotografati da una ricerca dell'Agenas (l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) della quale pubblichiamo anche un sunto di un'altra ricerca molto interessante sulle prospettive dell'ospedale italiano.

E poi è arrivata la nuova legge sulla conciliazione extragiudiziale che troverà applicazione anche nel contenzioso medico legale, aprendo prospettive nuove, e speriamo positive, nello scenario fosco di una "medicina all'americana" con più avvocati che medici in corsia, che si sta purtroppo affermando anche da noi.

Insomma, la sanità va avanti e noi abbiamo tutte le intenzioni di stare al passo!



Indice numero 4-2010



Congresso nazionale 86°Sigo-51°Aogoi: Milano, 14-17 novembre 2010

La lettera dei presidenti Alessandra Graziottin e Nicola Natale

Primo Piano

L'INTERVISTA Farmaci e scienza un binomio indivisibile Intervista al presidente del Cda Aifa Sergio Pecorelli

- L'attività ospedaliera in 3D di Eva Antoniotti
- Appropriatezza e costi standard: la doppia sfida Intervista al direttore dell'Agenas Fulvio Moirano
- Intramoenia: vale 1,25mld di euro. Ginecologia al top per numero di prestazioni a cura di Lucia Conti, Ester Maragò e Stefano Simoni
- 10 Intramoenia: le aziende ci guadagnano due volte, ma... Intervista al presidente Fesmed Carmine Gigli
- 12 Cosa bolle alla Camera

Seconda parte dell'inchiesta di GynecoAogoi sul futuro delle leggi per la sanità. Interviste agli onorevoli Binetti (Udc), Di Virgilio (Pdl), Molteni (Lnp), Palagiano (Idv) e Turco (Pd)

- 14 Tumori: il Bel Paese fa di più
- di Antonino Michienzi
- Il punto sul Biotestamento

di Stefano Simoni



Professione

La nostra road map per il Territorio di Sandro M. Viglino e Giovanni Fattorini Proposta per una riorganizzazione dell'area ginecologica territoriale alla luce di un rinnovato rapporto Ospedale-Territorio

- 16 Note sull'attuale e sulla futura formazione dei ginecologi territoriali
- 18 Medicina di genere: uno sguardo al futuro
- Dottore, concilia?
- Il commento di Pier Francesco Tropea **Il punto** di vista degli stakeholder
- Promuoviamo una cultura salva-utero
- 24 Per invertire il trend dobbiamo rendere più consapevoli le donne Intervista a Giampietro Gubbini, responsabile del Progetto MESTOP
- 25 Compiti e obblighi del sanitario in servizio di guardia di Pier Francesco Tropea
- "Colpa grave", riparliamone 26
- Villasimius: un premio in memoria di Marilina Liuzzo

Rubriche

L. 46/04) Art. 1, Comma 1

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



NUMERO 4 - 2010 ANNO XXI

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

Presidente Giovanni Monni **Direttore Scientifico** Felice Repetti

Comitato Scientifico

Antonio Chiantera Valeria Dubini Carlo Shiroli **Direttore Responsabile** Cesare Fassari

Coordinamento Editoriale Arianna Alberti email: gynecoaogoi@hcom.it Pubblicità

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

Editore

via Vittore Carpaccio, 18 00147 Roma Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228 **Progetto grafico** Ufficio grafico Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Union Printing Viterbo **Abbonamenti**

Annuo: 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 Finito di stampare: aprile 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.





Testata associata A.N.E.S.

Editore



4

86° CONGRESSO SIGO 51° CONGRESSO AOGOI

MILANO | 14-17 NOVEMBRE 2010 | FIERA MILANO CITY

Gentili Colleghi e Colleghe,

é già cominciato il conto alla rovescia per l'87° Congresso SIGO, a Milano, il 14-17 Novembre 2010. Segnatelo in agenda!

Il Congresso è stato ideato per approfondire l'immagine della donna in tutti suoi aspetti: essere donna e ricercare il completamento dell'essere attraverso il benessere globalmente inteso.

Noi ginecologi, come medici della donna, poniamo la donna al centro della nostra attenzione: questo richiede una diversa dedizione e cultura, anche internistica, e uno sguardo multidisciplinare grazie a voci nuove e a collaborazioni integrate, con l'apporto di tutte le forze mediche, politiche, sociali.

Nostro intendimento è trasmettere le novità intervenute in questo ultimo scorcio di tempo ma anche riprendere nozioni già acquisite interfacciandole con la visione di colleghi di altra specialità e ridefinendole ai sensi delle evidenze acquisite e delle esperienze accumulate.

Contemporaneamente, dedicheremo grande cura alla preparazione di Corsi di aggiornamento di alto profilo, durante il congresso, così da offrire un'ulteriore possibilità di ripensamento culturale strutturato che speriamo vi entusiasmi!

Per questo stiamo alacremente contattando colleghi e possibili sponsor per realizzare un Congresso SIGO-AOGOI che risponda alle aspettative di tutti noi. Aspettative giustamente alte, che richiedono l'energia, la dedizione e l'entusiasmo con cui ci stiamo impegnando e che aumenteranno con il vo-

Gli ostacoli, concreti, di budget, ma anche il non ancora completato iter di riavvicinamento con i colleghi universitari, sono numerosi, ma con passione, pazienza e buona volontà cercheremo di superarli completamente.

Vi proporremo a breve attraverso tutti i canali possibili (e-mail, www.sigo, www.aogoi, www.sigo2010, GynecoAogoi, etc.) anche corsi precongressuali, la cui operatività diverrà tale se avranno il Vostro gra-

Già molte segnalazioni e proposte di collaborazione sono giunte da Voi e verranno prese in seria considerazione. Ognuno però è cosciente dei diversi limiti che incontriamo, siano essi organizzativi che economici. Se non potremo amalgamare tutte le richieste e non riusciremo a dare voce a tutti sappiate che ciò non dipende dalla nostra volontà ma dalla realtà che ci circonda e dai limiti che ci pone.

Chiediamo fin d'ora ai Relatori ed ai Moderatori, oltre che a tutti i partecipanti al Congresso, una forte collaborazione per la miglior riuscita del Congresso.



congressuali

- 1. Chirurgia: la tradizione, la miniinvasività, il futuro (robotica) Surgery: tradition, endoscopy, the future (robotics)
- 2. Le cellule staminali ed i trapianti Stem cells and transplantation
- 3. Identità e genere: la donna e la società Gender and identity: The
- woman and the society 4. Sterilità: PMA o altro? Sterility: MPA and other?
- 5. La gravidanza fisiologica e complicata Normal and complicated pregnancy
- 6. Il parto e le sue modalità The delivery and its forms
- 7. Diagnostica per immagini *Imaging*
- 8. Ostetricia e ginecologia per le donne immigrate: accoglienza, assistenza, problemi culturali Obstetrics and gynecology for immigrates: wellcome, health care, cultural challange
- 9. La Medicina Non Tradizionale in Ostetricia e Ginecologia: ausilio, alternativa, placebo Complementary Medicine in Obstetrics and Gynecology: help, alternative, placebo
- 10. Verso il Congresso Mondiale: medicine a confronto *Toward the World Congress:* medicine in comparison
- 11. Ostetricia e ginecologia: il continuum territorio-ospedale-ambulatorio A single health service: Hospital-Outpatient Dept.-Health Di-



Nicola Natale

PRESIDENTI

Alessandra Graziottin a.graziottin@sigo.it Nicola Natale n.natale@sigo.it

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Antonio Canino a.canino@sigo.it Andrea Natale a.natale@sigo.it Nicola Strobelt n.strobelt@sigo.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Triumph C&C Via Lucilio 60, 00136 - Roma Tel: +39 06 35530 204 / 228 Fax: +39 06 35530 262 sigo2010@triumphgroup.it www.triumphgroup.it

Intervista al Professor Sergio Pecorelli Presidente del Cda Aifa

Farmaci e scienza un binomio indivisibile

di Cesare Fassari

Professor Pecorelli, a breve sarà un anno dal giorno del suo arrivo all'Aifa. Che idea si è fatto? Intanto ho capito subito che non mi avevano offerto una poltrona sulla quale stare comodo a non far nulla. È bastato poco per rendermi conto di essere entrato a contatto con un organismo dinamico, competente, efficiente e molto, molto professionale. Qui non si fanno molte chiacchiere. L'Aifa ha indubbiamente recepito il mandato di chi l'ha voluta: essere un'agenzia indipendente, autorevole, inserita nel contesto nazionale e internazionale delle politiche del farmaco. Da tutti i punti di vista.

Eppure la percezione diffusa dell'Aifa è soprattutto quella di avere un solo compito: tenere a freno la spesa farmaceutica. Costi quel costi.

Forse è così. Del resto la percezione esterna deriva da ciò che trapela di più della nostra attività. Ed è indubbio che l'attenzione, giusta e sacrosanta, che abbiamo sempre posto all'appropriatezza della spesa farmaceutica sia vista alla fine come la nostra unica mission. Ma non è così.

E allora com'è? Ha tempo?

Tutto quello che vuole.

Dobbiamo iniziare dal mandato che ci ha dato il legislatore tra il 2003 e il 2004, da cui discendono tutte le nostre attività e la nostra organizzazione. La parte nota è quella che riguarda la nostra attività di ente regolatorio del farmaco: dall'autorizzazione all'immissione in commercio, all'assegnazione della fascia di rimborsabilità. Ma il nostro compito è anche quello di garantire l'unitarietà dell'assistenza farma- Fate tutto questo? ceutica, monitorare la spesa e il Sì, anche se quello che emerge rispetto dei tetti, favorire gli investimenti in ricerca e innovazione, garantire un'informazione scientifica autorevole e indipendente, coordinare le attività di farmacovigilanza e sorveglianza per la sicurezza dei farmaci, avere costanti rapporti di scambio e partnership con le altre agenzie internazionali e in particolare con l'Agenzia europea del farmaco.

"Siamo noti soprattutto come controllori della spesa, ma l'Aifa ha una mission fondamentale: quella di mettere l'approccio scientifico al centro della propria attività regolatoria"



■ Parla Sergio Pecorelli, ginecologo di fama e presidente dell'Agenzia italiana del farmaco, annunciando il prossimo avvio di una ricerca finalizzata su farmaci e gravidanza per fare chiarezza sull'attuale giungla delle limitazioni prescrittive che limitano fortemente l'accesso alle cure per le donne in attesa

e appunto quasi sempre e soio l'aspetto di "controllori della spesa". E invece non c'è dubbio che l'Aifa abbia, forse per la prima volta, portato l'Italia a confrontarsi con un approccio moderno e paritario con gli altri enti regolatori del mondo. E tornando alla sua prima domanda, le confesso che questa è la parte del lavoro da presidente del Cda Aifa che più mi intriga. Come medico e come ricercatore non posso che apprezzare l'opportunità che mi è stata data di venire a contatto con l'elite internazionale del mondo del farmaco. Proprio in un momento in cui la scienza sta tracciando nuovi traguardi. A partire dalla stessa riclassificazione delle malattie, conseguente allo sviluppo della genetica, e alle nuove affascinati opportunità per il farmaco che, sempre più, vedrà il tramonto della molecola superstar e dell'equazione "una molecola-una malattia", a favore di strategie terapeutiche mirate su punti di attacco anaiogni ma in grado di colpire e guarire malattie diverse.

Una rivoluzione, senza dubbio. Ma l'Aifa che c'entra?

C'entra eccome. E non solo perché questa rivoluzione comporterà inevitabilmente una revisione degli attuali schemi di sperimentazione clinica e quindi dell'intero processo autorizzativo ma anche, senza andare troppo

lontano e restando all'oggi, perché siamo già in una nuova dimensione del controllo e della verifica dei farmaci e in generale delle terapie e delle tecnologie sanitarie, dove l'Aifa ha un ruolo di primo piano.

Si spieghi.

Prendiamo il sistema di Health technology assessment (Hta) che si sta affermando anche nel nostro Paese per fornire alle Regioni, e quindi ai singoli operatori, una road map della gestione delle nuove tecnologie sanitarie, intese come l'insieme degli strumenti che abbiamo a disposizione. Dai programmi di prevenzione al farmaco di nuova generazione, per gestire al meglio la salute dei nostri cittadini.

L'Aifa è parte integrante di questo processo con un approccio assolutamente nuovo e interdisciplinare che vede il presidio farmaceutico come un elemento particolare ma strettamente correlato a un insieme di azioni e strategie di promozione e mantenimento della salute. Una road map uguale per tutti perché, salvo smentite, sono convinto che un diabetico siciliano abbia bisogno delle stesse cure e attenzione di un diabetico altoatesino.

E le Regioni, in piena onda federalista, sono d'accordo?

Noi siamo chiamati a garantire l'unitarietà della prestazione farmaceutica ma questo non vuol dire che le Regioni non abbiano o possano fare meglio e di più rispetto ai Lea. Il punto è che vor rei chiamare le Regioni a un approccio propositivo, per suggerire il meglio e il di più sostenibile, abbandonando l'atteggiamento di diffidenza che spesso manifestano quando si parla di Hta, di linee guida, di protocolli. Perché si tratta di strumenti non coercitivi o limitativi di libertà e iniziativa locale, quanto di ottimizzazione del percorso

sanitario, con vantaggi diretti nell'appropriatezza delle cure e della spesa.

Lo stesso intendiamo fare nei confronti delle aziende del settore con le quali vogliamo stabilizzare ed estendere la logica del risk sharing, che vuol dire condividere rischi e benefici di un nuovo farmaco in base ai risultati.

E come funziona?

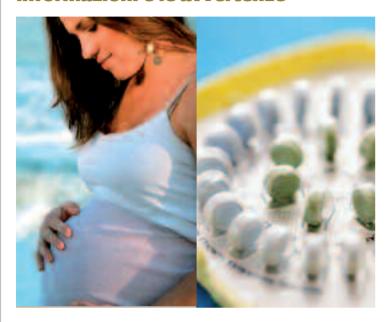
Funziona che a seguito della registrazione di un farmaco innovativo importante, di costo quindi elevato, si contrae un patto con il produttore affinché la definitiva assimilazione nel prontuario del Ssn sia condizionata al successo di una fase monitorata e verificata di utilizzazione del nuovo prodotto. In poche parole: se funziona lo prendo, altrimenti no. Fine dell'assimilazione a scatola chiusa che ha comportato spesso spesa eccessiva ma anche gravi rischi per la salute, come avvenne nel caso del Vioxx per citare un esempio abbastanza recente.

Lo abbiamo già fatto in oncologia e ha funzionato. Con vantaggi indiscutibili per il paziente che ha la garanzia di essere costantemente monitorato sugli effetti delle nuove terapie, ma anche per l'équipe che lo assiste, dall'oncologo al farmacista ospedaliero, chiamati a un approccio di ricerca e sperimentazione sul campo che li porta a condividere informazioni e verifiche per tutto il percorso terapeutico.

Un'esperienza che ha raccolto anche il plauso della comunità internazionale, come ho potuto constatare di persona a Washington nel novembre scorso.

Tra i compiti Aifa, ce l'ha ricordato all'inizio, c'è anche quello di incentivare l'innovazione e la ricerca. Parole o fatti?

Fatti. Assolutamente fatti. E di questo sono certo, percne tutta l'impronta che caratterizza la gestione dell'Aifa di Guido Rasi si basa proprio sull'obiettivo di riportare l'approccio scientifico al centro del ruolo e dell'iniziativa dell'Agenzia. Nei confronti delle aziende ma anche del Ssn e delle istituzioni che governano la sanità italiana. Noi siamo qui per dare il nostro contributo fattivo allo sviluppo della ricerca faStiamo per avviare un progetto di ricerca su farmaci e gravidanza. Una sorta di grande "review" scientifica che metta in linea le attuali conoscenze sulle possibili interazioni farmaceutiche, per rivedere le informazioni e le avvertenze



cendo tesoro delle risorse a noi attribuite creando dei veri "incubatori" di opportunità e intelligenze.

Cioè?

Mi consenta di spiegarmi con un esempio reale, frutto dell'esperienza maturata nel mio mondo universitario a Brescia. L'esempio è quello del Csmt bresciano (Centro servizi multisettoriale e tecnologico) nato per mettere in rete il tessuto industriale del territorio con i saperi dell'università. Con azionariato pubblico (60%) e privato (40%), il Csmt è un polo di sviluppo di progetti finalizzati di innovazione che coinvolge diversi dottorati di ricerca, anche nel campo biomedicale, consentendo di maturare percorsi di ricerca e sviluppo in sintonia con le esigenze del mercato ma con indirizzi e controllo sociale e quindi con partnership virtuose capaci di orientare le finalità ultime di ciò che si andrà a realizzare. Ecco, un modello del genere è quello che pensiamo possa sposarsi naturalmente con le finalità dei fondi di ricerca Aifa, creando opportunità vere per ricercatori e aziende con la finalità primaria della sicurezza e dell'appropriatezza terapeutica dei farmaci. A partire dai generici e dai biosimilari, per i quali e diventato fondamentale analizzare la chimica analitica del prodotto, le percentuali di principio attivo e di eccipienti. Insomma tutti gli elementi utili a garantire la sicurezza del paziente ma anche in grado di fornire nozioni e prassi alle aziende per produrre il meglio. Le posso anticipare che su questa linea stiamo per avviare un progetto di ricerca su farmaci e gravidanza. Una sorta di grande review scientifica che metta in linea le attuali conoscenze sulle possibili interazioni farmaceutiche, al fine di rivedere le informazioni e le avvertenze limitanti che oggi appaiono ormai obsolete, poco mirate e poco verificate, con il risultato di precludere fortemente l'accesso ai farmaci, anche in casi importanti, alle donne in stato di gravidanza. Ecco vogliamo vederci

Siamo alla vigilia di una rivoluzione che comporterà inevitabilmente una revisione degli attuali schemi di **sperimentazione** clinica e quindi dell'intero processo autorizzativo

chiaro, senza abdicare di un millimetro dalla linea della sicurezza ma fornendo alle aziende e ai medici indicazioni più precise e circostanziate sui rischi effettivi

Cambiamo argomento. Come decano della ginecologia italiana non posso non chiederle un parere su quanto si sta muovendo nella sua categoria. Il ginecologo come medico della donna a tutto tondo. Sembra questo l'obiettivo delle più importanti associazioni, dall'Aogoi alla Sigo. Che ne pensa?

Mi sembra una meta del tutto condivisibile. Oggi la salute della donna merita un'attenzione globale, dalla sperimentazione clinica alla medicina di genere

quale discriminante nella formazione universitaria. Perché un farmaco viene sperimentato prevalentemente sugli uomini? Perché l'università non assume l'impegno di una formazione medica che si occupi trasversalmente del gender? Sono questioni non più rinviabili, perché uomini e donne non sono uguali nella malattia e nella risposta alle terapie. Questo è assodato. In questo quadro il fatto che il ginecologo si ponga l'obiettivo di diventare una sorta di tutor per la tutela della salute femminile in tutte le fasi della vita è quindi ovvio. Il punto è come arrivarci.

La sua ricetta?

Penso che l'unica strada, anche se complessa e forse generatrice, almeno all'inizio, di anticorpi professionali, sia quella di valorizzare e riconoscere le sub specialità ginecologiche individuando, contemporaneamente, una nuova figura di ginecologo generalista che sia di riferimento e di indirizzo per la donna. Una figura nuova che sappia lavorare in squadra con i colleghi sub-specialisti, monitorando caso per caso le opzioni migliori per affrontare le diverse esigenze della sua assistita. L'attuale complessità dell'approccio ginecologico non consente più di pensare a una figura unica e onnisciente in grado di spaziare dall'ostetricia all'oncologia. Del resto se sua moglie è in procinto di partorire, lei quale ginecologo preferirebbe, quello cha ha al suo attivo migliaia di parti o quello che in primo

luogo si occupa di altre problematiche medico-assistenziali?

Ultima questione. La RU 486. Adesso che la storia si avvia a conclusione, pur nel perdurare di polemiche sulla via ideale di somministrazione del farmaco abortivo, come giudica l'operato dell'Aifa, anch'esso oggetto di forti polemiche?

L'Aifa ha concluso il suo compito con la delibera pubblicata in Gazzetta nel dicembre scorso. Una delibera seria e rigorosa frutto di un lavoro complesso, sempre in linea con il nostro mandato, e svolto in assoluta libertà. Lontano, mi creda, da qualsiasi condizionamento. Una delibera assunta in scienza e coscienza con profondo rispetto della irrinunciabile responsabilità del medico nei confronti della sua assistita.

Penso che su questi temi sarebbe bene per tutti attenersi a tale principio, ricordando sempre che, alla fine, le ricadute delle nostre decisioni vanno a incidere su quel rapporto fiduciario e irrinunciabile che lega, e guai se così non fosse, il medico al suo paziente. Y

La rivista dell'Agenas dedica un volume

L'attività o

■ I ricercatori dell'Agenzia hanno messo a punto un indicatore complesso a tre dimensioni: costi, posti letto e tasso di ospedalizzazione. Si chiama Uao, ovvero Unità di Attività Ospedaliera. Uno strumento interessante che potrebbe consentire una valutazione più puntuale del "lavoro" svolto dalle strutture ospedaliere e anche rivelarsi utile per misurare i finanziamenti. Ma il nuovo numero de I Quaderni di Monitor contiene anche molte "fotografie" della situazione attuale, premessa indispensabile per qualsiasi intervento



di Eva Antoniotti

ltre 200 pagine dedicate interamente all'analisi dell'attività ospedaliera, vista sotto diversi punti di vista: intramoenia e ricoveri inappropriati, mobilità intra e extra regionale, soddisfazione dei cittadini.

Il volume monografico pubblicato da Agenas e dedicato a "L'attività ospedaliera: dati e riflessioni" è una fonte di stimoli e riflessioni per tutti coloro che vogliano conoscere meglio la realtà delle strutture di ricovero nel nostro Paese, siano politici, dirigenti amdacali o operatori.

L'Unità di Attività **Ospedaliera**

L'attività ospedaliera si misura comunemente attraverso due elementi: il numero di posti letto e il tasso di ospedalizzazione. È chiaro a tutti però che nessuno dei due dà un'esatta misura dell'attività realmente svolta: quel posto

letto è stato occupato? E, se sì, è stato per una colicestectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare senza complicanze (DRG 494, valore tariffario 44 euro) o per un trapianto di fegato (DRG 480, valore tariffario 2.836 euro)? Attraverso un complesso procedimento che parte dalla tariffazione dei Drg, quindi da un dato economico, e dal confronto tra diverse realtà regionali, i ricercatori Agenas individuano la Uao, ovvero l'Unità di Attività ospedaliera, successivamente standardizzata per età, per rendere confrontabile la situazione tra Regioministrativi, rappresentanti sin- ni con diversa composizione della popolazione. I risultati non sono scontati. Valutando le diverse Regioni attraverso le Uao, anziché sulla base dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri acuti ordinari, si scopre ad esempio che Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria ed Emilia Romagna, che hanno tassi di ospedalizzazione inferiori alla media, hanno invece tassi di Uao leggermente superiori,

monografico all'analisi dell'attività ospedaliera

spedaliera in 3D

mentre Campania, Puglia e Calabria si accostano alla media nazionale per Uao, assai più che non valutando il tasso di ospedalizzazione, e la Sardegna con questo nuovo parametro scende molto al di sotto della media nazionale.

Una mappa della rete ospedaliera italiana

Si discute molto di ristrutturazione della rete ospedaliera e di chiusura dei piccoli ospedali. Ma qual è la situazione attuale? Che mole di lavoro svolgono in Italia i piccoli ospedali? E come si ripartisce la casistica tra piccoli e grandi, tra pubblici e privati? Oggi il 79% dei ricoveri avviene in strutture pubbliche, mentre il restante 21% è effettuato in strutture private. Di questi ospedali quasi il 60% sono grandi. Sul totale delle strutture quindi si ha un 55% di grandi ospedali pubblici, un 24% di ospedali pubblici piccoli, un 4,8% di strutture private grandi e un 16,2% di strutture private piccole. Per struttura "grande" si intende quella che effettua oltre 10.000 ricoveri l'anno, numero

■ La fonte: Remolet

Gran parte dei dati analizzati nel volume provengono da Remolet, ovvero dalla Rete di Monitoraggio dei Lea Tempestiva creata da Agenas in accordo con molte Regioni (restano fuori, per ora, la PA di Bolzano, la Liguria, la Sardegna, il Molise e la Calabria).

Remolet è un sistema di raccolta dati "leggero", con minori vincoli di ufficialità, e che permette di avere più rapidamente elementi su cui sviluppare analisi e fornire quindi ai decisori politici le basi per interventi più rapidi e, dunque, più efficaci. Considerando i tempi di elaborazione dei dati, che sono comunque lunghi, si riesce insomma ad essere più veloci. Al lavoro di Remolet partecipano "alla pari", come viene sottolineato nella scheda di presentazione, i ricercatori dell'Agenas, coordinati da Cesare Cislaghi, e i tecnici delle diverse Regioni, che concordano obiettivi, temi e metodologie di lavoro.

sotto al quale si parla di strutture "piccole", ovvero al di sotto dei 200 posti letto.

Non sorprende, ma è comunque utile, scoprire che la PA di Trento, la Calabria, la PA di Bolzano e l'Abruzzo hanno la maggiore frequenza di ricoveri in piccole strutture ospedaliere, che nell'ultima di queste realtà regionali sono inoltre prevalentemente private. Né stupisce la rilevazione che i ricoveri nelle grandi strutture ospedaliere private siano concentrati soprattutto nel Lazio e in Lombardia. Venendo alla tipologia dei ricoveri, ancora un dato facile da ipotizzare: gli ospedali monospecialistici sono prevalentemente privati, mentre quelli generalisti sono in gran parte pubblici. Più interessante l'analisi per specialità: prevalentemente privati e di piccole dimensioni gli ospedali che erogano DRG psichiatrici; piccoli e privati in prevalenza anche quelli che garantiscono lungodegenza e riabilitazione; privati ma di grandi dimensioni gli ospedali monospecialistici di oncologia, cardiochirurgia, neurochirurgia e dermatologia. Gli ospedali di ostetricia si affollano tutti al centro della rappresentazione grafica e questo significa che ce ne sono di medie dimensioni, né troppo grandi né troppo piccoli, sia che si tratti di pubblico o di privato (v. figura 1).

Si può definire quanto costa un ricovero?

Non è facile definire il costo di una prestazione ospedaliera. Infatti, al di là delle spese dirette, relativamente facili da calcolare, la spesa maggiore è determinata dal personale, difficile da ripartire e ricondurre alla singola prestazione (v. tabella 1). Lo studio evidenzia come vi sia una corrispondenza biunivoca tra alcune voci: se la Lombardia ha una spesa per il personale (38,96%) inferiore alla media nazionale, na pero una spesa per l'acquisto dei servizi superiore (37,72%); per contro la Toscana ha una spesa per l'acquisto dei servizi ridotta(23,35%), ma una maggiore spesa per il personale (46,69%). E ancora più estremo è il caso della PA di Bolzano, dove la spesa per il personale copre il 53,69% del totale, mentre l'acquisto di servizi scende al 22.72%.

Per tentare di quantificare il costo di ricovero si ricorre allora alle Uao, il cui costo medio è valutato per il 2005-2006 in 4.047 euro. Ma in Calabria una Uao è costata in realtà 5.103 euro, mentre in Liguria il suo costo scende a 3.052 euro (v. tabella 2).

Quando paga il cittadino

Se è consueto parlare di spesa out of pocket, sia come ticket che come spesa assolutamente a carico del cittadino, per la farmaceutica, per la specialistica ambulatoriale e per la diagnostica, meno frequente è utilizzare questa categoria per i ricoveri. Eppure ogni anno ci sono in Italia circa 300mila ricoveri "a pagamento", dei quali 140mila totalmente privati ovvero "solventi", 50mila in intramoenia, 90mila limitati alla differenza alberghiera e infine circa 15mila causati dal sistema a rimborso, attivo in sole quattro Regioni. Certo, in rapporto ai 13 milioni di ricoveri complessivi, non si tratta di grandi numeri tuttavia è interessante capire come si articola questa realtà. Le strutture private erogano la

Le strutture private erogano la maggior parte di questo tipo di ricoveri, circa il 70%, ma con notevolissime differenze tra le Regioni: solo il 12% dei ricoveri a pagamento effettuati in Liguria avviene in strutture private, mentre in Puglia la percentuale sale al 96%.

