

IL PESO DEI DRG

Tanto oro quanto pesa?

Perché è necessario ricalibrare il sistema di rimborso delle prestazioni sanitarie. A partire da quelle ostetrico-ginecologiche

DRG

Ostetricia
e ginecologia

■ **Finanziaria estiva**
Le misure sulla sanità nella manovra varata dal Governo

■ **Nuove proposte di legge**
Responsabilità professionale medica e responsabilità civile delle aziende sanitarie

■ **Menopausa**
Terapia ormonale sostitutiva tra aggiornamenti e polemiche

■ **Focus on: Ivg**
Due eventi Aogoi per una maternità consapevole per tutte le donne

84° CONGRESSO

SIGO

2 0 0 8

49° CONGRESSO AOGOI



Le età della donna tra natura e tecnologia

Presidenti

Mario Campogrande
Giorgio Vittori

Presidenti Onorari

D. Shaw (Presidente FIGO)
W. Dunlop (Presidente EBCOG)
G. Serour (Presidente Eletto FIGO)
G. Monni (Presidente AOGOI)



S.I.G.O.

AOGOI

ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

TORINO

5 - 8 OTTOBRE 2008 - Centro Congressi Lingotto

Editoriale di Giovanni Monni

Al passo coi tempi

Ogni appuntamento congressuale rappresenta un'occasione importante di ridefinizione e di aggiornamento del profilo professionale. Ma è indubbio che, da qualche anno a questa parte, la sfera delle tematiche tradizionalmente di nostro interesse tende, indipendentemente dalla volontà degli addetti ai lavori (cioè di noi operatori), a coinvolgere altre sensibilità, politiche, sociali, culturali e mediatiche, con le quali non possiamo eludere il confronto.

Mi riferisco ovviamente alle diverse problematiche concernenti la tutela e la promozione della salute della donna e del bambino. Tematiche per le quali è ormai evidente e acclarata la valenza in ambito etico-giuridico mentre, paradossalmente, fa fatica ad imporsi il punto di vista medico e scientifico, che potrebbe/dovrebbe essere primaria fonte di indirizzo per il legislatore e per la più vasta platea dell'opinione pubblica che ha dimostrato di essere particolarmente sensibile a questi aspetti della vita delle donne e delle loro famiglie. Lo stesso vale per altre problematiche di grande rilevanza sanitaria nelle quali la funzione del ginecologo deve essere assolutamente valorizzata rispetto a quanto avviene oggi. Penso ad esempio a tutte le problematiche della seconda e terza età femminile, ma anche agli ambiti di assistenza peculiari per il mondo femminile in malattie come il cancro o nei disturbi come quelli legati all'ambito neurologico, verso i quali è indubbia la rilevanza e l'emergenza di una visione di "genere" nell'approccio medico e assistenziale. Una medicina di genere che, lo sappiamo bene, stenta ancora ad affermarsi come tale nelle sue diverse espressioni: dalla ricerca alla sperimentazione clinica, dalla formazione alla pratica medica quotidiana. E si tratta di una svolta necessaria e obbligata e per la quale è indubbio il ruolo di spinta e di indirizzo in tale direzione che può e deve svolgere la nostra professione. Nei confronti delle istituzioni, dei media e in generale dell'opinione pubblica. Ed è in questa cornice e con questa nuova consapevolezza che ci avviciniamo al prossimo 84° Congresso Sigo e 49° Congresso Aogoi. Un appuntamento senz'altro "strategico" per la nostra associazione per discutere del suo futuro e della sinergia sempre più stretta con la Sigo, anzitutto, ma anche con le Società affiliate. Perché solo grazie a un lavoro di squadra - a una "cordata" compatta - che sappia dar voce alle istanze delle varie componenti della nostra categoria, potremo incidere di più a livello istituzionale e scientifico rappresentando ai più alti livelli la ginecologia italiana anche nel contesto internazionale. Affinché questo passaggio sia possibile, risulta urgente una riflessione sul rinnovo del profilo professionale. Non è più possibile pensare a un identikit del ginecologo italiano che non tenga conto dell'abbattimento delle barriere nazionali: l'apertura dei confini pone



Giovanni Monni
Presidente AOGOI

► Segue a pagina 31

Indice numero 5 - 2008



Attualità

- 4 Finanziaria 2009: più rigore per la sanità**
di Lucia Conti
- 6 Insieme, per progettare il futuro dei medici**
di Ester Maragò
- 7 Sanità: la ricetta dei medici**
- 8 Più serenità per i medici, più fiducia per i cittadini**
di Mina Maisto
- 9 Il testo del Disegno di legge d'iniziativa dei senatori Tomassini-Malan**
Intervista ad Antonio Tomassini
- 10 Il testo del Disegno di legge d'iniziativa dei senatori Carrara, Bianconi e Colli**
- 11 Gli ospedali "a misura di donna"**

Professione

- 12 Ginecologia: altolà all'abbattimento tariffario**
di Giorgio Vittori
- Disincentivare il "lavoro a cottimo"**
- 13 Il Corsivo** di Carlo Sbiroli
C'è una questione economica in corsia
- 14 Analisi dell'evento nascita attraverso il certificato di assistenza al parto**
di Serena Donati
- 15 Sangue cordonale: il caso resta aperto**
di Stefano Simoni
- 16 Terapia ormonale sostitutiva: siamo veramente fermi al 2002?**
di Sonia Baldi e Costante Donati Sarti
- 17 Le nuove acquisizioni in tema di HRT/SERM**
di M. Gallo, C. Sesia, A. Pertusio
- 18 Verso il parto dolce**
di Ciro Guarino
- 19 In evidenza**
Segnali di dialogo
- Un premio al giornalismo sull'Aids**

Focus on Una maternità consapevole per tutte le donne

- a cura di Giulio Maria Corbelli
- 20 L'Ivg prima e dopo i 90 giorni**
Dall'8° Corso Aogoi di Villasilvius
- 22 Politiche per un contrasto all'Ivg nelle donne a rischio**
Dalla Conferenza organizzata da Sigo e Aogoi al Senato
- Sessualità inconsapevole: chi deve educare?**
- 23 Emarginate anche dall'educazione**

Professione

- 24 La diagnostica prenatale: una pratica non priva i rischi**
di Pier Francesco Tropea
- 25 I percorsi del territorio: dall'adolescenza alla terza età**
di Maria Gabriella De Silvio
- 26 Lo Scudo giudiziario A.O.G.O.I. diventa più forte**
di Carmine Gigli
- 27 Attacco ai medici. Il contratto di lavoro e il decreto 112**
di Carmine Gigli

Rubriche

- 28 Lettere • Poesia • Congressi**

G Y N E C O
AOGOI

NUMERO 5 - 2008
ANNO XIX

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Giovanni Monni
Direttore Scientifico
Felice Repetti

Comitato Scientifico
Giovanni Brigato
Antonio Chiantera
Valeria Dubini
Carlo Sbiroli
Direttore Responsabile
Eva Antoniotti
Direttore Editoriale
Arianna Alberti
email: gynecoagoi@hcom.it
Pubblicità
Publiem srl
Centro Direzionale Colleoni
Palazzo Perseo 10
20041 Agrate (Milano)
Tel. 039 6899791
Fax 039 6899792

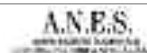
Editore
Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa
Union Printing
Viterbo
Abbonamenti
Annuo: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991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

L. 46/04) Art. 1, Comma 1
Roma/Aut. n. 48/2008
Finito di stampare: Luglio 2008
Tiratura 5.000 copie
La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

La Finanziaria preoccupa medici e Regioni di Lucia Conti

Più rigore per la sanità

Contenimento della crescita del Fsn, ma niente ticket. Abrogazione del diritto alle 11 ore di riposo ogni 24 ore, stretta sulle risorse per i contratti, giro di vite sulle esenzioni e le prestazioni in strutture private. Queste le principali novità della manovra per il triennio 2009-2011



La discussione sulla Finanziaria per il triennio 2009-2011 è iniziata lo scorso 18 giugno con il decreto legge n. 112/2008 approvato dal Consiglio dei Ministri, ma sui contenuti della manovra economica resta ancora aperto il confronto. Il provvedimento, infatti, ha già subito alcune variazioni nel corso del dibattito nelle Commissioni parlamentari e altri emendamenti potrebbero essere appro-

vati durante la discussione in Aula. Inizialmente la manovra doveva articolarsi in due provvedimenti distinti: un decreto legge e un disegno di legge, ma è stata successivamente riassunta tutta nel decreto 112, poi tramutato in un maxi emendamento sul quale è stato chiesto il voto di fiducia al Parlamento. Per quanto riguarda la sanità, viene confermato il finanziamento del Servizio sanitario 2009 co-

si come previsto dal Patto per la Salute, ma si prevede una riduzione per il 2010 e il 2011 a causa della tendenziale riduzione di crescita del Pil. A rischio anche la re-introduzione del ticket sulla diagnostica e la specialistica, nel caso in cui le Regioni non saranno in grado di individuare forme alternative per coprire il costo di queste prestazioni o presenteranno degli squilibri di bilancio.

Alcune delle norme contenute nella manovra erano già state annunciate dal Governo fin dal suo insediamento: incentivazione della partnership pubblico-privato, variazione delle norme sull'orario di riposo per il personale del Ssn, snellimento delle procedure amministrative, informatizzazione del sistema. La manovra ha subito acceso il dibattito all'interno della categoria medica, che ha in partico-

MAURIZIO SACCONI
Ministro del Welfare

“Per la sanità nessun taglio, ma risorse in più e responsabilità”

Per il 2009 il Governo Berlusconi metterà in campo un aumento dei finanziamenti già disposto dal governo Prodi, i soldi per il rinnovo della convenzione di medicina generale e 400 milioni in più per evitare i ticket. Lo ha affermato il ministro Sacconi, rispondendo alle polemiche sul taglio alla sanità. Il ministro ammette che l'incremento per il biennio 2010-2011 sarà comunque inferiore a quanto previsto, per il tendenziale decremento della crescita economica del Paese. Tuttavia, ha sottolineato, piuttosto che di enormi risorse, la sanità italiana ha bisogno di “razionalizzare la spesa per la salute, a partire dalla chiusura degli ospedali marginali. E condurre a responsabilità le Regioni inefficienti, non incoraggiare l'inefficienza con continue erogazioni a pie' di lista che avrebbero il solo effetto di riprodurre i vizi, per questo cerchiamo di condurre a responsabilità in particolare le Regioni indebitate”.

La sanità nella manovra di luglio

Fondo sanitario nazionale. È improprio parlare di tagli alla sanità, secondo il ministro del Welfare, Maurizio Sacconi. In effetti, più che di un taglio si tratta di un contenimento della crescita, dovuto all'andamento tendenziale del Pil. Nel dettaglio, per il 2009 il finanziamento del Servizio sanitario nazionale è confermato in 102.683 milioni di euro per l'anno 2009, mentre è determinato in 103.945 milioni di euro per l'anno 2010 e in 106.265 milioni di euro per l'anno 2011, comprensivi dell'importo di 50 milioni di euro, per ciascuno degli anni indicati, a titolo di ulteriore finanziamento a carico dello Stato per l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù. “Meno rispetto al previsto, ma molto di più rispetto alle risorse attuali”, ha osservato Sacconi. Per gli anni 2010 e 2011 l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato è subordinato alla stipula di una specifica intesa Stato-Regioni, da sottoscrivere entro il 31 ottobre 2008.

Il Patto per la Salute e il taglio dei ricoveri ordinari. L'intesa Stato-Regioni dovrà prevedere, tra le altre cose: una riduzione dello standard dei posti letto diretto a promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale; l'impegno delle Regioni per la riorganizzazione della rete ospedaliera, che comprenderà una riduzione delle spese per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. Nel caso in cui l'intesa non venga raggiunta, sarà lo Stato a fissare gli standard necessari per la riduzione dei ricoveri ordinari. Le Regioni, inoltre, dovranno impegnarsi al controllo dei bilanci della sanità, prevedendo, in caso di squilibrio, l'attivazione di forme di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini, compresi coloro esenti da ticket.

Ticket. L'introduzione del ticket a partire dal 2009, già prevista nella scorsa Finanziaria e poi posticipata di un anno, è ora abolita dal Governo Berlusconi. Ma a una condizione: per cancellare il ritorno della “tassa” di 10 euro sulla diagnostica e la specialistica oc-

corrono 834 milioni di euro. Inizialmente, secondo il Governo, sarebbe spettato alle Regioni trovare il modo di coprire la spesa. Ma il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, ha subito specificato che “il Patto della Salute prevedeva, nero su bianco, anche i 2 miliardi aggiuntivi garantiti dal Governo, che comprendevano azioni per la copertura finanziaria dei ticket. È per le Regioni un punto irrinunciabile”. La soluzione che si profila ora è quella di una divisione degli oneri: in pratica, il Governo ha stanziato 400 milioni su base annua per la copertura degli oneri derivanti dal ticket, ma spetterà alle Regioni la copertura degli altri 434 milioni di euro.

Eliminare le 11 ore di riposo. Il personale sanitario del Ssn non avrà più diritto alle 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore, né al tetto massimo di 48 ore lavorative settimanali. La manovra incoraggia quindi la contrattazione aziendale in materia, affermando che le disposizioni di questo articolo “possono essere derogate mediante contratti collettivi stipulati a livello nazionale con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappre-

sentative. In assenza di specifiche disposizioni nei contratti collettivi nazionali le deroghe possono essere stabilite nei contratti collettivi territoriali o aziendali stipulati con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale”. La contrattazione collettiva, sottolinea il decreto legge approvato dal Governo, dovrà in ogni caso tener conto delle condizioni di lavoro che consentano una protezione appropriata e il pieno recupero delle energie psico-fisiche del professionista.

Contratto. La firma del contratto sarà in mano al parere della Corte dei Conti. Se la magistratura contabile approverà l'ipotesi di contratto, l'Aran e i sindacati potranno procedere alla firma definitiva, ma in caso di parere negativo della Corte dei Conti, le parti non potranno procedere con la firma e il presidente dell'Aran, sentito il Comitato di settore e il presidente del Consiglio dei Ministri, dovrà riaprire le trattative per la sottoscrizione di una nuova ipotesi di accordo, adeguando i costi contrattuali alle indicazioni della Corte. L'ipotesi potrà comunque essere sottoscritta nel caso in cui la cer-

tificazione non positiva è limitata a singole clausole contrattuali, che dovranno però essere rese inefficaci.

La norma, nell'intenzione del Governo, dovrebbe portare a chiudere più tempestivamente i contratti, ma rischia di togliere spazio alle trattative sindacali. Si prevede, inoltre, una riduzione del 10% per il 2009 dei fondi per la contrattazione integrativa, dal 2010 una riduzione del 20% delle risorse aggiuntive che confluiscono nei fondi per la contrattazione integrativa.

Stretta sulle esenzioni. Sono potenziati i procedimenti di verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale. In particolare entro il 30 settembre 2008 un decreto dei ministeri del Tesoro e della Salute dovrà stabilire “le modalità con cui il cittadino è tenuto ad autocertificare presso l'Azienda sanitaria di competenza la sussistenza del diritto all'esenzione per reddito”, prevedendo “verifiche obbligatorie da parte delle aziende sanitarie delle informazioni rese dagli

VASCO ERRANI

Presidente della Conferenza delle Regioni

“Con questa manovra tutte le Regioni rischiano un deficit”

“Molto negativo” il parere delle Regioni sulla manovra. “Il Governo – secondo Vasco Errani – ha confermato i tagli annunciati senza rispettare il Patto per la Salute” e “non si è posto il problema di governare la sanità. Ci troveremo di fronte ad una situazione nella quale le Regioni saranno costrette a ridurre i servizi”. Secondo Errani “è un danno gravissimo per il Paese e un errore enorme, perché si interrompe un percorso intrapreso per un rafforzamento del nuovo Patto in modo che, a cominciare dalle Regioni, ciascuno potesse assumersi le proprie responsabilità”. Errani ha sottolineato la mancanza di un confronto aperto e proficuo con il Governo. “La battaglia contro gli sprechi, per i risparmi e per l’efficienza va concordata assieme. La manovra del Governo, invece, è stata promossa unilateralmente e l’effetto combinato di sottostima e tagli alle risorse, secondo i nostri calcoli, toglierà alla sanità italiana 7 miliardi di euro da qui al 2011”.

LIVIA TURCO

Capogruppo Pd in commissione Affari sociali della Camera

La lotta agli sprechi va fatta, ma senza mettere a rischio le prestazioni essenziali

Una manovra “unilaterale”, fatta di provvedimenti per la lotta agli sprechi che sono stati “imposti” alle Regioni e che “rischiano di servire a ben poco, nel momento in cui si mette in ginocchio il servizio sanitario pubblico attraverso i tagli e i ticket”. È il commento alla manovra dell’ex ministro della Salute, Livia Turco, secondo la quale la sanità ha bisogno di controllo e appropriatezza, ma le misure per ottenerla dovrebbero essere il frutto di un confronto con le Regioni stesse. Inoltre, secondo Turco, il finanziamento del sistema sanitario “non si valuta soltanto in cifra assoluta, come fa il ministro Sacconi, ma sulla base della relazione tra bisogni di salute e rapporto tra Pil e spesa sanitaria”, che “certamente va tenuta sotto controllo riducendo sprechi e inefficienze, ma avendo cura di mantenere adeguati i Livelli essenziali di assistenza”.

Cancellati e semplificati i certificati medici

La manovra dà delega al Governo, previa intesa con la Conferenza Unificata, di definire quali siano le certificazioni “inutili” da eliminare o ridurre. In un comunicato diffuso dal ministero dell’Economia sono stati anticipati quali saranno i certificati non più necessari. Certificati di idoneità a lavoro e vaccinali cancellati. Eliminati i certificati di sana e robusta costituzione per l’iscrizione agli istituti magistrali e ai corsi di infermiere, per i concorsi della Corte dei Conti, per l’abilitazione degli ufficiali della riscossione, per i farmacisti, il pubblico impiego, i maestri di sci, i fochini, così come quelli di idoneità fisica per il servizio civile, la nomina a giudice onorario e a giudice onorario aggregato e per i responsabili tecnici delle attività di riparazione dei veicoli a motore. Non servirà più neanche il certificato di buona salute per la pratica sportiva non agonistica degli istituti scolastici nell’ambito di attività parascolastiche. Cancellate le norme relative alla tessera sanitaria per le persone addette ai lavori domestici e alle visite mediche preventive per il lavoratore apprendista. È cancellata anche la norma che prescrive, all’atto della prima iscrizione alla frequenza o,

in mancanza, della prima ammissione ad esami di idoneità o di licenza di scuola dell’obbligo, la presentazione della certificazione relativa alle vaccinazioni antidifterica e antitetanica, antipoliomielitica e contro l’epatite B. Certificati di maternità semplificati. Si estende al ginecologo curante di fiducia anche non convenzionato, oltre che al medico specialista del Servizio sanitario nazionale, il ricorso dell’attestazione per l’astensione dal lavoro delle lavoratrici a partire dal mese precedente la data presunta del parto e nei quattro mesi successivi. Inoltre, si prevede in linea generale che il ginecologo di fiducia che assiste la paziente con continuità sia abilitato al rilascio di tutti i certificati medici. Soppresso il libretto sanitario. Niente più obblighi relativi al libretto di idoneità sanitaria per il personale addetto alle attività di produzione, preparazione, somministrazione, deposito, vendita o distribuzione di alimenti, nonché il certificato medico che escluda pericolo di contagio, ai fini della riammissione al lavoro degli alimentaristi summenzionati dopo un’assenza di durata superiore ai cinque giorni per malattia.