Le patologie maggiormente coinvolte nel fenomeno sono le malattie del sistema muscolo scheletrico (categoria 8 dell'accorpamento dei DRG), seguite da gravidanza e parto (categoria 14), malattie dell'apparato digerente (categoria 6) e malattie dell'apparato cardiocircola-

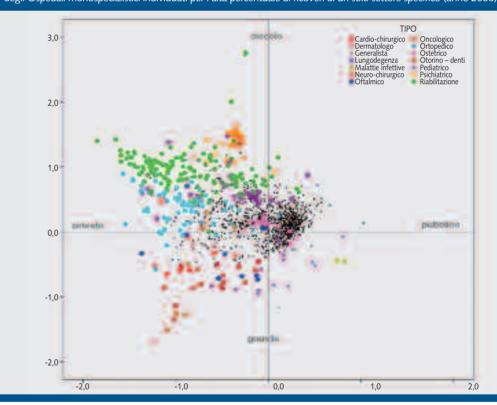
torio (categoria 5). Considerando però soltanto i ricoveri in libera professione intramoenia primo e secondo posto si scambiano ed in testa troviamo gravidanza e parto, mentre al quarto posto si collocano i ricoveri per malattie dell'apparato riproduttivo femminile (categoria 13).

Valutazioni conclusive

Dopo tante analisi, di cui abbiamo riferito solo in minima parte, il gruppo dei ricercatori Remolet stende alcune pagine conclusive, come richiamo alla politica a "ridefinire organicamente una politica dell'assistenza ospedaliera", che superi gli interventi recenti "frequentemente nati da specifiche emergenze e non da provvedimenti sistematici". Tra le priorità indicate al primo posto stanno la formazione e l'aggiornamento degli operatori, subito seguiti da una revisione di strutture e attrezzature, che oggi sono in alcuni casi carenti e in altri eccessive. Nello studio un approfondimento viene compiuto ad esempio riguardo alla disponibilità di po-

Segue a pagina 8

FIGURA 1 - Rappresentazione dei presidi ricoveri classificati in funzione della tipologia del loro case mix con indicazione degli Ospedali monospecialistici individuati per l'alta percentuale di ricoveri di un solo settore specifico (anno 2006)



| TABELLA 1 - | Costi per fattore produtt | ivo (2007) | | |
|---------------------|---------------------------|------------|--------------|------------------|
| Descrizione Regione | beni | personale | altri costii | acquisto servizi |
| PIEMONTE | 17,92% | 44,58% | 9,16% | 28,34% |
| VALLE D'AOSTA | 13,09% | 42,42% | 8,91% | 35,58% |
| LOMBARDIA | 13,48% | 38,96% | 9,85% | 37,72% |
| BOLZANO | 13,54% | 53,69% | 10,04% | 22,72% |
| TRENTO | 13,41% | 44,93% | 6,52% | 35,14% |
| VENETO | 15,17% | 42,01% | 12,79% | 30,02% |
| FRIULI V.G. | 18,16% | 49,46% | 11,99% | 20,39% |
| LIGURIA | 14,55% | 44,93% | 10,69% | 29,83% |
| EMILIA R. | 16,96% | 46,88% | 11,48% | 24,68% |
| TOSCANA | 19,11% | 46,69% | 10,85% | 23,35% |
| UMBRIA | 20,83% | 49,06% | 11,76% | 18,34% |
| MARCHE | 19,00% | 47,11% | 10,39% | 23,49% |
| ABRUZZO | 16,40% | 44,98% | 13,36% | 25,26% |
| MOLISE | 18,39% | 44,04% | 11,27% | 26,30% |
| CAMPANIA | 10,98% | 43,68% | 11,88% | 33,46% |
| PUGLIA | 12,54% | 38,80% | 9,57% | 39,09% |
| BASILICATA | 17,13% | 49,67% | 11,52% | 21,68% |
| SICILIA | 12,78% | 45,69% | 10,25% | 31,28% |
| SARDEGNA | 18,28% | 49,47% | 8,80% | 23,45% |
| ITALIA | 14,97% | 43,89% | 10,68% | 30,46% |

Intervista al direttore dell'Agenas Fulvio Moirano

Appropriatezza e costi standard: la doppia sfida

Dottor Moirano, Agenas ha appena pubblicato un numero monografico della sua rivista dedicato interamente alla misurazione dell'attività ospedaliera. Perché questo grande impegno? Non bastava il rapporto annuale del ministero sulle Sdo?

I dati sulle Sdo affluiscono dalle Regioni al ministero in maniera ufficiale, perché hanno anche un valore legale ed economico. Questo fa sì che i tempi siano piuttosto lunghi, tanto che oggi sono pubblici i dati relativi al 2007. Per avere uno strumento più agile l'Agenzia ha avviato lo studio Remolet, condotto dalla struttura del professor Cislaghi: attraverso un accordo con le Regioni e una griglia rivolta a specifiche problematiche otteniamo una valutazione più tempestiva che consente di intervenire in tempi rapidi.

E perché avete deciso di realizzare questo studio proprio sull'ospedale, visto che si dice sempre che bisogna spostare risorse e attenzione verso il territorio?

Il Nsis sta acquisendo molti elementi anche sul versante territoriale, dove però i dati sono me■ La definizione dei costi standard di produzione non risolve tutti i problemi. Meglio puntare al riparto di quote capitarie standardizzate. Dietro tante inappropriatezze c'è la mancanza di alternative al ricovero



no "forti" e meno storici. Probabilmente sul territorio bisognerà fare qualche rilevazione ad hoc, che è molto più costosa, perché in assenza di una possibilità di confronto il rischio di prendere per buoni dei dati che non lo sono è molto alto.

Nella sua introduzione al volume lei parla della problematica dei costi standard. A che punto è questa valutazione?

Sulla questione dei costi standard si è sviluppata una retorica piuttosto forte. Noi pensiamo che sia molto difficile definire il fabbisogno di risorse attraverso la somma dei costi standard di ogni singola prestazione: nell'ospedale forse ci si potrebbe andar vicini, ma sul territorio, come dicevo prima, è molto più complicato.

E poi la definizione dei costi standard di produzione non risolve tutti i problemi. Il costo standard di produzione, infatti, è quello che la realtà operativa dimostra essere necessario per la produzione di un bene o di un servizio. Questi costi standard però sono fortemente condizionati dai volumi e questo non sempre è un bene. Per fare un esempio: se una struttura produce molte risonanze ha un costo di produzione più basso per singola prestazione, ma questo non ci dice se si tratta di esami appropriati o meno.

E sui volumi incidono anche fattori "irriducibili", come ad esempio le dimensioni o la conformazione territoriale. Una Regione come la Lombardia, che ha 9 milioni di abitanti, ha in media costi di produzione più bassi del Molise, che ha 300mila abitanti. Ma questo è "fisiologico", almeno in parte.

Quello che invece si può fare, e su cui stiamo lavorando, è ripartire il Fondo che il Parlamento decide di assegnare al Ssn attraverso quote capitarie standardizrate

Quindi l'Agenas sta mettendo a punto nuovi criteri per il riparto del Fondo sanitario?

Non è un nostro specifico compito, ma peraltro per il 2011-2012 la Conferenza dei presidenti regionali ci ha chiesto di individuare dei criteri per la determinazione del fabbisogno di finanziamento. In collaborazione con esperti del settore, stiamo facendo intanto uno studio su quello che viene fatto nei Paesi che hanno un sistema sanitario simile al nostro, per individuare le variabili da inserire nella "pesatura" della quota capitaria.

Attualmente la quota capitaria assegnata a ciascuna Regione per ogni singolo cittadino viene corretta, soltanto per metà della parte di spesa ospedaliera, con il criterio dell'età. È chiaro che, pesando solo per metà, non si tratta di un vero criterio, ma solo di un correttivo, di una revi-

sione "a matita". Oggi, ad esempio, la Campania, che ha circa 6 milioni di abitanti, prende fondi corrispondenti a poco più di 5 milioni di persone, perché i suoi abitanti sono in media più giovani di quelli di altre Regioni. E la stessa situazione vale per quasi tutte le Regioni del Sud, che infatti insistono da tempo perché vengano inseriti anche criteri legati al livello di reddito, al livello di istruzione e a tutti gli elementi che inducono un maggiore consumo sanitario.

E che cercheremo di inserire in un sistema di criteri più preciso. Tornando al volume che avete pubblicato. L'analisi dei dati è in questo caso quantitativa, anche se è chiaro ormai a tutti che sarebbe necessario avere analisi qualitative, per migliorare le prestazioni e intervenire sulle cosiddette inappropriatezze. Avete in cantiere qualcosa in questa direzione?

Stiamo preparando, insieme a Carlo Perucci che è tra i maggiori esperti in materia, in cooperazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con alcune Regioni, uno studio sulla valutazione di esito, che in una prima fase riguarderà 8 Regioni.

Ma già in questo volume c'è qualcosa riguardo all'appropriatezza, in particolare riguardo ai 43 DRG indicati dai Lea attuali come "ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario", che nei nuovi Lea dovrebbero diventare 107.

Anche in questo caso però bisogna leggere bene i dati. Nelle Regioni del Sud, dove ci sono molti ricoveri inappropriati in area medica, ciò avviene spesso per mancanza di alternative. In mancanza di Adi, Rsa, strutture di lungodegenza o riabilitazione negare il ricovero "inappropriato" rischia di creare situazioni sociali esplosive.

Segue da pagina 7

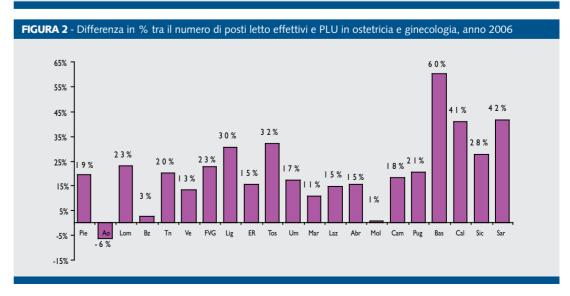
sti letto, parametro che i recenti accordi tra Stato e Regioni hanno a più riprese chiesto di ridurre per ottenere maggiore e efficienza minori sprechi. Mettendo a confronto i posti letto disponibili e quelli effettivamente utilizzati si mostra che effettivamente è possibile pensare ad una ulteriore riduzione, sia pure con notevoli differenze tra le diverse Regioni (v. figura 2).

Grande spazio viene assegnato alla necessità di migliorare l'accoglienza dei malati, intesa come capacità di reale presa in carico, all'interno della quale viene collocata anche la problematica delle liste d'attesa, "componente fisiologica dei sistemi di eccellenza", che risulta però inaccettabile quando si pensa che sia dovuta più ad un atteggiamento degli operatori che a limiti oggettivi.

E in merito all'accoglienza si sottolinea come sia ancora oggi disattesa l'equità verticale, ovvero quella relativa alle diverse classi

e gruppi sociali, sebbene si enfatizzi più spesso la mancanza di equità orizzontale, ovvero tra diversi territori. Per superare questa mancanza di equità, che si realizza non tanto nell'accesso quanto nell'efficacia dei trattamenti, si suggerisce di valutare in ogni presidio la possibile presenza di processi di discriminazione in base all'età, al genere, all'istruzione, al reddito o all'area di nascita. Nel ridisegnare la rete ospedaliera l'invito è da una parte a valorizzare le eccellenze, "non è più il tempo in cui tutti possono fare bene tutto", dall'altra ad affrontare il nodo irrisolto dell'integrazione con il territorio. Infine, un ri chiamo a dare maggiore spazio alla valutazione, per poter misurare il grado di efficienza clinica, tecnica ed economica delle strutture. Con un suggerimento: "studiare un sistema di remunerazione che superi l'attuale pagamento della singola prestazione o del singolo ricovero e metta invece l'accento sull'intero percorso assistenziale". Y

| Denominazione | costo medio UAO 2006 | costo medio UAO 2005 | Denominazione | costo medio UAO 2006 | costo medio UAO 2005 |
|---------------|-------------------------|-------------------------|---------------|-------------------------|-------------------------|
| Piemonte | 4.357 | 4.428 | Lazio | 4.015 | 3.486 |
| Lombardia | 3.998 | 3.744 | Campania | 4.610 | 4.649 |
| Veneto | 4.166 | 3.776 | Puglia | 4.214 | 3.764 |
| Liguria | 3.035 | 3.068 | Basilicata | 4.216 | 4.065 |
| Emilia | 3.703 | 3.648 | Calabria | 5.275 | 4.931 |
| Toscana | 4.452 | 4.241 | Sicilia | 4.370 | 4.430 |
| Umbria | 4.509 | 4.147 | Sardegna | 3.113 | 3.134 |
| Marche | 3.826 | 3.749 | lta . | 4.130 | 3.963 |



I dati aggiornati sull'attività libero professionale 2001-2009 elaborati dall'Agenas

Intramoenia: vale 1,25mld di euro. Ginecologia al top per numero di prestazioni

A cura di Lucia Conti, Ester Maragò e Stefano Simoni

uasi l'80% dei ricavi di una struttura sanitaria per le prestazioni erogati deriva dalla libera professione che in medici esercitano in intramoenia (in media il 95% di tutti i camici bianchi, in ogni Regione). Una percentuale che, in contanti, si traduce in 1.258.163.000 euro nell'anno 2008, con una crescita del 79,6% rispetto al 2001. Ma quanto realmente entra nelle casse delle Aziende, andando a rafforzare quel fondo di risorse investite nel miglioramento della struttura stessa? Non molto in realtà, se si considera che 1'88% dei ricavi serve a coprire i costi. A conti fatti, le Aziende sanitarie italiane nel 2008 hanno guadagnato 148.991.000 di euro di intramoenia.

Il reparto di ostetrica e ginecologia è quello con la percentuale maggiore (20,90%) di ricoveri effettuati in intramoenia (pari a 10.026 ricoveri), riconducibili soprattutto al parto cesareo senza cc (drg 371) con 4.796 dimissioni, seguito dal parto vaginale senza diagnosi complicanti (drg 373) con 2.768 casi e dall'intervento all'utero e annessi (drg 359) con 1.886 dimissioni.

È questo il quadro tracciato dall'Agenas ed emerso dall'analisi degli ultimi dati sulla libera professione intramuraria ricavati dal conto economico di Asl e Ao dal 2001 al 2009. Un quadro che mette in luce differenze sostanziali tra le Regioni. Diversità influenzate da molteplici fattori: capacità di attrazione, liste d'attesa, reddito medio della popolazione. I conti parlano di variazioni di ricavi che vanno dal massimo dei 262.699.000 di euro della Lombardia (ma nelle casse aziendali restano, tolte le spese, 18.333.000 euro) ai 3.582.000 del Molise (398.000 euro spese escluse). Colpiscono alcune realtà. L'alta quota di ricavi dell'Emilia Romagna e della Toscana, ad esempio. Queste Regioni, universalmente note per la loro capacità di rispondere ai bisogni dei cittadini attraverso i servizi pubblici e ridotte liste di attesa, ricavaÈ una miniera d'oro per alcune strutture sanitarie, un'opportunità per il medico di valorizzare le proprie capacità e per i cittadini di scegliere da chi farsi curare. Ma non è tutto rosa e fiori. La mancanza di una regolamentazione chiara dell'intramoenia, con l'ennesima proroga di quella cosidetta "allargata", pone un'ombra sulla libera professione: dalla mancata trasparenza degli introiti e delle spese, che in alcune Regioni sono addirittura superiori ai ricavi, alla creazione di una corsia preferenziale per i pazienti che possono permettersi di pagare per avere cure più veloci e migliori

no dall'intramoenia rispettivamente 142.040.000 e 127.065.000 euro, classificandosi al secondo e terzo posto nella graduatoria di chi ricava di più dalla libera professione esercitata dai medici con esclusività di rapporto con il Ssn (al terzo posto c'è il Lazio, con 137.404.000 euro). Ci sono invece due Regioni, Campania e Basilicata, che con l'intramoenia ci rimettono pure, con costi su-

periori ai ricavi che portano il saldo finale rispettivamente a –5.821.000 euro in Campania e –127.000 euro in Basilicata. Complessivamente, però, è proprio nel Sud che si registra la crescita

Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime intramoenia Anno 2001, 2008 e previsioni 2009

| REGIONE | 2001 | 2008 | 2009 | DIFF. % 2001-2008 |
|--------------|------------|-----------|-----------|-------------------|
| PIEMONTE | 88.462 | 128.500 | 125.995 | 45,2% |
| V. AOSTA | 1.845 | 4.175 | 3.600 | 126,2% |
| LOMBARDIA | 128.504 | 262.699 | 256.537 | 104,4% |
| TRENTO | 6.596 | 9.753 | 10.050 | 47,8% |
| VENETO | 85.930 | 121.073 | 118.821 | 40,9% |
| F.V. GIULIA | 16.296 | 28.979 | 28.516 | 77,8% |
| LIGURIA | 30.781 | 40.226 | 37.642 | 30,7% |
| EMILIA ROMAC | GNA 88.685 | 142.040 | 140.135 | 60,1% |
| TOSCANA | 63.288 | 127.065 | 129.611 | 100,7% |
| UMBRIA | 9.457 | 14.507 | 14.055 | 53,4% |
| MARCHE | 25.456 | 37.204 | 36.935 | 46,1% |
| LAZIO | 46.337 | 137.404 | 128.070 | 196,5% |
| ABRUZZO | 11.746 | 18.254 | 14.331 | 55,4% |
| MOLISE | 1.467 | 3.582 | 3.242 | 144,2% |
| CAMPANIA | 23.926 | 53.240 | 53.340 | 122,5% |
| PUGLIA | 29.999 | 50.926 | 49.407 | 69,7% |
| BASILICATA | 3.234 | 4.075 | 4.155 | 26,0% |
| CALABRIA | 4.344 | 9.201 | 8.802 | 111,8% |
| SICILIA | 26.000 | 51.212 | 50.867 | 97,0% |
| SARDEGNA | 7.924 | 14.048 | 14.279 | 77,3% |
| ITALIA | 700.277 | 1.258.163 | 1.228.390 | 79,6% |

I valori sono espressi in migliaia di €, sono desunti dal Consuntivo Mod. CE per gli anni 2001-2008; per il 2009 invece si riferiscono al Mod. CE IV Trimestre. Per problemi di rilevazione non è stata considerata la P.A. di Bolzano.

Motivo della scelta della struttura in cui ha pagato la prestazione di tasca propria

| | VISITE | | ACCERTA | ACCERTAMENTI | | RICOVERI | |
|-----------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|----------------------|--|
| | SPECIALI | SPECIALISTICHE | | DIAGNOSTICI | | OSPEDALIERI ORDINARI | |
| | NON PAGA | PAGA | NON PAGA | PAGA | NON PAGA | PAGA | |
| VICINANZA | 40.0 | 17.0 | 11.6 | 5.8 | 26.3 | 12.2 | |
| FIDUCIA | 44.4 | 60.6 | 55.5 | 57.4 | 33.6 | 54.9 | |
| URGENZA | 7.5 | 20.0 | 13.9 | 34.4 | 2.5 | 11.0 | |
| ACCOGLIEN | ZA 4.2 | 7.5 | 4.3 | 11.3 | 4.8 | 8.7 | |
| ECONOMIA | 21.5 | 5.0 | 20.0 | 3.2 | 8.5 | 2.8 | |

maggiore di ricavi, ma anche e soprattutto di costi. Andamenti anomali che, secondo l'Agenas, "sono il segno evidente di problemi derivanti anche dalla rilevazione contabile".

Il Meridione resta comunque ancora molto distante dalla quota di attività intramuraria esercitata al Centro-Nord, con un totale di ricavi pari a 204.538.000 contro i 316.180.000 delle Regioni centrali e i 447.099.000 di quelle settentrionali.

Sostanziali differenze si registrano anche sulla quota di guadagni che ogni Azienda tiene per sé e quella che invece finisce in tasca ai medici e al personale sanitario. A livello nazionale, come accennato, le strutture trattengono il 12% dei ricavi complessivi, con un trend in diminuzione negli anni: era infatti del 14% nel 2001 e del 15% nel triennio 2005-2007. Tale diminuzione, secondo l'Agenas, "è in parte spiegabile con il forte arretramento del margine fatto registrare nelle Regioni del Sud per effetto soprattutto di una più elevata crescita dei costi". In ogni caso, se è diminuita la parte di ricavi che finiscono in mano alla struttura sanitaria, è invece aumentata quella che finisce in mano al personale che eroga le prestazioni in intramoenia, con un tasso cresciuto dall'86,3% del 2001 al-1'88,1% del 2008. In particolare (vedi tabella 3), escludendo la Campania e il Molise, i calcoli diventano difficili a causa delle anomalie contabili di cui abbiamo parlato sopra: le differenze regionali vedono il personale sanitario intascare oltre il 90% del totale dei ricavi in Lombardia, Umbria, Lazio, Abruzzo, Puglia e Sicilia (dove la quota di corrispettivi per il personale sanitario raggiunge il 97,8% dei ricavi totali). Ciò significa che in queste Regioni è meno del 10% il ricavo che le Aziende conquistano con l'intramoenia, appena il 2,2% in Sicilia. Niente. Ma l'11% di media di altre Regioni risulta comunque basso se paragonato al 24,1% e al 20,7 accumulato dalla Toscana e dall'Emilia Romagna, che di conseguenza sono le due Regioni in cui i conti dei professionisti sanitari dall'intramoenia traggono dall'intramoenia i minori benefici in termini di denaro.

I medici in intramoenia

Ha scelto il regime intramurario il 95,6% dei medici, e senza sostanziali differenze tra Regione e Regione. I dati – ricavati dalla rilevazione del "Conto annuale 2007" dell'Igop - ministero dell'Economia – evidenziano che tra il 2000 e il 2007 è leggermente aumentata la percentuale dei dirigenti medici che ha preferito l'intramoenia (95,62% nel 2007 a fronte del 90% del 2000), mentre è rimasta sostanzialmente invariata la percentuale degli altri dirigenti del ruolo sanitario in intramoenia (99% circa). Il Conto Annuale ci fornisce anche una quantificazione dell'indennità di esclusività percepita dai Dirigenti Medici e sanitari che nel 2007

Percentuale media di ripartizione tra azienda e personale Triennio 2007-09

| 1110111110 2007 -03 | • | |
|---------------------|----------------------------------|-------------|
| REGIONE | DESTINATI AL PERSONALE | DESTINATI |
| P | er attività libero professionale | ALL'AZIENDA |
| PIEMONTE | 87 | 13 |
| V. AOSTA | 85 | 15 |
| LOMBARDIA | 90 | 10 |
| TRENTO | 82 | 18 |
| VENETO | 84 | 16 |
| F.V. GIULIA | 85 | 15 |
| LIGURIA | 86 | 14 |
| EMILIA ROMAGNA | 80 | 20 |
| TOSCANA | 77 | 23 |
| UMBRIA | 92 | 8 |
| MARCHE | 81 | 19 |
| LAZIO | 89 | 11 |
| ABRUZZO | 92 | 8 |
| MOLISE | 73 | 27 |
| CAMPANIA | 98 | 2 |
| PUGLIA | 88 | 12 |
| BASILICATA | 94 | 6 |
| CALABRIA | 83 | 17 |
| SICILIA | 95 | 5 |
| SARDEGNA | 81 | 19 |
| ITALIA | 86 | 14 |

Ripartizione dei ricavi per area Anno 2008

| Mpartizione (| dei iicavi | per area An | 110 2000 | | |
|---------------|------------|---------------|-------------|----------|--|
| DESCRIZIONE | AREA | AREA | AREA SANITÀ | ALTRE | |
| OS | PEDALIERA | SPECIALISTICA | PUBBLICA | ATTIVITÀ | |
| PIEMONTE | 39.565 | 70.003 | 571 | 18.361 | |
| V.AOSTA | 1.300 | 2.675 | 0 | 200 | |
| LOMBARDIA | 126.822 | 99.113 | 5.208 | 31.556 | |
| TRENTO | 265 | 8.727 | 295 | 466 | |
| VENETO | 19.901 | 88.381 | 1.125 | 11.666 | |
| F.V. GIULIA | 14.269 | 14.622 | 0 | 88 | |
| LIGURIA | 12.497 | 20.679 | 57 | 6.993 | |
| EMILIA ROMAGN | IA 32.009 | 108.355 | 1.676 | O | |
| TOSCANA | 39.439 | 83.339 | 775 | 3.512 | |
| UMBRIA | 1.830 | 9.874 | 346 | 2.457 | |
| MARCHE | 1.305 | 31.720 | 3.891 | 288 | |
| LAZIO | 12.338 | 69.876 | 160 | 55.030 | |
| ABRUZZO | 13.835 | 4.113 | 52 | 254 | |
| MOLISE | 2.887 | 195 | 4 | 496 | |
| CAMPANIA | 14.573 | 28.669 | 325 | 9.673 | |
| PUGLIA | 11.919 | 29.959 | 197 | 8.851 | |
| BASILICATA | 232 | 3.417 | 0 | 426 | |
| CALABRIA | 4.670 | 952 | 9 | 3.570 | |
| SICILIA | 12.934 | 31.245 | 15 | 7.018 | |
| SARDEGNA | 6.398 | 5.790 | 45 | 1.815 | |
| ITALIA | 368.988 | 711.704 | 14.751 | 162.720 | |

Valori espressi il migliaia di euro

è pari a 1.316.125210 euro, in media 10.525 euro/anno per Dirigente con un aumento di circa il 5% rispetto al 2005

La ginecologia, prima per numero di prestazioni in intramoenia

Per quanto riguarda i soli ricoveri ospedalieri, l'analisi delle schede di dimissione relative all'anno 2007 compilate da tutte le strutture ospedaliere, compresi gli Irccs, i Policlinici universitari, gli Ospedali classificati e le case di cura private, evidenzia che i ricoveri effettuati in regime di libera professione ammontano a 47.973 di cui il 78% è di tipo chirurgico. Rispetto ai ricoveri complessivi, rappresentano lo 0.39%, con un incremento dal 2001 pari al 38%, ma con una contrazione di 800 ricoveri rispetto al 2006. Il reparto di ostetricia e ginecologia (tabella 4) è quello con la percentuale maggiore (20,90%) di ricoveri effettuati in intramoenia (n. 10.026), seguito dal reparto di chirurgia generale (19.16%), di ortopedia e traumatologia (11,19%) e di urologia (6,91%). Allo stesso modo, il maggior numero di casi trattati in regime di in-

tramoenia riguarda questa specialità ed è riconducibile al parto cesareo senza cc (drg 371) con 4.796 dimissioni, seguito dal parto vaginale senza diagnosi complicanti (drg 373) con 2.768 casi e dall'intervento all'utero e annessi (Drg 359) con 1.886 dimissioni.

Perché i cittadini la scelgono

Secondo quanto emerge dai dati dell'Agenas oltre il 20% dei cittadini che scelgono l'intramoenia lo fanno per ottenere velocemente le prestazioni, dal momento che inserendosi in lista di attesa si rischia di aspettare tempi biblici (fino a 720 giorni per un ecocolordoppler, 420 per una mammografia, 150 per la colonscopia, 390 giorni per una visita cardiologica, secondo quanto riportato dal Rapporto Pit Salute 2009 di Cittadinanzattiva). Soprattutto i cittadini non si fidano delle capacità del medico che trovano per caso in ospedale e nel 60% dei casi preferiscono pagare per scegliere da chi farsi visitare ed eventualmente operare. C'è poi una buona quota di persone che forse avrebbero anche dei motivi per accedere all'intramoenia, ma che non la utilizzano a causa degli alti costi. Y



Dati Agenas: intervista a Carmine Gigli, presidente Fesmed

Intramoenia: le aziende ci guadagnano due volte, ma...

Dottor Gigli, qual è il peso e il ruolo dell'intramoenia che emerge dai risultati dell'Agenas?