Revocati i nuovi Lea per mancata copertura finanziaria

■ È stato revocato il Dpcm per la definizione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) a causa di un buco di 800 milioni di euro per la copertura finanziaria. Lo ha annunciato lo scorso 23 luglio il sottosegretario al Welfare, Ferruccio Fazio, aggiungendo che il Governo sta lavorando ad una nuova versione dei Lea, che dovrebbe essere pronta entro la fine dell’estate e nella quale si cercherà di identificare le voci che “possono essere tolte perché meno rilevanti”, così da poter garantire la copertura finanziaria delle altre prestazioni. Forte preoccupazione per la revoca è stata espressa dal presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani: “Che la proposta dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) avesse la necessità di una verifica di compatibilità finanziaria era un problema già sollevato dalle Regioni in sede di approvazione. Ma la scelta del Governo di revocare il relativo Dpcm e la contemporanea proposta di drastica riduzione unilaterale del Fondo sanitario nazionale a partire dal 2010 rende la situazione alquanto preoccupante”. Esprime disappunto anche l’ex ministro della Salute, Livia Turco, che chiede al Governo di assumersi la responsabilità “di ciò che toglie ai cittadini”, perché “la revoca del decreto sui Lea è gravissima e c’è una sola spiegazione: i tagli a partire dal 2010. Quei Lea richiedono risorse che il Governo non solo non aggiunge, ma taglia”.

lare criticato l’eliminazione delle 11 ore di riposo giornaliero. Altri provvedimenti avranno un’influenza importante sulla professione medica e sanitaria. A partire dalla riorganizzazione

della rete ospedaliera e l’incattivazione dei ricoveri in day hospital e in regime ambulatoriale. Nuove regole anche per la sigla dei contratti nazionali pubblici, che attribuiscono alla Corte dei

Conti il potere di bloccare le trattative e farle ripartire da zero. In pratica, nel caso in cui la magistratura contabile dia parere negativo all’ipotesi di contratto, le parti non potranno procedere

alla sottoscrizione definitiva e l’Aran dovrà provvedere a presentare una nuova ipotesi di accordo. Una norma che, nell’intenzione del Governo, dovrebbe portare a chiudere più tempesti-

vamente i contratti, ma che rischia di togliere spazio alle trattative sindacali. Ecco una sintesi dei principali provvedimenti sui quali è in atto il confronto parlamentare. **Y**

assistiti”. In caso di accertata dichiarazione mendace è previsto il recupero delle somme dovute al Servizio sanitario nazionale “pena l’esclusione dello stesso dalla successiva prescrivibilità di ulteriori prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del Ssn”.

Il taglia-enti. Scompare la delega al Governo per la riforma degli Enti vigilanti e la riformulazione dei lavori usuranti prevista nel primo testo della manovra, mentre resta l’articolo “taglia-enti”, che prevede la soppressione automatica di alcuni enti pubblici non economici, a partire da tutti quelli con dotazione organica inferiore alle 50 unità. Dalla soppressione restano però esclusi alcuni enti, come gli Ordini professionali e le loro federazioni, nonché gli enti di ricerca. Spostato al 31 dicembre 2008 il termine ultimo concesso alle amministrazioni per procedere alla conferma, al riordino o alla trasformazione degli enti pubblici economici con dotazione organica superiore alle 50 unità.

Via la burocrazia e i certificati inutili. L’hanno chiamato il “taglia-oneri” amministrativi. È il programma per la semplificazione amministrativa e la riduzione

degli oneri burocratici per cittadini e imprese. Il programma ha l’obiettivo di giungere, entro il 31 dicembre 2012, alla riduzione del 25% di questi oneri. Quali saranno le certificazioni e le procedure da ridurre lo deciderà il Governo, con un provvedimento che dovrà ricevere il nulla osta della Conferenza unificata. Un comunicato diffuso dal ministero dell’Economia ha intanto anticipato quali potrebbero essere i contenuti dell’intesa. Tra gli altri, via i certificati di sana e robusta costituzione, compreso quello per l’iscrizione ai corsi in Infermieristica. Sarà soppresso anche il libretto sanitario per il personale addetto alle attività di produzione, preparazione, somministrazione, deposito, vendita o distribuzione di alimenti, nonché il certificato medico che escluda pericolo di contagio dopo un’assenza per malattia di durata superiore ai cinque giorni.

Più informatizzazione e meno carta. Tra i provvedimenti per la riduzione della spesa, è previsto il taglio del 50% della carta nelle amministrazioni pubbliche, favorendo al posto della documentazione cartacea l’utilizzo dei si-

stemi telematici per l’archiviazione e la trasmissione di documenti e dati.

Giro di vite sulle consulenze esterne. Le amministrazioni potranno continuare a conferire incarichi individuali ad esperti esterni, ma in base a criteri più severi. Per prima cosa, l’amministrazione dovrà avere accertato l’impossibilità oggettiva di utilizzare personale interno. In caso la consulenza esterna sia necessaria, l’incarico dovrà però essere temporaneo, la persona chiamata altamente qualificata, e il luogo, l’oggetto e il compenso della collaborazione stabiliti preventivamente. Il ricorso a contratti di collaborazione è causa di responsabilità amministrativa per il dirigente che li ha stipulati.

Falsi certificati e falsi malati. Potrà essere sanzionato o addirittura licenziato il medico dipendente pubblico che abbia concorso alla falsificazione di certificati di malattia o che abbia violato i canoni di ordinaria diligenza nell’accertamento della patologia. La stretta sui certificati riguarderà anche le assenze dei dipendenti pubblici per ridurre il fenomeno dell’assenteismo, anche at-

traverso misure sul trattamento economico. In particolare, dopo il secondo evento di malattia, l’assenza dovrà essere giustificata esclusivamente attraverso la certificazione medica rilasciata da un presidio ospedaliero o ambulatoriale del Ssn, nonché dai medici convenzionati con il Ssn. Si potranno inoltre disporre visite di controllo dalle ore 8 alle 13 e dalle 14 alle 20 anche nei giorni festivi.

Un piano straordinario contro le false invalidità. Partirà il 1° gennaio 2009 il piano straordinario di 200.000 accertamenti di verifica che l’Inps attuerà nei confronti dei titolari di benefici economici di invalidità civile. In caso di mancanza dei requisiti sanitari necessari per continuare a fruire dei benefici stessi, l’Inps disporrà la sospensione dei pagamenti fino a un ulteriore accertamento. I pagamenti saranno revocati nel caso in cui l’invalido, entro 90 giorni dalla data di notifica della sospensione, non fornisca idonee motivazioni circa la mancata presentazione alla visita medica. I termini e le modalità del piano saranno dettagliati in un decreto che il ministro del Welfare, di concerto con il ministro

dell’Economia, dovrà emanare entro 30 giorni dall’entrata in vigore della manovra.

Le Università diventano Fondazioni. Le Università pubbliche possono deliberare la propria trasformazione in Fondazioni di diritto privato, subentrando in tutti i rapporti attivi e passivi e nella titolarità del patrimonio dell’Università. Prevista anche la possibilità di ingresso di nuovi soggetti, sia pubblici che privati. La delibera di trasformazione deve essere votata a maggioranza assoluta dal Senato accademico e approvata con decreto del ministro dell’Istruzione, di concerto con il ministro dell’Economia e delle Finanze. Le Fondazioni universitarie sono enti non commerciali, e non è quindi ammessa in ogni caso la distribuzione di utili, in qualsiasi forma. Gli eventuali proventi, rendite o altri utili derivanti dallo svolgimento delle attività sono destinati interamente a finanziare le attività stesse. In caso di gravi violazioni alla corretta gestione della Fondazione universitaria, il ministro dell’Istruzione nomina un Commissario straordinario ed entro sei mesi provvede alla nomina dei nuovi amministratori dell’ente.

Prima Conferenza nazionale della professione medica di Ester Maragò

Insieme, per progettare il futuro dei medici

A Fiumicino la Prima Conferenza nazionale della professione medica ha aperto le porte ad un confronto tra i principali attori del mondo medico per affrontare, in maniera condivisa, le sfide future. All'incontro è intervenuto il ministro del Welfare Maurizio Sacconi che ha prospettato importanti cambiamenti per i camici bianchi

Orgoglio e spirito di appartenenza. Fermezza nel rivendicare un ruolo primario nelle scelte di politica sanitaria che investono cittadini e più autonomia nelle scelte professionali.

I medici si sono presentati a testa alta di fronte alle istituzioni che hanno partecipato alla prima Conferenza nazionale della professione medica organizzata dalla Fnomceo il 13 e 14 giugno. Forti del fatto che, per la prima volta, tutte le anime del mondo medico – fatta eccezione di alcune sigle sindacali che hanno disertato l'evento contestando la Federazione – si sono con-

intervento di fronte ad una affollatissima platea ha tracciato le linee del Governo che coinvolgeranno i camici bianchi. Prima tra tutte quella sulla libera professione in intramoenia. Su questo tema si cambia, ha annunciato il ministro. Ma non solo, Sacconi ha anche trattato argomenti caldi quali la riforma dei Lea che andrà riscritta, la medicina di famiglia che dovrà offrire un servizio sette giorni su sette, contratti e convenzioni, da chiudere in tempi rapidi.

Sull'intramoenia, ha rilevato Sacconi, sarà molto difficile che le Asl riescano a rispettare la scadenza del 31 gennaio 2009.

Quindi, sono tre le strade da seguire: quella "all'italiana" che si sostanzia nell'ennesima proroga; la via del ritorno al passato, con possibilità quindi di esercitare la libera professione negli studi privati o magari di alleggerire le rigidità tra esclusività di rapporto ed extramoenia; ed infine una terza soluzione che prevede un "sistema flessibile", ma tutto da decidere. Come hanno reagito i medici? Sono disponibili a discuterne però, almeno a giudicare dai primi commenti a caldo, se le scelte che verranno prese andranno a toccare l'indennità di esclusiva c'è da aspettarsi battaglia. Dal Ministro è poi arrivato l'annuncio di un altolà ai nuovi Lea. Il Dpcm approvato ad aprile con il Governo Prodi potrebbe rima-

nere al palo in quanto mancherebbe la copertura economica (un miliardo di euro). Notizia questa che ha colto di sorpresa l'ex titolare della Salute Livia Turco, intervenuta al dibattito conclusivo della due giorni nella città termale. "La messa a punto dei nuovi Lea – ha detto Turco – era stato l'atto finale di un processo di due anni che aveva visto un lungo lavoro di concertazione con tutte le parti in causa e che aveva avuto l'approvazione del Ministero delle Finanze in merito alle risorse economiche da impiegare. Sarebbe veramente grave se tutto questo lavoro andasse sprecato". Il ministro non ha dimenticato il ruolo degli ordini professionali che, a suo parere, vanno difesi. E ha ribadito l'intenzione di chiudere in fretta contratti e convenzioni.

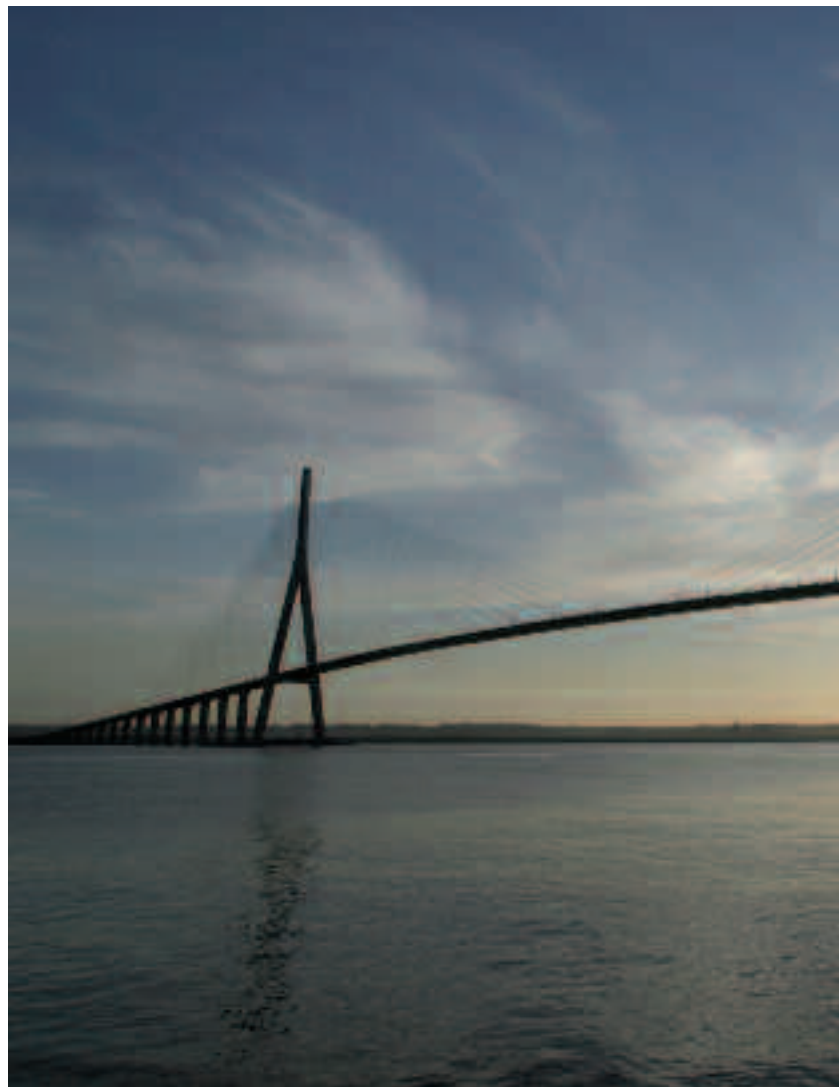
Ma gli Stati generali della sanità a Fiumicino hanno visto la presenza anche di altri esponenti istituzionali. È intervenuta il sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella, che ha sottolineato come per attuare i cambiamenti sia necessaria, oltre ad una stretta collaborazione tra Governo e Regioni, anche e soprattutto una collaborazione con la Fnomceo e in generale con i medici, che sono i veri protagonisti delle politiche sanitarie. Mentre il sottosegretario

La kermesse nella città termale è stata anche un'occasione per capire quale sarà il nuovo corso della sanità in questa XVI legislatura

Sull'intramoenia ci sono 3 strade da seguire: la via "all'italiana", la via del "ritorno al passato", quella che prevede "un sistema flessibile"

frontate sui principali temi della professione per affrontare le sfide future e arrivare ad una strategia condivisa.

Ma la kermesse nella città termale è stata anche un'ottima occasione per capire quale sarà il nuovo corso della sanità in questa sedicesima legislatura. E proprio dal neo ministro Maurizio Sacconi sono arrivati segnali ben precisi: nel corso del suo lungo



Il perché del confronto

I primi "Stati generali" dei medici italiani. È stato questo il senso della prima Conferenza nazionale della professione medica organizzata dalla Fnomceo a Fiumicino, il 13 e 14 giugno scorsi, che ha riunito i principali sindacati medici e la Federazione italiana delle società medico-scientifiche (Fism).

Un evento che ha un'origine più complessa: infatti, da oltre un anno ormai la Federazione degli Ordini, sotto la presidenza di Amedeo Bianco, si era proposta come luogo di confronto tra tutte le rappresentanze mediche, avviando un percorso di dialogo tra le diverse componenti capace di superare le rigidità che nel passato hanno diviso, e dunque indebolito, il mondo professionale.

L'obiettivo è stato quello di dettare le coordinate per affrontare, in maniera condivisa, le sfide future dei camici bianchi: dalla sostenibilità del sistema sanitario ai grandi temi etici, dalla multiculturalità alla crescente (e ormai quasi maggioritaria) presenza di donne medico.

I partecipanti alle giornate di Fiumicino si sono quindi divisi in sei distinti Gruppi di lavoro, dedicati a sei nodi essenziali: i Lea, come strumento di tutela della unitarietà e universalità del Ssn; i rapporti tra politica, gestione e professione in

sanità; i processi di integrazione necessari in ambito professionale, tra ospedale e territorio, tra Ssn e Università, tra specializzazioni; il rischio professionale e sicurezza delle cure; il tema della qualità nella professione e nei sistemi sanitari; la professione medica al femminile. Il frutto di questo confronto è stato riunito in un documento conclusivo, base del lavoro futuro ma anche del dibattito con le istituzioni.

Francesca Martini ha inviato un video messaggio. E ancora, hanno parlato Sergio Dompè presidente di Farmindustria, il sena-

tore Ignazio Marino, Aldo Ancona direttore dell'Agenas, l'assessore sardo Nerina Dirindin e Ivan Cavicchi.

**L'INTERVENTO DEL
SOTTOSEGRETARIO
EUGENIA ROCCELLA**

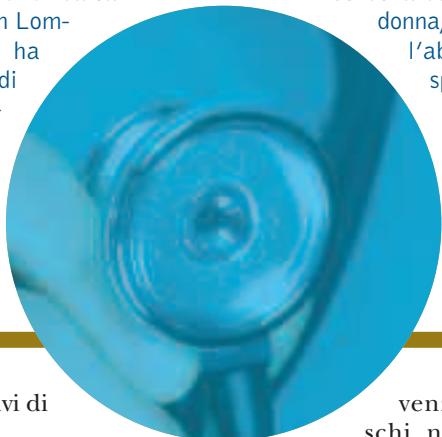
Ivg: "Dagli obiettori può arrivare un contributo importante"

Massima attenzione alle esigenze dei malati. Soprattutto "in quelle situazioni particolarmente delicate, dove l'atteggiamento del medico può far pendere la bilancia da una parte o dall'altra in modo decisivo. E una di queste situazioni è senz'altro l'interruzione volontaria di gravidanza".

È questo il monito lanciato dal sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella a Fiuggi. Che tra le molte riflessioni ha toccato proprio il tema spinoso dell'aborto, sottolineando come questo vada affrontato seguendo un approccio integrato. "Negli ultimi mesi - ha ricordato - la questione dell'Ivg è tornata alla ribalta in modo vistoso dopo anni in cui c'era stata più disattenzione, ma è tornata ancora una volta dividendo. Ci si è nuovamente divisi tra favorevoli e contrari alla legge 194, riproponendo vecchi steccati, come la contrapposizione tra obiettori e non obiettori. Io penso che oggi invece, dopo trent'anni dall'approvazione della legge, trent'anni di esperienza sul campo, alcune lacerazioni potrebbero essere supe-

rate. Penso sia possibile individuare un obiettivo comune, che sta a cuore a tutti: quello della riduzione, tendenzialmente a zero, degli aborti". Per Roccella, è urgente una "verifica" della legge che non vuol dire una "modifica". Questo è necessario, ha sottolineato, per fronteggiare le nuove emergenze, come quelle costituite dalle immigrate e dalle minori (per non arrivare a situazioni come quelle di altri paesi europei), e rendere l'applicazione e l'interpretazione della 194 più omogenea sul territorio. "Sappiamo di partire - ha detto - da una situazione di disomogeneità, non solo tra regione e regione ma anche tra un ospedale e l'altro. Penso all'articolo 7, che prevede il divieto di ricorrere all'Ivg nel caso il neonato abbia possibilità autonome di sopravvivenza; penso alla confusione che esiste attualmente in merito ai nuovi metodi abortivi e alla mancanza di un indirizzo per applicare i primi 5 articoli della legge, quelli dedicati alla prevenzione, alla rimozione degli ostacoli che impediscono di scegliere liberamente la maternità". Il sottosegretario ha quindi ricordato sperimentazioni "apprezzabili" portate avanti in alcune realtà locali come in Lombardia (che ha tentato di emanare linee guida autonome per dare indicazioni sull'artico-

lo 7 e mettere a fuoco il problema delle minorenni) e in Emilia Romagna (a Forlì e Modena). "Si tratta - ha continuato - di dare un ruolo centrale ai consultori, di avere un approccio globale, e non solo sanitario, al problema aborto, di coinvolgere le associazioni del volontariato, stabilendo un protocollo di intesa tra Comune, Asl e associazioni del Terzo settore". In particolare, Roccella ha segnalato il protocollo forlivese che separa il momento del colloquio da quello burocratico della certificazione: "Il counseling prevede varie possibilità, che si traducono in più opzioni per la donna, e quindi maggior rispetto per la sua libertà di scelta. In questo modo si potranno anche coinvolgere i medici obiettori. Oggi, nonostante i numeri dell'obiezione siano alti sia tra i medici che tra altri operatori sanitari, non sembra costituire un intralcio alla legge: a leggere i dati, non c'è infatti correlazione tra il funzionamento della legge e i numeri dell'obiezione, basta vedere ancora una volta la Regione Emilia Romagna, che ha più obiettori della Lombardia. Ma - ha concluso Roccella - coinvolgere gli obiettori nel percorso a sostegno della donna, prima o dopo l'aborto, nel rispetto reciproco delle scelte e dei ruoli, può fornire un contributo importante".



Il documento finale stilato dai gruppi di lavoro a Fiuggi

Sanità: la ricetta dei medici

La costruzione di una "grande opera" per la sanità delle aree svantaggiate del Paese. Una corretta gestione delle liste d'attesa. Trasparenza dei criteri di selezione dei Dg. Prevenzione e gestione del rischio clinico. Una "riforma" del reato di "colpa medica" nell'attività medico-chirurgica in ambito penale. Ed anche più tutela per le dottoresse che, nonostante si avviino a diventare la componente più numerosa del mondo medico, non riescono ancora a conquistare parità di diritti. Sono questi alcuni dei punti cardine del documento finale stilato dai gruppi di lavoro che si sono confrontati a Fiuggi su sei temi chiave: universalità del Ssn, rapporti con la politica, integrazione tra diverse aree della professione e del Sistema sanitario, rischio professionale, promozione della qualità delle cure, professione medica al

femminile. "Le dichiarazioni di consenso alla conclusione dei lavori intendono proporre indicazioni concrete per superare alcune criticità del nostro sistema - ha spiegato Amedeo Bianco, presidente della Fnomceo - riconfermando l'impegno dei medici italiani a migliorare in maniera continuativa l'efficacia, la qualità, la sicurezza dei servizi offerti agli assistiti". I medici vogliono dare risposta "alle richieste dei cittadini - ha aggiunto Bianco - che lanciano oggi preoccupanti segnali di sfiducia verso la sanità pubblica e privata e verso gli operatori". Per sostenere l'unitarietà e l'equità del servizio sanitario i medici invocano scelte politiche autorevoli e rigorose per ridurre le disuguaglianze sociali ed economiche che si annidano soprattutto nel Sud del Paese. Servono, in particolare, interventi su strutture e infra-

strutture ospedaliere e territoriali, ma anche maggior investimento sull'umanizzazione e la domiciliarità delle cure. È necessario poi ridurre la mobilità sanitaria tra le Regioni potenziando sia qualitativamente che quantitativamente l'offerta di servizi sul territorio rispetto alla domanda standard. Per quanto riguarda le liste d'attesa, spesso considerate erroneamente come indicatori di inefficienze del sistema, si sottolinea la necessità di una gestione corretta basata non sul semplice potenziamento delle prestazioni ma sull'appropriatezza. Ma per una buona gestione della sanità è indispensabile rimodulare i rapporti tra politica, gestione e professione. Un nuovo equilibrio che passa attraverso la ridefinizione e il riconoscimento di un maggior peso dei governi dei territori (municipalità e Comuni) nella programmazione e valutazione

degli obiettivi di salute.

In questo contesto vanno sicuramente modificati i criteri di scelta del Dg. Occorre perciò rendere pubblici tutti i passaggi necessari alle nomine, dalle procedure di selezione ai curricula dei candidati, affidando ad una commissione tecnica, autorevole e terza la valutazione delle competenze necessarie per il ruolo specifico da ricoprire.

I camici bianchi sottolineano inoltre che presupposto imprescindibile per assicurare la presenza di professionisti di qualità è garantire un modello formativo di qualità. Mantenendo anche il numero chiuso per l'accesso alle Facoltà di medicina, ma migliorandone i criteri di selezione. Ancora, è necessario rivedere l'esame di Stato che pure è stato recentemente modificato, mentre va migliorata la formazione di Medicina generale con l'istituzione di una scuola specialistica.

Una delle questioni più calde sul tappeto è poi quella del rischio clinico. Si chiede l'applicazione delle norme già messe a punto in Conferenza Stato-Regioni per la riduzione degli errori medici che prevedono tra l'altro la presenza di figure ad hoc per il controllo e la pre-

venzione dei rischi nelle diverse strutture e la messa a punto di procedure stragiudiziarie per la risoluzione dei contenziosi con i pazienti. Ma si invoca anche l'introduzione del reato di "colpa medica" in ambito penale oggi non previsto che permetterebbe di valutare correttamente la responsabilità del medico senza però ledere il diritto dei cittadini al giusto riconoscimento del danno.

È necessario integrare le competenze di Stato e Regioni perché i Lea non siano un mero elenco di prestazioni. Serve anche integrare la professionalità dei medici con quella degli altri professionisti sanitari d'ospedale, territorio, di pubblico e privato. Gli Ordini professionali inoltre devono diventare enti pubblici con funzioni sussidiarie dello Stato.

Infine, il documento tocca il tema dei "camici rosa": si sottolinea la necessità di valorizzare le specificità e i contributi individuali delle donne nella professione perché le differenze apportano "ricchezza nell'alleanza e nella relazione terapeutica e l'approccio della sensibilità femminile è in grado di favorire una rinnovata responsabilità sociale ed etica". **Y**

Responsabilità professionale del personale sanitario e responsabilità civile delle aziende sanitarie.
I testi e i commenti sulle due proposte di legge

Più serenità per i medici, più fiducia per i cittadini

■ Presentiamo i progetti di legge attualmente all'esame della Commissione Igiene e Sanità del Senato, con l'augurio che possano al più presto essere approvati dal Parlamento e avere dunque il pieno valore legislativo. Come scrive il consulente legislativo dell'Agoi nella disamina che pubblichiamo come introduzione, questi provvedimenti possono infatti "essere considerati un importante strumento risolutivo dell'attuale sistema della responsabilità professionale"

Il parere legale

di **Mina Maisto**, Avvocato
Consulente legislativo Agoi

I due progetti di legge presentati nell'attuale Legislatura al Senato proseguono il dibattito aperto ormai da molto tempo, in ambito legislativo, sulla responsabilità professionale del personale medico e sanitario. Prima di entrare nel merito dei contenuti dei provvedimenti, è necessaria una breve premessa per comprendere la natura e le motivazioni del dibattito in corso nell'opinione pubblica sulle implicazioni relative alla responsabilità dei medici, nei casi di contenzioso per lesioni personali o addirittura per omicidi colposi. Partendo da alcuni dati, molto



significativi, in ambito assicurativo, è da segnalare che ogni anno negli ospedali italiani si avrebbero circa 320.000/350.000 eventi di danno, che originano circa 150.000/170.000 richieste di risarcimento, mentre i procedimenti pendenti davanti ai tribunali italiani, al 2005, per ipotesi di responsabilità sanitaria sa-

rebbero stati nell'ordine dei 12.000/15.000 e il dato è attualmente in crescita. Questo dunque il fatto anomalo rispetto al resto d'Europa, dove le leggi che regolano la responsabilità medica sono più attinenti ai casi specifici e più flessibili, a garanzia della salute del paziente ma anche in chiave di tutela della professione medica.

Ecco che i progetti di legge presentati in questa Legislatura, sia a firma del senatore Tomassini, presidente della Commissione Igiene e Sanità, che del senatore Carrara, possono essere considerati un importante strumento risolutivo dell'attuale sistema della responsabilità professionale medica in Italia.

In particolare il provvedimento presentato dal senatore Tomassini, l'Atto Senato n. 50 concernente nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario, risponde concretamente all'esigenza di inquadrare tale responsabilità nell'ambito più ampio dell'attività della struttura sanitaria stessa. È importante, infatti, considerare il comportamento e le attività del

Senato della Repubblica XVI Legislatura Disegno di legge n. 50 d'iniziativa dei senatori Tomassini e Malan

Nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

Art. 1. (Responsabilità per danni occorsi in strutture sanitarie ospedaliere)

1. La responsabilità civile per danni a persone causati dal personale sanitario medico e non medico, occorsi in una struttura ospedaliera pubblica o privata, è sempre a carico della struttura stessa.

2. La responsabilità riguarda tutte le prestazioni erogate dalle strutture ospedaliere pubbliche, ivi incluse le attività ambulatoriali, diagnostiche e le attività intramoenia.

Fanno eccezione quelle escluse totalmente dai livelli essenziali di assistenza di cui all'allegato 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta

Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002. La responsabilità riguarda inoltre tutte le prestazioni fornite dalle strutture ospedaliere private accreditate.

3. La struttura ospedaliera può avviare azione disciplinare contro i dipendenti responsabili del danno qualora il fatto sia stato commesso con dolo o colpa grave. Solo in caso di dolo può essere avviata azione di rivalsa nei confronti dei sanitari responsabili.

4. In caso di colpa grave accertata con sentenza passata in giudicato, il direttore generale, sentito il collegio di direzione, può disporre nei confronti del dipendente il parziale recupero del risarcimento del danno riconosciuto; l'ammontare, fissato in modo equitativo, è recuperato attraverso trattenute sullo stipendio, nella misura massima

del quinto, per un periodo comunque non superiore a cinque anni.

Art. 2. (Assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie ospedaliere)

1. Tutte le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private non possono esercitare l'attività se non sono coperte, ai sensi della presente legge, dall'assicurazione per la responsabilità civile nei confronti degli assistiti.

2. Per l'adempimento dell'obbligo di cui al comma 1, il contratto deve essere stipulato con qualsiasi impresa autorizzata all'esercizio dell'assicurazione della responsabilità civile con massimali idonei a garantire la copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti gli operato-

ri sanitari.

3. Le strutture di cui al comma 1, per garantire maggiore tutela ai reparti ad elevato rischio di responsabilità civile, possono stipulare contratti assicurativi integrativi.

Art. 3. (Unità di rischio)

1. La regione istituisce presso ogni struttura ospedaliera pubblica e privata un ufficio di valutazione del rischio di responsabilità civile del personale sanitario al fine di prevenire i contenziosi.

Art. 4. (Fondo di garanzia)

1. La regione può istituire un apposito fondo di garanzia per la responsabilità civile del personale di tutte le aziende sanitarie ubicate sul territorio regio-

nale, sostitutivo delle polizze assicurative, attribuendo al fondo direttamente le risorse finanziarie necessarie.

Le polizze assicurative in vigore cessano alla scadenza e comunque non oltre due anni dall'istituzione del fondo di garanzia.

2. I contenuti minimi della garanzia per responsabilità civile, previsti dalle polizze assicurative e della gestione del fondo di garanzia, sono definiti con apposito accordo quadro regionale da stipulare con le organizzazioni sindacali del personale sanitario firmatarie dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

Art. 5. (Azione giudiziaria per il risarcimento del danno)

1. Il danneggiato a seguito di prestazioni sanitarie ricevute in strutture per le quali, ai sensi

Un terreno di iniziativa di Aogoi

L'impegno di Aogoi sul fronte della responsabilità professionale, con particolare riguardo alle conseguenze penali dell'errore medico, è da anni instancabile. Sul piano culturale, per superare una certa mentalità che oppone medico e paziente, incentrata sull'enfaticizzazione della "colpa medica". Sul piano politico-legislativo, per sensibilizzare governo e istituzioni sulla necessità di un intervento di ampio respiro, che riesca a stabilire per il nostro paese regole più europee, che tengano conto della funzione sociale del medico. Sul piano professionale, Aogoi è stata tra le prime società scientifiche ad attivare corsi di formazione sul risk management in sanità in tutto territorio nazionale (sono sei i corsi svolti nel 2007) e a promuovere dibattiti e convegni sul tema. Il **Forum sulla responsabilità medica in Europa**, che Aogoi ha organizzato lo scorso ottobre in collaborazione con il Senato della Repubblica, grazie soprattutto all'impegno dell'allora presidente del Senato Franco Marini e dei senatori Antonio Tomassini e Cesare Cursi, è stato un importante momento di dibattito e confronto tra medici, politici, giuristi e studiosi italiani e stranieri sulle strategie e soluzioni adottate in diversi Paesi europei per ridurre a pochi casi estremi il ricorso in tribunale in un'ottica di tutela del personale sanitario e anche del paziente.



Antonio Tomassini e Giovanni Monni

tiche e del sistema giudiziario. Proprio l'articolo 3 risponde all'esigenza di prevenire i contenziosi, attraverso l'istituzione, da parte delle Regioni, di "unità di rischio", presenti in tutte le strutture ospedaliere, pubbliche o private, che fungano da uffici di valutazione del rischio di responsabilità civile del

personale sanitario. Mentre l'articolo 5 consente al danneggiato di potersi rivalere direttamente sull'impresa di assicurazione per il risarcimento del danno, in tempi brevi. Con gli articoli 6 e 7, viene individuato e regolato il sistema di risoluzione dei contenziosi, attraverso procedure snelle e flessibili come l'arbitrato e la pronuncia secondo equità. Infine gli articoli 8 e 9 stabiliscono regole di garanzia sulla professionalità e la formazione sia degli arbitri facenti parte del collegio arbitrale, che dei consulenti tecnici d'ufficio coinvolti nella risoluzione delle vertenze, attraverso l'istituzione di un albo nazionale specifico sulla responsabilità professionale del personale sanitario. Il provve-

► **Segue a pagina 10**

personale medico, contestualmente alla situazione in cui opera: logistica, organizzazione, strumentazione, formazione continua ecc.

L'articolo 1 del progetto di legge stabilisce quindi che sia la struttura ospedaliera, pubblica o privata, a rispondere civilmente per danni ai pazienti che hanno ricevuto prestazioni sanitarie all'interno delle strutture stesse. Ciò implica l'individuazione di un sistema adeguato di copertura assicurativa della struttura sanitaria. La soluzione viene prevista dall'articolo 2 del provvedimento, attraverso l'introduzione di

un'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile che le strutture stesse possono stipulare con le imprese di assicurazione. In alternativa, all'articolo 4 è invece prevista l'opportunità che le Regioni possano istituire un Fondo di garanzia per la responsabilità civile del personale sanitario.

Le norme introdotte dal provvedimento non vanno solo nella direzione della tutela del personale sanitario, ma anche del paziente che si trova a subire danni e che spesso non riesce ad avere il risarcimento che gli spetta in tempi certi, a causa delle lungaggini burocratiche

della presente legge, vi è l'obbligo dell'assicurazione obbligatoria, ha azione diretta per il risarcimento del danno nei confronti dell'assicuratore, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione.

2. La domanda di risarcimento, inviata tramite raccomandata con avviso di ricevimento, deve essere corredata da idonea documentazione medica.

3. L'assicuratore, entro novanta giorni dalla domanda di risarcimento, comunica al danneggiato la misura della somma offerta, ovvero indica i motivi per i quali non ritiene di fare alcuna offerta; nello stesso periodo di tempo il danneggiato è tenuto ad acconsentire agli accertamenti, ai controlli e alle verifiche che si rendano necessari.

4. In caso di postumi non ancora consolidati, la richiesta e l'offerta possono avere carattere provvisorio. L'offerta definitiva deve essere comunicata entro novanta giorni dalla data in cui il danneggiato informa l'assicuratore riguardo il consolidamento dei postumi.

5. Se il danneggiato dichiara di accettare la somma offertagli,

l'assicuratore deve provvedere al pagamento entro venti giorni dal ricevimento per iscritto dell'accettazione.

6. Qualora la somma offerta sia inferiore a quella richiesta e il danneggiato non si dichiara soddisfatto del risarcimento, l'impresa deve comunque corrispondere tale somma entro venti giorni. Tale somma verrà imputata nella liquidazione definitiva del danno.

Art. 6. (Arbitrato)

1. In mancanza di accordo tra le parti, la controversia può essere deferita, su proposta del danneggiato e previa accettazione della controparte, ad un collegio arbitrale.

2. La volontà del danneggiato di deferire ad un collegio arbitrale l'eventuale contenzioso deve essere esplicitata al momento dell'invio della domanda di risarcimento di cui all'articolo 5, comma 2. L'assicuratore è tenuto a comunicare l'accettazione o il diniego del deferimento al collegio arbitrale nella comunicazione di cui all'articolo 5, comma 3.

3. Il collegio arbitrale è composto da tre membri, dei quali due designati da ciascuna delle parti secondo le forme e le modalità di cui all'articolo 810 del codice di procedura civile.

4. Il procedimento, il lodo e le impugnazioni devono essere svolti in conformità agli articoli 816 e seguenti del codice di procedura civile. Il procedimento si conclude nel termine di novanta giorni da quello in cui è avvenuta l'ultima accettazione da parte degli arbitri, salvo che le parti, di comune accordo, concordino un termine diverso.

Art. 7. (Pronuncia secondo equità)

1. Qualora la causa venga deferita a un collegio arbitrale, le parti, di comune accordo, possono chiedere agli arbitri di decidere secondo equità. Contro tale decisione non sono ammessi mezzi di impugnazione.

Art. 8. (Albo nazionale degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio per vertenze sulla

responsabilità professionale del personale sanitario)

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge in ciascuna regione e provincia autonoma è costituito un albo degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio per le vertenze riguardanti la responsabilità professionale del personale sanitario.