Il diritto a svolgere la libera professione è stato sempre riconosciuto ai medici del Servizio sanitario nazionale, anche se con modalità mutate di volta in volta nel corso degli anni. La legge attuale riconosce che l'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici dipendenti del Ssn è compatibile col rapporto unico d'impiego, purché espletato fuori dall'orario di lavoro ed affida, ai direttori generali delle aziende, il compito di attivare ed organizzare, d'intesa con le Regioni, l'attività libero professionale intramuraria.

Dal confronto fra i dati del 2001 e quelli del 2008, forniti dall'Agenas, si conferma quanto si sospettava da tempo. Molte Aziende continuano ad essere restie ad investire per mettere a disposizione, dei medici e dei cittadini utenti, dei locali qualitativamente adeguati all'attività libero professionale. Nello stesso tempo, le Aziende sono pronte a lucrare una parte crescente dei ricavi dell'attività professionale, che i medici esercitano al di fuori dell'orario di servizio.

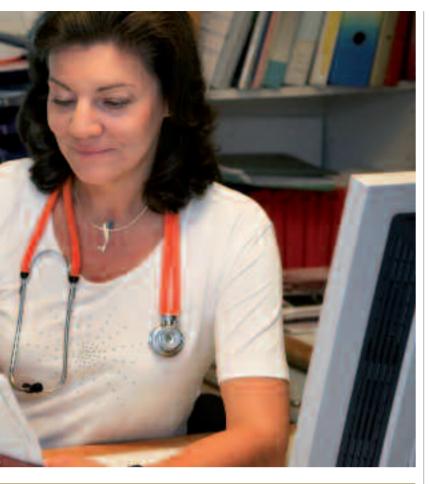
In pratica, le Aziende guadagnano due volte sulla libera professione dei medici: con le percentuali che



dici e risparmiando il costo delle prestazioni che avrebbero dovuto fornire ai cittadini, se questi non avessero scelto di pagarle di tasca propria.

Come spiega le differenze regionali tra i costi e guadagni?

La legge 120 del 2007 affida alle Aziende il compito di determinare, in accordo con i professionisti,



La libera professione dei medici dovrebbe essere vista come una risorsa per le Aziende, un'occasione da non trascurare per riuscire a fornire in tempi ragionevoli le prestazioni di cui hanno bisogno i propri utenti. Ma, per il presidente della Fesmed, "a giudicare da quanto avviene, questa possibilità alle Aziende del Ssn interessa poco o niente"

un tariffario idoneo ad assicurare l'integrale copertura di tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'attività libero-professionale intramuraria, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari.

Quindi, le Aziende dovrebbero preoccuparsi di coprire soltanto i costi che sopportano per organizzare l'attività libero professionale dei medici. Non si comprende perché alcune Aziende si siano organizzate per ottenere un guadagno. Colpisce il fatto che la quota più alta di ricavi la facciano registrare le Aziende dell'Emilia Romagna e della Toscana, rispettiva-142.040.000 127.065.000 euro. Alle Aziende di queste Regioni viene riconosciuto che rispondono in ma niera sufficiente ai bisogni dei cittadini, tuttavia dobbiamo prendere atto che queste stesse Regioni sono quelle che esercitano il controllo più stretto e vincolante sulla libera professione dei medici. Se i medici non fossero d'accordo sulle quote che la loro Azienda ha deciso di trattenere, come potrebbero fare per modificarle?

La legge 120 non lo dice. Qual è la sua opinione riguardo la normativa vigente sull'intramoenia?

La normativa vigente pone l'obiettivo del progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria. Purtroppo, questo obiettivo continua ad essere visto da parte di molte Aziende come un modo per limitare ulteriormente la libera professione dei medici, già gravata da una serie di incompatibilità e divieti.

Al contrario, la libera professio-

Al contrario, la libera professione dei medici dovrebbe essere vista come una risorsa per le Aziende. Specialmente in un momento come quello attuale, che vede susseguirsi i blocchi delle assunzioni, la possibilità di acquistare prestazioni dai loro stessi medici dovrebbe essere per molte Aziende un'occasione da non trascurare, per riuscire a fornire in tempi ragionevoli le prestazioni di cui hanno bisogno i propri cittadini utenti. A giudicare da quanto avviene, detta possibilità alle Aziende del Ssn interessa poco o per niente. Y

Il punto di vista delle aziende sanitarie:

Nessuna sorpresa: per le aziende non è un affare economico

É questa la prima reazione ai dati Agenas di Giovanni Monchiero, presidente Fiaso, e Lino Del Favero, presidente Federsanità-Anci. Per i rappresentanti delle due associazioni di riferimento dei Dg di Asl e ospedali non stupisce neanche la difformità di esiti, in termini di ricavi aziendali, tra una regione e l'altra. Ma una cosa è certa: alcune regole vanno riviste

L'Agenas ha analizzato i dati relativi alla libera professione intramoenia e ne ha disegnato un quadro. Qual è la sua valutazione? Del Favero I risultati non presentano una particolare sorpresa, in qualche modo erano attesi. Siamo in presenza di un aumento esponenziale della domanda di prestazioni sia per quanto riguarda le visite specialiste che le visite di diagnostica strumentale, e questo concerne tanto l'attività istituzionale che l'attività intramoenia. C'è poi da considerare come l'aumento della domanda della popolazione abbia fatto da volano.

Mi ha invece positivamente colpito il dato relativo alle motivazioni della scelta. È confortante vedere come sia le visite specialiste che gli accertamenti diagnostici abbiano quasi un 60% di utenti che operano una scelta in base alla fiducia che nutrono nel medico, che è una delle caratteristiche proprie dell'attività intramoenia.



Lino Del Favero

Poi, come è evidente, c'è una percentuale legata all'urgenza della visita, all'impossibilità di aspettare. Questo è l'aspetto negativo legato al fenomeno delle liste d'attesa, che dobbiamo impegnarci a contenere attraverso strumenti che governino la domanda.

Monchiero II quadro tracciato dall'Agenas non mi sorprende. Sostanzialmente i dati sull'intramoenia me li immaginavo così, in particolare quelli relativi all'utile netto per l'azienda che è molto vicino allo zero. Io sono da sempre contrario all'attività libero professionale, perché crea difficoltà di rapporto tra noi e gli utenti essendo difficile spiegare ai cittadini che in alcuni orari per essere visitati devono pagare, mentre in altri, per la stessa visita, no. In più, quello che non trovo utile è che ciò avvenga in nome dell'amministrazione però mi rendo conto che è difficile cambiare un istituto come la libera professione che funziona da decenni. La mia idea è che se fosse tutta attività extramoenia la cosa sarebbe più limpida, più trasparente. A quel punto il responsabile del servizio non è più l'azienda sanitaria ma è il singolo medico che a casa sua, ovvero nelle strutture convenzionate, fa la libera professione perché la legge glielo consente. Per come è organizzata ora invece l'intramoenia crea solo incomprensioni con gli utenti.

Le cose potrebbero migliorare soltanto se il medico svolgesse l'attività a nome suo gestendo in prima persona la parte economica. Ma mi rendo conto che sono solo su questa posizione che può essere vista anche come eretica. Non sto dicendo che i medici sfruttano il nome dell'azienda. Il problema non è il comportamento dei medici che operano nel rispetto delle legge che gli consente è di incassare soldi svolgendo un'attività usando il nome dell'azienda. È questo che mi sembra una grave contraddizione.

Dall'analisi emerge che l'intramoenia costa molto all'azienda, e in alcuni casi non è economicamente vantaggiosa.

Del Favero Esatto. È un elemento che vorrei sottolineare, ma anche in questo caso non c'è alcuna sorpresa. È risaputo, infatti, quanto sia modesto il saldo tra i costi e i ricavi per l'azienda sanitaria. Un andamento che è ancora più ridotto se si considera che all'interno di queste voci non sono compresi i costi di ammortamento delle apparecchiature e i costi generali di struttura. Se noi dovessimo considerare anche questi elementi di spesa, il saldo si ridurrebbe ulteriormente.

È evidente quindi che per l'azienda l'intramoenia non è un affare economico quanto un'opportunità che viene offerta al cittadino. Ho visto che ha un certo peso anche la scelta di farsi ricoverare in regime di libera professione, ma per fortuna in questo caso l'urgenza pesa poco e si pensa soprattutto alla fiducia nei confronti del medico e ad una serie di comodità personali.

Tutto il sistema dovrebbe lavorare perché l'attività extramoenia o l'attività intramoenia sia un'attività e una scelta obbligata per ovvi motivi, ma che piuttosto rientri nella scelta di rapporto fiduciario e di comfort personale.

Monchiero lo vedo due soluzioni possibili: o paghiamo di più i medici e pretendiamo una vera esclusività; oppure non potendo pagarli di più lasciamo che loro continuino ad arrotondare gli stipendi facendo libera professione, ma che almeno la facciano a nome proprio. Non usando il nome dell'azienda. È chiaro che in questo contesto economico attuale la seconda strada è la più percorribile poiché com'è noto i soldi per pagarli di più, come avviene in altri Paesi, non ci sono e quindi non possiamo pretendere che lavorino

Come dovrebbe regolamentata, dunque, l'intramoenia?

Del Favero Dobbiamo pretendere che i medici facciano il numero di ore previsto dal contratto e facciano i volumi di attività previsti, così come che abbiano un rapporto unico e ben regolamentato con la struttura sanitaria. È evidente che dove l'azienda non è in grado di offrire la possibilità di esercitare l'attività intramoenia all'interno dell'ospedale, questa, come avviene oggi, può essere fatta in strutture esterne. Insomma l'intramoenia va normata in maniera più corretta e completa, regolamentando anche i volumi e i flussi di attività.

Monchiero Ce n'è una terza soluzione, rispetto a quelle che ho citato prima, che potrebbe essere mista. Ovvero: i medici svolgono la libera professione a "favore" dell'azienda la quale però non fa



Giovanni Monchiero

pagare gli utenti. È evidente che anche in questo caso abbiamo bisogno di più risorse economiche per pagare i medici. Quest'ultima soluzione ha il difetto di richiedere sempre e comunque risorse aggiuntive da parte dell'amministrazione pubblica mentre la libera professione era stata pensata proprio per consentire ai medici di avere un guadagno aggiuntivo che non pesasse sulle casse dello Stato. È insomma evidente che non potendo ignorare i dati della realtà, quelli presentati dall'Agenas, allora tanto rivedere le regole lasciando che i medici facciano libera professioni fuori, in totale autonomia, a nome proprio senza nessun tipo di rapporto con l'Azienda.

Inchiesta di Gyneco Aogoi sul futuro delle leggi per la sanità (Seconda parte)

Cosa bolle alla Camera

Testi in discussione, proposte nel cassetto, temi caldi e questioni "dimenticate", tra soluzioni bipartisan e nodi da sciogliere. A colloquio con gli onorevoli Binetti (Udc), Di Virgilio (Pdl), Molteni (Lnp), Palagiano (Idv) e Turco (Pd) per capire anche quali sono i provvedimenti al vaglio della Camera che potranno vedere la luce entro la fine della legislatura

Paola Binetti (Udc)

Componente XII Commissione Affari sociali della Camera dei deputati

Un "tridente" per la gestione delle patologie e la tutela della condizione di vita

Onorevole Binetti, qual è lo stato dell'arte dei provvedimenti sanitari alla Camera?

In questo momento storico si parla tanto di riforme come se fossero un obiettivo che compete quasi prioritariamente ed esclusivamente al Governo. Sotto i riflettori ci sono la riforma fiscale, quella della giustizia e il federalismo fiscale, e si ignora molte volte che il Parlamento sta lavorando da tempo a riforme concrete come quella sulle dichiarazioni anticipate di trattamento. Un provvedimento che vorrei si concludesse con serenità e in modo costruttivo. È stato licenziato dal Senato da oltre un anno, per cui i tempi sono maturi per mettere una parola ferma ad un provvedimento ampiamente discusso. Anche perché, probabilmente, alcuni nodi non troveranno una soluzione "bipartisan". Perciò ogni parte politica, per quello che è di sua competenza, dovrebbe evitare di intrattenete gli elettori con cavilli e falsi problemi e iniziare ad assumersi le proprie responsabilità.

Parliamo di uno dei provvedimenti che più interessano il mondo medico: il Governo clinico.

È un provvedimento assolutamente determinante per quella che potremmo chiamare l'etica dei quotidiano. Kappresenta una di quelle riforme ordinarie che, se ben impostata, condivisa e centralizzata sui punti critici può servire realmente a contenere gli sprechi e a bloccare l'ingerenza della politica.

Siete d'accordo sull'ultimo testo in discussione?

L'impianto nel suo complesso può essere considerato accettabile. Il problema vero ora è capire la reale disponibilità della maggioranza - che ogni tanto si blinda su posizione di parte - ad accogliere gli emendamenti dell'opposizione. Bisogna ricordarsi invece che il Ssn è di tutti. Che quella della sanità è una battaglia comune perché tutti siamo interessati a che non ci siano sprechi.

Altre proposte nel cassetto?

Come prima firmataria ho presentato un Ddl sulle unità di lungodegenza per i pazienti in stato vegetativo che insieme alla legge sulle cure palliative, già approvata, e alla Dat costituiscono una sorta di tridente per la gestione delle patologie e la tutela della condizione di vita. Credo



che questo terzo provvedimento vada approvato quanto prima. È la nostra risposta positiva quando asseriamo di volere tutelare il diritto alla vita per i pazienti e compiere atti che aiutino concretamente le famiglie di questi pazienti.

Quali sono i punti cardine di questo provvedimento?

Pochi e molto semplici da realizzare. Anche perché stiamo parlando di pazienti che hanno bisogni molto contenuti sono il profilo clinico-diagnostico mentre richiedono un'assistenza maggiore da parte di fisioterapisti e del personale infermieristico. Anche dal punto dei vista dei costi si avrebbe un beneficio per il Ssn: l'assistenza nelle unità di lungodegenza costa molto meno di quella in ospedale e al domicilio del paziente dove si ha una moltiplicazione di tutti i supporti necessari. Ora, aspettiamo la conclusione del provvedimento sulle Dat, dopo di che diventerà inevitabile iniziare a lavorare anche su questa proposta.

Una materia all'attenzione della commissione Affari Sociali è l'assistenza al paziente psichiatrico. Cosa ne pensa?

La legge 180 è una legge importantissima che ha fatto la storia della psichiatria, ma oggi richiede una messa a punto. Le proposte presentate contengono elementi nuovi per completare aspetti della 180 che in questi 30 anni si sono rilevati problematici in particolare per le famiglie le quali devono farsi carico totale di questi pazienti. È quindi una materia delicata da affrontare abbandonando atteggiamenti di tipo ideologico. Va inoltre considerato che in trent'anni la psico-farmacologia ha fatto passi da gigante, quindi tutti profili terapeutici richiedono una rivisitazione, una rivalutazione importante. Dobbiamo dare supporto alle famiglie, prevedere un inserimento sociale per questi pazienti ma negare la malattia mentale. Questa è una malattia a tutti gli effetti e come tale va trattata, richiede quindi anche il ricovero ospedaliero nelle migliori condizioni possibili.

Domenico Di Virgilio (Pdl) **Componente XII Commissio**ne Affari sociali della Camera dei deputati

Governo clinico, un fiore all'occhiello

Onorevole Di Virgilio, quali sono i provvedimenti nell'agenda del Pdl che potrebbero vedere la luce entro la fine di questa legislatura?

Innanzitutto un risultato lo abbiamo già conseguito: abbiamo approvato all'unanimità il provvedimento sulle cure palliative e le terapie del dolore. È una legge importantissima che ci pone all'avanguardia in Europa, e va incontro alle esigenze di oltre 300mila famiglie. Soprattutto è la dimostrazione che quando si prescinde dall'appartenenza ideologica si possono fare ottime leggi.

Ma i fondi per le cure palliative sono sufficienti per rispondere



alle richieste dei cittadini?

Se ragioniamo in questa ottica dobbiamo dire che i soldi non bastano mai. L'importante era partire e lo abbiamo fatto. E poi non dimentichiamo che ci sono anche ulteriori risorse messe a disposizione dal Ministero: una parte del Fondo sanitario nazionale è stata finalizzata proprio a questo scopo.

Le altre proposte in agenda?

Puntiamo su tre Ddl: Governo clinico, "Testamento biologico" - provvedimento per altro così erroneamente definito, in quanto in realtà la legge titola "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, consenso informato e dichiarazione anticipata di trattamento" - e quello di riforma dell'assistenza psichiatrica.

Partiamo dal Governo clinico.

È il mio fiore all'occhiello. Consentirà finalmente di restituire ai medici un ruolo di primo piano grazie alla previsione del Collegio di direzione come organo dell'Azienda; ripristinare la meritocrazia e portare trasparenza. Ci saranno, infatti, nuove norme concorsuali per la nomina dei dirigenti di struttura complessa: la commissione verrà sorteggiata e sarà composta da tre membri che propongono al Dg una rosa di tre nomi scelti per merito.

I temi più caldi sono quelli della libera professione e dell'età pensionabile. Qual è la vostra posizione in merito?

Il Pdl è per la libertà di scelta del cittadino e per la libera professione, ma nel rispetto di regole precise. Questo non significa che i medici possono fare quello che vogliono. Riteniamo quindi che il volume di prestazioni in libera professione non debba superare quello svolto in ospedale. Vogliamo tariffe concordate con l'Azienda e che una parte dell'attività sia dedicata ad abbattere le liste d'attesa. Sull'età pensionabile ci sono state fin ora discriminazioni che vanno superate: ci sarà un'equiparazione tra universitari e ospedalieri, quindi tutti dovranno andare in pensione a 70 anni. Gli ospedalieri potranno andare in pensione a 67 anni, o a domanda dell'interessato, a 70 anni.

Previsioni sui tempi di approva-

Superati i dubbi di costituzionalità che erano stati sollevati alla Affari Costituzionali abbiamo ripresentato un testo che ha recepite in toto le osservazioni di questa commissione. Attualmente c'è un conflitto con l'Opposizione per quanto riguarda la libera professione e in piccola parte l'età pensionabile. Spero per la fine di aprile di portare il testo in aula. Poi la discussione proseguirà al Senato.

Sul testamento biologico?

Per la prima volta in Italia, un provvedimento consente all'individuo e al medico di stringere un'alleanza terapeutica per arrivare a una decisione comune. Soprattutto, per la prima volta, si definiscono dettagliatamente i contorni del "consenso informato". Attualmente il medico è obbligato solo da norme deontologiche, con questo provvedimento invece si stabilisce cosa significa realmente il consenso informato, come deve essere chiesto e come deve essere attuato. Per quanto riguarda le dichiarazioni anticipate di trattamento, viene sancito che la figura di riferimento sarà il proprio medico di fiducia, quindi il medico di famiglia. L'alleanza sarà scritta e si potrà cambiare quando si vuole. Abbiamo proposto una durata di cinque anni comunque non vincolabile: nell'arco di un quinquennio si potrebbe assistere a progressi scientifici che possono cambiare le decisioni. Che tempi prevede per la chiu-

sura di questo provvedimento? Spero di portarlo in aula entro maggio. Però le previsioni sono ipotetiche proprio perché vogliamo portare avanti un dibattito approfondito e chiaro. Vedremo come andrà in aula, dove il voto è segreto. Rispetto al testo del Senato che riguardava solo gli stati vegetativi, abbiamo approvato un emendamento che amplia la

non sono in grado di intendere

platea, anche a soggetti in stato comatoso in fase terminale che e di volere. È un emendamento particolarmente qualificante. Queste persone possono presentare, infatti, condizioni cliniche che facciano ritenere, in via eccezionale, al medico controproducenti nutrizione e alimentazione. Questo è una novità, vedremo come andrà al Senato.

Parliamo della riforma dell'assistenza psichiatrica...

La legge Basaglia è stata una buona legge, ma dopo 25 anni va rivista e sono le stesse associazioni dei familiari a chiedercelo. Stiamo lavorando su un progetto che prevede il ripristino del trattamento sanitario obbligatorio di breve durata. Non vogliamo riaprire i manicomi come qualcuno ha affermato, ma riteniamo che ogni struttura ospedaliera debba avere dei posti riservati a trattare adeguatamente questi pazienti con equipe mediche specializzate in grado di dare risposte adeguate per tutta la durata della fase acuta. Prevediamo anche un'assistenza a domicilio per aiutare le famiglie che non possono essere lasciate sole.

Laura Molteni (Lnp)
Componente XII Commissione Affari sociali della Camera dei deputati

Istituire lo specialista senologo, un progetto a cui tengo particolarmente

Onorevole Molteni, quali sono i provvedimenti di carattere sanitario sui quali la Lega punta in questa legislatura?

Prima di entrare nello specifico di quelle che sono le nostre proposte sulla materia, desidero puntualizzare che nostro obiettivo primario è quello di portare avanti i decreti attuativi sul federalismo fiscale. Solo quando sarà compiuto questo importantissimo giro di boa sarà possibile affrontare anche le questioni inerenti la sanità, dai problemi legati al risanamento dei deficit regionali - ricordo che sono diverse le regioni con disavanzi e che quindi hanno sottoscritto i piani di rientro - alla definizione dei costi standard. In questo modo riusciremo ad arrivare a una vera e trasparente responsabilità gestionale con l'attivazione di meccanismi sanzionatori e quindi a evitare gli sprechi.

Entrando nello specifico dei provvedimenti sul quale state lavorando?

Abbiamo già portato a casa le cure palliative. Una legge sulla quale ci siamo da sempre battuti in quanto è un grande passo in avanti nel percorso di civiltà del Paese, e che restituisce dignità ai pazienti e alle loro famiglie. Per questo vigileremo con attenzione sull'applicazione e sull'utilizzo dei fondi.

Altro provvedimento al centro del dibattito parlamentare è il te-

stamento biologico ...

Abbiamo espresso chiaramente la nostra posizione sia al Senato, sia alla Camera. E se arriveremo a una conclusione, sarà anche grazie al contributo della Lega. In particolare, in Commissione XXII con l'approvazione di uno nostro significativo emendamento abbiamo introdotto una garanzia sul fine vita sia per le persone che consapevolmente vorranno esprimere la propria volontà, certa e inequivocabile, attraverso la Dat, sia per coloro che invece sceglieranno di non sottoscriverla, rispettando quindi tale decisione. Abbiamo previsto che, nel caso in cui il cittadino non abbia sottoscritto una dichiarazione anticipata di trattamento, eventuali dichiarazioni di intenti o orientamenti espressi dal soggetto al di fuori delle forme e dei modi previsti dalla legge non avranno valore e non potranno essere utilizzati per la ricostruzione della volontà del soggetto. Si garantisce inoltre che espressioni emozionali rilasciate in situazioni particolari o in momenti di crisi emozionale dal paziente non siano interpretate da un terzo come una volontà presunta. Se il paziente infatti avesse voluto esprimere la sua volontà avrebbe potuto farlo prima, nei tempi e nei modi stabiliti. Insomma è un emendamento laico di tutela e garanzia da un lato delle reali volontà espresse dal cittadino e da un altro lato dalla scelta di non esprimerle, il tutto secondo una logica di equilibrio delle rispettive volontà.

Altre proposte nel cassetto?

Penso in particolare a tre progetti di legge: quello sul "Dopo di noi" - una proposta che avevamo presentato nelle precedenti legislature per garantire assistenza e accoglienza ai disabili dopo la perdita dei loro familiari - la riforma della psichiatria e il Pdl di istituzione della figura professionale del medico specialista senologo perché ritengo che le problematiche relative alle patologie del seno debbano essere affrontate in modo specifico. E questo può avvenire solo nel riconoscere la senologia come branca specialistica a sé stante, da scorporare, quindi, dalla chirurgia generale.

Sulla riforma della psichiatria? Stiamo riprendendo studi già affrontati nella legislatura del 2001. Senza buttare via la legge Basaglia, vogliamo introdurre procedure più snelle sul Tso con



tempi di permanenza più prolungati in ospedale, e soprattutto istituire, come avviene in Svizzera, strutture intermedie in grado di offrire terapie a lungo termine.

Una battuta sul governo clinico? Ritengo che su questa materia debbano essere salvaguardate le competenze regionali in tema di sanità secondo le modifiche apportate al titolo V della Costituzione.

Antonio Palagiano (Idv)
Componente XII Commissione Affari sociali della Camera
dei deputati

Legge 40 e Ru486, tra le nostre battaglie future

Onorevole Palagiano, a che punto siamo con i provvedimenti di carattere sanitario?

È sempre più difficile portare avanti proposte di carattere sanitario in un Parlamento dove ogni provvedimento è blindato. E lo dico senza faziosità, anzi con sgomento perché quando si parla



della salute dei cittadini non dovrebbe esserci alcuna suddivisione tra cose di destra e di sinistra. Bisognerebbe prescindere da qualsiasi ideologia. Invece, vedo che diktat dall'alto ostacolano il cammino dei provvedimenti: basta guardare a quello che sta avvenendo nel dibattito sul testamento biologico. Interessi governativi e promesse elettorali sovrastano gli interessi dei cittadini. Insomma, il Governo ha dimostrato di non avere tra le sue priorità la salute degli italiani.

Mi faccia qualche esempio La legge sulle cure palliative. È una legge a metà. Nonostante gli obiettivi ammirevoli, nei fatti e per le risorse messe in campo, non garantirà certo la realizzazione completa delle due reti nazionali di cure palliative e terapia del dolore. Le risorse stanziate, pressoché nulle, non colmeranno i vuoti lasciati dalla diffusione degli hospice presenti sul territorio nazionale a macchia di leopardo, con Regioni che dispongono di strutture dedicate e altre dove sono totalmente assenti. Tradotto, cure palliative e terapie del dolore non sono una priorità di questo Governo.

Quindi non è soddisfatto della legge sulle cure palliative?

L'abbiamo votata considerandola come l'inizio di un percorso più lungo che deve riguardare non soltanto coloro che si trovano nella fase terminale della vita, ma anche quanti sono afflitti da malattie croniche causa di dolore quotidiano. Penso soprattutto alle donne che soffrono di dolori osteoarticolari cronici, di endometriosi, cefalee; a chi deve sottoporsi a interventi invasivi in cui spesso si omette l'analgesia. È quindi solo un primissimo passo per la diffusione capillare e la garanzia dell'accesso alle cure palliative e terapia del dolore in Italia. Unico segnale positivo è l'accoglimento dell'ordine del giorno dell'Idv che prevede una maggiore garanzia di controlli da parte dello Stato sulla reale applicazione della legge in capo alle Regioni. Questo è un passaggio importantissimo per un'esecuzione concreta della legge e per assicurare ai cittadini un'assistenza capillare. Ora sarà nostro compito vigilare che gli impegni presi dal Governo in questa occasione siano effettivamente messi in atto.

Sul testamento biologico?

Di male in peggio. È stato approvato un emendamento della Lega che considero inaccettabile: lede l'autonomia della persona. Sancisce che "eventuali dichiarazioni di intenti o orientamenti espressi da un soggetto al di fuori delle forme e dei modi contenute nel provvedimento sulle Dat non hanno valore e non possono essere utilizzati ai fini della ricostruzione della volontà del soggetto". Questo è un principio che oltre a contravvenire al codice di deontologia medica, per cui il medico deve tenere conto delle scelte del paziente, e alla Convenzione di Oviedo, viola gravemente inficiandola l'autonomia e la dignità della persona. Nuove proposte?

Dobbiamo bloccare la catena nefasta della commistione tra sanità e politica. Abbiamo proposto come Idv la creazione di un albo unico nazionale da cui attingere per individuare i manager delle Aziende. Non è accettabile che a decidere siano sempre i soliti riciclati di turno dei partiti politici. Soprattutto è intollerabile che siano loro a decidere chi deve accedere alle posizioni apicali: questo è un compito che dovrebbe essere lasciato ai medici. Anche perché il testo sul governo clinico presentato dalla maggioranza non sposta di una virgola il problema, soprattutto nelle Università. È provvedimento farsa. Si propone il meccanismo del sorteggio pubblico per individuare i componenti della commissione che dovranno attribuire gli incarichi di direzione, peccato che questo sorteggio viene fatto sempre nell'ambito di un elenco ristretto che privilegia i soliti mammasantissima.