2. Ogni regione e provincia autonoma stabilisce le modalità per la costituzione e l'aggiornamento dell'albo avendo cura di garantire un'idonea e qualificata rappresentanza di esperti di tutte le specializzazioni mediche e delle professioni sanitarie non mediche, anche con il coinvolgimento delle relative società scientifiche.

Art. 9. (Nomina degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio)

1. In tutte le cause di responsabilità professionale dei sanitari, la nomina del terzo arbitro ai sensi degli articoli 809 e 810 del codice di procedura civile e dei consulenti tecnici

d'ufficio ai sensi dell'articolo 61 del codice di procedura civile deve essere effettuata tra persone iscritte all'albo di cui all'articolo 8.

2. È possibile il conferimento dell'incarico ad un consulente o arbitro iscritto all'albo di un'altra regione. Per il conferimento di incarichi a persone non iscritte in alcun albo il giudice, qualora non vi sia accordo tra le parti, deve chiedere l'autorizzazione al presidente del tribunale competente indicando i motivi della scelta. Il presidente, se ritiene fondati i motivi, provvede con ordinanza.

3. Qualora la vertenza riguardi una materia specialistica, ciascuna parte ha diritto di chiedere con apposita istanza che la nomina avvenga tra gli iscritti agli albi regionali e provinciali con specifica competenza nella disciplina oggetto del contenzioso.

4. In caso di controversie sulla sussistenza dei requisiti di cui al comma 3, ovvero su quale sia la disciplina specialistica oggetto del giudizio, decide il giudice con ordinanza.

**A colloquio con Antonio Tomassini
presidente della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato**

Una legge per cambiare rotta

di Stefano Simoni

È un provvedimento "leggero", perché l'esigenza è di fare presto e per questo è già stato messo all'ordine del giorno della XII Commissione al Senato con la lista delle audizioni, che inizieranno a settembre, già pronta. Stiamo parlando del Disegno di legge "Nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" il cui autore è il presidente della Commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama, Antonio Tomassini, che abbiamo intervistato chiedendogli di illustrarci i punti salienti del provvedimento.

Presidente Tomassini, il contenzioso per lesioni tra medico e paziente ha subito un incremento notevole negli ultimi anni. È giunto il momento di una legge?

Sì, il contenzioso per lesioni personali ascrivibili al personale medico ha subito un notevole incremento comportando da un lato un accanimento giudiziario dei pazienti, sempre più autonomi ma non altrettanto ben informati e, dall'altro, atteggiamenti "difensivi" dei sanitari preoccupati di difendere la propria immagine professionale spesso distrutta con processi sommari. Sempre più nei pazienti c'è una diffusione quasi matematica della certezza di un risultato che in realtà in medicina non si può avere. Le procedure durano anni con risarcimenti che lievitano in modo impressionante, siamo arrivati a 2 miliardi, 500 milioni solo in Lombardia, il risultato è che il paziente vede tardare il riconoscimento del danno e il medico, sempre più solo, si trova costretto a pagare cifre che non ha mai guadagnato in tutta la vita con in più il marchio della condanna penale che gli rovina la carriera.

La depenalizzazione dunque sarebbe la strada da seguire?

La depenalizzazione richiederebbe una legge costituzionale che allungherebbe di molto i tempi anche se l'Italia è uno dei pochi paesi europei dove su questo tipo di reato si innesca il penale.

Quali sono i punti salienti del provvedimento?

In sintesi: far ricadere le responsabilità sugli enti stessi secondo il principio che l'atto medico è solo un momento di una prestazione più complessa; assicurazione obbligatoria con massimali e premi fissati a livello centrale per tutte le strutture sanitarie; favorire il ricorso all'arbitrato; prevedere norme che snelliscano le procedure per il risarcimento; costituzione di un albo nazionale degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio.

► Segue da pagina 9

dimento risulta sicuramente un tentativo pregevole al perseguimento di un sistema equilibrato, efficiente ed efficace nella risoluzione dei contenziosi relativi alla responsabilità professionale del personale sanitario.

Privilegiare in via preliminare all'accesso al contenzioso i tentativi di risoluzione in appropriate sedi extragiudiziali è una strada che pare essere assolutamente condivisibile perché abbatterebbe costi e tempi del contenzioso, consentirebbe un maggior peso della componente scientifica nella valutazione delle condotte dannose e agevolerebbe la gestibilità all'interno delle strutture sanitarie delle aree di maggior rischio. **Il progetto di legge n. 352, pre-**

sentato dal senatore Carrara, in materia di assicurazione per la responsabilità civile delle aziende sanitarie, cerca di risolvere il problema specifico della garanzia di carattere patrimoniale (art. 2) relativa alla citata tipologia di assicurazione, attraverso l'introduzione dell'obbligatorietà della copertura assicurativa (art. 1), al fine di scongiurare anche i cosiddetti comportamenti di medicina difensiva, il cui primo obiettivo è non tanto la cura del malato quanto il tenere indenne l'operatore da qualsivoglia responsabilità, nonché dell'ampiezza con la quale le pronunce giurisprudenziali procedono al sindacato ex post delle attività terapeutiche. Inoltre il provvedimento, all'articolo

4, prevede altresì l'istituzione nelle strutture sanitarie di un'unità di risk management dedicata all'individuazione e alla gestione del rischio clinico, ponendo dunque le basi, sia per la prevenzione della medical malpractice, sia per la celere individuazione delle cause degli eventi avversi. I provvedimenti sono ora all'esame della Commissione Igiene e Sanità del Senato e si auspica un dibattito politico costruttivo per l'eventuale introduzione di modifiche migliorative ai testi legislativi in esame e soprattutto l'approvazione definitiva dei testi da parte dei due Rami del Parlamento, in modo che le misure descritte abbiano al più presto effetto di legge.

Gli obiettivi dei due disegni di legge

Realizzare un sistema equilibrato, efficiente ed efficace nella risoluzione dei contenziosi relativi alla responsabilità professionale del personale sanitario. E risolvere il problema della responsabilità civile delle aziende sanitarie, attraverso l'introduzione dell'obbligatorietà della copertura assicurativa, anche per scongiurare la cosiddetta medicina difensiva

L'anomalia italiana

Circa 320/350 mila gli eventi di danno che si verificano ogni anno negli ospedali a fronte di circa 150/170 mila richieste di risarcimento. Al 2005, i procedimenti pendenti davanti ai tribunali italiani per ipotesi di responsabilità sanitaria sarebbero circa 12/15 mila. E il dato è attualmente in crescita. Una situazione anomala rispetto al resto d'Europa, dove le leggi che regolano la responsabilità medica sono più flessibili a seconda dei casi specifici, a garanzia della salute del paziente ma anche a tutela della professione medica

Senato della Repubblica XVI Legislatura **Disegno di legge n. 352 d'iniziativa dei senatori Carrara, Bianconi e Colli**

Disposizioni in materia di assicurazione per la responsabilità civile delle aziende sanitarie

Art. 1. (Assicurazione obbligatoria RCT-RCO delle aziende sanitarie)

1. È fatto obbligo a ciascuna azienda sanitaria del Servizio sanitario nazionale (SSN), a ciascuna struttura o ente privato operante in regime autonomo o di convenzione con il SSN ed a ciascuna struttura o ente che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi, di dotarsi di copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi (RCT) e per responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a vantaggio dei propri dipendenti e collaboratori, del personale tutto, a qualunque titolo operante, e di qualsiasi soggetto che si sottoponga a prestazioni sanitarie o si trovi, a qualunque titolo, a frequentare quegli ambiti.

2. Il massimale minimo per le garanzie di cui al comma 1 è fissato dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano con cadenza biennale. In prima applicazione, esso non può essere inferiore a euro 10.000.000.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, linee guida per l'applicazione dell'obbligo di stipula di polizza assicurativa RCT-RCO per le aziende, le strutture e gli enti di cui al comma 1.

4. La stipula e la vigenza del-

la polizza assicurativa, in coerenza con le linee guida di cui al comma 3, è condizione per l'accreditamento o la convenzione di enti o strutture private e per il finanziamento dell'attività di istituto per le aziende sanitarie del SSN.

5. L'assicuratore non può opporre al terzo eccezioni di carattere contrattuale, tranne che si tratti di mancato versamento del premio; in tale ipotesi, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1901 del codice civile.

Art. 2. (Contenuto della garanzia assicurativa)

1. Per effetto del ricorso a prestazioni sanitarie presso aziende, enti e strutture di cui all'articolo 1, comma 1, si instaura tra il soggetto richiedente e l'azienda, ente o struttura erogante un rapporto di carattere contrattuale.

2. Oggetto della garanzia assicurativa è il risarcimento del danno che, per effetto di inadempimento o di altro comportamento, di natura colposa, sia derivato al terzo per fatto comunque riconducibile alla responsabilità dell'azienda, ente o struttura che ha erogato la prestazione.

3. La garanzia assicurativa comprende altresì il risarcimento del danno o l'indennizzo che spetta allo Stato, all'ente territoriale di riferimento, all'azienda, ente o struttura privata, limitatamente al rapporto di accreditamento o convenzione, per fat-

to colposo del dipendente che determini un pregiudizio di natura patrimoniale.

4. La garanzia assicurativa RCO vale per i soggetti che, a qualunque titolo, svolgano attività lavorativa presso le aziende, enti e strutture di cui all'articolo 1, comma 1, e per i quali sia prevista l'obbligatoria iscrizione all'assicurazione INAIL, a prescindere dal fatto che la stessa sia stata effettivamente svolta. Sono espressamente ricompresi nella medesima garanzia assicurativa i soggetti che, a titolo precario e senza corrispettivo, frequentino, anche occasionalmente, gli ambiti suddetti a meri fini di apprendimento.

5. Ai fini della presente legge, i beneficiari della garanzia RCO sono terzi tra loro e verso il soggetto giuridico di appartenenza.

6. La garanzia assicurativa RCT-RCO è obbligatoriamente estesa alla responsabilità personale del singolo operatore presso i soggetti di cui all'articolo 1, comma 1. A tal fine, è escluso il diritto di rivalersi verso il responsabile da parte dell'assicuratore e delle aziende, enti e strutture di appartenenza, tranne che in caso di dolo.

Art. 3. (Esercizio dell'azione)

1. Il soggetto danneggiato esercita l'azione diretta convenendo in giudizio l'azienda, ente o struttura di cui all'articolo 1, comma 1, e l'assicuratore.

2. È ammessa la liquidazione,

con ordinanza provvisoriamente esecutiva, in ogni stato e grado del giudizio, di somme a titolo di anticipazione sul risarcimento del danno o sull'indennizzo, qualora ricorrano i contemporanei presupposti dei gravi indizi di responsabilità e dello stato di bisogno.

Art. 4. (Unità di risk management)

1. Ciascuno dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 1, individua, all'interno della propria organizzazione o con il ricorso a soggetti esterni specialisti della materia, una unità di risk management alla quale compete, salvo integrazioni da definirsi dalle regioni o dalle province autonome di Trento e di Bolzano e salvo il potere organizzatorio delle singole aziende:

a) di definire le procedure di cui alla presente legge anche attraverso arbitrati;

b) di individuare, anche in contraddittorio con gli organi di prevenzione interni quali indicati dalle vigenti disposizioni in materia di sicurezza e salute dei lavoratori, le situazioni e le prestazioni sanitarie potenzialmente rischiose, anche sotto il profilo dell'organizzazione del lavoro, indicando le soluzioni da adottare per il loro superamento;

c) di interagire con i soggetti coinvolti e con l'assicuratore ogniquale si verifichi un fatto che importi l'attivazione della copertura assicurativa obbligatoria;

d) di costituire organo di consulenza in materia assicurativa, di analisi del rischio e di adozione di presidi o procedure per il suo superamento a vantaggio dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 1, e di quanti, nel loro ambito, siano dotati di poteri decisionali.

Art. 5. (Rinvio alla contrattazione collettiva)

1. I principi di cui alla presente legge non sono derogabili in pejus nell'ambito della contrattazione collettiva, pubblica o privata, relativa alla dirigenza ed al comparto sanitario.

2. Spetta alla contrattazione collettiva nazionale, regionale e locale di adattare i principi di cui alla presente legge alle singole realtà di settore e di risolvere l'applicazione dei medesimi riguardo a istituti peculiari quali l'esercizio della libera professione intramuraria, anche allargata.

Art. 6. (Disposizione finale)

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, cessano di avere efficacia le disposizioni dell'articolo 21 del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area della dirigenza medico-veterinaria del SSN, di cui all'Accordo in data 3 novembre 2005, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 novembre 2005.

Bollini rosa 2008 di Stefano Simoni

Gli ospedali “a misura di donna”

■ **L'Osservatorio nazionale sulla salute della Donna (Onda) ha presentato al Senato la seconda edizione degli ospedali vincitori dei “bollini rosa”. Sono 24 i centri al top che si sono fregiati di tre bollini distribuiti su tutto il territorio nazionale da Nord a Sud. Un'iniziativa nata per aiutare la donna a scegliere consapevolmente la struttura più idonea alle proprie esigenze**

Sono 96 (su 115 che hanno presentato la propria candidatura) le strutture che in Italia si possono fregiare del bollino rosa, ovvero di quel particolare riconoscimento ‘creato’ da Ondaosservatorio per segnalare alle donne l'ospedale più adatto alle proprie esigenze. Partendo dal presupposto che ogni anno in Italia vengono ricoverate circa 5 milioni di donne, una commissione istituita da Onda (guidata da Laura Pellegrini, direttore generale dello Spallanzani di Roma), ha analizzato e classificato, in base alla documentazione pervenuta, 115 candidature di ospedali italiani, premiandone 96, contro i 44 dello scorso anno.

Tre bollini rosa sono andati a 24 ospedali, due bollini a 27 e un solo bollino a 45 centri. I risultati sono dunque confortanti: non solo le candidature sono, come detto, in aumento, ma 21 centri hanno chiesto e ottenuto un aumento del numero di bollini rispetto all'anno precedente. Inoltre tende a chiudersi la forbice tra Nord e Sud tanto evidente nella precedente edizione del premio, svelando eccellenze anche in piccoli centri, questo a chiaro vantaggio di tutte quelle donne che hanno dovuto affrontare un ricovero. Proprio pensando a loro, la commissione di Onda ha identificato i requisiti per l'assegnazione dei bollini. Tra questi la presenza di un punto di nascita efficiente e confortevole, perché con 600 mila nascite all'anno il parto è il motivo più frequente di ricovero, ma anche l'attenzione alle malattie di genere, la disponibilità di servizi dedicati alle donne ricoverate, la presenza femminile in posizioni apicali e la produzione di pubblicazioni scientifiche su patologie femminili.

Il modello Women's hospitals

“Già lo scorso anno – ha spiegato Francesca Merzagora, presidente di Onda – abbiamo coinvolto gli ospedali italiani nel progetto *Ospedale-donna* chiedendo la segnalazione delle strutture più simili al modello anglosassone dei *Women's hospitals*, centri organizzati per le diversità di genere, diffusi soprattutto negli Stati Uniti e in grado di farsi carico a tutto tondo della salute della donna. I risultati emersi sono promettenti perché svelano eccellenze, talvolta nascoste



nei centri più piccoli, e incentivano gli altri ospedali ad adeguarsi. L'elenco di tutte le strutture è stato raccolto in una guida che ha l'obiettivo di offrire alle donne uno strumento informativo in grado di orientare in modo consapevole nella scelta dei luoghi di cura”. Per Francesca Martini, sottosegretario al Welfare è da considerare un “fattore essenziale di qualità la capacità degli ospedali di accogliere le donne nei momenti più delicati della loro vita con capacità professionali e tecnologiche di eccellenza senza dimenticare come l'umanizzazione delle cure sia fattore strategico per fare la differenza anche su questo tema”.

Walter Ricciardi, ordinario

di Igiene dell'Università Cattolica di Roma, ha spiegato i criteri di assegnazione: “gli ospedali premiati sono quelli che accolgono e curano bene la donna, ma solo quando c'è la necessità di un ricovero. Esistono, infatti, importanti differenze regionali nell'appropriatezza delle cure ovvero nel fornire il trattamento più adatto a ogni singolo caso: a Sud la degenza media è più breve, ma i tassi di ospedalizzazione sono più elevati, e questo è vero soprattutto per il sesso femminile. In altre parole, al Sud le donne sono ricoverate più facilmente per patologie come l'ipertensione arteriosa, il diabete, la cataratta, le vene varicose, tutte condizioni che dovrebbero essere trattate fuori dall'ospedale o in Day Hospital. I dati dei ricoveri in Italia ci aiutano anche a capire anche quali sono le maggiori necessità delle donne in tema di assistenza. Una su tutte: la presenza di un punto nascita efficiente e confortevole. Con 600mila nascite registrate ogni anno, il parto è tuttora la prima causa di ricovero ospedaliero. Pertanto è opportuno che le strutture attente alle esigenze femminili dedichino una speciale cura nell'assistenza della donna in questo particolare momento della sua vita”.

Riabilitazione e lungodegenza

Per il futuro la valutazione riguarderà non soltanto gli ospedali per ricoveri acuti, ma anche quelli dedicati alla riabilitazione o alla lungodegenza considerato che in età avanzata il numero di donne che hanno necessità di assistenza riabilitativa in ospedale è circa una volta e mezzo quello degli uomini. Anche per questo il progetto Ospedale-donna prosegue. “Il nostro obiettivo – ha concluso Francesca Merzagora – è delineare un percorso di miglioramento nei processi di cura: le strutture già sentite infatti, verranno seguite nel tempo dalla nostra Commissione. Sono infatti previste delle ‘site visit’ scegliendo a sorte le strutture da controllare. Siamo convinti che l'ospedale per le donne non sia un traguardo irraggiungibile. Il convegno programmato a Milano (20/21 novembre) dal titolo “Donne e Ospedale: una realtà da migliorare” va in questa direzione, con l'intento di aprire un confronto e un dialogo tra le varie strutture ospedaliere sensibili alle esigenze delle donne ricoverate”. L'elenco completo dei 96 ospedali è disponibile sul sito internet www.ondaosservatorio.it

I criteri di attribuzione dei bollini rosa

- **1 BOLLINO ROSA** reparto per patologie femminili specifiche, applicazione del Lea con particolare riferimento all'appropriatezza delle prestazioni, accreditamento e certificazione per i requisiti alberghieri e strutturali
- **2 BOLLINI ROSA** requisiti per ottenere 1 bollino rosa + pubblicazioni scientifiche sulle patologie femminili e Comitato etico con almeno tre componenti femminili
- **3 BOLLINI ROSA** requisiti per ottenere 2 bollini rosa + donne in posizioni apicali (direttore generale, direttore sanitario, direttore scientifico, direttore dipartimento, direttore di unità operative complesse), personale infermieristico prevalentemente femminile, caratteristiche multietniche (cucina non tradizionale occidentale e documentazione informativa multilingua), centralità della paziente e struttura a misura di donna sotto il profilo architettonico.

Il prossimo bando per l'assegnazione dei nuovi bollini 2009 sarà on line sul sito dell'organizzazione (www.ondaosservatorio.it) dal prossimo 16 novembre. I criteri di attribuzione dei bollini saranno rivisitati e sarà estesa la possibilità di presentare la propria candidatura agli ospedali di lingua italiana, per premiare anche realtà al di fuori del territorio nazionale. Dei 115 ospedali che hanno chiesto di essere valutati il 90% sono ospedali pubblici mentre il restante 10% sono strutture private accreditate. Il 52% delle candidature è pervenuto dal Nord, il 22% dal Centro e il 26% dal Sud ed Isole. Solo la Valle D'Aosta è la Regione dove non ci sono ospedali che hanno presentato domanda, la Lombardia è invece la Regione con la maggior presenza di strutture che hanno richiesto la valutazione (26%), ma anche Regioni più piccole come il Molise, la Basilicata e l'Abruzzo sono bene rappresentate. Interessante è sottolineare che molte strutture premiate lo scorso anno con uno o due bollini hanno ripresentato la propria candidatura per ottenere un upgrading (si parla di ben 21 ospedali su una sessantina premiati lo scorso anno). Purtroppo 19 strutture, il 17% del totale, non hanno potuto essere valutate per mancanza di elementi sufficienti.

Le proposte dei professionisti ospedalieri di Giorgio Vittori*

Ginecologia, altolà all'abbattimento tariffario

Stiamo assistendo da alcuni anni, da parte delle Regioni e dello Stato, ad un costante e consistente tentativo di controllo – condivisibile – dei costi della sanità. È un processo che sta interessando pressoché tutti i paesi occidentali, anche se va comunque sottolineato che in Italia la spesa sanitaria costituisce comunque meno dell'8% del Pil, mentre in Usa supera il 20%. Tra le manovre correttive per la riduzione dei costi troviamo: la promozione di interventi chirurgici a degenza abbreviata (day surgery), l'attivazione di "filtri" e parametri di controllo (linee guida e i cosiddetti protocolli terapeutici) per il miglioramento di efficienza delle strutture sanitarie.

Non crediamo che vada nella stessa direzione auspicata (aumento della qualità e dell'efficienza delle prestazioni sanitarie), la strategia basata su manovre di "abbattimento", anche fino al 20%, del rimborso dei Drg alle strutture sanitarie per le prestazioni ostetriche e ginecologiche. Nella Regione Lazio, ad esempio, dopo il 22 marzo 2006, un intervento sulla colecisti vale più di un intervento sull'ovaio e un intervento sul colon vale più di un complesso intervento sull'utero effettuato allo scopo di conservare la fertilità. Da presidente della Sigo mi preme sottolineare che in questo modo si rischia di penalizzare e rendere problematica l'effettuazione di alcune attività della ostetricia e della ginecologia, considerate nei fatti la "Cenerentola" del Sistema sanitario nazionale, anche se effettua da sola ben il 12% di tutta l'attività sanitaria nazionale annuale, con evidente interesse sociale, scientifico, gestionale ed economico. L'origine di questa "distorsione" è proprio aver preso il peso medio del Drg quale strumento per "controllare" i rimborsi alle strutture sanitarie. Un uso che mi sento di definire "improprio" considerando che i Drg sono stati "importati" dagli Stati Uniti dove erano stati introdotti con l'obiettivo di misurare il consumo medio di risorse economiche di una determinata prestazione sanitaria e non, come avviene in Italia,

■ **Nessun abbattimento dei rimborsi relativi ai Drg ginecologici e ostetrici, rivalutazione del peso medio dei Drg ostetrico-ginecologici, costituzione di una commissione mista per identificare i problemi e concordare soluzioni, valorizzazione delle prestazioni dedicate alla gravidanza e alla conservazione dell'integrità genitale femminile. Ecco le proposte della Sigo per riequilibrare il sistema di rimborso dei Drg riguardo alle prestazioni in campo ostetrico-ginecologico, illustrate dal presidente Vittori in questo articolo apparso su il Sole24Ore Sanità**



per essere il riferimento dei manager di sanità per i rimborsi alle strutture sanitarie.

Ma in questo contesto già di per sé preoccupante e confuso c'è un ulteriore elemento di allarme. I Drg, secondo i criteri metodologici indicati dal ministero della Salute, contemplan differenziati sorgenti di costi. Poiché non è ipotizzabile che l'abbattibilità possa riguardare la componente dei costi che è relativa alle retribuzioni (incomprimibili) del personale sanitario (e che sviluppa circa il 75-80% della spesa totale) si può immaginare di operare la riduzione solo sulla componente residua (20-25%) che corrisponde ai costi dei presidi sanitari, delle attrezzature, dei farmaci e dell'eventuale ricorso alla terapia intensiva. Le conseguenze di tali decisioni possono condurre a scarsa disponibilità di tecnologia, a mancati o scarsi investi-

menti in attrezzature aggiornate ed adeguate, a scarsa o assente disponibilità di presidi sanitari, di farmaci, di diagnostica per immagini e di laboratorio e, in ogni caso, a modeste risorse per la prestazione sanitaria e quindi per il paziente. Non è chiaro come sia possibile introdurre e perseguire la filosofia di "Controllo e miglioramento della qualità" delle prestazioni sanitarie, contemporaneamente diminuendo proprio le risorse allocate alla effettuazione delle stesse. La cosa sarebbe logicamente inaccettabile in qualunque ambito medico, ma diventa ancora più critica in un'area quale quella ostetrico-ginecologica per le peculiari caratteristiche di interesse sociale, oltre che sanitario. Basti pensare agli interventi di competenza ginecologica attinenti la preservazione e mantenimento della fertilità, la terapia della infertilità, l'assistenza al parto oltre ad altri settori caratterizzati in percentuale significativa da emergenza chirurgica, come la stessa gravidanza normale e naturalmente patologica, o la prevenzione e il trattamento delle malattie sessualmente trasmesse. Peraltro, un diminuito rimborso delle strutture sanitarie e conseguente limitazione dei presidi sanitari a disposizione e/o di sala operatoria potrebbe costringere il ginecologo ad effettuare prestazioni potenzialmente non appropriate o limitate esponendo medico e paziente (anche il feto) a rischi non affrontabili né prevedibili. Tutto ciò aumenterebbe significativamente i già alti rischi medicolegali legati alla inadeguatezza

Disincentivare il "lavoro a cottimo"

■ **Dopo la vicenda della casa di cura Santa Rita di Milano, si riapre il dibattito sul sistema dei controlli e dei Drg**

"Clinica degli orrori": era questa la locuzione che più frequentemente ricorreva nei titoli dei mass media nei giorni in cui – era la prima metà dello scorso giugno – veniva alla luce la vicenda della casa di cura Santa Rita di Milano. Per quel che se ne sapeva, infatti, in quella clinica sarebbero accadute cose inenarrabili, tanto da portare all'arresto di quattordici persone, tra le quali tredici medici, con accuse molto pesanti come lesioni gravissime, truffa ai danni del Servizio

sanitario nazionale, falso. Per qualcuno c'era anche l'omicidio aggravato da crudeltà, ma poi quest'accusa è caduta poiché il tribunale del riesame ha stabilito che non era stato dimostrato il nesso causale tra gli interventi chirurgici e la morte di alcuni pazienti. Fatto è che le cronache si sono dovute nuovamente occupare dell'ennesimo scandalo della sanità italiana nella quale le proverbiali poche (se ne trovano sempre, però...) "mele marce" gettano discredito sull'intero sistema e sui professionisti onesti che vi operano. Uno tra gli aspetti maggiormente sottolineati nelle cronache di quei giorni, peraltro, è stato – insieme con quello,

scontato, della crisi dell'etica e della deontologia professionali – quello del meccanismo che ha involontariamente consentito l'instaurarsi e il diffondersi del "marciume": il rimborso delle prestazioni con il sistema dei Drg e il conseguente fenomeno perverso dei "medici a cottimo". Nato ormai un quarto di secolo fa negli Stati Uniti (cioè in un sistema sanitario del tutto diverso) e "importato" nel nostro Paese quasi dieci anni dopo, nel corso del tempo ha subito modifiche e integrazioni per cercare di renderlo il più efficace possibile rispetto allo scopo dichiarato per il quale era stato adottato, vale a dire quello di controllare la spesa per le prestazioni erogate da una determinata struttura sanitaria. La vicenda della casa di cura Santa Rita ha dunque riaperto il dibattito sul sistema dei controlli e, per esempio, il

sottosegretario Francesca Martini ha dichiarato in proposito di essere "assolutamente dell'idea che bisogna potenziare i controlli e trovare nuovi sistemi"; e poi "non possiamo pensare – ha aggiunto – che il Drg esaurisca il principio della presa in carico del paziente che sennò diventa una somma di Drg: un paziente non può essere una somma di quanto è costata la sua degenza". Dal canto suo, il sottosegretario al Welfare, Ferruccio Fazio, in un'informativa alla Camera sul caso, ha sostenuto che la vicenda della Santa Rita ha messo in evidenza "il rischio etico di un sistema incontrollato che consente ai medici di lavorare per quantità e non per qualità di prestazione". Fazio ha annunciato quindi che il Governo intende costruire, di concerto tra lo Stato e le Regioni, un sistema di controllo

IL CORSIVO

di Carlo Sbiroli

C'è una questione economica in corsia



La storia dei Drg nella sanità italiana è un po' la storia di questo Paese, e non in senso buono. È una storia amara che inizia con buoni propositi, ma finisce con lo sfilacciarsi e ottenere risultati opposti a quelli che erano gli obiettivi iniziali. È una storia che si sviluppa principalmente tra errori manageriali e incapacità politica. È la vicenda di un sistema che da tempo si è arreso alle logiche dei bilanci e sempre meno a quello che dovrebbe costituire il suo obiettivo primario: la salute dei pazienti. Giorgio Vittori, nel suo articolo pubblicato sul "Sole 24 ore" del 18 giugno u.s. e che vi proponiamo qui a fianco, sottolinea l'inadeguatezza del sistema-Drg, che è vissuto ormai dalla classe medica più come un problema che come una opportunità. Appare come un sofisticato marchingegno messo a punto da burocrati poco esperti per rincorrere un ipotetico risparmio che all'atto pratico non si è realizzato, ma che ha fatto risaltare in modo evidente la incapacità da parte di manager di fare scelte oculate. Si è preferito sempre, per totale assenza di coraggio o per calcolo elettorale, privilegiare la quotidianità, rincorrere i problemi dei bilanci aziendali quasi sempre in rosso, e soprattutto si è evitato costantemente il coinvolgimento della classe medica quando si è trattato di programmare seriamente gli obiettivi sanitari della struttura ospedaliera. La mancanza di fondi, la particolare congiuntura economica che attraversa il Paese sono tempestivamente tirate in ballo ed esibite tutte le volte che si parla di questo insuccesso. Siamo consapevoli di questi problemi. Li sentiamo ripetere da diversi anni. Giorgio Vittori non tiene conto di queste difficoltà. Capovolge i termini della questione e affronta il

Un'operazione di riequilibrio nel sistema dei rimborsi per tipo di malattia è improcrastinabile. Non si riesce davvero a capire perché "un intervento sulla colecisti vale più di un intervento sull'ovaio e un intervento sul colon vale più di un complesso intervento sull'utero"

problema dal versante dell'equità del sistema dei rimborsi per tipo di malattia. Non si riesce a capire perché "un intervento sulla colecisti vale più di un intervento sull'ovaio e un intervento sul colon vale più di un complesso intervento sull'utero". Posta in questi termini, la questione appare importante perché se si accetta questa logica di "un peso due misure", se si dà un prezzo differente come si fa con la verdura al mercato, allora c'è il rischio reale che "gli ospedali, come dice Veronesi, trattino i pazienti più sulla base della convenienza economica che su quella che serve per garantire la guarigione". A questo si deve aggiungere il frequente "abbattimento" (fino al 20%)

del rimborso dei Drg alle strutture sanitarie per le prestazioni ostetriche e ginecologiche, come se appartenessero a una categoria inferiore. In una situazione di questo tipo il settore delle malattie ginecologiche corre il rischio di slittare inevitabilmente verso un impoverimento clinico-culturale, diventando la "Cenerentola" delle specializzazioni, e di essere assorbita pian piano dalla chirurgia addominale. In Europa c'è un eccesso di consumo sanitario misurabile tra il 20 e 40%, e l'Italia è sicuramente uno dei paesi più virtuosi da questo punto di vista. Va anche detto che il sistema-Drg, nato nel '92 sostituendo i vecchi rimborsi a pie' di lista, non è né fallito né è da buttare. È sicuramente uno strumento utile per misurare quello che si fa e "capire chi lo fa bene e chi lo fa male". In questo sistema però è diventato improcrastinabile eseguire un'operazione di riequilibrio, perché si otterrebbe anzitutto un notevole miglioramento della qualità dell'assistenza, sia in campo ostetrico che ginecologico. Si eliminerebbe inoltre il sospetto strisciante, ma che si fa sempre più insistente a livello politico e manageriale, che l'incremento dei tagli cesarei in Italia sia strettamente legato ad un maggior guadagno. "Una nascita naturale senza complicazione (La Repubblica di venerdì 13 giugno 2008) rende all'Ospedale 1.489 euro più 307 euro per giorno di ricovero. Il cesareo vale quasi mille euro in più (2.359,69) e più del doppio (3.371) in caso di complicazioni". L'articolista conclude: "i parti cesarei nel nostro Paese oggi, potenza del Dio denaro, sono il 38% del totale, contro la media europea del 15%". Se un parto, indipendentemente dalle modalità con cui si svolge, fosse pagato adeguatamente, queste polemiche verrebbero meno. Intendiamoci, il nostro Paese non è il solo ad avere questi problemi. La differenza con le altre nazioni sta nel fatto che al di fuori dei nostri confini i manager e i politici ascoltano e valutano con attenzione le proposte che vengono dal mondo medico. Questo richiede volontà e impegno da parte dei medici. Voglia di riappropriarsi di un ruolo centrale nella gestione della Sanità. In quest'ottica l'articolo di Giorgio Vittori, quale presidente di una società scientifica (Sigo), riveste una notevole importanza perché dà un segnale di cambiamento. Un salto di qualità del mondo medico. E, in particolare, l'aver pubblicato su un giornale a larga diffusione il disagio della ginecologia italiana significa avere la volontà di riprendere quel ruolo centrale a cui si faceva cenno prima. È importante però che a tutto questo corrisponda un'altrettanta volontà da parte della classe politica di una ripresa di colloquio. "Una classe politica, come dice Ignazio Marino, che non si preoccupi solo di occupare posizioni, ma di proporre innovazioni nell'organizzazione della società e progettare il futuro". Quanto è lunga e faticosa la strada per migliorare il Servizio sanitario nazionale.

Per le prestazioni ostetriche e ginecologiche l'abbattimento del rimborso dei Drg alle strutture sanitarie può arrivare anche fino al 20%

della prestazione, specie alla luce di una recente sentenza della Corte di Cassazione che afferma che il rapporto tra il medico e il paziente è assimilabile ad un contratto implicito tra cliente (il paziente) e prestatore di servizi (il medico), per cui al medico (e non alla struttura nella quale opera) compete la maggior parte della responsabilità etica, deontologica, professionale, medico-legale della prestazione. A questo si aggiunge – per aumentare la confusione – che alcuni ospedali sono finanziati a piè di lista e altri sono finanziati a Drg, tanto che per uno stesso intervento e per una medesima patologia un intervento può essere rimborsato dal Sistema sanitario pubblico 12.000 euro in una regione contro 6.600 euro in un'altra.

Cosa propone la Sigo

Di fronte a questa situazione la Sigo propone:

- che le istituzioni regionali e nazionali non adottino alcun abbattimento dei rimborsi relativi ai Drg ginecologici e ostetrici;
- di rivalutare il peso medio dei Drg ostetrico-ginecologici alla luce delle recenti evi-

- denze scientifiche e della esperienza nazionale, europea ed internazionale e, per evidenti ragioni di metodologia epidemiologica, di adottare criteri più omogenei per l'identificazione dei "pesi" dei Drg;
- di costituire una Commissione mista di studio, con rappresentanti delle istituzioni nazionali e regionali e della Sigo, con l'obiettivo di identificare i problemi e di concordare le relative soluzioni ottimali per quanto concerne: indicatori delle prestazioni; risorse umane ed economiche; obiettivi a breve, media e lunga scadenza; programmazione e incentivazione della strategia assistenziale e organizzativa per aumentare la percentuale delle prestazioni effettuate in regime di "day surgery";
- di valorizzare le prestazioni dedicate alla gravidanza, alla prevenzione e, in ambito chirurgico, le procedure dedicate alla conservazione della integrità genitale femminile. Non è possibile in Italia, dove l'età media al primo figlio è di 35 anni e il numero medio di figli per famiglia è uno, includere nello stesso Drg interventi demolitivi come l'asportazione dell'utero e conservativi come quelli per endometriosi, per fibromi uterini, per cisti ovariche o polipi. Credo che chiunque abbia buon senso possa condividere che queste richieste non rappresentano una "rivendicazione di categoria" ma nascono dall'esigenza di poter garantire ad ogni cittadino – e nel caso della ginecologia ad ogni donna, nel caso dell'ostetricia ad ogni donna/feto/neonato – una assistenza medica e sanitaria adeguata alle sue legittime aspettative.

* Presidente Società italiana ginecologia e ostetricia
www.sigo.it

di qualità che preveda un monitoraggio delle singole prestazioni e non solo la valutazione di standard. A questo scopo, ha precisato, sta già operando da settimane presso il ministero un gruppo di lavoro per implementare un sistema di informatizzazione per il controllo e la gestione delle procedure sanitarie in tutto il territorio nazionale. Neanche a farlo apposta, poi, nei giorni immediatamente successivi all'esplosione del caso milanese, si tenevano a Fiuggi il Consiglio nazionale della Fnomceo e la prima conferenza nazionale della professione medica organizzata dalla stessa Federazione. Cosicché, mentre in una nota l'organismo professionale scrive che "le nostre scuse vanno a questi cittadini che hanno ingiustamente sofferto il tradimento di obblighi deontologici e civili e stanno

nell'impegno tecnico-professionale e morale che oggi con forza riconfermiamo", il documento finale dell'incontro chiede alle autorità competenti di intervenire sulla materia adottando nuovi criteri per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private, con particolare attenzione alle risorse umane, al personale medico e alla dotazione organica. Tra l'altro la "dichiarazione di consenso" approvata a Fiuggi sottolinea l'importanza di inserire fra i requisiti di accreditamento quello che il personale, soprattutto medico, delle strutture pubbliche e private, abbia un unico rapporto di lavoro nell'ambito del sistema sanitario nazionale e che siano vietati i rapporti contrattuali "fondati su incentivi economici a prestazione".