Battaglie future?

Alzeremo le barricate per la legge 40 e sulla Ru486. Il nostro obiettivo è che tutte le donne possano usufruire delle terapie mediche chirurgiche per l'interruzione di gravidanza. Non par-

liamo da partito abortista, ma da partito che si batte per i diritti civili. Non possiamo rinunciare ad uno strumento di comprovata efficacia che garantisce un diritto civile alle donne. Persone che affrontano con sofferenza scelte difficili e devono essere tutelate.

Livia Turco (Pd)
Componente XII Commissione Affari sociali della Camera dei deputati

Tre provvedimenti da portare avanti a testa bassa

Onorevole Turco, su quali provvedimenti la sanità potrà contare da qui alla fine della legislatura?

Questa è una legislatura avara in materia di sanità. L'unico provvedimento che dopo due anni di lavoro abbiamo portato a casa è quello sulle cure palliative. Un obiettivo centrato anche grazie all'impegno determinante da parte dell'opposizione, sia nella stesura della legge, sia per il reperimento delle risorse. Soprattutto questa è stata l'unica iniziativa parlamentare a tagliare il traguardo. La causa di questa avarizia è da riferirsi al fatto che il Parlamento è spogliato delle proprie funzioni e prerogative. Tutta l'attività svolta è tesa a portare avanti le iniziative del Governo. Anche in commissione una larga parte della nostra attività è indirizzata a esaminare decreti del governo sul quale diamo essenzialmente pareri. E poi, come ci ricorda costantemente l'ufficio di presidenza, su di noi pende sempre la spada di Damocle delle risorse. Peccato sia difficilissimo fare provvedimenti a costo zero, soprattutto in una materia così delicata come la sanità che avrebbe invece bisogno di maggiori investimenti da parte dell'esecutivo.

C'è qualche provvedimento sul quale punterete o al contrario al quale vi opporrete?

Il testamento biologico ci impegnerà molto. Avevamo presentato un emendamento che prevedeva, nella fase finale della vita, la sospensione dell'idratazione e dell'alimentazione se non più utili al paziente in base ad una decisione congiunta del medico



> Segue a pagina 14

L'oncologia in Italia: l'Aiom fa il punto

Tumori: il Bel Paese fa di più

IL 60%

L'80%

del dolore

IL 45%

IL 42%

ha un hospice

ha un servizio di

riabilitazione oncologica

ha una struttura di cure

ha strutture per la terapia

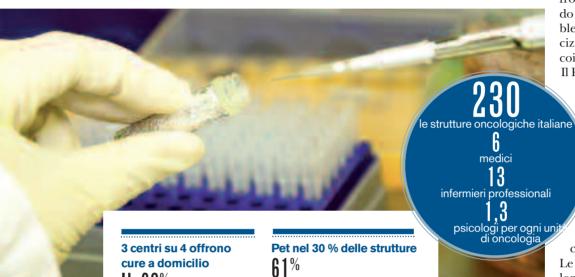
palliative o cure per i pazienti terminali

una guerra, quella contro il cancro. E l'Associazione italiana di Oncologia medica (Aiom), per la quarta volta dal 2002 con il suo Libro Bianco, passa in rassegna le armi e le truppe di cui l'oncologia italiana dispone per affrontarla. Un armamentario che è notevolmente migliorato rispetto alle precedenti rilevazioni: più strutture oncologiche, con maggiore disponibilità di strumentazioni terapeutiche e diagnostiche. Un numero più alto di personale dedicato e un'assistenza che si fa sempre più appropriata. Soprattutto, negli anni, si sta lentamente colmando il gap Nord-Sud, anche se quasi la metà delle oncologie italiane si trova ancora nell'Italia settentrionale. Questi, in sintesi i dati del rapporto che censisce le risorse del sistema assistenziale oncologico italiano.

Strutture, personale e strumenti

Sono 230 le strutture oncologiche italiane. A far la parte del leone, il Nord con 104 unità. Il Sud, tuttavia, nell'ultimo decennio ha recuperato buona parte del suo ritardo storico, inaugurando, dopo il 2000, oltre la metà delle sue 61 strutture.

Aumenta il numero di personale strutturato all'interno delle unità di oncologia: i medici sono passati dai 4,1 del 2001 ai 6 attuali, gli infermieri professionali da 8,6 a 13. Gli psicologi da 0,4 a 1,3. Nell'ultimo decennio, inoltre, è migliorata notevolmente la dotazione di strumentazione diagnostica delle strutture. Dal 2003, le Pet (tomografia) per le diagnosi sono triplicate: eraPubblicata la quarta edizione del Libro bianco Aiom. Molti i miglioramenti, ma cure palliative, hospice e riabilitazione sono ancora lontani dall'essere offerti alla totalità dei cittadini



no disponibili allora per il 10% delle strutture, oggi per il 30% dei centri. Raddoppiate le scintigrafie e le risonanze magnetiche passando dal 36 al 61%, le prime, e dal 51 al 90%

le seconde.

Progressi più lenti sono stati rilevati invece nella disponibilità di apparecchi per radioterapia presenti in quasi il 60 per cento delle strutture (rispetto al 46 per cento del 2001). Una ragione di tale ritardo potrebbe essere ricercata nella sentenza emessa nel 2008 dalla Corte costituzionale

ha una scintigrafia

ha una risonanza magnetica

60% ha una radioterapia

13 posti letto per struttura

visite ambulatoriali per

accessi in day hospital per struttura

ricoveri per struttura

che accoglie-627 va la questione di legittimità costituzionale sollevata dalla regione Veneto in merito a un articolo

della finanziaria del 2007 (legge

27 dicembre 2006) che vincola-

va 500 milioni di euro "alla riqua-

l'autonomia economica delle

lificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico con prioritario riferimento alle regioni meridionali ed insulari".

Assistenza e

La quarta edizione del Libro bianco,

realizzato con il contributo di Novartis Farma, ha consentito inoltre di cogliere il cambiamento in atto nel modello di assistenza oncologica: da un lato minori spazi e tempi dedicati al ricovero (i posti letto per struttura sono passati dai 17 del 2001 ai 13 attuali mentre i tempi di ricovero dai 7-8 giorni del 2004 ai 5 del 2009), dall'altro maggiore accesso al Day Hospital (gli accessi sono passati dai 5.200 del 2004 ai 5.700 del 2009).

Aumentano inoltre le strutture che forniscono cure a domicilio: attive oggi in 3 centri su 4 rispetto al 50 per cento del censimento 2005. Proprio su questo aspetto ha focalizzato la propria attenzione il ministro della Salute Ferruccio Fazio nella prefazione al Libro bianco: "I tumori – scrive il ministro - stanno diventando la vera emergenza sanitaria del Paese [...]. Diventa pertanto indispensabile prepararsi ad affrontare tale emergenza cercando anche di intervenire sulle problematiche connesse alla cronicizzazione grazie a un maggior coinvolgimento del territorio".

Il Rapporto non ha tuttavia mancato di registrare diversi ritardi nell'offerta di servizi. La

disponibilità di strutture di cure palliative, per cominciare, presenti nel 60% delle unità di Oncologia medica italiane, gli hospice di cui dispone meno della metà delle strutture (45%), i servizi di riabilitazione oncologi-

ca (presenti nel 42% dei casi). Le strutture per la terapia del dolore sono invece disponibili nella quasi totalità (80%) delle unità oncologiche. Come era nelle attese, sono in forte crescita i costi per farmaci, passati da poco più di un milione di euro per unità di oncologia nel 2004 agli attuali 2.207.000.

La ricerca

Il rapporto fotografa un positivo mutamento di rotta nell'oncologia italiana con un progressivo avvicinamento della pratica clinica alla ricerca.

È il presidente dell'Aiom Carmelo Iacono a spiegare le ragioni di un simile avvicinamento: "Il paziente oncologico - ha affermato Iacono - ha necessità di prestazioni di alto livello assistenziale con la tempestiva traslazione dei risultati della ricerca più attuale nella pratica clinica". Y

Segue Da pagina 13

curante e dei familiari del paziente. Un emendamento migliorativo del testo che è stato respinto, anche se con un dibattito interessante nella maggioranza. Per questo considero la partita non chiusa, anzi siamo pronti a tornare in auia per discuterne. Inoltre la maggioranza sta insistendo per presentare un progetto di revisione della legge 180 che contrasteremo fermamente. Oualche fiore all'occhiello?

Sono tre i provvedimenti che porteremo avanti a testa bassa. Il primo è quello per la creazione di un fondo a sostegno delle persone non autosufficienti: è una legge che costa, ma sulla quale non intendiamo cedere. Abbiamo poi presentato una Pdl per affrontare con misure concrete il fenomeno crescente dell'impoverimento della popolazione. Non dimentichiamo che il 2010 è l'anno europeo della lotta alla povertà e all'esclusione sociale, per questo la nostra proposta contiene gii indirizzi, gii strumenti e le risorse per un vero e proprio Piano nazionale contro le povertà. È una novità importante, di cui il nostro Paese ha un'urgente necessità, con misure specifiche come il "reddito di solidarietà attiva" che costituisce un intervento monetario di tipo universalistico, promosso dallo Stato, nell'ambito del Programma nazionale per il sostegno del-

persone. La terza proposta?

È piccola, ma di grande civiltà. Punta a realizzare la rete del "dopo di noi" per la presa in carico delle persone con disabilità grave. L'obiettivo è quello di garantire un futuro di assistenza ed accoglienza a persone disabili dopo la perdita dei loro familiari. Su questo mi batterò con forza, quindi andremo avanti con decisione per incardinarla perché non sempre i diritti dell'opposizione sono adeguatamente rico-

Altri provvedimenti in agenda? Entrerà presto in vigore il federalismo fiscale e questo richiederà l'emanazione di una legge quadro sui principi del Ssn. È inutile mentire, con il federalismo fiscale la normativa in vigore rischia di perdere qualsiasi possibilità di cogenza. I principi sanciti dalla legge 833 e dalla 229 rischiano di diventare dei "richiami". Per questo è necessario emanare una legge che tuteli il Ssn. Ł importante che sia un provve dimento bipartisan e potrebbe aprire davvero una nuova stagione per la sanità. C'è poi la legge 328 del 2000 sulla riforma dell'assistenza, un provvedimento di fatto abbandonato. Per questo deve essere avviata un'indagine conoscitiva sui servizi integrati alla persona per capire lo stato dell'arte del welfare nei comuni.

E sul governo clinico?

Il nodo è sulla libera professione medica. Non vogliamo che ci siano ricadute negative sul Ssn. In realtà il problema relativo all'esercizio di questa attività avrebbe dovuto essere affrontato solo in un'ottica di predisporre strutture adeguate dedicate all'attività intramoenia.

Tirando le somme, previsioni per il futuro?

Sono fiduciosa, in tre anni senza elezioni qualcosa dovrà pur arrivare in porto. Per quanto mi riguarda, garantisco che l'opposizione continuerà ad essere propositiva per conquistare anche il piccolo risultato. Noi lavoreremo guardando al bene del Paese. Y La prima parte dell'inchiesta

sul numero 3-2010

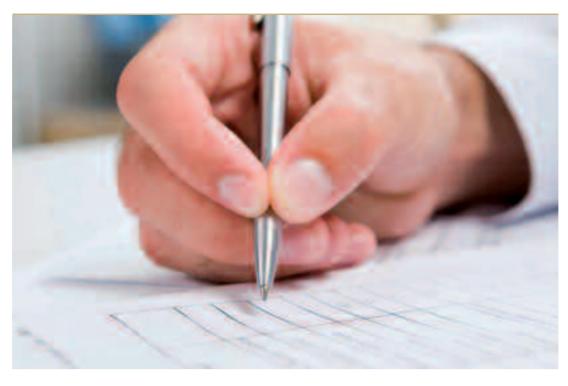
marzo dello scorso anno il Senato, non senza difficoltà, approvò il disegno di legge Calabrò sulle dichiarazioni anticipate di trattamento per legiferare una materia delicata che in Italia soffriva di un vuoto normativo. Per diversi anni in Parlamento hanno sonnecchiato diverse proposte di legge che probabilmente non avrebbero mai visto la luce se non ci fosse stato il caso di Eluana Englaro. La triste vicenda della ragazza lombarda ha indubbiamente dato un'accelerazione al provvedimento che, dopo la prima approvazione da parte del Senato, ora è al vaglio della Commissione Affari Sociali della Camera. Qui i deputati dopo aver discusso il testo e apportato alcune modifiche, in alcuni casi sostanziali, stanno votando articolo per articolo e, secondo le previsioni, il testo dovrebbe arrivare a breve al voto dell'Aula. I cambiamenti sostanziali, rispetto al testo licenziato dal Senato riguardano l'idratazione e l'alimentazione (articolo 3), la forma della dichiarazione anticipata di trattamento (articolo 4), l'assistenza sugli stati vegetativi (articolo 5) e il ruolo del fiduciario (articolo 6). Al momento sono stati votati i primi sei articoli dei nove previ-

Idratazione e alimentazione (articolo 3)

sti dal testo del Senato.

"Idratazione e alimentazione", queste potranno essere sospese qualora "risultino non più efficaci nel fornire al paziente i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo". Insomma, quando diventano dannose per il malato. È cambiato dunque alla Camera il Ddl Calabrò già votato al Senato con un'apertura della maggioranza, seppur solo parziale, sul nodo più contestato della legge, cioé il no assoluto all'interruzione di idratazione e alimentazione, che così decade. Tuttavia, e qui si conferma quanto previsto dal testo del Senato, queste ultime non potranno "formare oggetto di dichiarazione anticipata di trattamento". A decidere sul da farsi sarà sempre e comunque il medico.

L'apertura sul testo è arrivata con un emendamento del relatore Domenico Di Virgilio votato in maniera compatta dalla maggioranza (23 sì, compreso quello della neo Udc Paola Binetti, contro i 13 no dell'opposizione) in commissione Affari sociali. "Un'apertura – ha spiegato il relatore - che si è resa netro mio emendamento che allarga la platea del testamento biologico non più solo a chi è in stato vegetativo, ma a chi si trova nell'incapacità di intendere e di volere". Secondo il Pd si tratta però di uno "specchietto per le allodole" poiché l'emendamento non sposta niente, introduce solo una cosa che dovrebbe essere normale: l'interruzione di



Dichiarazioni anticipate di trattamento

ll punto sul biotestamento

Il testo sulle testamento biologico, approvato a marzo del 2009 dal Senato, è attualmente in discussione in Commissione Affari Sociali alla Camera. Qui, tra modifiche sostanziali, emendamenti respinti e inevitabili polemiche, sta andando avanti e a breve dovrebbe arrivare in Aula per il voto finale

una cura dannosa per il paziente."Avevamo presentato un emendamento – spiega Livia Turco, capogruppo del Pd in Commissione Affari sociali a Montecitorio – che era migliorativo del testo, ma è stato respinto. Per questo considero la partita non chiusa, ci rivedremo in Aula". L'emendamento del Pd prevedeva che nella fase finale della vita l'idratazione e l'alimentazione potessero essere sospese se non più utili al paziente in base a una decisione congiunta del medico curante e dei familiari del paziente nel pieno rispetto dunque di quel principio espresso in calce al Ddl che recita "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica e di dichiarazioni anticipate di trattamento". "Una misura molto chiara", ha ribadito la Turco mentre invece non lo sarebbe abbastanza, secondo l'opposizione, l'emendamento di Di Virgilio perché non specinca chi deve decidere se interrompere idratazione e alimentazione quando diventano dannose. Un punto su cui anche alcuni esponenti della maggioranza hanno mostrato perplessità in commissione.

Per il deputato del Pdl Benedetto Della Vedova, l'emendamento "non cambia in nulla la disciplina prevista dal testo Calabrò. La norma in sé è del tutto pleonastica, perché quando una qualunque cura non può essere 'assimilata' dal paziente non solo può, ma deve essere interrotta, configurando altrimenti un caso di scuola di accanimento terapeutico".

Sulla stessa linea Alessandra Mussolini (Pdl) che ha definito l'emedamento "uno sbraco" perché "non specifica in modo chiaro chi deve decidere l'interruzione e, inoltre, parla genericamente di pazienti, non solo di stati vegetativi". Meglio sarebbe stato, continua la Mussolini, votare "l'emendamento della Turco che prevede chiaramente che decide il medico, in accordo con i familiari".

Favorevole invece il Governo. Lo ha specificato il sottosegretario alla Salute, Eugenia Roccella, secondo cui la modifica serve affinché il testo "sia coerente", aggiungendo poi che, comunque, visti i malumori della maggioranza, c e spazio per migliorare "Intanto produciamo un testo coerente - ha affermato il sottosegretario - e il più condiviso possibile che sia rispettoso dei principi di tutela della vita, diritto alla cura e non discriminazione che abbiamo fissato. Poi, se c'è la possibilità di studiare una formulazione che possa garantire meglio quello che vogliamo ottenere, abbiamo tempo".

Forma della dichiarazione anticipata di trattamento (articolo 4),

Altro emendamento che modifica il Ddl originario è quello presentato da Laura Molteni, della Lega, che stabilisce che per essere valide, le Dat, devono essere redatte in forma scritta e con firma autografa. Escludendo tutte le altre espressioni di volontà, come quelle audio-video, ritenute prive di valore. All'approvazione di questo emendamento c'è stata la protesta del Pd e dei radicali, secondo i quali con questa norma, verranno esclusi i disabili gravi. La radicale Maria Antonietta Farina Coscioni, ha ricordato l'esempio di Paolo Ravasin:, "malato di Sla che nello scorso luglio, aveva redatto il suo testamento biologico tramite un 'documento' audio-video pubblicato su internet". Il video - ha ricordato la Coscioni – era stato registrato "nella casa di cura in cui si trovava Ravasin, alla presenza dei me dici e dei tecnici che lo hanno girato". La Molteni ha difeso la sua posizione sostenendo che "introduce una garanzia per il cittadino sul fine vita che, consapevolmente, abbia voluto esprimere la propria volontà (certa e inequivocabile) attraverso la Dat". Secondo l'onorevole leghista, si tratta insomma di garantire "che espressioni emozionali sul fine vita rilasciate dal cittadino, magari parecchi anni prima in situazioni particolari, non siano interpretate da un terzo come certezza di una volontà presunta e reale".

Assistenza sugli stati vegetativi (articolo 5)

L'assistenza ospedaliera o a domicilio ai pazienti in stato vegetativo sarà inserita nei Lea, mentre il ministero della Salute emanerà delle linee guida che le Regioni dovranno recepire entro 60 giorni dall'entrata in vigore della legge. Queste le modifiche di carattere "bipartisan" all'articolo 5 del Ddl sul testamento biologico approvate dalla Commissione Affari Sociali. "Siamo soddisfatti dell'approvazione del nostro emendamento che migliora l'assistenza delle persone in stato vegetativo permanente, prevedendola tra i Livelli essenziali di assistenza e prosegue la tenace battaglia del Pd per rendere umano e rispettoso della dignità della persona il testo di legge approvato dal Senato in merito al testamento biologico", è stato il commento di Livia Turco.

Il ruolo del fiduciario (articolo 6)

Se sull'articolo 5 è stato possibile registrare una collaborazione tra maggioranza e opposizione sul successivo articolo 6, quello che parla del 'fiduciario', si è tornati a una contrapposizione molto netta tra le parti.

Infatti, il fiduciario della persona che redige il proprio testamento biologico, contrariamente a quanto proposto da un emendamento del Pd, non potrà essere il suo convivente. La maggioranza ha infatti bocciato la proposta che prevedeva questa possibilità e ne ha votata una del relatore che esclude esplicitamente questa ipotesi.

Il testo licenziato dal Senato prevedeva che chi redige il testamento biologico "può nominare un fiduciario maggiorenne" che, se nominato, "è l'unico soggetto legalmente autorizzato a interagire con il medico e si impegna ad agire nell'esclusivo e migliore interesse del paziente, operando sempre e solo secondo le intenzioni legittimamente esplicitate dal soggetto nella dichiarazione anticipata". Il testo però non prevedeva nulla in caso di mancata nomina del fiduciario, lacuna a cui avrebbe provveduto l'emendamento sottoscritto da tutto il gruppo del Pd. L'emendamento prevedeva che in caso di mancata nomina del fiduciario, di rinuncia o di morte dello stesso, il ruolo potesse essere affidato "nell'ordine: al coniuge non separa to legalmente o di fatto, al convivente more uxorio, ai figli maggiorenni, ai genitori, ai parenti entro il quarto grado". Su questo punto si è aperta la discussione, partita dall'espressione "convivente more uxorio". Secondo Andrea Sarubbi, del Pd, infatti: "È chiaro che il punto in questione non è il testamento biologico, bensì la coppia di fatto". 🛚

Proposta per una riorganizzazione dell'area ginecologica territoriale

La nostra road map per il Territorio

Quasi un anno fa presentavamo su queste pagine i 6 punti della nostra "Proposta per una riorganizzazione dell'area ginecologica territoriale alla luce di un rinnovato rapporto Ospedale-Territorio", rivolta a tutte le istituzioni sanitarie, nazionali, regionali e locali. Ve la riproponiamo con una consapevolezza in più: quella di essere riusciti in questi mesi a condividerla con un numero crescente di colleghi e di rappresentanti del mondo politico e delle istituzioni, grazie anche al forte impegno di Aogoi. Il consenso ricevuto ci conferma che gli

obiettivi contenuti nella nostra "Road map per il Territorio", pur ambiziosi, sono ormai ineludibili. Riprogettare i servizi dedicati al materno-infantile creando un circuito virtuoso Territorio-Ospedale non sarà impresa facile. Ci vorranno tempo, risorse, buona pianificazione, l'impegno di tutti e una grande tenacia da parte nostra. Ma è una sfida che raccogliamo volentieri perché ciò andrà a beneficio di tutta l'utenza dell'area materno-infantile e contribuirà a valorizzare la nostra professionalità di specialisti ginecologi che operano nelle due realtà: Ospedale e Territorio.



di Sandro M. Viglino Presidente CIOG **Giovanni Fattorini** Presidente AGITE

a mutata condizione identitaria dei Consultori familiari a 35 anni dalla loro costituzione (legge quadro n. 405/1975), la focalizzazione dell'attenzione, accentuatasi specie negli ultimi anni, da parte dei gestori dell'Amministrazione sanitaria sul Territorio quale luogo idoneo

a trasferirvi funzioni e risorse, la rivalutazione del ruolo dell'Ospedale che dovrà connotarsi sempre più verso l'acuzie
e le patologie complesse, il
mix contrattuale che caratterizza gli specialisti ginecologi
che operano nelle due realtà
(ospedale e territorio), la peculiarità della figura e della
cultura professionale del Ginecologo fanno sì che si renda
necessaria una rivisitazione
non soltanto del ruolo di quest'ultimo nel Sistema sanitario

nazionale ma anche della sua connotazione in termini professionali, gestionali e organizzativi.

Per tali motivi si propone quanto segue:

Uniformare sul territorio nazionale l'organizzazione delle attività consultoriali che dovrebbero essere strutturate come Unità Operative Complesse, a livello di distretto o a livello aziendale e ritrovare la missio-

ne per cui erano stati inizialmente progettati i Consultori Familiari.

Le Unità Operative Complesse saranno dirette da una figura Dirigente del comparto sanitario (Medico con specializzazione attinente alle attività consultoriali – Psicologo). L' U.O. coordina le figure professionali previste dal POMI: a) personale medico (ginecologi – pediatri – neuropsichiatri infantili); b) personale sanitario non medico (psicologi); c) personale

del comparto sanitario (ostetriche – infermiere professionali e pediatriche – assistenti sanitarie); d) personale del comparto sociale (assistenti sociali non afferenti ai Distretti sociali).

Integrazione armonica tra le funzioni svolte dai Distretti sanitari e le UU.OO. La collocazione dei Consultori Familiari, secondo le indicazioni del P.O.M.I., dovrebbe essere prevista all'interno del Distretto Sanitario, sot-

Note sull'attuale e sulla futura formazione dei ginecologi territoriali

di G. Fattorini e S. Viglino

al momento che il D.L.vo n. 229/99 prevede che la direzione dei Dipartimenti sia affidata ad un dirigente con incarico di direzione del le strutture complesse aggregate ai singoli Dipartimenti e il Dpr n. 484 del 1997 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso al secondo livello dirigenziale) prevede a sua volta tra i criteri e i requisiti, oltre l'anzianità di servizio e il curriculum professionale e formativo l'attestato o gli attestati di formazione manage■ Uno degli obiettivi più rilevanti che si pone la nostra associazione è quello di valorizzare le competenze acquisite in questi ultimi decenni, mettendole al servizio di quella che è la mission fondamentale della ginecologia territoriale e cioè la promozione della salute della donna

riali, il tema della formazione dei ginecologi e soprattutto di quei professionisti che aspirano ad uno sviluppo di carriera all'interno delle U.O.C. territoriali assume una rilevanza tutta particolare.

Queste trasformazioni che riguardano l'organizzazione e le modalità di attribuzione dei ruoli dirigenziali all'interno del Ssn sembrano però confliggere con una sempre più accentuata "specializzazione in termini tecnicoprofessionale" che caratterizza le scuole di medicina le cui caratteristiche sono evidenti nei programmi dei corsi di specializzazione che non prevedono la necessaria attenzione a temi quali appunto: organizzazione dei servizi sanitari, epidemiologia, diritto sanitario, etc.

Per quanto riguarda in particolare la Ginecologia questa branca è ancora collocata nell'area chirurgica e delle specialità chirurgiche. Forse a parità di altri Paesi, come la Francia sarebbe opportuno che si cominciasse a distinguere per quanto riguarda la nostra disciplina l'aspetto medico-preventivo da quello chirurgico

Ma la figura del ginecologo medico francese non si identifica interamente con le caratteristiche del ginecologo consultoriale almeno nell'accezione italiana. A questa ultima figura infat ti sono stati attribuiti non solo compiti legati alla prevenzione, prevenzione oncologica, prevenzione delle gravidanze indesiderate, delle malattie a trasmissione sessuale etc. Il suo ruolo si è esteso infatti anche al rapporto con la popolazione nei termini di animazione e educazione alla salute: educazione sessuale, percorso nascita, incontri con le

Due obiettivi a breve termine

Revisione del "tempario" per l'ambulatorio ginecologico

■ Nonostante l'orientamento della medicina moderna sia in direzione di una sempre maggiore umanizzazione del rapporto medico paziente, in alcune realtà regionali la visita ostetricoginecologica ambulatoriale è regolata secondo criteri che non tengono conto della specificità di questo tipo di consultazione specialistica. Questo comporta nessuna possibilità di realizzare un effettivo rapporto empatico con la donna nell'ambito di una visita emotivamente importante e l' impossibilità di indagare l'eventuale disagio che spesso è alla base di patologie della sfera genitale a causa di un'indagine anamnestica necessariamente frettolosa. Pertanto si valuta che il tempo da dedicare a questo tipo di consulenza sia da individuare, uniformandolo, in 30 minuti.

Istituzione di UU.OO. complesse di Ginecologia Preventiva che, a livello sovra e interdistrettuale, coordinino le attività ginecologiche territoriali (consultori e piastre poliambulatoriali) raccordando le funzioni svolte dal Territorio con quelle dell'Ospedale e creando un circuito virtuoso Territorio/Ospedale per quel che attiene alle prestazioni diagnostico-terapeutiche di II livello. Tali UU.OO. dovrebbero, in buona sostanza, sovrintendere

Riconoscimento ed estensione della funzione didattica, formativa e di tutoraggio da parte delle strutture ospedaliere e territoriali

■ Trasferire competenze didattiche e formative alle strutture ospedaliere e a quelle ambulatoriali del territorio (secondo criteri strettamente selettivi basati sulle funzioni cliniche specificamente svolte e sulla produzione scientifica) consentirebbe di riconoscere dignità formativa anche a quelle realtà ospedaliere e territoriali dove vengono realizzate esperienze lavorative e speculative utili alla preparazione dei futuri specialisti (e anche dei medici di medicina generale).