Michele Musso

Rapporto CeDAP di Serena Donati*

Analisi dell'evento nascita attraverso il certificato di assistenza al parto

■ Il flusso informativo del certificato di assistenza al parto (CeDAP), che viene compilato in occasione di ogni nascita da parte dell'ostetrica o del medico che ha assistito il parto, è la più ricca fonte informativa sull'evento nascita disponibile a livello nazionale. Raccoglie difatti informazioni di carattere sanitario sulla gravidanza, sul parto e sul neonato come pure informazioni di carattere socio-demografico che consentono analisi epidemiologiche a livello nazionale e regionale, preziose per la programmazione sanitaria e il miglioramento della qualità dell'assistenza. La rilevazione effettuata nel 2005 copre il 92% dei parti e dei nati vivi rilevati attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (Sdo), perché non sono ancora disponibili i dati relativi alle Regioni Molise e Calabria.

Il rapporto CeDAP, realizzato dall'Ufficio di Direzione Statistica del ministero della Salute, è organizzato in 8 capitoli di cui riportiamo una sintesi dei principali risultati e un commento ad alcuni aspetti critici relativi all'appropriatezza dell'assistenza sanitaria, rispetto ad un evento di rilevanza sociale quale la nascita. Infatti, nonostante gran parte delle gravidanze e delle nascite rappresentino eventi fisiologici, in Italia come in quasi tutti i paesi con sistemi sanitari sviluppati, si è assistito ad una progressiva medicalizzazione del percorso nascita che, oltre ad indurre un aumento dei costi, può causare un incremento del rischio di problemi iatrogeni e di ridotta qualità delle prestazioni sanitarie. Benché oggi le prove di efficacia necessarie a una pratica ostetrica basata sulle evidenze siano disponibili e accessibili, le modalità di assistenza perinatale variano ancora molto da paese a paese e, all'interno dei singoli paesi, da istituzione a istituzione e spes-

so da professionista a professionista. Questa ampia variabilità non trova giustificazione in termini di indicazioni mediche e riguarda sia le procedure ad alto costo, sia quelle a basso costo, il che non può essere spiegato con differenze nelle risorse disponibili. Il gap tra l'evidenza e la pratica è grande, la disseminazione passiva dei risultati della ricerca non è stata in grado di modificare le linee di condotta e le pratiche cliniche, la comunicazione tra clinici ed epidemiologi rimane difficile e le linee guida e le raccomandazioni hanno ancora un impatto debole. Occorre quindi un grande sforzo collettivo perché la pratica clinica rispecchi, in maniera appropriata e tempestiva, quanto raccomandato dalle prove di efficacia al fine di assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi sanitari.

Le caratteristiche delle madri

Il rapporto CeDAP riguardante la rilevazione 2005, nel paragrafo relativo alle caratteristiche delle madri, riporta a livello nazionale un 14% di parti espletati da madri di cittadinanza non italiana. Le aree geografiche di provenienza delle madri di cittadinanza straniera sono in ordine di frequenza: l'Europa dell'Est (41%), l'Africa (25%), l'Asia (16%) e il Sud America (10%). La giovane età della popolazione immigrata e il suo modello di fecondità tende ad anticipare l'età media al parto, che è pari a 29 anni tra le donne straniere rispetto ai 32 anni delle donne italiane. La stabilizzazione del fenomeno migratorio avvenuta nel nostro Paese, e il conseguente incremento nel ricorso ai servizi per l'assistenza al percorso nascita da parte delle donne di cittadinanza straniera, richiede una sensibilizzazione dei professionisti sanitari circa il maggior rischio di esiti sfavorevoli per la madre e il neonato (parto pretermine, basso peso alla nascita, maggiore natimortalità e mortalità neonatale precoce) nelle diverse etnie di provenienza in modo da favorire un'appropriatezza sorveglianza delle gravidanze a rischio.

GRAFICO 1 Distribuzione regionale della percentuale dei parti cesarei sul totale dei parti - 2005

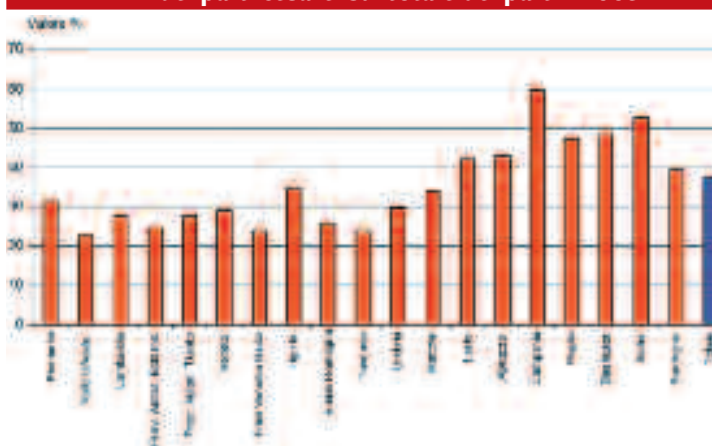
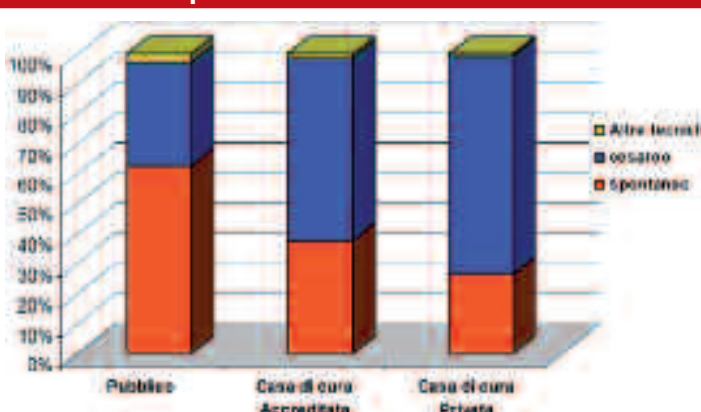


GRAFICO 2 Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto e la struttura dove esso avviene



La gravidanza

Il paragrafo relativo alla gravidanza analizza, quale indicatore di inappropriata assistenza prenatale, la percentuale di donne che sono ricorse alla prima visita di controllo oltre la 12esima settimana di gestazione, evento che nel 2005 ha riguardato il 5% delle donne italiane e il 19% di quelle straniere. Le categorie a rischio di effettuare controlli tardivi sono risultate le donne con scolarità bassa (12%) e le più giovani (18% per le donne <20 anni, tabella 1).

Nello stesso paragrafo viene riportato il numero di esami ecografici effettuati in gravidanza. A fronte delle 3 ecografie offerte gratuitamente dal Sistema sanitario nazionale, il 74% delle donne ne ha effettuate più di 3, in media 4.3, con notevole variabilità regionale (3.9 nella P.A. di Trento e 6.3 nella Regione Liguria). Il numero di ecografie effettuate non varia in funzione del

decorso fisiologico o patologico della gravidanza e rappresenta un chiaro esempio di eccessiva medicalizzazione dell'assistenza prenatale specie se confrontato con le raccomandazioni internazionali che prevedono una o, al massimo, due ecografie in gravidanza.

Il parto

Il paragrafo relativo al parto riporta che oltre l'88% dei parti è avvenuto in Istituti di cura pubblici, il 12% nelle case di cura e lo 0.2% a domicilio. Su un totale di 560 punti nascita distribuiti sull'intero territorio nazionale, 195 (pari all'11%) assistono meno di 500 parti annui. La proporzione di punti nascita con <500 parti annui è maggiore nelle strutture private (58%) rispetto alle pubbliche (8%) mentre le strutture che assistono oltre 1000 parti annui rappresentano il 68% del pubblico contro il 12% del privato.

Troppi tagli cesarei

L'Italia detiene oggi il primato per numero di parti mediante taglio cesareo (Tc), saliti dall'11% nel 1980 al 28% nel 1996 e al 37% nel 2005. Oltre all'aumento assoluto nel tempo, la percentuale di Tc presenta anche importanti differenze per area geografica. Tutte le regioni meridionali riportano valori nettamente al di sopra della media nazionale (60% in Campania e 53% in Sicilia) mentre alcune regioni del centro-nord si collocano, nello stesso anno in linea con quanto raccomandato e al di sotto della media nazionale (22% in Valle d'Aosta, 24% in Friuli Venezia Giulia, Toscana e P.A. di Bolzano, grafico 1).

Si rilevano anche differenze interregionali tra punti nascita di diversa tipologia amministrativa e volume di attività, con percentuali di Tc nettamente superiori alla media nazionale, nei reparti con basso numero di parti e nelle strutture private. Benché le gravidanze a rischio tendano a concentrarsi nei punti nascita pubblici di terzo livello, nel nostro paese si registra una frequenza maggiore di parto mediante taglio cesareo nei punti nascita privati (60% nelle case di cura private accreditate e 73% in quelle non accreditate) rispetto a quelli pubblici (34%). Nei punti nascita con <500 parti annui la percentuale di Tc è pari al 50% (61% nel privato accreditato e 73% nel non accreditato, grafico 2).

Non vi sono evidenze che il maggiore ricorso alla pratica chirurgica sia in qualche modo associato a fattori di rischio materno-fetali, né tanto meno a miglioramenti significativi degli esiti perinatali. Al contrario, i dati disponibili evidenziano che la mortalità perinatale è più alta nelle regioni meridionali, dove più elevata è la percentuale di Tc. Tale spiccata variabilità sembra essere un indizio di comportamento clinico-assistenziale non appropriato, riconducibile a una molteplicità di fattori indipendenti dalle condizioni di necessità clinica: carenze strutturali e organizzative, aspetti culturali che assimilano il Tc a una modalità elettiva di nascita, scarsa competenza del personale sanitario nel gestire la fisiologia (ostetricia difensiva). Sulla base di tali considerazioni, appare necessario promuovere interventi di sanità pubblica finalizzati al contenimento del fenomeno e alla diffusione di pratiche cliniche di comprovata efficacia e appropriatezza. A tal fine, è indispensabile adottare un approccio complessivo al problema, che riguardi non solo la moda-

lità del parto, quanto piuttosto l'intero percorso nascita di cui il parto rappresenta l'evento culminante.

Come contrastare la crescente medicalizzazione

La complessità del fenomeno considerato richiede inoltre una strategia molteplice di intervento, in grado di coniugare misure di programmazione sanitaria finalizzate all'incentivazione delle buone pratiche e al contenimento degli eccessi, con iniziative educazionali e formative volte a cambiare l'atteggiamento degli operatori sanitari e delle donne rispetto all'uso del Tc. In questa prospettiva, va anche considerata l'opportunità di valorizzare il ruolo dei vari professionisti nell'assistenza alla gravidanza e al parto, in particolare quello delle ostetriche, anche attraverso l'implementazione di percorsi alternativi per la gravidanza/parto fisiologico rispetto al percorso per gravidanza "a rischio". Questo permetterebbe di contrastare la crescente medicalizzazione dell'assistenza alla gravidanza fisiologica, promuovendo nel contempo processi virtuosi

TABELLA 1 Visite di controllo in gravidanza secondo la cittadinanza, il titolo di studio, l'età e lo stato civile della madre

		nessuna visita (%)	1 ^a visita oltre la 12 ^a settimana (%)
Cittadinanza Non indicato/errato:		12,7	5,8
	Italiana	0,5	4,6
	Straniera	2,5	18,6
TITOLO DI STUDIO DELLA MADRE Non indicato/errato:		15,1	7,9
	LAUREA/DIPLOMA UNIV.	0,5	4,2
	DIPLOMA SUPERIORE	0,5	5,1
	MEDIA INFERIORE	0,8	8,6
	ELEMENTARE O NESSUN TITOLO	3,4	12,5
Età della madre Non indicato/errato:		12,9	6,0
	< 20	3,2	17,8
	20 - 29	1,0	8,9
	30 - 39	0,6	5,0
	40 +	0,7	5,5
Stato civile della madre Non indicato/errato:		14,4	17,6
	Coniugata	0,6	6,4
	Nubile	1,3	9,1
	Separata	0,9	7,1
	Divorziata	0,5	7,1
	Vedova	1,0	6,7

si di "umanizzazione" dell'assistenza e di miglioramento complessivo della qualità. A tal fine l'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida (Snlg), insieme al-

la Direzione generale della Prevenzione sanitaria del ministero della Salute, hanno proposto un "Piano nazionale per la promozione dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel per-

corso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" che si articola in tre linee di attività complementari e sinergiche, da avviare in modo simultaneo: a) misure di politica sanitaria finalizzate al

contenimento del fenomeno; b) elaborazione/disseminazione di raccomandazioni sul Tc; c) programma di implementazione delle raccomandazioni a livello locale. Il Piano nazionale nasce da due considerazioni principali. La prima è che il problema rappresentato dall'eccesso di Tc in Italia non può essere affrontato isolatamente, ma all'interno di un tentativo più vasto di riqualificazione e umanizzazione dell'assistenza alla gravidanza e al parto. Per tale ragione, accanto a misure precipuamente rivolte al contenimento dei cesarei, sono previsti nel Piano interventi di ri-programmazione dell'offerta, di de-medicalizzazione della gravidanza, di potenziamento dei consultori e di valorizzazione del ruolo delle ostetriche nell'assistenza al percorso nascita. La seconda considerazione è che si possono nutrire aspettative in merito alla possibilità di contenere il fenomeno, solo se si affronta il problema in modo non frammentario, da diverse angolazioni, attraverso interventi multipli, condotti simultaneamente da svariati attori istituzionali e professionali, ai diversi livelli del Ssn e, soprattutto, facendo leva sulle motivazioni profonde degli operatori e sulla consapevolezza delle donne. **Y**

* *Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva CNESPS Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Sangue cordonale: il caso resta aperto

■ In Italia esistono 18 banche pubbliche per la raccolta di campioni di sangue cordonale, però la maggior parte delle persone preferiscono pagare e far conservare quelle cellule staminali all'estero, presso biobanche straniere private, là dove è consentita la conservazione per uso autologo. Infatti secondo i dati ISTAT 2006, su 560.010 nascite, lo 0,46% ha deciso di donare il sangue del cordone ombelicale per uso eterologo, mentre l'1% ha deciso di portare le staminali in banche estere, non essendoci ad oggi la possibilità in Italia di conservare per sé il cordone ed essendo vietate le banche private. Ancora, nel 2007 è rimasto inutilizzato oltre il 98% dei campioni di sangue, derivanti dalle 570 mila nascite. Questo a causa di una normativa "poco chiara" in materia come è stato sottolineato nel corso di un convegno organizzato a Roma da Assobiobanche (l'organizzazione che riunisce le biobanche private specializzate per la raccolta delle staminali da cordone) dal titolo "Verso la rete di biobanche pubbliche e private". Luca Marini, presidente di Assobiobanche, ha ribadito le sue perplessità sul tema della conservazione del sangue cordonale. Secondo il suo parere, infatti, attualmente l'assetto normativo italiano

Nel nostro Paese è vietato conservare, presso strutture private, il sangue prelevato dal cordone ombelicale dei neonati per fini autologhi. È però possibile conservarlo all'estero. Questa contraddizione è stata al centro del convegno organizzato da Assobiobanche che ha inteso anche fare il punto della situazione su questo tema spinoso

"è contraddittorio e poco chiaro visto che vieta la conservazione del cordone per uso autologo ma la consente all'estero". "Non è comprensibile la ratio di un'ordinanza che vieta di fare in Italia ciò che permette espressamente di fare all'estero. E ciò, si badi, al di là dell'incertezza scientifica circa l'utilità della conservazione a fini autologhi delle cellule staminali cordonali". Marini ha poi aggiunto: "La normativa di settore è inadeguata, in termini formali e sostanziali. La complessità della materia esige uno strumento giuridico strutturato e non una semplice ordinanza ministeriale: ma, finora, tutte le offerte di collaborazione che Assobiobanche ha rivolto al Governo, proprio allo scopo di individuare nuovi e più adeguati assetti normativi, sono rimaste senza risposta". Inoltre, ha

spiegato Marini: "bisogna ricordare che la costituzione della rete di biobanche pubbliche e private è un preciso dettato legislativo, che deve essere attuato, il monopolio pubblico che vige di fatto in questa materia viola la normativa comunitaria relativa alla concorrenza e alla libera circolazione dei servizi, con l'inevitabile conseguenza di esporre il Governo alle procedure d'infrazione da parte delle istituzioni comunitarie". Marini ha poi concluso: "Non bisogna infine dimenticare che le biobanche private hanno una dimensione scientifica, imprenditoriale ed occupazionale che ricercherà le necessarie tutele nelle sedi nazionale e comunitaria". Il convegno - organizzato prima della scadenza, prevista per il 30 giugno, dell'ordinanza dell'ex ministro della Salute Livia Turco che vieta di istituire biobanche private per la raccolta e la conservazione del sangue cordonale, ma anche prima della scadenza (sempre il 30 giugno) del Decreto Milleproroghe che dispone "la raccolta autologa, la conservazione e lo stoccaggio delle staminali cordonali da parte di strutture pubbliche e private" - ha cercato di sollecitare una risposta in tempi brevi da parte del ministro del Welfare, Maurizio Sacconi, ma il tentativo è caduto nel vuoto poiché l'ordinanza è stata prorogata fino al 28 febbraio 2009. La motivazione della proroga, secondo quanto recita una nota del ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali è da ricer-

carsi "nelle elezioni anticipate e nell'insediamento del nuovo Governo che hanno inevitabilmente creato ritardi in alcune fasi essenziali per il completamento delle procedure da seguire per la creazione di questa rete".

Al momento dunque la decisione è rimandata

Resta però il fatto che le 18 biobanche pubbliche italiane specializzate nella raccolta e conservazione del sangue da cordone ombelicale sono strutture il cui livello "è riconosciuto all'estero, visto che il nostro Paese, rispetto al numero di cellule staminali cordonali conservate, è quello che riceve il maggior numero di richieste, anche da fuori". A dirlo è stato Alessandro Nanni Costa, direttore del Centro nazionale trapianti (Cnt) anche lui intervenuto al convegno organizzato da Assobiobanche. Nella donazione dei tessuti in generale l'Italia "riveste un ruolo di primo piano a livello internazionale, come dimostrano i 12 mila trapianti di tessuti che facciamo ogni anno - ha continuato Nanni Costa. Attualmente ci sono 30 biobanche pubbliche di cornee, ossa, pelle, tessuti vascolari e membrana amniotica. Accanto a queste ci sono 100 centri pubblici per la raccolta di cellule staminali emopoietiche da midollo osseo, grazie a cui si fanno 80 trapianti l'anno. Per quel che riguarda le banche private e la conservazione per uso autologo, nutro alcune perplessità. Non vi sono, in-

fatti, allo stato attuale, pubblicazioni scientifiche importanti su applicazioni di staminali cordonali autologhe che non siano emopoietiche". "A livello internazionale un terzo dei trapianti avviene tra consanguinei, vale a dire a livello familiare - ha spiegato una nota di Irene Martini, direttore scientifico di SmartBank, biobanca delle cellule staminali. Dunque le evidenze scientifiche ci sono eccome per sostenere che la conservazione privata ad uso familiare ha un suo indiscusso valore medico scientifico. Questo tralasciando considerazioni seppur importanti sul dato giuridico del diritto soggettivo a decidere cosa fare del cordone ombelicale e del suo prezioso contenuto biologico. Sebbene il reitero dell'ordinanza che vieta le banche private in Italia ma ne consente l'operatività per esportare all'estero continua a garantire un servizio anche alle famiglie italiane, prima o poi, anche l'Italia dovrà adeguarsi ad altri paesi europei e non e agli Stati Uniti dove, lo ricordo, dal 2007 si contano 10 mila trapianti con una percentuale di successo del 63% per uso familiare e del 28% per uso eterologo. Una percentuale di sicuro interesse che attesta a più del doppio le possibilità di successo nell'uso intra-familiare delle staminali a scopo di trapianto rispetto all'uso eterologo. Così come la sinergia tra sistema pubblico e privato ha fatto crescere anche la cultura della donazione del cordone". S.S.

di **Sonia Baldi e Costante Donati Sarti** Progetto Menopausa Italia

Terapia ormonale sostitutiva: siamo veramente fermi al 2002?

La recente rianalisi dei dati del Women's Health Initiative (Whi) ha dimostrato come i rischi e benefici del singolo individuo, legati all'uso della Hormone Replacement Therapy (Hrt), si modificano in relazione alla sua età e al tempo di menopausa, evidenziando quelle che sono alcune criticità emergenti nei confronti della medicina basata sull'evidenza (Ebm). Questa nasce nel 1972 con la pubblicazione del trattato di Archie Cochrane "Effectiveness and Efficiency" segnando una pietra miliare nella storia della medicina moderna ed in particolare dei problemi dei servizi sanitari. Cochrane fu tra i primi

La Ebm, a proposito della terapia ormonale sostitutiva in menopausa, ha determinato conseguenze incontrovertibili e non modificabili, basandosi su uno studio, come il Whi, che parte da presupposti sbagliati

ad esporre il concetto che i servizi sanitari dovevano essere giudicati sulla base delle evidenze scientifiche piuttosto che su impressioni cliniche, sull'esperienza aneddotica, sulla opinione di esperti o sulla tradizione. La medicina basata sull'evidenza è considerata come l'uso coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze al momento disponibili per prendere una decisione sulla cura del paziente. Tale attività richiede la capacità di integrare l'esperienza clinica individuale con la migliore evidenza proveniente dalla ricerca clinica. È proprio l'esperienza clinico-pratica che soccombe alla medicina dell'evidenza che porta a domandarci se sia tutto chiaro per quanto riguarda l'Ebm, gold standard di base per una pratica medica corretta. I benefici potenziali dell'Ebm sono numerosi e ben descritti, tuttavia recentemente alcuni dub-



bi e preoccupazioni sono stati da più parti espressi. Per quanto nessuno metta in discussione il valore della medicina basata sull'evidenza in campo scientifico e decisionale, la sua utilità cli-

nica sarà massima solo se i medici sapranno comprendere bene le differenze che esistono tra l'evidenza della ricerca, i suoi limiti e l'attenzione necessaria per il singolo individuo che ci tro-

viamo di fronte.

Non si può negare che spesso negli studi clinici randomizzati le popolazioni studiate hanno caratteristiche lontane da quelle dei pazienti in cura presso i

■ La terapia con estrogeni per alleviare i disturbi della menopausa ha cominciato ad essere utilizzata negli Stati Uniti negli anni '60. In quasi 50 anni si sono accumulate conoscenze importanti, ma ancora alcune zone d'ombra gravano su questa delicata fase della vita della donna che coincide con la perdita delle mestruazioni. Una delle controversie più dibattute è relativa al rischio cardiovascolare connesso con la terapia ormonale sostitutiva. Gli specialisti ne discutono ampiamente: negli ultimi mesi appuntamenti importanti hanno affrontato l'argomento, a partire dal **12° Congresso Mondiale della Menopausa** svoltosi dal 20 al 23 maggio a **Madrid** dove alcuni esperti italiani hanno lanciato un allarme sulle malattie cardiovascolari come prima causa di morte per le donne in menopausa. Il rischio di evento cardiaco letale potrebbe essere abbas-

sato – sottolineano gli esperti intervenuti a Madrid – con uno stile di vita sano, attività fisica, dieta corretta, niente fumo, ma anche con l'ausilio di farmaci. Un'opinione che sembrerebbe poter essere smentita da alcuni studi svolti negli Usa che, al contrario, mostrerebbero un aumento del rischio cardiovascolare connesso con la Tos. **A Brindisi, al IX Congresso Sigite** del 18-21 giugno scorsi, è emerso che non tutte le donne sono uguali e quindi una risposta univoca non potrebbe che essere incompleta. La presenza o meno di altri fattori di rischio cardiovascolare costituisce una variabile nient'affatto trascurabile: ecco perché, al momento di intraprendere una Tos, è importante anche creare una corretta comunicazione. Ma altrettanto importante, come suggeriscono in questo articolo Sonia Baldi e Costante Donati Sarti del **Progetto Menopau-**

sa Italia, è che i ginecologi ridiventino i protagonisti del dibattito sulla menopausa, passato in mano a un mondo medico ancorato su posizioni scientifiche ferme al 2002/03. Un dibattito che sappia accogliere nuove riflessioni, a partire dalla rianalisi di studi, ed evitare i sensazionalismi massmediatici che in questi anni hanno investito la terapia ormonale sostitutiva, dando risalto ai risultati negativi, pochi, rispetto ai tanti lavori positivi pubblicati. Di qui la limitata attenzione che sia il mondo scientifico sia la stampa hanno riservato a studi scientifici italiani, in primis ai dati del Progetto Menopausa Italia, a fronte del rilievo attribuito a iniziative di maggior impatto mediatico, come la conferenza di consenso "Quale informazione per la donna in menopausa sulla terapia ormonale sostitutiva?" svoltasi a Torino lo scorso maggio.

nostri ambulatori o ospedali per cui i dati ottenuti da questi studi, anche se ben condotti, possono non essere direttamente applicabili al singolo individuo. In genere le pazienti che partecipano a studi randomizzati hanno condizioni non standard, sono altamente selezionate, esistono differenze relative all'individuo (età, genere, morbidità, variabili biologiche) ed alla popolazione (genetiche, culturali, ambientali etc.) che possono interferire sul trasferimento di un dato dal generale al particolare. La randomizzazione comporta l'omogeneizzazione non solo della popolazione e dello studio, ma anche di alcuni importanti fattori clinici che vengono trascurati nella loro individualità: in tal modo il trial perde la sua validità per soggetti a minor rischio.

Infatti le nostre pazienti hanno caratteristiche che probabilmente per tipizzazione le rendono più vicine a quelle partecipanti a studi osservazionali come il Nurses Health Study, dove uno dei bias evidenziati era appunto il fatto che le donne che impiegano la Hrt sono proprio quelle più sane, più attente ai problemi della salute, che hanno un miglior stile di vita e quindi vanno incontro a un minor numero di eventi cardiovascolari.

Ma non sono proprio queste donne quelle a cui ci siamo sempre rivolti nella nostra pratica clinica? Quelle per cui il nostro

Non si può negare che negli studi clinici randomizzati le popolazioni studiate hanno spesso caratteristiche lontane da quelle dei pazienti in cura presso i nostri ambulatori o ospedali

intervento risulta veramente preventivo e per le quali abbiamo preso in considerazione l'uso della Hrt?

La Ebm non riesce a rispecchiare le varie sfaccettature della complessità clinica della gestione del profilo della donna in menopausa. Questo comporta identificazione del rischio e inquadramento clinico che condizionano la farmacocinetica e farmacodinamica, in relazione proprio ad una variabilità di risposta individuale legata anche all'impegno d'organo, evento tempo ed età.

La Ebm, a proposito della tera-

pia ormonale sostitutiva in menopausa, ha determinato conseguenze incontrovertibili e non modificabili basandosi su uno studio che parte da presupposti sbagliati, per cercare una dimostrazione estrema quale la Hrt nelle donne con patologia di 70-80 anni, ma che pur rimane uno studio unico difficilmente riproducibile per costi, durata e numero di pazienti. Tutto questo permette a coloro che sono sempre stati ostili ad ogni proposta di terapia ormonale di cavalcare il sensazionalismo mass-mediatico in cui fa molta notizia un risultato negativo rispetto ai tanti lavori positivi pubblicati, invece di interrogarsi sul perché gli studi mostrano così tante discrepanze. Perché la gestione di questo dibattito è sfuggita ai ginecologi ed è passata in mano ad un mondo medico che non prende in esame nuove considerazioni che nascano dalla rianalisi di studi, da un dibattito e da un nuovo fermento che anima il mondo della menopausa, rimanendo così fermi scientificamente al 2002-2003? È giusto che, ogni volta che esaminiamo una consensus americana, i risultati vengono interpretati in base alle aziende che hanno sostenuto l'iniziativa in un'ottica di conflitto di interesse e profitti economici? Ma seguendo questa logica, per proprietà transitiva, gli stessi criteri non dovrebbero essere applicati anche per i risultati del Whi, studio finanziato da una ditta farmaceutica? Allora quando fa comodo non si considera il conflitto d'interesse e alla stessa maniera non si tiene conto di dati non negativi. Questo clima ha sicuramente nuociuto a studi scientifici ita-

Perché non è stata data la giusta rilevanza agli studi scientifici italiani: ai dati del Progetto Menopausa Italia, riportati in alcune iniziative come il libro o le raccomandazioni clinico pratiche?

liani, ai dati del Progetto Menopausa Italia, riportati in alcune iniziative come il libro o le raccomandazioni clinico pratiche, a cui non è stato dato, sia dal mondo scientifico che dalla stampa, la giusta rilevanza. Sicuramente finanziamenti come quelli europei sono stati sottratti a studi scientifici italiani sulla menopausa e dirottati verso consensus come quella di Torino alla ricerca del già citato sensazionalismo, dando adito così all'affermarsi di una medicina difensiva che non può che nuocere al medico ma "in primis" anche alla donna. **Y**

Aggiornamenti dal 12° Congresso Mondiale della Menopausa – Madrid 20-23 maggio 2008
di M. Gallo*, C. Sesia, A. Pertusio

Le nuove acquisizioni in tema di HRT/SERM

Sicurezza endometriale

I nuovi orizzonti relativi alla sicurezza endometriale nelle donne che assumono HRT fanno riferimento alla corretta associazione tra estrogeni e progestinico: è ormai noto da tempo che la somministrazione del progestinico rappresenta la migliore strategia per ridurre l'incidenza del cancro endometriale, e che la durata di somministrazione dello stesso durante il ciclo, e non la dose, è il fattore che maggiormente correla con lo sviluppo di iperplasia endometriale. Le evidenze attualmente disponibili suggeriscono che la somministrazione continua del progestinico, in trattamenti superiori ai 5 anni, è più efficace di quella ciclica nel prevenire l'insorgenza di iperplasia endometriale (D.F. Archer).

Un'ulteriore importante novità nell'ambito della sicurezza endometriale proviene dagli studi che hanno dimostrato la possibilità di utilizzare un nuovo SERM (Selective Estrogen Receptor Modulator), il Bazedoxifene (BZA) in associazione agli estrogeni coniugati equini (CEE).

I SERM infatti possono essere impiegati nella prevenzione e nel trattamento dell'osteoporosi post-menopausale e della sintomatologia climaterica, e nella prevenzione della stimolazione estrogenica della mucosa endometriale. Precedenti studi avevano fallito nel dimostrare l'efficacia del Raloxifene associato al 17β-Estradiolo nel prevenire l'iperplasia endometriale, mentre in un recente studio randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, l'impiego di BZA+CEE si è rivelato utile nel ridurre la stimolazione estrogenica dell'endometrio.

Tale associazione si è inoltre dimostrata efficace come la convenzionale HRT nel trattamento dei sintomi vasomotori e nella prevenzione dell'osteoporosi post-menopausale aumentando la densità minerale ossea sia a livello lombare che femorale. Anche la valutazione di tensione mammaria e sanguinamenti vaginali ha dato risultati soddisfacenti: la ten-

■ Tra le nuove indicazioni relative all'utilizzo della HRT in post-menopausa, la conferma che dosaggi bassi ed ultrabassi di estrogeno e di progesterone presentano un miglior rapporto rischio/beneficio rispetto ai dosaggi convenzionali, anche se non sono ancora disponibili risultati di studi a lungo termine. Da tutti gli studi emerge come sia di fondamentale importanza il momento di inizio della HRT: quanto prima rispetto all'insorgenza della menopausa viene intrapreso il trattamento ormonale, tanto migliore è l'impatto sulla salute della donna a lungo termine

sione mammaria nelle pazienti trattate con BZA+CE non è stata infatti superiore a quella in pazienti trattate con placebo. L'incidenza cumulativa di amenorrea era simile a quella del gruppo trattato con placebo e significativamente superiore a quella delle pazienti trattate con HRT convenzionale (JH Pickar).

Rischio cerebrovascolare

Importanti novità sono emerse anche per ciò che concerne l'utilizzo dell'HRT e il rischio cerebrovascolare: mentre è noto infatti come l'HRT sia correlata al rischio di stroke, indipendentemente dall'età della donna e dal tempo intercorso dalla menopausa, i dati più recenti del Nurse's Health Study indicano che l'HRT con estrogeni a basso dosaggio (CEE 0,3 mg) sia in grado di apportare significativi miglioramenti alla patologia cerebrovascolare, soprattutto nelle donne più giovani (F. Grodstein).

L'identificazione dei meccanismi responsabili di tali importanti differenze nel rischio cardiovascolare associato all'HRT a seconda dell'età della donna rappresenta un importante obiettivo per le ricerche future.

Aterosclerosi ed effetti emodinamici della HRT

Un'ulteriore conferma all'im-

portanza di iniziare la terapia ormonale sostitutiva il più precocemente possibile proviene da recenti studi che hanno dimostrato come l'inizio precoce dell'HRT possa avere effetti protettivi e benefici negli stadi iniziali dell'aterosclerosi e nessun effetto negativo sugli stadi più avanzati.

Per quanto riguarda gli effetti emodinamici della HRT, lo studio SYMPTOM ha confrontato la funzione vascolare e cardiaca in donne in post-menopausa recente con o senza sintomatologia vasomotoria in HRT orale o transdermica: tra i due gruppi di donne sono stati rilevati significative differenze nelle funzioni vascolari allo stato basale, mentre sono in corso i dati che forniranno informazioni sulle diverse opzioni di trattamento sostitutivo (T.S. Mikkola).

Tali dati offrono quindi importanti prospettive per le ricerche future: l'introduzione e la dimostrazione dell'efficacia di dosaggi di HRT bassi (es. CEE 0,3 mg oppure 17β-Estradiolo 1 mg) ed ultrabassi (es. CEE 0,14 mg oppure 17β-Estradiolo 0,5 mg) nel controllo dei sintomi e nella prevenzione dell'osteoporosi post-menopausale permetterà infatti di aumentare sempre più la sicurezza e la maneggevolezza della HRT in post-menopausa (M. Gambacciani).

NAMS Position Statement 2008

Le nuove indicazioni relative all'utilizzo della HRT in post-menopausa contenute nel Position Statement 2008 della North American Menopause Society (NAMS) confermano la necessità di utilizzare il dosaggio di estrogeno più basso possibile che raggiunga gli obiettivi di efficacia sui sintomi e sulla prevenzione della perdita ossea, associato al dosaggio più basso possibile di progesterone che bilanci gli effetti negativi della terapia estrogenica sistemica sull'utero (non è indicata l'associazione del progestinico al trattamento estrogenico locale per l'atrofia vaginale).

I dosaggi bassi ed ultrabassi

presentano infatti un miglior rapporto rischio/beneficio rispetto ai dosaggi convenzionali, anche se non sono ancora disponibili risultati di studi a lungo termine.

In alcuni casi di HRT con basso dosaggio può essere necessaria l'aggiunta di una terapia locale per l'atrofia vaginale.

Per quanto riguarda la via di somministrazione orale o transdermica, non esiste indicazione a preferire una via piuttosto che l'altra, dal momento che entrambe presentano vantaggi e svantaggi: è tuttavia confermata una riduzione del rischio di eventi tromboembolici quando la terapia ormonale è somministrata per via transdermica (viene evitato il primo passaggio epatico).

Fondamentale importanza in tutti gli studi più recenti è stata invece data al momento di inizio della HRT: quanto prima rispetto all'insorgenza della menopausa viene intrapreso il trattamento ormonale, tanto migliore è l'impatto sulla salute della donna a lungo termine. Una terapia ormonale non dovrebbe essere iniziata oltre i 60 anni (salvo urgenza di controllo dei sintomi e sempre previo appropriato counseling). Le indicazioni sulla durata del trattamento non sono ancora univoche: la scelta non può infatti prescindere dalla tipologia di paziente, dall'intensità dei sintomi, dall'età di inizio della menopausa e dalle sue condizioni generali (rischio di base oncologico e cardiovascolare), per cui la durata del trattamento può essere individualizzata con margini d'azione piuttosto ampi, sempre senza dimenticare un adeguato counselling.

Sono in corso studi che valuteranno l'efficacia (sui sintomi, sulla prevenzione dell'osteoporosi, della malattia di Alzheimer e di altre forme di demenza) e la sicurezza (in ambito oncologico e cardiovascolare) di terapie di durata superiore ai dieci anni.

Centro di Fisiopatologia del Climaterio, Università degli Studi di Torino, O.I.R.M. S. Anna
* *Consigliere S.I.Gi.T.E.*

di **Ciro Guarino** Direttore U.O.C. Ginecologia e Ostetricia, Castellammare di Stabia (Na)

Verso il parto dolce

Il 16 Luglio 2008 sono state inaugurate le nuove sale travaglio-parto dell'Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia del P.O. "San Leonardo" di Castellammare di Stabia. Questa data rappresenta un momento importante nel processo di modernizzazione delle strutture sanitarie ed è un motivo di grande orgoglio non solo per il reparto che ho l'onore di dirigere, ma per tutta l'Asl NA 5, in quanto è la testimonianza tangibile di un impegno concreto in quel processo di "umanizzazione del parto", di cui oggi tanto si parla. Il parto da sempre costituisce un evento fondamentale nella vita della donna, sia dal punto di vista biologico, per tutte le modificazioni del corpo che ne derivano, sia, soprattutto, dal punto di vista psicologico, per il nuovo ruolo di mamma, con il quale la donna dovrà confrontarsi per tutta la vita e, pertanto, la sua assistenza esige, anche dal punto di vista medico, cultura e abilità specifiche, al fine di adeguare la nostra pratica alle moderne conoscenze mediche e biologiche senza mai trascurare l'aspetto umano, che ci impone di vedere la donna nella sua globalità, tenendo conto della sua cultura, della sua psicologia oltre che della sua condizione fisica.