D'altro canto il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale (Acn) firmato prima dell'estate 2009 dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative degli ambulatoriali presso la Sisac stabilisce, tra l'altro, che gli specialisti ambulatoriali interni possono "partecipare a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca" (art. 30 bis c. 7), prevedendo inoltre la possibilità di svolgere compiti di tutoraggio ed insegnamento in sede di attività professionale e in sede universitaria nei corsi pre- e post-laurea presso le scuole di specializzazione (art. 33 c. 12).

Queste nuove possibilità, unite a quelle offerte dagli ospedali di insegnamento e adeguatamente supportate, in ambito ginecologico, da Aogoi (mediante la rete delle sue organizzazioni regionali) consentirebbero non solo di venire incontro a una domanda che da tempo la parte più illuminata degli ospedalieri e degli ambulatoriali avanza ma anche di realizzare un obiettivo soprattutto "culturale" di decentramento e di diffusione dei saperi e delle offerte formative.

all'intera attività ginecologica svolta sul Territorio con particolare riferimento alle funzioni specialistiche diagnostiche di I livello, ivi comprese quelle che non rientrano nelle prerogative delle attività consultoriali (office ecografia, prevenzione diagnosi e terapia della patologia del basso tratto genitale, ambulatorio di uroginecologia, ambulatorio per la menopausa, ambulatorio di senologia, ecc.).In una logica di massima attenzione nei confronti delle risorse

economiche, la nostra proposta intende razionalizzare le attività già esistenti semplificando i percorsi e puntando ad individuare orientativamente non più di una UOC di Ginecologia Preventiva per Azienda Sanitaria.

Tutto ciò (specie nelle ASL di maggiori dimensioni) dovrà essere comunque concepito nell'ambito del Dipartimento maternoinfantile, affidato a personale medico apicale (II livello diri-

genziale), in possesso di specialità affini per l'ambito specialistico considerato (Ginecologi – Pediatri), con incarico biennale e secondo la regola dell'alternanza

A questo proposito si dovranno potenziare tutte quelle funzioni e prestazioni di II livello (pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse o PAC, attività di day surgery, ecc.) che possono essere trasferite e svolte in modo appropriato sul Territorio, sottraendole all'ambito ospedaliero che dovrà dedicarsi in modo più specifico e puntuale alle attività chirurgiche ordinarie e di day hospital e alle patologie ostetrico-ginecologiche complesse

Si rende altresì necessaria una revisione ed un aggiornamento costante dell'attuale POMI (aprile 2000 relativo al PSN triennio 1998-2000) contestualmente ai diversi Piani Sanitari Nazionali che verranno via via concepiti. Ciò consentirebbe di apportare quelle modifiche ed integrazioni che sono rese necessarie dal progressivo mutamento delle condizioni di salute delle donne italiane e delle loro esigenze nonchè dai progressi della scienza medica e tecnologica e, conseguentemente, dalla necessità di rivedere in progress le modalità organizzative e gestionali alla luce delle eventuali nuove normative.



toforma di rete e organizzata

come una Unità Operativa

Complessa e contemporanea-

mente far parte del Dipartimen-

to Materno-Infantile, azienda-

le. Le due macrostrutture assi-

curano quindi sia lo stretto col-

legamento con il territorio in

cui il consultorio opera, sia la

condivisione di linee guida e

procedure con i servizi ospeda-

lieri tali da garantire la presa in

carico e la continuità assisten-

ziale dell'utenza dell'area ma-

terno-infantile

Sandro M. ViglinoPresidente CIOG

donne in periodo climaterico etc. Nella realtà questi compiti in molte regioni italiane sono svolti in modo molto più intrecciato con l'attività clinica di quanto il progetto originario prevedesse, facendo di fatto dei Consultori Familiari Italiani un mix, spesso virtuoso talvolta meno – e questo va ammesso con senso di responsabilità –, di attività di tipo preventivo e di attività di diagnosi e cura.

La moderna Ginecologia nasce come costola della Ostetricia e sviluppa un interesse particolare per la diagnosi e la terapia delle patologie dell'apparato genitale femminile considerato per lungo tempo e per molti aspetti ancora oggi come qualsiasi altro apparato che presenta patologie specifiche, in alcuni casi assolutamente proprie e il cui trattamento è stato per molto tempo prevalentemente chirurgico.

Con il passare del tempo e delle conoscenze l'interesse si è dilatato in seguito fino a coinvolgere patologie o alterazioni non solo organiche, ma anche di tipo funzionale, endocrino, metabolico.

In una formula sbrigativa, forse scientificamente discutibile, sicuramente non ancora sufficientemente fondata sul piano epistemologico, ma efficace, la Gi-



Giovanni FattoriniPresidente AGITE

necologia si è trasformata in una disciplina che non ha più e solo l'apparato genitale al centro del suo interesse, ma un tema più complesso come la Salute della Donna.

Le strutture complesse territoriali quindi sia quelle Consultoriali sia quelle di Ginecologia preventiva necessitano pertanto non solo delle competenze tecniche specifiche dei ginecologi ma anche di una cultura più amoia e di competenze manageriali che molti colleghi hanno acquisito sul campo. La diffusione di una maggiore consapevolezza scientifica e di competenze tecniche e manageriali può quindi legittimamente consentire a molti dei nostri professionisti di candidarsi non solo alla direzione delle UU.OO.CC territoriali ma anche alla macrostruttura in cui queste strutture

complesse si collocano e cioè il Dipartimento Materno Infantile. Purtroppo nella realtà della maggior parte delle Aziende sanitarie locali viene oggi ad essere preclusa la naturale progressione di carriera dei ginecologi territoriali, preclusione che oltre a ledere un diritto del lavoro (dirigere le unità operative dove si opera), rappresenta una iniqua esclusione delle competenze, precedentemente selezionate per gestire adeguatamente i programmi di promozione della salute della donna. Conseguenza di ciò è rappresentata dal frequente sbilanciamento delle attività dipartimentali nella direzione della diagnosi e la cura con uno speculare ridimensionamento e svalutazione delle attività di prevenzione, promozione della salute e riabilitazione. Y

di Francesca Fiorillo Task force progetto AOGOI-Fondazione Lorenzini

a tempo è noto che nascere uomo o donna comporta una notevole differenza sullo stato di salute e di malattia, infatti tutti sanno che le donne hanno un'aspettativa di vita maggiore anche se si ammalano di più e che l'incidenza di alcune malattie prima tipicamente maschili, quali ad esempio la malattia cardiovascolare e il tumore del polmone, aumenta nelle donne per la crescente esposizione ai fattori di rischio quali obesità, diabete, fumo di sigaretta, ecc.

Pochi però invece sanno che nelle donne molte malattie sono determinate da fattori eziologici e predisponenti diversi da quelli maschili, che hanno un'espressione clinica differente, che spesso l'approccio diagnostico-terapeutico del medico è differente, che le donne per motivi socio-economici hanno un minore accesso ai servizi sanitari e alle cure e che spesso vengono escluse dalla ricerca scientifica. Quindi lo stato di salute e di malattia viene influenzato non solo dai determinanti biologici, genetici, ormonali e immunitari, ma anche dai determinanti sociali, economici, e culturali. Lo studio di tali determinanti costituisce la medicina di genere, e il superamento di tali differenze rappresenta una delle principali sfide future della sanità pubblica.

La prima volta che si parlò di medicina di genere risale al 1991, quando furono pubblicati da B. Healy, sul New England Journal of Medicine due studi che rivelavano il comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti del genere femminile, le donne che si ricoveravano in terapia intensiva coronarica per un evento ischemico avevano minori possibilità di avere una corretta diagnosi e terapia. Tale comportamento fu definito come "Yentl Syndrome" in riferimento ad una ragazzina ebrea, Yentl, che volendo studiare e non potendo in quanto femmina si rasò il capo e si vestì da maschio.

Da allora sono stati condotti numerosi studi in diversi ambiti scientifici che hanno evidenziato differenze fisiopatologiche, cliniche, diagnostiche, terapeutiche e prognostiche tra uomo e donna in numerose condizioni morbose, ma più di tutte sono state studiate le malattie cardiovascolari, con 970 articoli pubblicati.

Il cuore (dimenticato) delle donne

La malattia cardiovascolare è



Medicina di genere

Uno sguardo al futuro

Un progetto di formazione interdisciplinare del ginecologo sulle malattie cronico-degenerative, per realizzare un'azione positiva capace di ridurre le discriminazioni di genere in relazione alla salute, soprattutto sulla prevenzione primaria, promuovendo la cultura dei diritti e delle pari opportunità. È con questo ambizioso obiettivo che il Progetto Aogoi-Fondazione Lorenzini realizza uno dei primi passi sulla medicina di genere in Italia

sempre stata erroneamente considerata una patologia specifica del sesso maschile, infatti in Italia la malattia cardiovascolare è la prima causa di morte per le donne e ogni anno muoiono 120.000 donne per patologia cardiaca, ma solo il 13% delle donne percepisce la malattia cardiovascolare come il più importante problema di salute da trattare e solo un terzo sa che rappresenta la principale causa di morte. La cardiopatia ischemica è stata studiata prevalentemente negli uomini per la maggiore frequenza della malattia in giovane età (35-55 anni) e per l'elevata letalità, nelle donne invece è stata trascurata per- Francesca Fiorillo



ché l'incidenza della malattia in tale fascia d'età è bassa per la protezione svolta dagli estrogeni che riducono i fattori di rischio, invece dopo la menopausa per il venir meno della protezione ormonale, aumentano i fattori di rischio e l'incidenza della malattia aumenta raggiungendo il massimo picco all'età di 65-80 anni, 15-20 anni dopo l'uomo.

Alcuni fattori di rischio della malattia cardiovascolare sono più frequenti nelle donne come la sindrome metabolica e il diabete. La prima è caratterizzata dalla presenza di vari fattori di rischio quali l'ipertensione, l'ipertrigliceridemia, l'obesità addominale e l'insulino-resistenza, interessa il 60% delle donne sopra i 65 anni e la sua presenza comporta un aumento di circa tre volte il rischio di malattia cardiovascolare e di circa sei volte il rischio di diabete. Nelle donne diabetiche invece il rischio di morte coronarica è maggiore rispetto all'uomo, infatti è di 2,58 per le donne e di 1,85 per gli uomini. Il profilo lipidico più a rischio nelle donne è legato all'aumento dei tri-



gliceridi e/o alla riduzione del colesterolo HDL, mentre negli

uomini è più importante l'au-

mento del colesterolo totale e

dell'LDL. Nelle donne inoltre

è importante l'aumento dei bio-

marcatori infiammatori come il

CPR e le citochine infiammato-

rie. Anche la sintomatologia

della malattia cardiovascolare

può essere profondamente dif-

ferente nella donna rispetto al-

l'uomo e anche la sensibilità ai

farmaci, come ad esempio

l'aspirinetta, che non funziona

in prevenzione primaria nella

Le donne sono più frequente-

mente affette da disturbi psi-

chiatrici quali la depressione,

disordini dell'affettività, fobie,

ansie attacchi di panico e disor-

dini dell'alimentazione; le ma-

giovane.

le donne in più del 60% dei casi e la gravidanza può modificare, talvolta peggiorando, il quadro clinico di queste patologie; la disabilità motoria che affligge le donne nella terza età è conseguenza dell'elevato numero di patologie artrosiche e osteoporotiche che insorgono durante tale fase della vita. Oms 1998: parte la sfida

lattie autoimmuni colpiscono

di genere

Nel 1998 l'Organizzazione Mondiale della Sanità lanciò una "sfida di genere" alle Nazioni e alle Organizzazioni internazionali per realizzare una migliore valutazione dei fattori di rischio a cui sono esposte le donne, per individuare strategie atte a ridurre l'incidenza delle malattie cronico-degenerative (malattia cardiovascolare, l'osteoporosi, la demenza ecc.), e per comprendere i motivi della maggiore longevità delle donne (WHO. The World Health Report. Geneva 1998). Successivamente nel 2002 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha costituito "The Department of Gender and Women's Health", riconoscendo che esistono differenze nei fattori che determinano la salute e il carico di malattia per uomini e

Attualmente in Italia è in atto una ricerca scientifica finanziata dal Ministero del Welfare "La medicina di genere come obiettivo strategico per la sanità pubblica: l'appropriatezza della cura per la tutela della salute della donna" che ha come obiettivo l'integrazione delle conoscenze biomediche sulle malattie metaboliche, sulla medicina del lavoro, sulle reazioni ai farmaci, con quelle sociali ed economiche, per meglio definire programmi di prevenzione e linee guida genere specifiche.

Primo obiettivo: la formazione interdisciplinare del ginecologo

L'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi) e la Fondazione G. Lorenzini, in collaborazione con la Società Italiana per la Salute e la Medicina di Genere (Sismg) e l'European Society of Gender Health and Medicine (Esghm), hanno invece raccolto l'invito dell'Oms ad individuare strategie atte a ridurre l'incidenza delle malattie cronico-degenerative e hanno realizzato un progetto che non solo ha come obiettivo la riduzione dell'incidenza delle malattie cronico-degenerative, ma vuole essere un esempio di azione positiva capace di ridurre le discriminazioni di genere in relazione alla salute e in particolar modo in relazione alla prevenzione primaria, promuovendo la cultura dei diritti e delle pari opportunità.

È un progetto di prevenzione di cui si sono fatti carico i ginecologi, dopo un'adeguata formazione, in quanto già da anni è nella loro pratica clinica quotidiana la promozione e la tutela della salute della donna in tutte le fasi della vita.

Negli anni passati il medico aveva come finalità la "cura della malattia" oggi il medico ha invece come finalità " la cura dell'individuo, aiutandolo a mantenere la salute intesa come uno stato di benessere fisico, psichico e sociale", cercando di correggere o di eliminare tutti i fattori capaci di produrre sofferenza (Oms).

Anche l'attività del ginecologo negli anni è cambiata, l'attività esclusivamente chirurgica è stata via via affiancata dall'esercizio di un sapere medico sempre più attento alla prevenzione primaria, basti pensare alla medicina prenatale, al pap- test, alla contraccezione, meglio di altri specialisti può quindi aiutare la donna a preservare lo stato di salute correggendo o di eliminando i fattori di rischio di quelle malattie cronico-degenerative che saranno responsabili in gran parte della disabilità e dell'emarginaziointernazionale e le linee guida già esistenti, tenendo conto dei meccanismi fisiopatologici e dei fattori di rischio genere-specifici hanno realizzato delle flow chart comportamentali che potranno essere adottate dai ginecologi nella loro pratica clinica quotidiana per la prevenzione e la diagnosi delle patologie cronico-degenerative. La prima flow chart realizzata sulle malattie metaboliche e cardiovascolari sarà presentata ai ginecologici in occasione del

Condizioni Patologiche Cronico-degenerative (dati Istat 2007)

| | Donne | Uomini |
|---|-------------------|--------|
| Disabilità totale (allettamento) | 10,9% | 5,6% |
| Disabilità parziale | | |
| (riduzione delle funzioni motorie, uditive, | visive, ecc) 6,1% | 3,3% |
| Tassi di multicronicità | 17,2% | 10,3% |
| Artrosi /artrite | 21,8% | 14,6% |
| Osteoporosi | 9,2% | 1,1% |
| Cefalea | 10.5% | 11,8% |
| Ipertensione arteriosa | 15,4% | 11,8% |
| Diabete | 4,7% | 4,3% |
| Depressione e ansia | 7,4% | 3,1% |
| Alzheimer - demenze senili | 0,6% | 0,3% |
| | ••••• | |

ne della donna nella terza età. Il progetto prevede pertanto la formazione interdisciplinare del ginecologo rivolta particolarmente alle malattie cronico-degenerative svolta da un gruppo di esperti delle patologie metaboliche, cardiovascolari, autoimmuni, neuroendocrine, reumatiche, ecc, che utilizzando i dati della letteratura

primo corso di formazione che avrà luogo a Milano, a novembre 2010, durante l'86° Congresso SIGO. Successivamente se il progetto sarà accettato quale azione positiva e condiviso politicamente, tali flow chart comportamentali saranno diffuse e adottate dai ginecologi in tutto il territorio nazionale.

Ospedale-Territorio e Medicina di genere: due priorità per l'Aogoi

■ La riorganizzazione dell'area ginecologica territoriale alla luce di un rinnovato rapporto Ospedale-Territorio e il progetto di medicina di genere, per la Protezione della Salute della Donna nei confronti delle Malattie Non Comunicabili (NCD), sono le due iniziative di punta della nostra Associazione. Lo ha ribadito il segretario nazionale Aogoi, Antonio Chiantera, al recente Convegno nazionale Aogoi-Agite -Smic su "Contraccezione, sessualità e salute riproduttiva", svoltosi a Napoli nella suggestiva fortezza di Castel dell'Ovo, sottolineando il ruolo del ginecologo come medico

della donna in tutte le fasi della

Con il Progetto Aogoi-Fondazione Lorenzini inizia oggi per i ginecologi il cammino della



Antonio Chiantera, segretario nazionale Aogoi

medicina di genere, con l'impegno di tutelare e promuovere la salute della donna non solo quella sessuale e riproduttiva, infatti nella

> pratica clinica si adopereranno per individuare e correggere i fattori di rischio sia biologici che psico-sociali di tutte le malattie cronicodegenerative. "Siamo in grave ritardo rispetto alle altre nazioni europee - ha detto Chiantera a una

folta platea di colleghi -. Dobbiamo avere l'umiltà di tornare ad essere studenti e iniziare a formarci sul criterio della medicina di genere... per



Cesare Cursi responsabile della sanità del Pdl

essere un ponte di collegamento con le altre specialità". Alle autorità presenti - il Senatore Cesare Cursi, responsabile della sanità del PdI, e la dottoressa

> Simonetta Matone, in rappresentanza del ministro per le Pari Opportunità, Mara Carfagna -Chiantera ha chiesto un forte impegno, dicendosi "certo che oggi le nostre istanze sono state oggi recepite dalle autorità di governo".



Luci e ombre della mediazione nel settore della responsabilità medica

Dottore, concilia?

di Vania Cirese

Avvocato Foro di Roma

120 marzo scorso sono entrate in vigore, anche nel nostro Paese, le disposizioni contenute nel decreto legislativo 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione in materia civile a conclusione dell'iter legislativo che ha concretizzato, contro lo scetticismo di molti, la delega conferita al Governo con gli obiettivi di deflazione dei processi e diffusione di una cultura di una giustizia "alternativa". Le disposizioni introdotte dal decreto, al fine dichiarato di rafforzare la mediazione come strumento necessario per la diminuzione del carico di controversie gravanti sul sistema della giustizia in Italia, evidenziano il crescente riconoscimento del valore aggiunto che l'istituto della mediazione sta ottenendo sia negli ambienti giuridici che tra gli operatori del mercato e l'influenza di matrice europea. È indubbio infatti che la mediazione così come riformata dal decreto finisce per coinvolgere tutti i più importanti aspetti della vita quotidiana interessando le materie più diverse.

Il tentativo di mediazione presso gli organismi accreditati costituisce infatti condizione di procedibilità nelle controversie in varie materie (condominio, diritti reali, divisioni, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazione ecc.) e tra le materie figura la responsabilità medica.

Sono stati previsti tre tipi di me
• giudiziale, quando è il giudi-

■ A partire dal 20 marzo 2011, prima di arrivare davanti al giudice, tutte le controversie civili medico-paziente dovranno obbligatoriamente cercare un compromesso di conciliazione. Lo stabilisce il decreto legislativo n. 28/2010 approvato lo scorso 4 marzo con l'obiettivo di smaltire nei tempi più rapidi possibili il crescente numero di denunce civili e di risolvere i casi attraverso uno strumento che mira ad allentare la conflittualità tra le parti



diazione:

- facoltativa, quando viene liberamente scelta dalle parti;
- obbligatoria (sarà operativa decorsi dodici mesi dalla data di entrata in vigore del decreto), quando è imposta dalla legge; il procedimento di mediazione deve essere esperito, a pena di improcedibilità (da eccepire nel primo atto difensivo dal convenuto, oppure dal giudice non oltre la prima udienza) ed è anche quella che riguarda il risarcimento del danno da responsabilità medica;

ce ad invitare le parti ad intraprendere un percorso di mediazione (con ordinanza); l'invito potrà essere fatto in qualunque momento, purché prima dell'udienza di precisazione delle conclusioni ovvero, quando tale udienza non è prevista, prima della discussione della causa.

Il procedimento di mediazione ha una durata non superiore a 4 mesi e il termine decorre dalla data di deposito della domanda. In merito all'avvio della procedura di mediazione, una parte può in ogni momento depositare una domanda di mediazione presso

un organismo accreditato per la conciliazione di una controversia civile e commerciale, anche a causa pendente. Dalla mancata partecipazione alla mediazione senza giustificato motivo della controparte, il giudice può desumere argomenti di prova nel successivo giudizio. Il giudice, anche in sede di giudizio di appello, valutata la natura della causa, lo stato dell'istruzione e il comportamento delle parti, può invitare le stesse a rivolgersi ad un organismo di mediazione.

Le novità più rilevanti

Tra le novità più rilevanti sono

senz'altro da segnalare: l'introduzione di incentivi fiscali come l'esenzione dall'imposta di bollo e da ogni tassa o diritto di qualsiasi specie e natura per tutti gli atti, documenti e provvedimenti; le conseguenze in sede giudiziale per la mancata partecipazione al procedimento di mediazione; l'eventuale proposta del mediatore in caso di insuccesso e l'impatto di quest'ultima sulle spese processuali, nonché il valore attribuito dalla normativa al verbale d'accordo per l'espropriazione forzata, per l'esecuzione in forma specifica e per l'iscrizione all'ipoteca giudiziale, tutte novità "rivoluzionarie". Un ruolo fondamentale è assegnato agli "organismi di mediazione" e, di conseguenza ai mediatori. È previsto infatti che le procedure di mediazione possano essere gestite solo dagli organismi pubblici e privati iscritti ad un apposito Registro presso il Ministero della Giustizia e che i mediatori, iscritti alla liste degli organismi accreditati al registro, abbiano frequentato e superato un apposito percorso formativo erogato da enti di formazione accreditati dal Ministero della Giustizia. A ben vedere appare inconfutabile lo sforzo del legislatore delegato nell'offrire tutti i mezzi necessari per rafforzare la giustizia alternativa e rendere accessibile a tutti uno strumento rapido, economico ed efficace non trascurando la formazione del personale che dovrà dispensare la "giustizia alternativa".

Una nuova professionalità: il "mediatore"

La figura del "mediatore" inaugura l'avvento di nuove professionalità per il "terzo imparziale" che deve assistere le parti nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione della controversia (mediazione compositiva) o per formulazione di una proposta per la risoluzione della vicenda (mediazione propositiva). Il mediatore è tenuto alla riservatezza e non può essere chiamato a deporre in giudizio nel caso in cui si istauri il contenzioso. Il supporto degli organismi, pubblici o privati, abilitati a svol-

"Mediazione": le premesse europee

■ La riforma adottata si pone nel rispetto e in coerenza con la Direttiva 2008/52/CE del Parlamento europeo e del Consiglio dell'Unione europea

L'art. 60 della Legge 69/2009 in |

materia di "Mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali" ha de legato il Governo ad adottare, entro 6 mesi dall'entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi in materia di mediazione al fine della conciliazione nelle controversie, aventi ad oggetto diritti disponibili. Senza precludere l'accesso alla giustizia

Val la pena evidenziare la genesi della direttiva, indicativa del preciso obiettivo della Comunità di adottare misure nel settore della cooperazione giudiziaria in materia civile per il corretto funzionamento del mercato interno, man tenere e sviluppare uno spazio di libertà, sicurezza, giustizia, libera circolazione delle persone.

Per garantire un miglior accesso alla giustizia, il Consiglio europeo di Tampere nel 1999 ha invitato gli Stati membri ad istituire procedure extragiudiziali e alternative di risoluzioni delle controversie in materia civile (e commerciale); nell'aprile 2002 la Commissione

ha presentato un libro verde sui modi alternativi di risoluzione delle controversie, intraprendendo consultazioni ad ampio raggio con gli Stati membri sull'opportunità di promuovere l'utilizzo della mediazione per fornire un rimedio extragiudiziale, conveniente e rapido delle controversie civili, attraverso procedure più snelle, flessibili e informali.

Le istituzioni comunitarie hanno inteso valorizzare gli accordi risultanti dalla mediazione, in considerazione delle maggiori probabilità di essere rispettati volontariamente, essendo frutto di una libera adesione, nonché in grado di preservare (o ricostruire) una relazione amichevole e sostenibile tra le parti.

La filosofia del ricorso alla mediazione nelle controversie trasfrontaliere e interne è ispirata ad una visione democratica degli ordinamenti e della funzione statale che sempre più lascia spazio alla responsabile autodeterminazione della società civile, utilizza tecnologie e moderne professionalità di comunicazione, ricerca efficaci deflativi del contenzioso, attesa la "paralisi" di corti e tribunali di tutta Europa non più in grado di dispensare giustizia in maniera soddisfacente e in tempi che non siano biblici.

Mediazione vs procedimento qiudiziario. Per non svalutare la mediazione, il legislatore comunitario ha precisato che essa non può estendersi a quei diritti (e obblighi) di rango superiore, ossia indisponibili e che non può essere ritenuta un'alternativa "deteriore"

rispetto al procedimento giudiziario, a tal fine prevedendo che l'accordo sia munito di esecutività in tutto il territorio dell'UE, tranne i casi di contrasto con il diritto interno o internazionale.

In proposito gli Stati membri devono provvedere affinché alle parti che scelgono la mediazione nel tentativo di dirimere una controversia, non sia successivamente impedito di avviare un procedi mento giudiziario in relazione a tale questione per scadenza dei termini di prescrizione o decadenza. In altre parole gli Stati membri devono garantire un'equilibrata relazione tra mediazione e procedimento giudiziario.

Scelte legislative ed etica. Sul piano dell'indagine non può non osservarsi come molti scienziati e

gere il procedimento di mediazione ed il requisito dell'iscrizione nell'apposito registro sono novità in linea con il sistema europeo (specie inglese). I consigli dell'Ordine (di avvocati, medici) possono istituire organismi avvalendosi del proprio personale e dei propri locali. Presso il Ministero è previsto l'albo dei formatori per la mediazione.

Laurea in legge o in comunicazione?

Sui requisiti soggettivi degli aspiranti conciliatori già c'è dissenso. Alcuni ritengono che se la nuova professionalità si interpreterà ristrettivamente, ad esempio affermando che solamente chi possiede una laurea in economia o in giurisprudenza possa effettuare il corso e accedere alla carriera, si potrebbe obbiettare che anche questa volta si è creata una nuova professione il cui accesso è "castizzato".

Altresì si potrebbe obiettare che visto che si parla di "Adr" (Alternative Dispute Resolution), di tecniche di conciliazione tra due soggetti in disputa sarebbe perfetto anche uno laureato in psicologia o in comunicazione, con corso di formazione specifico, perché magari un avvocato o un dottore in legge non è accademicamente preparato per mettere d'accordo due soggetti o affrontare argomenti formativi richiedendosi tecniche di comunicazione e negoziazione efficaci nonché risoluzione di conflitti. Non mancano voci che asseriscono come un avvocato appaia la figura più squisitamente "incompatibile" con questa professione visto l'indubbio ed inconfutabile conflitto di interesse.

Immaginiamo l'avvocato che informa obbligatoriamente il suo cliente del tentativo obbligatorio di conciliazione e indica se stesso come conciliatore perchè iscritto presso un organismo, avendo già un rapporto diretto con il Cliente (!).

Naturalmente gli avvocati non vedono incompatibilità o "castizzazione" delle nuove professioni bensì specifica e opportuna preparazione a gestire le tematiche che comunque hanno implica-

Mediazione: il decreto"in pillole"

- Il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 ha introdotto nel nostro sistema processuale lo strumento della mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commer-
- Il ricorso alla conciliazione era oggi già possibile rivolgendosi agli organismi di conciliazione, ma assolutamente facol-
- **Il decreto**, entrato in vigore il 20 marzo 2010, stabilisce che, decorsi 12 mesi, quindi dal 20 marzo 2011, il procedimento di mediazione diverrà obbligatorio per una serie di materie indicate all'art. 5 fra cui "risarcimento del danno derivante da responsabilità medica".

Per ora è sancito il nuovo obbli-

go per l'avvocato di informare

l'assistito in modo chiaro e per

iscritto, nel primo colloquio, del-

la possibilità di avvalersi del pro-

cedimento di mediazione, con

zioni giuridiche.

- Questo significa che prima di poter agire in giudizio sarà necessario fare una domanda per attivare una procedura di conciliazione.
- Cos'è la conciliazione: è l'attività svolta da un terzo imparziale che assiste 2 o più soggetti nella ricerca di un accordo amichevole per la risoluzione di una controversia.
- Se si raggiunge un accordo amichevole si forma un processo verbale sottoscritto dalle parti il cui contenuto è vincolante e una volta omologato con decreto del Presidente del Tribunale diventa titolo esecu-
- La domanda di conciliazione deve essere proposta presso uno degli organismi di conciliazione iscritti nell'elenco del Ministero della Giustizia.
- Attualmente gli organismi di

rio di conciliazione del risarci-

mento del danno da responsabi-

lità medica e sul settore assicura-

Già nei primi focus e dibattiti si

mettono in luce i vantaggi della

nuova procedura stragiudiziale:

l'affermazione

della tutela degli

interessi delle par-

ti, in quanto il di-

ritto non sempre coincide con l'in-

teresse delle parti

e spesso compor-

ta l'effetto di in-

terrompere defi-

nitivamente la re-

lazione tra i con-

tendenti, mentre

la mediazione la

conciliazione iscritti sono circa 60, fra cui oltre ad alcuni organismi privati, si trovano gran parte delle Camere di Commercio che hanno promosso ormai da diversi anni le camere di conciliazione, alcuni ordini degli avvocati e dei commercialisti.

- Da alcuni anni l'Ordine dei Medici di Roma ha avviato il progetto "Accordia" in collaborazione con la Camera di Conciliazione dell'Ordine degli avvocati di Roma sul tema della conciliazione in ambito sa-
- Negli ultimi mesi sono numerosi ali Ordini dei Medici che hanno stipulato convenzioni con le Camere di Conciliazione degli ordini degli avvocati per creare una sinergia che consenta a questo prezioso strumento di soluzione stragiudiziale delle controversi di funzionare veramente.
- inserire nel "consenso informato", del paziente, l'informativa sul ricorso obbligatorio ad uno o più organismi di
- conciliazione; la necessità di prevedere la figura del consulente tecnico in mediazione;
- l'opportunità di regole sulla riservatezza nella conciliazio-
- la necessità di preparare gli avvocati e i consulenti tecnici per l'assistenza dei propri clienti nella procedura di mediazione anche con sessioni private tra il mediatore ed il solo avvocato;
- la previsione della mediazione di tipo delegato (quindi suggerita dal Giudice) anche in sede di appello; l'opportunità per il Giudice nei giudizi pendenti di invitare le parti alla mediazione.

La mediazione che riguarda il risarcimento del danno da responsabilità medica è obbligatoria e sarà operativa decorsi dodici mesi dalla data di entrata in vigore del decreto

l'allegazione agli atti del documento così formato e sottoscritto dal cliente.

Luci e ombre

medici e degli avvocati si organizzano, c'è da chiedersi quale sarà l'impatto del tentativo obbligato-

rica di aspettative di giustizia, uno

Mentre i consigli dell'Ordine dei

strativa di ridurre il debito giudi-

ricostruisce e la lega all'accordo

raggiunto. Altrettanto pregevole

è l'obiettivo di natura ammini-

ziario, nonché il fine di offrire nuove opportunità di lavoro creando altre, qualificate professionalità; conciliatori professionisti, avvocati, consulenti specializzati. Nel settore della responsabilità medica già sono emerse esigen-

- ze comuni e utili suggerimenti: • la necessità di predisporre una normativa ad hoc per le conciliazioni nel settore medico e di apprestare apposite commissioni di conciliazioni specialistiche e specializzate;
- la necessità di esplicitare l'equiparazione della disciplina della mediazione nel settore della responsabilità medica a quella della responsabilila somministrazione di farmaci; agli errori nelle cartelle cliniche ecc.);
- la necessità di informare correttamente i pazienti dell'utilità del ricorso alla mediazione:
- la necessità di gestire e rafforzare il rapporto con le assicurazioni, includendole nella mediazione;

Dubbi e perplessità

I dubbi sorgono sul tenore (preoccupante e contrastante con la filosofia "amichevole") dell'art. 5, c. 3 "Lo svolgimento della mediazione non preclude in ogni caso la concessione dei provvedimenti urgenti e cautelari, né la trascrizione della domanda giudiziale". La procedura (ovviamente) non si applica all'azione civile esercitata nel processo penale. Potrebbe essere la via privilegiata per aprire il discorso sul risarcimento del danno immediatamente con le strutture, ma uno strumento normativo di settore dovrebbe prevedere che la conciliazione sia previamente (o esclusivamente) esperita con l'ospedale o la casa di cura, "manlevando" il medico. Certo occorrono conciliatori preparati perché il rischio di una cattiva gestione della procedura stragiudiziale, duplicherebbe tempi ed attività, costringendo ad un successivo intervento in sede giudiziale, dopo l'infruttuosa conciliazione.

Le perplessità maggiori tuttavia sorgono ad un'attenta lettura dell'art. 2 che stabilisce l'oggetto della mediazione, facendo riferimento alla conciliazione di controversie civili vertenti "su diritti disponibili", ossia beni di pertinenza esclusiva o prevalente del privato che ne è titolare. A nulla vale un accordo, una transazione, una rinuncia alla tutela, su beni per cui è lo Stato ad avere un interesse diretto alla salvaguardia, beni dotati di rilevanza per l'intera collettività. Posto che il decreto non precisa quali siano i diritti "disponibili" e di contro quelli "indisponibili", il compito di individuarli non può che spettare all'interprete, il quale deve ricavarli dall'intero ordinamento giuridico. Comunemente si ritengono "disponibili" i beni che non presentono un'immediata utilità sociale e che lo Stato riconosce esclusivamente per garantire al singolo il libero godimento. In applicazione di questo criterio guida si annoverano tra i diritti disponibili innanzi tutto i diritti patrimoniali e allora il risarcimento dei danni da lesioni colpose, omicidio colposo, cagionati da responsabilità professionale (negligenza, imprudenza, imperizia) sembrerebbe poter rientrare nelle materie suscettibili di "mediazione". Tuttavia rispetto al bene "integrità fisica" è opinione dominante che occorra prendere come parametro di riferimento l'art. 5 c.c. (diminuzione permanente). Ulteriori limiti alla disponibilità del bene possono essere ricavati dalla Costituzione (art. 2, 32 Cost.).

Tra i beni indisponibili va poi indubbiamente annoverato il bene della vita come peraltro si evince, oltre che dal diritto privato, dalle fonti internazionali che ci obbligano, dagli art. 579 e 580 c.p. che incriminano l'omicidio del consenziente e l'istigazione al suicidio. La ragion d'essere dell'indisponibilità sembrerebbe precludere in tema di responsabilità sanitaria, quantomeno la conciliazione per i casi di omicidio colposo in un'interpretazione che voglia essere coerente con i principi generali del nostro ordinamento e le sue radici più profonde.

Ai posteri...l'ardua sentenza!

I punti critici per l'Avvocatura

Intanto l'Oua (Organismo Unitario dell'Avvocatura Italiana), organo di rappresentanza politica dell'Avvocatura, pur confermando la condivisione di massima del D.lg governativo, esprime un giudizio negativo su alcuni aspetti denunciando la presenza di profili di incostituzionalità in due punti del provvedimento: la non previsione dell'assistenza legale di un avvocato e l'obbligatorietà del ricorso alla conciliazione. Potrebbe esserci il rischio di un quarto grado di giudizio con tempi e costi che influiranno sulla società e in particolare sul cittadino. Questo timore è alimentato dalla previsione della facoltà da parte del conciliatore di nominare Ctu. 🛚 📉

filosofi (Rees, Jonas, Beck, Kung, Rossi) da tempo siano concordi nel ritenere insufficienti gli strumenti del diritto e nell'assegnare un ruolo decisivo all'autoregolamentazione sociale, promossa da una nuova etica e razionalità. L'impegno in favore dei diritti dell'uomo presuppone una coscienza delle responsabilità e dei doveri che chiama in causa la testa e il cuore degli uomini, perche senza etica, il (solo) diritto non ha, a lungo andare, nessuna consistenza. Nella società mondiale del rischio, l'arretratezza del diritto civile e amministrativo, come "potenziale inutilizzato", la mancata elaborazione di regole nuove, l'incapacità di elaborare una nuova politica e scelte legislative con standard normativi più elevati, hanno dato all'inquietudine sociale, ca-

sbocco improprio nel processo penale con eccessiva frequenza. Il diritto e il processo civile si sono astenuti dal creare i presupposti per la diffusione di una cultura giuridica capace di essere risolutiva e ristabilire la coesione sociale con adeguate risposte. Appare significativo che ancora una volta una posizione innovatrice giunga dal legislatore comunita rio che come per la tutela dell'ambiente, per la sicurezza sul lavoro e altri temi della modernità e post-modernità ha scosso gli Stati membri, obbligandoli in base al principio di "leale collaborazione" (art. 10 Trattato) ad un impegno riformatore per risvegliare il corpo immobile (o già moribondo?) dell'amministrazione della giustizia civile.



DI CONCILIAZIONE DIVENTA OBBLIGATORIO

IL COMMENTO

Qualche perplessità sulla reale efficacia del decreto

La prevedibile difficoltà di accettazione da parte dei contendenti di una parte in causa potrebbe sminuire l'effettiva efficacia della mediazione con le modalità stabilite dal decreto legge

di Pier Francesco Tropea

passato pressoché inosservato presso la pubblica opinione, e segnatamente all'attenzione dei possibili fruitori del provvedimento (tra i quali annoveriamo la classe medica), il Decreto legge del 4 marzo 2010 n. 28, entrato in vigore il 20 marzo u.s. recante norme che possono consentire la definizione in sede extragiudiziale di alcune vertenze civili e commerciali, che in atto costituiscono materia di un contenzioso giudiziario i cui tempi di definizione sono insopportabilmente lunghi. Il dato di grande interesse per il medico è rappresentato dal fatto che tra le materie previste

Rispetto alla conciliazione, la formula dell'arbitrato presenta vantaggio di ottenere una sentenza extragiudiziale in tempi molto brevi

dal suddetto decreto legge figurano anche i procedimenti civili accesi contro i medici chiamati a rispondere di un evento dannoso occorso a seguito di una prestazione
sanitaria cui consegua una richiesta di risarcimento economico del
danno subito.

In atto, a seguito della denuncia del paziente, viene acceso un giudizio civile dagli esiti imprevedibili quanto ai tempi di definizione e a cifre di risarcimento, oggi lievitate a livelli astronomici.

Le brevi proposizioni che precedono valgono a fotografare la situazione attuale relativa al contenzioso in materia di responsabilità medica, che è motivo di profonda preoccupazione per chi esercita la professione sanitaria, sia nel pubblico che nel privato.

Orbene, le norme previste dal decreto legge in oggetto (che ha già avuto una sua pronta attuazione attraverso l'avvenuta pubblicazione in Gazzetta ufficiale) possono rappresentare uno strumento uti-

le ai fini di una sollecita definizione del contenzioso civile in ambito sanitario, eliminando in tempi ragionevolmente brevi quella spada di Damocle che per anni pende sulla testa del medico, impedendone un sereno e obiettivo esercizio professionale.

II Decreto legislativo n. 28 dl 4 marzo 2010 è infatti finalizzato alla conciliazione delle controversie civili attraverso una mediazione operata da un organismo all'uopo previsto. Se le parti aderiscono a tale mediazione, l'accordo sottoscritto è vincolante e diventa esecutivo, con ciò evitando il ricorso a un giudizio prevedibilmente molto lungo. È importante precisare che tale formula ha per ora carat-

tere facoltativo, ma a partire dal marzo 2011 diverrà obbligatoria, nel senso che le controversie civile e commerciali, ivi compresi i processi per responsabilità medica, dovranno necessariamente essere preceduti da un tentativo di conciliazione.

In realtà, la formula della mediazione non è una novità, in quanto già esistente nell'ordinamento, come dimostra il fatto che esistono presso alcuni organi professionali le camere di conciliazione deputate alla risoluzione di una controversia. Tuttavia, sulla effettiva efficacia della mediazione con le modalità stabilite dal decreto legge qui riportato, sussiste qualche perplessità in ordine alla prevedibile difficoltà di accettazione da parte dei contendenti di una parte in causa. Più praticabile, viceversa, a nostro giudizio, appare la formula dell'arbitrato che prevede la nomina di un arbitro, il cui responso ha eguale valore giuridico della pronuncia del giudice, presentando il vantaggio di ottenere una sentenza extragiudiziale in tempi molto brevi. Tale formula di giudizio in materia di colpa medica è prevista nei progetti di legge presentati in Parlamento, di cui peraltro si attende da tempo la discussione e l'eventuale appro-

IL PUNTO DI VISTA DEGLI STAKEHOLDER

Buone le intenzioni, ma...

Un'opportunità per recuperare il rapporto di fiducia medico-paziente secondo Amedeo Bianco, presidente della Fnomceo, Bianca Maria Cataldo, vicepresidente Amami, e Liliana Ciccarelli, responsabile Ufficio Conciliazione di Cittadinanzattiva-Tdm. Ma per Giovanni Monchiero, presidente della Fiaso, facilitare le vie di soluzione dei contenziosi potrebbe addirittura portare i cittadini a intentare più cause contro i medici. Mentre il magistrato Antonio Lepre critica l'impianto di base del provvedimento, che toglie libertà di scelta al cittadino e demanda a un soggetto privato una responsabilità che, per la sua delicatezza, dovrebbe rimanere nelle mani della Giustizia

ono 15mila, secondo l'Associazione nazionale delle imprese assicuratrici (Ania), le cause che ogni anno vengono avviate contro medici e ospedali che, in base ai dati dell'Associazione dei medici accusati ingiustamente (Amami), due volte su tre si risolvono con l'assoluzione del personale medico. Numeri che evidenziano non solo la consistenza del fenomeno, ma anche la fragilità del rapporto di fiducia dei cittadini nei confronti del sistema sanitario e dei suoi professionisti. Ma il nuovo provvedimento sarà in grado di invertire tale tendenza? Sì, se ben applicato, come spiegano i rappresentanti dei medici e dei cittadini. Tuttavia, più di un dubbio attraversa le menti di ciascuno di loro. Così come quella del magistrato Anto**nio Lepre**, secondo il quale i buoni principi di base si scontrano con due elementi "socio-culturali preoccupanti": anzitutto lo Stato toglie al cittadino la libertà di scegliere l'organo di giustizia a cui appellarsi; lo Stato, inoltre, demanda a un soggetto privato una materia, quella della Giustizia, di cui lo Stato stesso dovrebbe essere garante, soprattutto in un ambito delicato come la Salute. "E poi – osserva Lepre - chi garantisce che gli organi di conciliazione siano indipendenti? Sarebbe stato allora più corretto introdurre l'obbligo di arbitrato, che usa criteri decisionali giuridici e giudica il caso in sé, indipendentemente dal fatto di accontentare entrambe le parti". Non è dello stesso avviso Liliana Ciccarelli del Tribunale per i diritti del malato. "L'arbitro – spiega Ciccarelli – opera come giudice esterno alle parti e l'arbitrato prevede che ci sia un vincitore e un perdente. Il mediatore, invece, lavora per soddisfare entrambe le parti". Non è una differenza di poco conto, perché "mentre nel primo caso c'è uno strappo nel rap porto tra le parti che entrano nel contenzioso, la conciliazione mira proprio a dare una soluzione al caso ma nella prospettiva di recuperare il rapporto messo in crisi da un evento. E questo in sanità diventa più importante che mai".

Secondo Ciccarelli ci sono però due rischi intrinseci nel provvedimento:

1. occorre assolutamente evitare che l'obbligo di conciliazione si tra-

sformi, invece che in uno snellimento delle procedure, in un allungamento dei tempi prima di passare dal giudice;

2. occorre assolutamente evitare che lo strumento della conciliazione diventi motivo per abbassare la guardia sul governo clinico all'interno delle strutture. "In sanità si deve prevenire. Bene la conciliazione a contenzioso in atto, ma l'obiettivo vero è non creare il contenzioso".

Entrambi, però, si trovano d'accordo nel sostenere che il decreto legislativo manca di individuare con chiarezza cosa si intenda per "responsabilità medica". "Per la salute – ha affermato Ciccarelli – ci aspettavamo una disciplina ad hoc". A questo punto, dunque, si apre una stagione di vigilanza su questo primo anno di applicazione per la messa a punto degli elementi più idonei a farne un reale strumento di giustizia. Per questo il Tdm sta elaborando un documento di proposte da presentare al ministero di Giustizia.

Della stessa opinione **Bianca Maria** Cataldo, vicepresidente Amami, secondo la quale "occorre tenere conto della delicatezza della materia della responsabilità dei sanitaria, che quasi sempre rende necessaria una consulenza affidabile per poter giungere ad una conciliazione". Per questo Amami aveva proposto l'istituzione di apposite Commissioni Conciliative provinciali che raccogliessero tutte le richieste di risarcimento danni presentate dai cittadini e ne seguissero l'iter fino alla conclusione, svolgendo anche la funzione di Osservatorio dell'errore e del contenzioso paziente-medico su base provinciale. Uno strumento che rappresenterebbe una risorsa importante per rendere nel tempo ineccepibile il sistema stragiudiziale in campo

Secondo Lepre, "il rischio è che prima di avviare il tentativo di conciliazione, sarà comunque necessario un passaggio dal giudice per definire se il caso rientra o meno nella responsabilità medica".

Riserve sono state espresse da **Giovanni Monchiero**, presidente della Fiaso- Federazione italiana delle aziende ospedaliere, secondo il quale il provvedimento, "potenzialmen-

te interessante", rischia tuttavia di produrre un forte incremento delle cause civili e delle cause portate direttamente in sede penale. "Facilitare le vie di soluzione dei contenziosi potrebbe infatti facilitare la tendenza dei cittadini a intentare le cause contro i medici", afferma Monchiero sottolineando, allo stesso modo, il possibile ampliamento delle tipologie di cause civili nel contenzioso medico-paziente potrebbe indurre a trasferire alcuni casi direttamente in ambito penale. "Senza contare le conseguenze che l'incremento delle procedure di conciliazione avrebbe sui sistemi assicurativi dei medici e delle aziende", sottolinea il presidente della Fiaso.

Luci ed ombre anche per Amedeo **Bianco**, presidente della Fnomceo, secondo il quale il provvedimento va nella direzione da tempo sostenuta dalla Federazione degli Ordini dei medici, che è quella di trasferire il più possibile il contenzioso medicolegale in sedi stragiudiziali. Anche per Bianco, tuttavia, si tratterà di vedere come il provvedimento "riuscirà a trovare una seria e concreta applicazione in un campo così difficile come la responsabilità professionale". Il presidente della Fnomceo, infatti, sottolinea come i benefici di qualsiasi legge in ambito sanitario siano possibili solo se rispondono ai bisogni sia dei professionisti che dei pazienti. Diventa quindi necessaria un'informazione accurata ai cittadini, affinché non vedano nella conciliazione un'erronea arma di tutela della classe medica a discapito del diritto alla salute delle persone che subiscono danni di responsabilità medica. Bianco ha quindi annunciato che la Fnomceo ha già iniziato a lavorare con esperti giuristi per attivare le procedure previste dalla legge per la registrazione della Federazione nell'elenco degli organismi di con ciliazione. Ma da medico, Bianco individua un ulteriore nodo da sciogliere affinché il tentativo di conciliazione non si trasformi in un boomerang: quello delle assicurazioni. "Bisognerà ridiscutere i rapporti con le imprese assicuratrici, che sono protagonisti alla stregua delle due parti coinvolte nel contenzioso, e che non credo vogliano giocare solo il ruolo di ente pagatore". (L.C.)

Flussi mestruali abbondanti e patologie benigne dell'utero: stop alle isterectomie inappropriate

Promuoviamo una cultura salva-utero

■ Sono circa 60mila le isterectomie effettuate ogni anno in Italia. Troppe, soprattutto considerando che in molti casi di patologie benigne dell'utero, come le mestruazioni abbondanti, esistono soluzioni alternative all'intervento chirurgico demolitivo. A denunciarlo è la Sigo, che rilancia i risultati di un recente studio danese e si preparare a promuovere una campagna di informazione diretta alle donne

di Valeria Dubini

Vicepresidente nazionale Aogoi

ncora troppe le isterectomie effettuate nel nostro Paese, soprattutto per risolvere patologie benigne come il flusso mestruale abbondante. E ancora troppa disinvoltura nel prendere una decisione che dovrebbe essere ben ponderata e che oggi ha tra l'altro molte alternative.

L'asportazione dell'utero è il più diffuso intervento dopo il taglio cesareo anche a livello mondiale: negli Usa e nel sud Australia l'ha subita una ultrasessentenne su tre, nel Regno Unito una su cinque. In passato alcuni studi hanno mostrato come l'asportazione dell'utero per flussi mestruali abbondanti poteva addirittura migliorare la vita sessuale delle le pazienti.

È chiaro che se l'unica prospettiva offerta è l'isterectomia, l'operazione chirurgica può anche essere vissuta come una vera e propria liberazione dal problema. Non dimentichiamo che le mestruazioni eccessive, pur rappresentando una patologia benigna, hanno un forte impatto emotivo sul vissuto femminile e creano spesso ansia e una forte insicurezza nella donna.

"Come facevo a non spaventarmi di queste perdite continue?.... Quale donna non sarebbe impazzita vedendo colare via la propria iinia:..... cosi si interroga va la protagonista del romanzo con cui Marie Cardinal ottenne negli anni '70 il prestigioso riconoscimento di "accademica di Francia": e in questa frase ben si rappresenta la potenza evocativa del sangue che fuoriesce dai genitali, forse rappresentazione di antiche paure femminili. Non è un caso se in tutte le linee guida la definizione di flussi me-



struali abbondanti si rifà ad un criterio soggettivo piuttosto che ad un dato obiettivabile: "quantità di flusso che interferisce negativamente con il benessere fisico, emotivo, sociale e materiale della donna" secondo la definizione del National Health System. Dunque e importante de dicare ascolto alle preoccupazioni delle donne, sostenerle nelle loro paure, offrire rassicurazioni ma anche risposte: del resto di questo disturbo soffre circa il 20% delle pazienti che si rivolgono al ginecologo con costi sanitari, in termini di ricoveri, e sociali. Molte di loro, forse la maggioranza, sopportano disagi pesanti, come indossare assor-

benti ingombranti, limitarsi nella la propria libertà di movimento, nella vita di relazione e di coppia. Le risposte sono oggi possibili: e se sono doverose in età riproduttiva, specie adesso che il progetto di una maternità viene spesso rimandato ben oitre i *5*0 anni, non devono esse re trascurate neppure nelle età più mature, quando comunque l'utero riveste importanza nella statica pelvica, nella continenza, nei rapporti sessuali. Tutte le linee guida fanno infatti riferimento a terapie che devono essere utilizzate personalizzandole rispetto alle esigenze della donna che abbiamo davanti, ed utilizzandole correttamente nei

giusti dosaggi. Come prima linea di trattamento, per efficacia, troviamo il dispositivo intrauterino a lento rilascio di levonorgestrel, (Mirena°), da proporre a quelle donne che non presentano momentaneamente desiderio di prole: il vantaggio di questo presidio terapeutico, che anche per la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) rappresenta l'opzione di prima scelta per ridurre i flussi eccessivi, è il rilascio di minime quantità di ormone che, agendo localmente, ovvero là dove occorre, ha il vantaggio di minimi effetti sistemici a fronte di un efficacia estremamente elevata

Nel 2005 una revisione sistematica della Cochrane Library mostrava che la IUD al levonorgestrel è efficace come la chirurgia conservativa nel controllo del sanguinamento endometriale (79-90% vs 89-98%), e presenta un livello di soddisfazione sovrapponibile.

Nello stesso tempo nel 2004 l'OMS pubblicava i "criteri medici da utilizzare nella scelta dei contraccettivi" (Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use) e indicava nell'IUD al levonorgestrel un presidio utilizzabile senza restrizioni in moltissime condizioni nelle quali altri trattamenti ormonale sono invece controindicati come obesità, diabete, fumo, ipertensione e persino fattori di rischio cardiovascolare multipli.

Un'ulteriore conferma della validità di questa opzione terapeutica arriva anche dal recente studio randomizzato, pubblicato su Acta Obstetricia et Gynaecologica da Margit Dueholm del Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia dell'Università danese di Aarhus, che ha coinvolto 228 donne con flussi mestruali abbondanti in attesa di essere sottoposte a isterectomia: il 60% delle pazienti che hanno utilizzato Mirena nell'attesa ha mostrato un elevato grado di soddisfazione tanto da rinunciare all'intervento di isterectomia per il quale erano in at-

Ma allora perché, a fronte di tutti questi vantaggi, l'utilizzo di questo presidio nel nostro Paese continua ad essere bassissimo e ci rende fanalino di coda in Europa?

E perché nel contempo gli interventi di isterectomia continuano ad essere utilizzati nella patologia benigna, pur ricorrendo in maniera consistente e esponenziale alla chirurgia conservativa? Verrebbe da dire che forse ci piace più ricorrere al tavolo operatorio che pensare a terapie mediche: o forse dobbiamo semplicemente smettere di guardare ali utero come mero organo ripro duttivo, prendere coscienza della complessità del problema, dei rischi e dei costi dell'intervento. È anche giunto il momento che siano le donne stesse ad essere messe in condizioni di richiedere le alternative possibili che la medicina oggi può offrire, attraverso le corrette informazioni ed una campagna comunicativa che ne rafforzi le consapevolezze.

Un cambiamento culturale

La battaglia salva-utero è abbastanza recente e partì alcuni anni orsono dall'Inghilterra, sulla scia delle evidenze che dimostravano come nella patologia benigna un utero su 2 era in realtà sano. Un'esperienza avviata alcuni anni fa nel Canton Ticino, che coinvolse in prima battuta i medici di base e gli specialisti, e che poi fu riproposta in fasi successive, non approdò ad alcun risultato in termini di riduzione degli interventi. Il numero delle isterectomie cominciò a calare solo quando fu avviata una campagna diretta alle donne, il che dimostra quanto sia importante coinvolgerle in questo processo, facendo loro capire che vi sono davvero alternative valide. In Italia l'attenzione a questo problema è ancor più recente e

► Segue a pagina 27

Le metodiche demolitive e le opzioni terapeutiche alternative

L'isterectomia è l'intervento chirurgico con cui viene asportato l'utero. Le tecniche utilizzate sono diverse: alla metodica classica, la laparotomia, oggi vengono affiancate metodiche meno invasive, che ricorrono all'asportazione dell'utero per via vaginale o laparoscopica.

Il gold standard per i flussi abbondanti. Secondo le indicazioni internazionali la migliore alternativa all'isterectomia in caso di mestruazioni abbondanti è la spirale medicata, un particolare tipo di spirale che rilascia gradualmente nell'utero un progestinico, un ormone simile al progesterone naturale. Oltre a funzionare come contraccettivo questo dispositivo agisce anche sulla mucosa dell'utero riducendo l'abbondanza del flusso mestruale. La sua efficacia è di 5 anni. Se rimossa nel caso si desideri una gravidanza, il flusso mestruale e la fertilità tornano alla normalità nel giro di un mese. Può essere utilizzata anche dopo il parto, dopo almeno 6 settimane, anche se non si sono ancora avute le mestruazioni

Le alternative farmacologiche. Le mestruazioni abbondanti possono essere curate anche con i farmaci. Tra i più efficaci ci sono:

• I procoagulanti locali, come l'acido tranexanico, che si prendono per bocca 3 volte al giorno, nei giorni di flusso abbondante. La dose terapeutica è di 1.500 milligrammi al giorno ma spesso viene sottodosato. E' un farmaco efficace in circa metà dei casi ed è sicuro: infatti non sono stati segnalati in letteratura incidenti trombotici a livello si-

► Segue a pagina 30

Immagine tratta dal sito www.mestop.com

La Favola del Ciclo Mestruale



Intervista a Giampietro Gubbini, Responsabile del progetto "MESTOP"

Per invertire il trend dobbiamo rendere più consapevoli le donne

Italia, molte delle quali per risolvere il problema dei flussi mestruali eccessivi. Si tratta davvero di un disturbo così diffuso? Anche se non disponiamo di dati certi riguardo i numeri del fenomeno "mestruazioni abbondanti", si può stimare che il problema di un flusso eccessivo interessi circa il 15-20% delle donne che effettuano una visita ginecologica. Nei casi più gravi si tratta di una vera e propria patologia che ha una ampia diffusione nella popolazione: interessa almeno una donna su 20 tra i 30 e i 49 anni, e quindi un gruppo consistente di donne italiane. È un problema che ha importanti riflessi sulla qualità della vita, con forti disagi nella vita relazionale, lavorativa e anche affettiva e sessuale. Parliamo di aonne che aurante la mestrua zione devono usare assorbenti ingombranti e imbarazzanti e che, immediatamente dopo, sono spossate, stanche, non riesco-

Dottor Gubbini, secondo le sta-

tistiche sono circa 60mila all'an-

no le isterectomie effettuate in

Quali sono le principali cause di questi sanguinamenti eccessivi? Il "flusso mestruale abbondante" può essere distinto in funzionale, organico (ginecologico), sistemico (su base di patologia

no a concentrarsi e a lavorare.

■ I primi Centri ME-STOP per il controllo del flusso mestruale sono stati attivati nel 2003. Oggi sono 72, diffusi in tutto il territorio nazionale per sviluppare il progetto "salva utero". Per il successo di questa importante iniziativa è però essenziale che le donne siano sempre più consapevoli dell'esistenza di una situazione "anomala" e chiedano aiuto

sistemica). La sua origine ginecologica può essere "funzionale", nei casi in cui non si riesca a dimostrare la presenza di una qualche alterazione anatomica (80% dei casi). Più spesso vi sono cicli disovulatori o anovulatori, più facilmente presenti all'inizio o alla fine del periodo fertile. Anche la PCO, caratterizzata da anovulazione cronica iperandrogenica, può dare sanguinamenti uterini irregolari. Fra le cause organiche i fibromi (30%) e i polipi (10%) sono le patologie di più frequente riscontro

Cosa si intende esattamente per Flussi Mestruali Abbondanu 🥆

Questa definizione è un concetto moderno della ginecologia internazionale; prima si individuavano i singoli disturbi (menorragia, metrorragia, meno-metrorragia, etc.) utilizzando soprattutto criteri di tipo quantitativo. È evidente che si trattava di parametri oggettivi, poco adatti ai singoli casi e alle differenze da donna a donna. Il concetto di "Flussi Mestruali Abbondanti" è invece più soggettivo, è la donna che per prima valuta e "stima" la gravità del problema, anche riferendo di una sua sensazione di disagio. Parliamo sicuramente di un disturbo patologico quando le perdite particolarmente abbondanti provocano anemia, astenia, etc.

Nonostante si sia registrato un notevole incremento dell'endoscopia conservativa, il ricorso all'isterectomia per risolvere questo tipo di problema è ancora elevato. Ci sono dei segnali che indicano un'inversione di tendenza?

Ancora troppo spesso la paziente si trova a vivere anni faticosi e confusi, simili ad un girone dantesco, in cui dopo un'estenuante accanimento terapeutico di tipo medico si arriva all'isterectomia, proposta come la vera e unica soluzione che risolve il sintomo emorragico. Negli ultimi vent'anni ha trovato uno spazio importante la chirurgia resettoscopica, tecnica chirurgime scelta tra i due approcci, medico da un lato e chirurgico demolitivo dall'altro. L'utilizzo di questa procedura chirurgica mini invasiva ha portato in molti paesi ad una riduzione importante del numero delle isterectomie. Al contrario in Italia nel 2004 sono state registrate solo 1874 ablazioni endometriali con tecniche di I e II generazione contro le quasi 60.000 procedure di dilatazione e raschiamenti endouterini e circa 60.000 isterectomie la maggior parte purtroppo eseguita per via laparotomica, poche per via vaginale e ancor meno per via laparoscopica. Questi ultimi anni non sembrano avere cambiato questo trend. Questi comportamenti non sono giustificati, visto lo sviluppo e la diffusione di tecniche diagnostiche che hanno portato ad una migliore definizione dei meccanismi patogenetici implicati nelle alterazioni del flusso mestruale, e la possibilità di offrire alla donna opzioni terapeutiche sempre più mirate e personalizzate. Qual è la buona prassi che deve

ca conservativa che si pone co-

seguire il ginecologo?

È fondamentale eseguire un percorso diagnostico adeguato, consigliare e rassicurare la paziente, valutare gli aspetti soggettivi personali e professionali, proporre le possibili terapie farmacologiche informando circa gli insuccessi e le eventuali controindicazioni, illustrare le alternative di tipo chirurgico e non negare una terapia chirurgica "mirata" alle pazienti che rifiutano il trattamento medico. L'importanza di una diagnosi precoce e corretta permette di utilizzare al meglio sia le terapie mediche che la chirurgia mininvasiva, riducendo quindi il ricorso all'isterectomia. Purtroppo ancora oggi gran parte delle isterectomie praticate hanno come indicazione i flussi mestruali abbondanti; circa il 60% di questi interventi "mutilanti" avrebbero potuti essere evitati ricorrendo a trattamenti conservativi. Con questi obiettivi abbiamo attivato nel 2003 i primi Centri ME-STOP (www.mestop.com).

Di che si tratta?

Sono centri per il controllo del flusso mestruale. Oggi sono 72, diffusi in tutto il territorio nazionale per sviluppare il progetto "salva utero". Va ricordato che esiste un gruppo di donne con mestruazioni abbondanti molto ampio, che, pur non presentando anemie, hanno una compromissione della qualità di vita; spesso in questi casi il disagio viene sopportato come evento fisiologico e in un certo qual modo inevitabile. Nei giorni della mestruazione non possono uscire di casa, devono rinunciare a viaggiare, sono costrette ad indossare ingombranti assorbenti con significativa compromissione della sfera relazionale. Stanchezza, mancanza di concentrazione, insonnia, mal di testa, nervosismo sono alcuni dei disagi riscontrati, che comportano costi sia economici che emotivi. Diluiti una volta al mese, la donna si abitua a rinunciare a tanti giorni della sua vita senza sapere che esistono delle possibilità terapeutiche.

Qual è il trattamento di prima scelta indicato dalle linee guida internazionali?

Le linea guida di National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) sul trattamento della menorragia raccomanda come prima scelta di trattamento farmacologico il sistema di rilascio intrauterino di levonorgestrel. Il LNG-IUS può essere considerata una alternativa farmacologica a interventi demolitivi come l'isterectomia o l'ablazione endometriale.

Anche la Sigo, cogliendo l'importanza del fenomeno e le sue ripercussioni sulla salute della donna, ha presentato nel 2007 le "Raccomandazioni sui Flussi Mestruali Abbondanti", con l'intento di evitare terapie inutili e non adeguate e soprattutto di evitare sovra-trattamenti chirurgici. Le Raccomandazioni della Sigo concludono affermando che "la scelta del trattamento più opportuno per la donna con flussi mestruali abbondanti deve basarsi sulla corretta diagnosi, sul livello di efficacia, sul profilo di sicurezza, sul desiderio di prole, sui costi valutati lungo termine e, non secondariamente, sulla preferenza della paziente stessa. In assenza di patologie organiche, il trattamento più favorevole nella donna non immediatamente desiderosa di prole sembra essere il sistema intrauterino a lento rilascio di levonorgestrel (IUS-LNG).'

Nonostante ciò nel 2007 l'Italia si è posizionata al penultimo posto, seguita solo dalla Grecia tra vari paesi europei, relativamente all'acceptance rate di Mirena, rappresentando meno del 2% del mercato europeo, contro il 42% della Francia e il 29% del Regno Unito. Se analizziamo le singole regioni italiane l'acceptance rate (numero di dispositivi venduti/donne tra 35 e 49 anni) risulta maggiore per il Trentino Alto Adige (0,751), la Valle d'Aosta (0,398) e il Veneto (0,270). Agli ultimi posti figurano il Molise (0,086), le Marche (0,084) e la Calabria (0,064).

Forse è mancata un'adeguata informazione alla donna...

Il counseling rappresenta sicuramente il primo momento essenziale per l'utilizzo del sistema a rilascio endouterino di levonorgestrel. Le indicazioni terapeutiche per cui è registrato sono: contraccezione, flussi mestruali abbondanti e prevenzione dell'iperplasia endometriale in corso di estrogenoterapia sostitutiva. L'efficacia contraccet tiva è alta, con una frequenza totale di gravidanze pari a 0,16 per 100 anni-donna. Il problema dei flussi mestruali abbondanti si può risolvere e ciò comporta un immediato miglioramento della qualità di vita. Per riuscirci è però essenziale che le donne siano consapevoli dell'esistenza di una situazione "anomala" e chiedano aiuto.

Responsabilità medica

Compiti e obblighi del sanitario in servizio di guardia

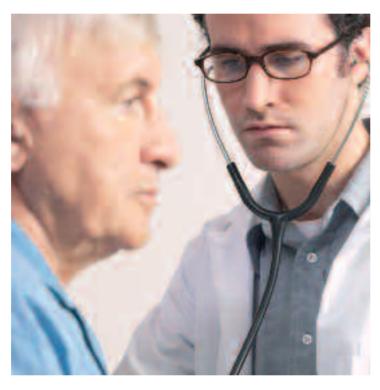
di Pier Francesco Tropea

l problema evidentemente concerne sia la "guardia medica" e cioè il medico generico incaricato di sostituire nelle ore notturne e nei giorni festivi e prefestivi il medico di famiglia, sia lo specialista che espleti servizio ospedaliero in turno di pronta disponibilità sostitutiva della guardia interna, di cui la Divisione dell'ospedale sia priva nel caso specifico. Questa seconda eventualità, ancorché universalmente considerata del tutto incongrua rispetto alle necessità assistenziali di un Reparto ospedaliero, è tuttora malauguratamente presente nella realtà dei piccoli ospedali di Provincia e ciò a causa di persistenti carenze di personale medico che spesso penalizzano l'attività del singolo Istituto di cura. È ovvio che in tali casi l'assenza del medico nel momento in cui nasce un'esigenza di tipo assistenziale rende particolarmente gravoso il suo compito, le connesse responsabilità sono inerenti all'immediatezza e all'adeguatezza dell'intervento richiesto in una condizione resa difficile dalla non presenza in loco del sanitario incaricato del servizio. Infatti, nel caso in cui si verifichi un evento dannoso con conseguenze irreparabili per il malato, il medico sarà direttamente chiamato a rispondere, dovendosi stabilire se l'omesso o ritardato intervento medico abbia causato il danno al paziente. A tal fine, la Giurisprudenza pone in essere il cosiddetto giudizio controfattuale che consente di stabilire se l'evento lesivo poteva con sufficiente grado di certezza essere evitato, nel caso in cui l'azione del medico si fosse realizzata subito, in luogo di essere omessa o ritardata.

II caso

Il caso giudiziario oggetto della presente nota concerne il mancato intervento di un medico reperibile in servizio di guardia sul territorio; la descrizione di questo caso ci è sembrata utile e opportuna sia per le evidenti analogie con il ruolo del medico ospedaliero in turno di reperibilità sostitutiva della guardia interna, sia per le interessanti motiva-

■ La definizione del ruolo assunto dal medico di guardia è da tempo oggetto di attenzione da parte degli esperti del settore. Soprattutto quando tale funzione si concretizza in un turno di reperibilità che prevede la chiamata al letto del paziente in caso di necessità



zioni giuridiche espresse nella pronuncia in oggetto (Cass. sez. IV pen. N. 10819, marzo 2009). Un sanitario, sollecitato telefonicamente ad intervenire presso una paziente (peraltro portatrice di gravi patologie croniche, quali una pancreatite e una cirrosi epatica) affetta da una grave metrorragia, omette un pronto intervento diretto e l'adozione di un provvedimento terapeutico, attendendo che la paziente, dichiaratamente contraria a qualsiasi ricovero o intervento sanitario, venga convinta a sottoporsi alle opportune cure mediche. A seguito del decesso della malata, avvenuto a distanza di alcune ore, il medico viene chiamato in giudizio e condannato, sia in primo grado che in Corte d'Appello, per il reato di omicidio colposo, essendo stata accertata dai Giudici di merito una condotta omissiva del sanitario nei confronti di una paziente, le cui condizioni gravi avrebbero richiesto un sollecito intervento medico finalizzato all'attuazione di un immediato trattamento infusionale seguito da un ricovero ospedaliero. In proposito, è stato giusta-

mente rammentato che, fin dal momento in cui il medico viene investito dell'incarico di assistere un malato, il sanitario assume una posizione di garanzia nei confronti del paziente, conseguente a quello che in Giurisprudenza è stato definito come "contratto sociale" tra medico e paziente.

Sotto questo profilo, la relazione che si è instaurata tra sanitario

Riguardo all colpa medica di tipo omissivo si è assistito ad una chiara evoluzione di pensiero della Giurisprudenza

incaricato del trattamento e malato destinatario della terapia, comporta una responsabilità diretta del medico chiamato a rispondere della salute del paziente che a lui si è affidato.

Su tale motivazione si basa sostanzialmente l'affermazione della colpa medica nel caso in cui, all'omissione o al ritardo del trat-

tamento, faccia seguito il danno al paziente. Tuttavia, si può giungere ad affermare l'esistenza di una responsabilità del medico solo quando sussista un sicuro nesso causale tra la condotta del sanitario e l'evento avverso, quest'ultimo potendo anche verificarsi per circostanze o fattori incidenti, indipendentemente dalla condotta commissiva e omissiva del medico.

Colpa omissiva: l'evoluzione della Giurisprudenza

In questa materia, e segnatamente nell'ambito della colpa medica di tipo omissivo, si è assistito ad una chiara evoluzione di pensiero della Giurisprudenza, in passato orientata ad affermare l'esistenza di un nesso di causalità tra omissione medica e danno occorso al paziente, anche nei casi in cui l'intervento sanitario, nella realtà dei fatti omesso, avrebbe avuto poche probabilità di successo.

Negli anni, i giudici della Suprema Corte hanno assunto posizioni meno severe nei confronti del medico chiamato a rispondere di una colpa omissiva, nel senso che, ai fini dell'affermazione di una responsabilità medico di tipo omissivo, si deve pervenire al convincimento secondo il quale la condotta omissiva del medico ha costituito una condizione necessaria al verificarsi dell'evento dannoso e ciò con alto grado di probabilità, vicino alla certezza. Più recentemente, a seguito della ben nota sentenza a Sezioni Unite espressa nel luglio 2002 dalla Corte di Cassazione, si è convenuto sulla necessità, ai fini della ricostruzione in un nesso causale tra omissione medica ed evento, di tener conto, da parte dei giudici, di tutti gli elementi probatori e delle circostanze inerenti al caso concreto, in un giudizio di probabilità logica o razionale che non si basi soltanto su criteri eminentemente statistici. In sostanza, si è venuta affermando la necessità di raggiungere la cosiddetta "certezza processuale" che presuppone per il giudice un convincimento che vada al di là di ogni ragionevole dubbio. Tenendo presenti le considerazioni suesposte, appare evidente che una colpa medica per omissione non può essere affermata se, effettuando una valuta-

zione accurata di tutti i fattori inerenti il caso in esame, non appaia chiaramente dimostrato che l'intervento dannoso sarebbe stato evitato se l'intervento medico fosse stato attuato, con ciò escludendo l'incidenza di altri elementi quali fattori cau-

sali del danno occorso al paziente. Nel caso da noi illustrato, i Giudici della Suprema Corte hanno tenuto conto dell'esistenza di altre patologie gravi, la cui incidenza nel determinismo dell'evento dannoso non può essere esclusa, mettendo di conseguenza in dubbio l'esistenza di un diretto nesso causale tra la

condotta medica omissiva e il danno del malato, in applicazione dei criteri suggeriti dalla pronuncia delle Sezioni Unite della Cassazione, più sopra riferita.

E evidente che la diversa valutazione dei Giudici di merito (che aveva condotto alla condanna dell'imputato per omicidio colposo) è da ricondurre alle conclusioni del perito d'ufficio, essenzialmente basate sul criterio probabilistico attraverso il quale il giudice ha formulato il proprio convincimento circa l'efficacia determinante della condotta omissiva del medico.

In termini concreti, a fronte della tesi colpevolista secondo la quale l'intervento del medico (ove fosse stato attuato) avrebbe salvato la vita della paziente, è prevalso in Cassazione l'orientamento opposto che, valorizzando tutti gli aspetti fattuali e scientifici inerenti il caso in esame, ha messo in dubbio l'esistenza di un sicuro nesso causale tra la condotta sanitaria, ancorché omissiva, e l'evento dannoso.

Il ruolo (determinante) dei Ctu

Quest'ultimo aspetto pone in risalto il ruolo, talvolta determinante rispetto alla valutazione del giudice, che i periti (con particolare riferimento al Ctu) assumono in tema di responsabilità medica, argomento questo che richiede competenza professionale specifica, aggiornamento culturale e rigorosa obiettività, requisiti cioè di cui non tutti i consulenti risultato datati.

In proposito, a scanso di equivoci, va ribadito che la qualificazione scientifica e i titoli accademici che possono contraddistinguere il consulente d'ufficio non si accompagnano necessariamente a una specifica competenza medico-legale, anche in relazione ai criteri e alle formule che debbono informare l'opera dei Ctu, e quindi figurare nell'elaborato peritale sul quale il giudice dovrà basare il proprio convincimento. Per tale motivo, da più parti (specialisti delle varie discipline mediche, giuristi, medici legali ecc.) è stata sottolineata l'opportunità di avvalersi, da parte dei giudici, di periti d'ufficio che posseggano una competenza specifica nel settore oggetto del giudizio, unitamente a un'esperienza di tipo medico-legale relativamente alla colpa professionale.

Troppe volte si è dovuto constatare che la perizia, più che un elaborato finalizzato a giudicare, attraverso una precisa ricostruzione dei fatti, la condotta del Medico e ciò mediante una valutazione ex ante, rappresenta un'occasione ex post per fare sfoggio da parte del Consulente della propria superiorità culturale, potendo talvolta colpevolmente costituire un terreno di scontro tra Scuole di differente orientamento scientifico e divise da antiche rivalità accademiche. In tali circostanze, purtroppo non rare, il Medico imputato rischia di soccombere per colpe che hanno scarsa attinenza con la propria condotta professionale.

di Carmine Gigli Presidente FESMED

accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto. Secondo la Corte di Cassazione (577/2008), questo fa inquadrare la responsabilità della struttura sanitaria nella "responsabilità contrattuale", che allunga sino a dieci anni la prescrizione del reato. Anche l'obbligazione del medico dipendente dalla struttura sanitaria, nei confronti del paziente, ancorché non fondata sul contratto, ma sul "contatto sociale", ha natura contrattuale.

Ma chi deve rispondere del danno causato al paziente: l'Azienda, oppure il medico o più in generale, il sanitario?

Secondo il testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato, del 1957: "l'impiegato che nell'esercizio delle attribuzioni ad esso conferite dalle leggi o dai regolamenti, cagioni ad altri un danno ingiusto è personalmente obbligato a risarcirlo". Lo stesso testo stabilisce anche che "è danno ingiusto quello derivante da ogni violazione dei diritti dei terzi che l'impiegato abbia commesso per dolo o per colpa grave".

Sulla base di questo principio, il medico è obbligato a risarcire personalmente solo il danno che ha causato per dolo o per colpa grave. In tutti gli altri casi, ricadrà sull'Azienda l'obbligo di indennizzare il danneggiato.

Sino ad ora si è parlato di "colpa grave" come se fosse chiaro a tutti in cosa consista. Invece, non è così. Incredibilmente, nonostante siano trascorsi molti anni dal 1957, non esiste nel nostro ordinamento una nozione di "colpa grave" e tutto viene affidato alla giurisprudenza e in particolare alla Corte dei conti. In pratica, il medico viene chiamato a risarcire personalmente il paziente che è rimasto danneggiato durante lo svolgimento dell'attività istituzionale, compresa l'attività libero professionale intramurale, soltanto se è stato riconosciuto in tutto o in parte responsabile del danno e se con un giudizio separato, emesso dalla Corte dei Conti, è Polizza per la colpa grave FESMED-Assicuratrice Milanese Spa

Colpa grave riparliamone

A giudicare dalle domande inviate dai colleghi, l'articolo pubblicato sullo scorso numero di GynecoAogoi non è riuscito a chiarire tutte le problematiche legate all'assicurazione per il danno arrecato al paziente, da parte di un medico che ha commesso una "colpa grave". Per questo ho ritenuto opportuno ritornare sull'argomento e affrontare il problema dall'origine



stato stabilito che ha commesso una "colpa grave".

L'azione di rivalsa, per la "colpa grave" del medico, può essere esperita direttamente dall'Azienda di appartenenza e/o dalla Pubblica amministrazione in genere, nei casi previsti dalla legge, oppure da parte della compagnia assicurativa aziendale. Il Contratto di lavoro del 24 giugno 1980 aveva contribuito a chiarire questi aspetti della responsabilità del medico dipendente e aveva stabilito che "le amministrazioni garantiscono anche il personale dipendente,

mediante adeguata polizza di assicurazione per la responsabilità civile, dalle eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie promosse da terzi, ivi comprese le spese di giudizio, relativamente alla loro attività, senza diritto di rivalsa, salvo i casi di colpa grave o di dolo".

In questo modo si rispettava alla lettera quanto era previsto dalla legge del 1957, infatti la "colpa grave" restava a carico del medico. Anche se il mercato assicurativo non offriva delle polizze che coprissero specificamente il rischio legato alla "colpa grave", all'epoca, questo non sembrava essere un problema di rilievo, dato il costo relativamente contenuto delle polizze per la responsabilità professionale in generale.

Negli anni successivi, con l'aumento vertiginoso dei premi richiesti dalle compagnie assicurative, il problema assunse un'importanza crescente.

Nonostante i tentativi esercitati sin dal 2000, solo con il Contratto di lavoro del 2005 si riuscì ad ottenere che le aziende, oltre a garantire un'adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti, trattenessero dalla busta paga una quota per la copertura di ulteriori rischi, compresa la copertura del rischio di rivalsa per "colpa grave".

Questa conquista dei medici non ha avuto vita facile!

Il Ministro dell'economia e delle finanze Tommaso Padoa Schioppa, con la legge finanziaria per il 2008 (L. 244/2007, art. 3, c. 59), stabilì che "è nullo il contratto di assicurazione con il quale un ente pubblico assicuri propri amministratori, per i rischi derivanti dall'espletamento dei compiti istituzionali connessi con la carica e riguardanti la responsabilità per danni cagionati allo Stato o ad enti pubblici". In conseguenza di questo, i Tribunali, a cominciare dalla Corte dei conti della Lombardia, hanno sentenziato che "... non potrà quindi prevedersi una "estensione" (alla colpa grave) di una copertura assicurativa di un rischio "principale" (della colpa lieve) posto a carico del soggetto pubblico (D.57 del 22 luglio 2008).

In pratica, la polizza per la responsabilità civile dell'Azienda non può prevedere anche la responsabilità per la colpa grave dei medici, anche se costoro pagano di tasca propria la quota di loro spettanza, come previsto dal Contratto di lavoro del 2005. Di conseguenza, è necessario che l'Azienda o chi per essa, stipuli una polizza separata per tutelare i medici dal rischio dell'azione di rivalsa, da parte della stessa azienda o ente, in caso di accertamento di responsabilità per "colpa grave".

È chiaro che tutto questo rende i medici un po' più vulnerabili, per quanto riguarda la responsabilità professionale derivante da eventi conseguenti a "colpa grave", perché:

- vi sono delle aziende che non trattengono dalla busta paga la quota prevista, lasciando i medici senza l'assicurazione a copertura del rischio di rivalsa per "colpa grave".
- alcune aziende gestiscono in proprio le richieste di indennizzo e cercano di riversare sui medici la responsabilità sanitaria, nell'ipotesi di una "colpa grave" commessa dal sanitario:
- i medici che non sono infor-



Movement Against Medical Malpractice and accident of Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

www.ginecologiaforense.it

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO DELL'AREA DELLA DIRIGENZA MEDICO -VETERINARIA **DEL S.S.N.2002-2005** del 3 novembre 2005

Art. 21 -Copertura assicurativa

- 1. Le aziende garantiscono una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti della presente area, ivi comprese le spese di giudizio ai sensi dell'art. 25 del CCNL dell' 8 giugno 2000 per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.
- 2. Le aziende ed enti provvedono alla copertura degli oneri di cui al comma 1 con le risorse destinate a tal fine nei bilanci, incrementate con la trattenuta di misura pro-capite da un minimo di €26,00 mensili (già previsti dall'art. 24, comma 3 del CCNL dell'8 giugno 2000) ad un massimo di €50,00, posta a carico di ciascun dirigente per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale. La trattenuta decorre dal-

- l'entrata in vigore della polizza con la quale viene estesa al dirigente la copertura assicurativa citata.
- 3. Le aziende ed enti informano i soggetti di cui all'art. 10 del CCNL 8 giugno 2000 di quanto stabilito ai sensi del comma
- 4. Sono fatte salve eventuali iniziative regionali per la copertura assicurativa attuate anche sulla base delle risultanze della Commissione istituita ai sensi dell'ex art. 24 del CCNL 8 giugno 2000.
- 5. Le aziende attivano sistemi e strutture per la gestione dei rischi, anche tramite sistemi di valutazione e certificazione della qualità, volti a fornire strumenti organizzativi e tecnici adeguati per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti nell'ottica di diminuire le potenzialità di errore e, quindi, di responsabilità professionale nonché di ridurre la complessi-
- va sinistrosità delle strutture sanitarie, consentendo anche un più agevole confronto con il mercato assicurativo. Al fine di favorire tali processi le aziende ed enti informano le organizzazioni sindacali di cui all'art. 9 del CCNL dell'8 giugno 2000.
- 6. Sono disapplicati i commi da 1 a 4 dell'art. 24 del CCNL 8 giugno 2000.

Nota esplicativa dell'art. 21

Le parti, a titolo di interpretazione autentica, chiariscono che l'espressione "ulteriori rischi" del comma 2 può significare tanto la copertura da parte del dirigente mediante gli oneri a suo carico di ulteriori rischi professionali derivanti dalla specifica attività svolta quanto la copertura dal rischio dell'azione di rivalsa da parte dell'azienda o ente in caso di accertamento di responsabilità per colpa grave.

mati dei propri diritti possono essere indotti a stipulare delle costose polizze per assicurarsi, oltre che per la "colpa grave", anche per i rischi che competono all'Azienda;

dopo questi cambiamenti il mercato assicurativo è entrato in fermento ed i prezzi delle polizze sono in costante ascesa.

C'è il fondato timore che la completa separazione della polizza aziendale da quella per la "colpa grave" dei medici, anche se stipulata dalla stessa Azienda, sia destinata ad acuire i conflitti all'interno dell'Azienda:

- fra il medico e l'Azienda di appartenenza (difetti organizzativi e carenze strutturali);
- nei confronti dei colleghi dello stesso reparto (inadempienze, conflitto di competenze, affidamento);
- nei confronti di altri specialisti (anestesisti, rianimatori, neonatologi, internisti).

■ La polizza FESMED

Per i medici che lavorano nelle aziende dove non viene trattenuta la quota per la rinuncia alla rivalsa per la "colpa grave" o nelle quali questa polizza non offre sufficienti garanzie, la FE-SMED ha stipulata una polizza per la "colpa grave", a pagamento individuale, con garanzia pregressa illimitata e postuma anch'essa illimitata. Detta polizza è stata studiata per rispondere alle esigenze assicurative del medico dipendente che esercita la libera professione intramurale, anche allargata.

Trattandosi di una polizza indirizzata ai dipendenti delle aziende dove non viene trattenuta la quota per la rinuncia alla rivalsa per la "colpa grave", questa polizza non offre particolari vantaggi ai colleghi che dipendono da un'azienda dove viene trattenuta dalla busta paga la quota prevista dal Contratto di lavoro, per la copertura dal rischio dell'azione di rivalsa per "colpa grave". Costoro sono già tutelati dalla polizza stipulata per loro dall'azienda.

Invece, i soci FESMED (compresi quelli aderenti alle articolazioni professionali: FESMED/

ACOI, FESMED/ AOGOI, FE-SMED/SEDI, FESMED /SUMI), che sono dipendenti di aziende del Ssn sprovviste di polizza per la copertura del rischio di rivalsa in caso di "colpa grave" o con polizza per la "colpa grave" inadeguata per le loro esigenze e intendono sottoscrivere la polizza proposta dalla FESMED, sono invitati a scaricare il modulo di adesione alla "Polizza convenzione per la colpa grave FE-SMED-Assicuratrice Milanese S.p.A." dal sito www.fesmed.it, dopo aver preso visione del contratto di polizza, scaricabile dallo stesso sito.

Il modulo debitamente compilato e firmato deve essere inviato alla Segreteria nazionale FE-SMED, a mezzo fax (n. 0229525521) o per posta ordinaria (Via G. Abamonti 1 -20129 Milano), per la verifica dell'iscrizione alla FESMED del richiedente ed il successivo inoltro all'Assicuratore, il quale si metterà in contatto con l'interessato. Y

Ricordando Marilina...

Un premio in memoria di Marilina Liuzzo, ginecologa catanese Fondatrice e Consigliera di Presidenza di AGITE, scomparsa prematuramente

Agite e Aogoi hanno organizzato un concorso per il miglior Poster che verrà presentato al convegno di Villasimius nelle giornate dal 13 al 16 maggio 2010. L'argomento proposto è: "Il percorso nascita: esperienze di integrazione tra ospedale e territorio". Il concorso è aperto alle ostetriche e/o altri operatori del materno infantile che vogliano raccontare le esperienze costruite nei servizi in cui lavorano.

Nella mattinata di Domenica 16 maggio 2010, una giuria composta dalle/dai colleghe/i ginecologhe/i Agite e Aogoi, da ostetriche e da rappresentanti delle Pari Opportunità consegnerà un premio in memoria della dottoressa Marilina Liuzzo, ginecologa catanese responsabile dei servizi consultoriali di Enna, scomparsa nel 2009 all'età di 55 anni.

Marilina è stata socia fondatrice di Agite e ha inaugurato una stagione di fattiva ed efficace collaborazione con tutta la Aogoi siciliana, in particolar modo sui temi del-

È per questo che vogliamo ricordarla nella sua capacità di massima collaborazione con tutte le professionalità, sensibile a tutti gli stimoli e alle diverse modalità di assistenza alla gravidanza e al parto, attenta alle nuove pratiche e alle medicine naturali.

Ci auguriamo che questa nuova iniziativa trovi la piena collaborazione da tutti i servizi materno-infantili, consultoriali e ospedalieri, perchè ci facciano conoscere le loro tante esperienze certo presenti in tutta Italia, ma spesso poco conosciute che vorremmo poter valorizzare e diffondere.



Segue da pagina 23

anche per questo i dati sull'incidenza di isterectomie sono piuttosto scarsi, anche se le statistiche ci dicono che una donna su 5 nel nostro Paese rischia di subire questo intervento chirurgico.

Isterectomie: uno spaccato dalla Regione Toscana

Anche se non è facile avere un quadro chiaro dell'incidenza numerica ed economica di questo problema per i possibili e nume-

rosi bias presenti nella raccolta anni che vanno dal 1997 al 2007 dei dati, uno spaccato può essere offerto dalla rilevazione che la Regione Toscana ha effettuato sulle Schede di Dimissione ospedaliera, dal 1997 al 2007. Nonostante che negli anni si sia registrato un notevole incremento delle tecniche endoscopiche conservative, non vi è stata una corrispondente riduzione dell'incidenza delle isterectomie: infatti mentre gli interventi di isteroscopia operativa sono cresciuti in maniera esponenziale negli

per patologia benigna si sono ri dotti assai meno di quanto sarebbe lecito attendersi (dai 3200 circa del 1997 ai 2700 del 2007 pari ad un - 25%). La distribuzione per fasce di età mostra un andamento bimodale con un picco più importante tra 45 e 50 anni ed uno meno consistente, tra 65 e 60. Evidentemente questo si può facilmente rapportare alle più frequenti indicazio-

ni che hanno incidenza diversa (da 60 a 800 circa!), per lo stes-nelle diverse fasce di età: FMA so decennio gli uteri asportati e fibromi per la fascia più giovane, profasso per le eta più avanzate. La cosa che colpisce di più comunque è che la quota con l'indicazione specifica Flussi Mestruali Abbondanti in 1° o 2° diagnosi si è mantenuta sostanzialmente identica nel periodo di tempo considerato, oscillando intorno all' 8%. Le terapie più efficaci sono ancora troppo poco utilizzate e le aumentate competenze endosco-

piche non hanno fatto pesare abbastanza la loro efficacia sul bilancio complessivo. Tutto questo ha delle ricadute importanti sul costo sociale dei ricoveri, sui giorni di degenza, sulle conseguenze che l'intervento di isterectomia comporta: la morbilità non è trascurabile, le ricadute negative sulla continenza urinaria sono state descritte anche in un recentissimo articolo comparso sul Bmj e la sfera sessuale e psicologica sono state troppo poco esplorate. Y

Meditazioni



di Giuseppe Gragnaniello

Ma è festa per la donna?

d'uso che un po' tutti i giornali dedichino periodicamente uno spazio alla salute delle donne riferendo ogni bene, talvolta con illustri testimonianze, sugli ultimi ritrovati della scienza destinati a migliorare la qualità della vita. Questo tipo di messaggio viene molte volte recepito e capita di accorgersene dinanzi a richieste molto specifiche che vengono fuori in occasione dei controlli periodici.

periodici. Se da un lato è cosa buona che anche l'industria farmaceutica omaggi, sebbene non del tutto disinteressatamente, con interessanti novità le donne, esse pare abbiano nel tempo dimenticato, tra le giuste rivendicazioni, la possibilità di potersi curare risparmiando un po' di denaro, con l'aiuto, è ovvio, del sistema sanitario nazionale. Una battaglia che, con i tempi che corrono, sembra difficile, ma potrebbe non essere impossibile. È noto che qualsiasi infezione vaginale, dalla più banale alla più grave, non conosce un rimedio locale che non sia a

Dai trattamenti ormonali in menopausa ai contraccettivi di ultima generazione, ai farmaci per combattere infezioni vaginali, l'incontinenza urinaria ecc. ecc. Sugli ultimi ritrovati della scienza, destinati a migliorare la qualità della vita delle donne, si fa un gran parlare. Ma, c'è un ma: la gran parte di questi prodotti non sono più mutuabili e hanno un costo abbastanza alto....



pagamento. Eppure talvolta la sintomatologia di queste affezioni può essere tale da compromettere la capacità lavorativa. Per non parlare dell'importanza sociale di un'eventuale malattia a trasmissione sessuale, per le conseguenze che può avere, oltre che per la salute riproduttiva del singolo, anche per l'intera comunità. Un ambito molto ricorrente sulle pagine dei giornali è quello della menopausa e dei suoi disturbi, sebbene i tempi d'oro del tutto a tutte sembrino ormai lontani. Anche in questo caso i trattamenti ormonali non sono sempre mutuabili e proprio per niente tutti gli integratori a base di estrogeni naturali, compresi quelli topici, verso cui parecchi medici e molte donne si rivolgono sempre più dopo le stranote critiche alla terapia sostitutiva indiscriminata. Anche le ultime generazioni di contraccettivi ormonali non sono più a carico della sanità pubblica. Così accade che, data l'innegabile crisi economica,

pubblica.
Così accade che, data
l'innegabile crisi economica,
quelle donne che desiderino
fare una seria procreazione
responsabile si debbano
rivolgere a formulazioni di circa
vent'anni fa, comunque valide,

perché tuttora in distribuzione gratuita. È ben difficile in tal modo aspettarsi che si possa fare un'efficace prevenzione delle gravidanze non desiderate e di conseguenza dell'aborto volontario, come purtroppo riportano le statistiche. Buon ultimo, ma non meno importante, il grosso problema dell'incontinenza urinaria, soprattutto per l'alta frequenza con cui si manifesta a partire da una certa età. In certe situazioni è acclarato che il pesante fastidio possa trovare giovamento con una terapia medica sintomatica necessariamente di lunga durata. Ma i farmaci più recenti hanno un costo giornaliero abbastanza alto, spesso incompatibile con redditi che tendono a ridursi con l'uscita dal mondo del lavoro. A tal proposito però c'è da chiedersi perché la politica sanitaria preferisca dispensare gratuitamente pannoloni assorbenti invece di concedere una cura che permette di vivere di gran lunga meglio. Ce n'è a sufficienza per incitare tutte le donne a far valere i propri diritti non solo in termini di necessità terapeutiche ma anche di mantenimento dello stato di salute.

lihri

Cardiotocografia

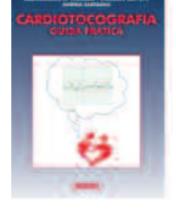
Guida pratica. Coordinato da Luana Danti

Un testo di utilità immediata, nato dalle richieste ricevute alla fine dei vari corsi di formazione rivolti ai medici e alle ostetriche che gli autori tengono da cinque anni in molti ospedali. Una guida pratica per rispondere al diffuso bisogno di formazione di due categorie professionali che per lavorare in équipe devono imparare ad avere un linguaggio e una formazione comune

La Cardiotocografia è stata implementata senza un'adeguata formazione degli operatori che dovevano utilizzarla. Ancora oggi è grande la necessità di formazione corretta in questo ambito, al fine di ridurre la "soggettività" della metodica, che dipende anche dalla mancanza di formazione omogenea degli operatori. Due

sono le categorie professionali che devono essere formate in ambito ostetrico-ginecologico: i medici e le ostetriche. Queste due categorie professionali per lavorare in équipe devono imparare ad avere un linguaggio e una formazione comune. Con questo obiettivo è utile un testo aggiornato dal punto di vista culturale, che faccia riferimento

Luana Danti, Mariarosaria Di Tommaso, Giuliano Marfetti, Marina Carfagna Pagine 274 Euro 55,00 Piccin Editore, marzo 2010 www.piccin.it



alla E.B.M. quando possibile, e utilizzi una didattica semplice e facilmente trasferibile nella pratica clinica quotidiana. Un nuovo libro sulla cardiotocografia si pone l'obiettivo di raggiungere una maggiore chiarezza sulla

modalità di approccio alla valutazione del benessere fetale, soprattutto in travaglio. Infatti avere riferimenti costanti con la medicina dell'evidenza e con quanto è stato pubblicato nelle varie linee guida nazionali e

internazionali può aiutare gli operatori a superare i limiti e le distorsioni della medicina difensiva. Una corretta valutazione della cardiotocografia può contribuire anche a superare il problema italiano dell'aumento esponenziale dei tagli cesarei e conseguentemente a ridurre il numero di quelli effettuati per una non corretta valutazione del tracciato. Proprio per rispondere al diffuso bisogno di formazione gli Autori da cinque anni tengono Corsi sulla Cardiotocografia, richiesti dalle Aziende di molti ospedali, soprattutto del Centro-Nord. L'idea di strutturare in un libro gli argomenti trattati, così da ottenere un testo molto pratico di utilità immediata, nasce proprio dalle richieste ricevute alla fine dei vari corsi di formazione, rivolti sempre all'intera équipe: medici e ostetriche.

Fatti & Disfatti



di Carlo Maria Stigliano

Come eravamo...

Una generazione, la mia, si avvia a cedere progressivamente il passo ad una nuova generazione mentre un'altra ancora si affaccia alla ribalta di una professione un tempo ritenuta fonte di grande prestigio e di sicura gratificazione. E oggi? Che cosa trovano le nuove leve della medicina e i ginecologi in particolare? Che cosa riserva il futuro di un 'lavoro' così mutato nell'arco di questi ultimi trent'anni? Già: come eravamo! La mia era la generazione dell'università sessantottina, quella che aveva vissuto il travaglio di quegli anni difficili, le occupazioni, i caroselli della polizia, le manifestazioni, quelli con l'eskimo verde e le bombe Molotov, quelli che vedevano solo due colori (il rosso ed il nero, naturalmente) e per questo arrivavano a pestarsi, quelli che nonostante tutto pensavano a studiare perché a casa qualcuno faticava per mandarti quattro soldi per stare all'università e guardavano con rabbia e rassegnazione i furbi del diciotto politico! Questo era il nostro punto di partenza! Eppure quante speranze, quante aspettative: pensavamo di cambiare il nostro Paese, di essere medici della gente, professionisti preparati ma aperti ad una scienza volta a migliorare veramente la qualità della vita. Chi scrive era uno dei tanti che voleva 'fare il medico' di una nuova frontiera, portatore di una scienza aperta alle straordinarie innovazioni che in quegli anni venivano ad esaltare una medicina apparentemente senza limiti nel guarire finalmente malattie fino ad allora ritenute non curabili! Era di quegli anni la decifrazione del DNA che fruttò a Watson e Crick il Nobel per la medicina; era allora all'inizio del suo impiego la TAC e in ostetricia si impiegavano gli ultrasuoni con mastodontici apparecchi che oggi farebbero sorridere. Era quello un tempo di grandi speranze: molti neolaureati nelle allora prestigiose università del Nord ritornarono nel Meridione con dentro un entusiasmo travolgente, con la voglia di realizzare quella "rivoluzione" meridionalista attraverso la costruzione di un sistema sanitario che avrebbe cominciato ad accorciare le distanze tra le realtà non solo geografiche del nostro Paese. Nel 1978 arrivò la Riforma Sanitaria, quella carica di nuovismo che avrebbe dovuto svecchiare la medicina italiana e introdurre nuovi strumenti di offerta sanitaria

Amarcord

Una generazione, la mia, si avvia a cedere progressivamente il passo ad una nuova generazione, mentre un'altra ancora si affaccia alla ribalta di una professione un tempo ritenuta fonte di grande prestigio e di sicura gratificazione... Ebbene, che cosa resta oggi di tante speranze e di tante promesse?



La mia generazione è quella che ha conosciuto gli enti mutualistici, le convenzioni, la guardia Inam, gli ospedali con la divisione degli introiti tra il primario (quasi tutto), gli aiuti (poco) e (le briciole) agli assistenti. L'università intanto rappresentava sì il regno incontrastato del cosiddetti baroni, ma questi avevano almeno il merito di essere -in buona parte- dei validi e prestigiosi capiscuola. Gli ospedali rappresentarono per molti il naturale fulcro della nuova medicina; per l'ostetricia e ginecologia, specialmente nelle aree meno evolute del Paese, costituirono l'unico vero strumento di evoluzione. Al parto in casa o comunque in condizioni spesso precarie, si offriva una nuova realtà, al passo con i tempi; le ostetriche, le levatrici delle condotte che pure avevano aiutato

a nascere milioni di italiani con

purtroppo frettolosamente

sacrificio e responsabilità, furono

per tutti i cittadini.

sacrificate al nuovo che avanzava; trasferite in ospedale o nei pochi consultori esistenti talchè molte preferirono dignitosamente uscire di scena con un pensionamento anticipato.

Intanto qualche inganno cominciava a svelarsi: la politica voleva semplicemente sostituirsi alla vecchia burocrazia delle Mutue e prendere in mano più saldamente le redini della Sanità. Nacquero così le USSL (nel Sud, notoriamente più povero, solo USL) con i parlamentini di 25 consiglieri (o erano di più?), i comitati di gestione con i loro presidenti, vice-presidenti, componenti, segretari e portaborse; i coordinatori sanitari e amministrativi e via burocratizzando... Il meglio però la classe politicoburocratica lo dette cambiando il nome alle istituzioni: dopo nove secoli di gloriosa funzione, pur essendo tuttora conosciuti in tutto il mondo con questo nome, senza

distinzione di razza, credo religioso

o regime politico, quelli furono capaci di trasformare gli ospedali in ... stabilimenti! Che vergogna! Quattro sessantottini di ritorno, imbevuti di ideologia a perdere, non provarono la minima vergogna a definire come una fabbrica di bulloni, istituzioni che avrebbero dovuto basare il loro tratto caratteristico sull'umanità, sulla dedizione, sull' ars medica. Stabilimenti ospedalieri! Gli stranieri che venivano da noi in vacanza si confondevano persino con gli stabilimenti... balneari! E noi che facemmo? Non battemmo ciglio, lasciammo fare. Per noi decidevano i sindacati non medici... Ciononostante negli ospedali

avemmo la possibilità di offrire

sempre più adeguate forme di

assistenza alle nostre donne,

l'Aogoi divenne uno strumento formidabile di crescita professionale e di aggiornamento per tutti; gli ospedali italiani potevano annoverare reparti d'avanguardia e persino d'insegnamento per i colleghi più giovani. Dappertutto fiorivano corsi di perfezionamento e l'affermarsi delle nuove tecnologie consentì progressi clamorosi nel campo della diagnostica e della chirurgia endoscopica, mentre il diffondersi ed il perfezionarsi dell'ecografia cambiò il nostro modo di lavorare. Intanto cambiava il rapporto con la gente, con gli "utenti" come furono definite con termine burocratico-commerciale le persone e i malati che a noi si rivolgevano: le aspettative generate dall'avvento delle tecnologie informatiche e la possibilità di un nuovo tipo di informazione attraverso internet creavano a volte delusione e quindi il desiderio di rivalsa: nell'era del perfezionismo computerizzato, non si ammetteva la naturale imperfettibilità delle umane attività, dunque la spiegazione era nell'errore del medico! I mass media – non interessati a discernere tra realtà difficili e finzioni televisive - alimentavano di proposito cacce alle streghe massacrando mediaticamente senza limiti medici e istituzioni. Questo stato di cose era inevitabilmente causa di un atteggiamento sempre più prudente da parte dei ginecologi e al tempo stesso di continue disdette da parte delle compagnie di assicurazione professionale. Poi, negli ultimi anni la nostra categoria ha subito un

cambiamento radicale: sono arrivate le ... donne. E sì, ormai sempre più numerose (e spesso molto brave, bisogna dirlo) hanno portato alla nostra specialità un tocco di eleganza e di delicatezza che i rudi professionisti di trent'anni fa non conoscevano: il nostro linguaggio, i nostri modi, le nostre abitudini hanno subito notevoli cambiamenti. La rilevante presenza femminile ha indotto a comportamenti meno maschili(sti) e beceri una generazione per la quale le donne in sala parto erano soltanto le ostetriche, le infermiere e ... le pazienti. Tramontato il forcipe e le spremiture alla Kristeller, le nuove donneginecologo hanno potuto manifestare tutta la loro professionalità e competenza. Oggi la nostra disciplina parla sempre più al femminile e i numeri delle scuole di specializzazione lo dimostrano. Ebbene che cosa resta oggi di tante

speranze e di tante promesse?

Fare il ginecologo trent'anni fa

significava aver raggiunto uno

professionale invidiabile; oggi è

status sociale, economico e

ancora così? I giovani che si

accostano a questa difficile specializzazione potranno contare su un futuro professionale dignitoso e su un riconoscimento consono da parte della società o subiranno la sempre maggiore perdita di valore legata alla massificazione selvaggia della professione? L'università italiana riuscirà a recuperare credibilità e a sfornare specialisti capaci e preparati o si limiterà a consegnare diplomi a giovani sprovvisti di effettive competenze pratiche? Riusciremo a stabilire criteri corretti di approccio con i media? Impareremo a rapportarci con le persone con maggiore empatia? Fermeremo il meccanismo giudiziario perverso dei risarcimenti e delle cause? Io e quelli della mia generazione tra qualche anno lasceremo il campo ai più giovani: in un bilancio "di fine esercizio" non sono sicuro di avere avuto molto rispetto alle generose aspettative e all'impegno profuso. Noi, comunque, in qualche modo ce la siamo cavata: ora è indispensabile aiutare i giovani a costruire premesse migliori per il loro futuro in una società troppo materializzata ed ipertecnologica ma che pure sente il bisogno forte di un gesto d'amore per chi soffre la malattia, perché sono uomini e donne prima

che "utenti".

Congressi convegni



CONGRESSO REGIONALE AOGOI PIEMONTE - VALLE D'AOSTA

Torino 4 giugno

Segreteria organizzatrice Symposium S.A.S. Via Gozzano 14 - ang. Via C. Battisti 10073 - Ciriè (To) Tel. 011.9211467 Fax: 011.9224992 symposium@symposium.it

CONVEGNO REGIONALE AOGOI-FESMED PUGLIA 2010

Altamura (Ba) 5 giugno

Segreteria organizzatrice Dott. Alessandro Mastrorilli Tel. 080.314.44.00 Fax 080.316.02.38 mastrorilli@alice.it

REPERTI ECOGRAFICI BORDERLINE, FINEZZE DIAGNOSTICHE O COMPLICAZIONI INUTILI?

Milano Marittima (Ra) 5 giugno

Segreteria organizzatrice **Dolphin Organization** Strada Maggiore 90

40125 Bologna Tel. 051.6360801 Fax 051.4292250 mail@dolphinorganization.com

CORSO DI CHIRURGIA DEL PAVIMENTO PELVICO

Genova 10 -11 giugno

Segreteria organizzatrice Accademia Nazionale di Medicina Via Martin Piaggio 17/6 16122 Genova Tel. 010.83794225

Fax: 010.83794260 pagni@accmed.org

6° CORSO DI MEDICINA MATERNO FETALE Brescia

11 -12 giugno

Segreteria organizzatrice Incentives & Congressi Via Crocifissa Di Rosa 15 25128 Brescia Tel. 030.391026 Fax 030.383290 info@incentivecongressi.com

CONGRESSO DELLA SOCIETÀ CAMPANO CALABRO LUCANA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Cosenza

11 - 12 giugno

Segreteria organizzatrice Dott. Pasquale Pirillo Tel. 0984 681276 Fax 0984 681276 direttore.ostetr.poa@aocs.it

X CONGRESSO NAZIONALE SIGITE

Torino 17 -19 giugno

Segreteria organizzatrice D.ssa Beatrice Goretti Tel. 349.6353427 beatricegoretti@gmail.com

LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE

24 - 25 settembre

Segreteria organizzatrice D.ssa O. Dentamaro -D.ssa A. Renna ginecologia@oncologico.bari.it

PELVIC FLOOR DISORDERS FIRST INTERNATIONAL SYMPOSIUM

Parma

7-8 ottobre

Segreteria organizzatrice LB Group Circonvallazione Clodia 133 -00195 Roma Tel. 06.45422450 pelvicfloordisorders@lbgroup.it

SIGO 2010 - 86° **CONGRESSO SIGO 51° CONGRESSO AOGOI**

Milano 14 - 17 novembre

Segreteria organizzatrice Triumph Congressi Via Lucillo 60 - 00136 Roma Tel. 06.355301 Fax 06.35530235 a.grossi@gruppotriumph.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:

IT67D0504801672000000019863

SOSTIENI LA FORMAZIONE AOGOI

Devolvi il 5 per mille alla Fondazione Confalonieri Ragonese

Invitiamo i colleghi a sostenere la Fondazione nelle sue iniziative di elaborazione delle linee guida di ostetricia e ginecologia e, soprattutto, i programmi di formazione dei nostri soci



La Fondazione Corrado Confalonieri e Pietro Ragonese è tra i beneficiari dei proventi del 5 per mille dell'Irpef. Nella scheda allegata alla dichiarazione dei redditi è sufficiente apporre la propria firma nel



riquadro "Enti di Volontariato' e indicare il Codice Fiscale della Fondazione, che è 97201430150, per destinare tali fondi a sostegno dell'impegno scientifico della Fondazione.

Segue da pagina 23

- stemico con questi dosaggi. I progestinici per via orale. Perché siano efficaci nei FMS do-
- vrebbero essere assunti per almeno 20 giorni al mese. La riduzione del flusso avviene in circa 20 % dei casi: non funziona come contraccettivo e devono essere valutate eventuali controindicazioni. Se c'è desiderio di prole si può utilizzare anche progesterone puro per via vaginale, due volte al giorno considerata l'emivita piuttosto breve.
- Gli antinfiammatori non steroidei (come ad esempio il naprossene o l'acido mefenamico), che sono utili anche contro i dolori mestruali: intervengono sulla coagulazione locale, riducendo il flusso (evidenza di tipo A). Per tradizione sono poco utilizzati in Italia, ma possono essere utili in donne con dismenorrea se utilizzati nei giorni di maggior flusso.
- funzionare in una metà dei ca si ma si deve valutare il dosaggio scelto e le eventuali controindicazioni.

L'isterescopia operativa. Nella maggior parte dei casi le mestruazioni abbondanti non hanno una causa specifica. In circa il 20% delle donne che ne soffrono, però, possono essere legate alla presenza di malattie benigne, come polipi o miomi. Per individuarli si utilizza l'ecografia transvaginale e, nel dubbio, l'isteroscopia diagnostica. Non trova più invece alcun impiego il "raschiamento diagnostico" tanto utilizzato in passato.

Gli isteroscopi moderni consentono un trattamento immediato (see and treat) di piccole formazioni endocavitarie, o comunque una biopsia endometriale che può mettere in evidenza iperplasia o asincronie dell'endometrio.

Nei casi di formazioni maggiori come miomi si ricorre all'isteroscopia operativa, che utilizza uno strumento di calibro maggiore.

L'ablazione. Per ridurre il flusso

mestruale e risolvere il problema delle mestruazioni abbondanti è possibile ricorrere anche all'ablazione endometriale, un intervento che si esegue in isteroscopia operativa. La metodica, che può essere una valida alternativa all'isterectomia, è indubbiamente efficace ma molto operatore-dipendente : si tratta di ridurre l'endometrio La pillola anticoncezionale, può nella cavità uterina lasciando un manicotto attorno al collo dell'ute ro per fare sì che il ciclo mestruale si mantenga, seppure molto più scarso. In genere questo trattamento riduce il sanguinamento ed è efficace a lungo, senza che sia necessario ripeterlo, e viene eseguito in day-hospital in anestesia generale. Non è comunque indicato nelle donne desiderose di prole perché può ridurre la fertilità in maniera importante.

SIGO 2010 86° CONGRESSO SIGO 51° CONGRESSO AOGOI

MILANO 14-17 NOVEMBRE 2010 | FIERA MILANO CITY



Presidenti: Alessandra Graziottin - Nicola Natale

DONNA OGGI: ESSERE E BENESSERE LA MEDICINA AL SERVIZIO DELLA DONNA

BEING AND WELLBEING MEDICINE FOR TODAY'S WOMEN





SCREENING DEL CANCRO CERVICALE:

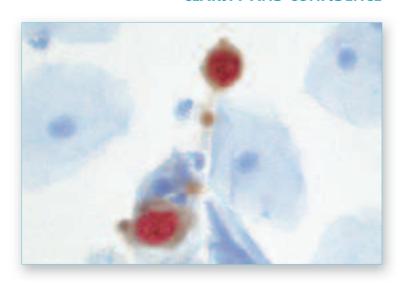
Combinazione perfetta.



ALTA SENSIBILITÀ + ALTA SPECIFICITÀ

= CINTEC PLUS





Combinazione di biomarcatori all'avanguardia per la rilevazione precoce di lesioni cervicali di alto grado

Ora disponibile

p16 PLUS Ki-67 in un singolo test

Ora dimostrato

in tre grandi studi clinici su più di 30.000 donne