Negli ultimi anni, tuttavia, le modalità di assistenza ostetrica hanno subito una profonda modifica, determinando una graduale "medicalizzazione" dell'evento nascita e facendo sempre più allontanare dai nostri orizzonti l'obiettivo principale della nostra attività, ossia il benessere della donna, facendoci dimenticare che per una donna l'espletamento del parto per via vaginale rappresenta un momento fondamentale della sua esistenza, che le consente di provare una gratificazione insostituibile che, in alcuni casi, costituisce una vera e propria svolta nella sua vita, fino ad aumentare la propria autostima. Da queste premesse nasce il mio personale impegno, condiviso da tutta l'équipe, a realizzare una vera e propria inversione di rotta nella gestione della gravidanza e del parto, al fine di

Per una donna l'espletamento del parto per via vaginale rappresenta un momento fondamentale della sua esistenza. Che le consente di provare una gratificazione insostituibile

Le nuove sale travaglio-parto al "San Leonardo" sono una testimonianza tangibile di un impegno concreto nel processo di "umanizzazione del parto". Ma il progetto avviato dalla Uoc di Ginecologia e Ostetricia di Castellammare di Stabia si pone un obiettivo ben più ambizioso: realizzare un vero e proprio cambiamento culturale nella gestione della gravidanza e del parto. Con il supporto delle istituzioni e, soprattutto, con il coinvolgimento, anche economico, di tutta l'équipe medica



tracciare un percorso nascita realmente "umanizzato". Infatti, dal gennaio 2004, data in cui ho ricevuto l'incarico di dirigere l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia del P.O. "San Leonardo", superiore al 50%.

Il percorso delle attività si è snodato attraverso varie fasi, iniziando dall'aggiornamento culturale del personale medico e paramedico, per poi trasferire alle

donne il nuovo atteggiamento, che offre loro la possibilità di riappropriarsi da "protagoniste" dell'evento più importante della loro vita.

In quest'ottica il restyling delle sale parto non ha solo un significato estetico, ma costituisce un ulteriore step necessario al completamento del discorso che stiamo portando avanti.

Nelle nuove sale parto abbiamo creato un ambiente "familiare" e rilassante, che simula l'ambiente casalingo - fino alla metà del '900 luogo "naturale" dell'evento nascita - consentendo alla donna di vivere in modo più sereno questa esperienza.

Inoltre, la creazione di sale travaglio-parto garantisce alle donne la privacy di cui hanno bisogno, consentendo loro di condividere intimamente l'esperienza della nascita con il proprio compagno, valorizzando, in tal modo, la relazione madre, padre e bambino. La ristrutturazione delle sale parto è stata anche arricchita dall'introduzione della vasca da parto, al fine di soddisfare le sempre maggiori richieste delle donne di espletare il parto in acqua, sulla base dei ben noti vantaggi ad esso correlati, quali il rilassamento ottimale, la grande libertà di movimento, la fase dilatante più breve, il minore ricorso ad analgesici, la riduzione delle episiotomie e, soprattutto, la maggiore gratificazione. Ma la realizzazione di tutto ciò non sarebbe stata possibile se il progetto di "ristrutturazione" del percorso nascita non fosse stato condiviso con entusiasmo e convinzione da altre figure istituzionali. Infatti, solo con la sinergia

di più risorse umane ed economiche può concretizzarsi un progetto tanto ambizioso.

In particolare, il sostegno più importante e assolutamente decisivo è stato quello della Direzione strategica dell'Asl NA 5, che ha saputo comprendere il valore degli obiettivi proposti e ci ha assistito con grande convinzione, aiutandoci a superare tutti gli ostacoli presentatisi lungo il percorso. E quando uno di questi ostacoli sembrava aver sbarrato la strada alla realizzazione, ecco che un'altra istituzione, il Comune di Castellammare, nella persona del Sindaco e dell'Assessore alle Pari Opportunità, mostrando una grande sensibilità nei confronti dei temi relativi al benessere della donna e alla promozione del parto spontaneo, è intervenuta offrendo il sostegno necessario per proseguire.

Notevole è stato anche il contributo della Seagull Medica, l'azienda che ha lanciato in Italia questa nuova concezione delle sale parto, che ha investito su di noi come "testimonial", per diffondere anche nel Sud Italia



Ciro Guarino

"Il mio obiettivo prioritario - condiviso da tutta l'équipe - è stato quello di attuare una strategia efficace di promozione del parto spontaneo, in un contesto difficile e con una situazione di partenza ben lontana da quanto suggerito dall'Oms, con un'incidenza di tagli cesarei superiore al 50%"

questa filosofia. Ma soprattutto è stato davvero bello che una parte consistente dell'impegno economico, pari a 53mila euro, sia pervenuta dal contributo derivante dall'attività svolta in intramoenia da tutta l'équipe medica.

L'importanza di tale contributo va ben oltre il semplice aspetto economico, in quanto per la sua inusualità,

rappresenta un esempio concreto di come la condivisione assoluta del progetto, la valorizzazione delle risorse umane, la fattiva solidarietà all'utenza e la centralità della persona assistita, possano, pur tra mille difficoltà, essere i valori giusti cui ispirarsi per raggiungere le mete prefisse. E la realizzazione di questo sogno, una favola iniziata il 16 gennaio 2004, è la testimonianza che la più grande forza che sostiene ogni cambiamento è la forza delle idee. **Y**

Crisi Aogoi-Agui

Segnali di dialogo

La volontà di ricostruire un clima di serena e costruttiva collaborazione tra Aogoi e Agui nell'ambito della Federazione Sigo ha cominciato ad acquistare concretezza nel marzo scorso grazie soprattutto all'impegno del segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera e del professor Ettore Cittadini di Palermo (...“ho molto apprezzato la disponibilità mostrata nei confronti dei colleghi universitari ad un dialogo aperto e senza preclusioni”) e alla preziosa opera di mediazione di alcuni componenti delle due Società.

Il primo, importante, risultato di questo dialogo (documentato da un fitto carteggio tra Chiantera e Cittadini) riguarda la proposta condivisa di creare un Tavolo di saggi, composto da cinque ospedalieri e da cinque universitari, in grado “di formulare, in uno spirito di comune collaborazione, una proposta di modifica di

■ Si è aperto un dialogo costruttivo tra i rappresentanti Aogoi e Agui, volto a ricomporre il contenzioso Sigo in essere tra le due Associazioni. Lo ha annunciato il presidente Aogoi Giovanni Monni in una lettera aperta ai Soci dove espone “le possibili soluzioni conciliative per ritrovare l'armonia tra colleghi che già collaborano ogni giorno professionalmente”. Ripercorriamo insieme i passi di questa apertura che ha portato a un incontro tra i delegati di entrambe le associazioni

alcuni articoli dello Statuto e del Regolamento Sigo”, prima causa della crisi tra Aogoi e Agui.

“Per evitare che in futuro possano sorgere nuovi spiacevoli episodi di incomprensione” – come scrive il segretario nazionale Aogoi in una lettera a Cittadini – è dunque prioritario “il riequilibrio di tutte le posizioni in seno al Consiglio direttivo Sigo, anche

perché queste hanno sempre mortificato il terzo genio presente nelle Società: l'Aogoi e l'Agui e i soci Sigo hanno diritto a pari rappresentatività in seno al Consiglio direttivo Sigo”. (Un'ipotesi su cui riflettere “potrebbe essere quella di dare pariteticità ai membri universitari e ospedalieri alternando al doppio voto del presidente Sigo una contrappo-

sizione con il voto del Tesoriere”). Dopo mesi di incontri interlocutori per trovare un'intesa sull'avvio di un dialogo, il 30 giugno scorso si sono dunque riunite a Roma le due delegazioni composte da Giovanni Monni, Antonio Chiantera, Paolo Scollo, Vito Trojano per l'Aogoi e da Massimo Moscarini, Chiara Benedetto, Mauro Busacca, Nino Perino, Ettore Cittadini e Claudio Donadio per l'Agui.

Quel che di importante riteniamo sia emerso da questo incontro è, da un lato, “la volontà dell'Agui a discutere con i vertici dell'Aogoi dei problemi che interessano la ginecologia italiana anche del mondo extraospedaliero” espressa da Massimo Moscarini, nonostante i “punti di lontananza” tra le due associazioni; dall'altro, il proposito, condiviso da tutti gli intervenuti, “di lavorare per un comune interesse e per l'immagine che la Ginecologia italia-

na deve dare non solo in Italia ma anche all'estero”, sottolineato da Mauro Busacca. Un'immagine che “non deve essere mai violata, a prescindere da problemi interni momentanei dell'Italia”, come ha ribadito il segretario nazionale Aogoi invitando Chiara Benedetto, componente del Consiglio direttivo Ebcog, ad adoperarsi perché ciò avvenga.

“L'importanza di tutte le componenti in seno alla Sigo, che è l'unica società riconosciuta all'estero” è stata sottolineata anche dal presidente Aogoi Monni, il quale ha dato atto a tutti i presenti della volontà di trovare un accordo comune anche all'interno della Sigo.

Tra le “proposte operative” rilanciate da Antonio Chiantera nel corso della riunione: la nomina di un Commissario ad Acta (da individuarsi preferibilmente nella persona dell'attuale presidente Sigo Giorgio Vittori), per accelerare l'iter per l'approvazione delle modifiche da apportare allo Statuto e al Regolamento Sigo, e la partecipazione di una rappresentanza Agui al Congresso Sigo di Torino e parimenti di una Aogoi al Congresso Fiog di novembre.

IN RICORDO DI RICCARDO TOMASSETTI

Un premio al giornalismo sull'Aids

Per stimolare i giovani giornalisti a coltivare l'informazione su questa patologia che ha smesso di far parlare di sé ma non smette di colpire



Il giornalista Riccardo Tomassetti, scomparso un anno fa e al quale è stato dedicato il premio giornalistico

Non è necessario andare a leggere i risultati dell'analisi commissionata dalla Kaiser Family Foundation sulla copertura mediatica dell'epidemia da Hiv per rendersi conto che da anni ormai giornali, tv e altri mezzi di informazione “snobbano” le tematiche vicine all'Aids. Dopo il picco raggiunto nella seconda metà degli anni Ottanta, il declino nell'attenzione dei media ha anticipato e non seguito la diminuzione dei casi di infezione nel mondo occidentale, a testimoniare il fatto che non sono stati i successi della medicina in questo campo a rendere meno interessanti le notizie sull'infezione.

La crescente disattenzione ha influenzato anche le campagne di informazione che, almeno in Italia, non hanno certo brillato per coraggio o inventiva. Lo denuncia una ricerca della Bocconi di Milano che rivela addirittura una svolta “reazionaria” negli ultimi anni: se nel periodo 1987-1991 i messaggi erano più audaci (il termine profilattico compariva nel 44% delle campagne e il riferimento agli atti sessuali nel 55% dei casi), nel quadriennio 2003-2007 la paura ha avuto la meglio (il preservativo appare solo nel 7% dei messaggi, gli atti sessuali compaiono solo nel 20%). Eppure mai come nel campo dell'Aids la comunicazione è stata uno strumento così efficace per migliorare

la salute dei cittadini. I mezzi di informazione sono stati veicolo fondamentale per i messaggi di prevenzione che hanno costruito la coscienza di ampi gruppi della popolazione, salvando molte vite. E questo ha determinato, nel periodo di maggiore attenzione, una vera rivoluzione in ambito giornalistico: la grande paura nei primi anni dell'epidemia ha favorito la nascita di una informazione che mettesse insieme i giornalisti con i medici senza trascurare la collaborazione degli attivisti, abili portavoce delle posizioni dei pazienti. Uno degli esempi più emblematici di questa proficua contaminazione è stato Riccardo Tomassetti, giornalista scientifico morto a soli 39 anni il 30 luglio 2007. Pur non avendo mai preso la tessera di alcuna associazione e mantenendo sempre lo spirito critico che lo contraddistingueva in qualità di giornalista, Riccardo si è occupato con rigore di Hiv e Aids collaborando con tutte le realtà associative di lotta all'Aids in Italia.

Contemporaneamente, metteva a frutto i suoi studi scientifici (soprattutto la laurea in fisica e il master in Comunicazione della scienza alla Sissa di Trieste) per entrare nella comprensione puntuale dei meccanismi della ricerca, tanto da diventare un riferimento per molti direttori di testata e colleghi giornalisti che a lui si rivolgevano per avere conferma sull'accuratezza dell'informazione scientifica da comunicare. È dunque naturale che, già pochi giorni dopo la sua scomparsa, molte persone che avevano avuto l'opportunità di collaborare con lui mostrassero il desiderio di ricordare la sua professionalità lanciando una iniziativa a suo nome. Nasce così il **premio giornalistico per la divulgazione scientifica e sociale dell'Hiv/Aids Riccardo Tomassetti**, presentato ufficialmente lo scorso 5 giugno in una affollata e commovente conferenza stampa in Campidoglio. Promosso da Anlaids, Cica (Coordinamento case alloggio), Nadir e Positif, e patrocinato dall'Ordine nazionale dei giornalisti, il premio, reso possibile dal contributo di Pfizer Italia, vuole stimolare i giovani giornalisti a coltivare l'informazione su questa patologia che ha smesso di far parlare di sé ma non smette di colpire.

La partecipazione al premio è gratuita e riservata a giornalisti iscritti all'Ordine Nazionale o autori che pubblichino su testate regolarmente registrate al Tribunale di competenza che, alla data del 1° gennaio 2008, non abbiano ancora compiuto il 35° anno di età. Possono concorrere i giornalisti autori di servizi in lingua italiana pubblicati da quotidiani, agenzie di stampa, settimanali, periodici, testate on-line e servizi e rubriche radiotelevisivi, pubblicati, trasmessi o diffusi nel periodo compreso tra il 1° novembre 2007 ed il 31 ottobre 2008, che abbiano attinenza con l'informazione scientifica o sociale relativa al mondo dell'Hiv/Aids.

Le opere in concorso (non più di tre per ogni autore) dovranno pervenire entro e non oltre il 31 ottobre 2008. Nel mese di novembre 2008, la giuria, composta da cinque giornalisti scientifici, assegnerà i premi, di 3.000 euro ciascuno, per le quattro categorie radio-televisione, agenzie di stampa e quotidiani, periodici, web.

Regolamento e modalità di partecipazione sul sito www.premiotomassetti.it

a cura di Giulio Maria Corbelli

Una maternità consapevole per tutte le donne

Basta esaminare i dati per comprendere come siano proprio le fasce d'età giovanili e la popolazione femminile immigrata i due gruppi che risentono meno gli effetti delle campagne informative per una maternità consapevole: il tasso di abortività tra le giovani straniere è tre, persino quattro volte superiore che nelle italiane, e se il ricorso all'Ivg continua a calare in Italia, registrando nel 2007 un numero complessivo di interventi pari a 127.038 (-3% rispetto al 2006), il numero di aborti tra le minorenni è sostanzialmente stabile. Il quadro statistico è stato presentato da Emilio Arisi, consigliere della Sigo, in introduzione alla conferenza stampa-dibattito "Politiche per un contrasto all'interruzione volontaria di gravidanza nelle donne a rischio" organizzata lo scorso 9 giugno nella Bibliote-

"Nessuna donna potrà considerarsi libera finché non avrà la possibilità di fare una scelta conscia di essere madre o meno". Era una posizione coraggiosa e rivoluzionaria quella portata avanti nei primi anni del secolo scorso da Margaret Sanger, una delle leader storiche del femminismo americano. Oggi, nel 2008, molte donne ancora si trovano a dover ricorrere all'aborto per non aver potuto o saputo costruire un percorso di vita che le portasse verso una sessualità – e quindi una maternità – più consapevole. Sono

generalmente le donne più svantaggiate nella struttura sociale quelle che con maggiore difficoltà vengono raggiunte dalle iniziative educative che pure i professionisti della salute della donna mettono in campo con l'appoggio delle istituzioni (e qualche volta anche sostituendosi a esse). Ma particolari attenzioni sono necessarie anche verso la donna che si trova a dover ricorrere all'aborto entro i termini previsti dalla legge e, ancor di più, verso colei che invece è nelle condizioni di procedere all'interruzione terapeutica di gravidanza oltre il limite

dei 90 giorni. L'Aogoi ha organizzato recentemente due momenti di riflessione importanti su questi temi: a Villasimius, durante il tradizionale corso annuale, esperti di varie discipline si sono confrontati in una tavola rotonda sul tema dell'aborto prima e dopo i 90 giorni, mentre alla Biblioteca del Senato professionisti della sanità e decisori politici si sono incontrati per individuare gli strumenti per contrastare l'interruzione volontaria di gravidanza nelle donne a rischio, cioè soprattutto tra le giovanissime e le straniere.

ca del Senato dall'Osservatorio nazionale sulle abitudini sessuali e le scelte consapevoli, organismo composto da membri dell'Aogoi e della Sigo (Socie-

tà italiana di ostetricia e ginecologia). I dati relativi al tasso di abortività (numero di Ivg ogni 1.000 donne in età fertile) mostrano come questo ri-

sulti complessivamente pari al 9,1‰ nel 2007, con un calo del 3,1% rispetto all'anno precedente e addirittura del 47,1% rispetto al 1982, anno in cui si

è registrato il numero massimo di aborti. Ma, se è vero che il tasso di abortività cala nel suo complesso, le diminuzioni più marcate si registrano nelle fasce di età centrali e tra le donne più istruite, occupate e coniugate, quelle cioè con una posizione sociale meno svantaggiata.

I dati italiani, secondo quanto riferito da Arisi, sono comunque in linea con la tendenza internazionale, dal momento che ci sono paesi, come la Svizzera, la Germania e il Belgio, in cui si registrano valori più bassi e paesi, come la Francia, il Canada o gli Usa, con valori più elevati. Un problema di un certo rilievo sia clinico sia sociale è quello dell'aborto ripetuto, più frequente nelle donne straniere che vi fanno ricorso nel 38% dei casi mentre tra le italiane la percentuale è intorno al 22%.

Rispetto alle modalità con cui si svolge l'intervento, il consigliere Sigo ha tracciato un quadro tutto sommato abbastanza soddisfacente: la durata media della degenza è minore di un giorno, segno che in genere l'intervento è condotto in day hospital, ma, nonostante i dati provenienti dalla letteratura internazionale invitino a procedere in altro modo, si continua a registrare un eccessivo ricorso all'anestesia generale, impiegata a livello nazionale nell'85% degli interventi di Ivg

Dall'8° Corso Aogoi di Villasimius

L'Ivg prima e dopo i 90 giorni

Il cosiddetto "aborto terapeutico" e le cure ai neonati in età gestazionali estremamente basse (22-25 settimane) sono stati al centro di una tavola rotonda in cui sono stati affrontati sia gli aspetti medico-legali che quelli neonatologici e procedurali, senza trascurare le opportune riflessioni in ambito etico e quelle relative al mondo della comunicazione

Il tema dell'interruzione volontaria di gravidanza è stato al centro della tavola rotonda tenutasi durante la seconda giornata dell'8° Corso di aggiornamento teorico e pratico in medicina embrio-fetale e perinatale organizzato da Aogoi nella splendida cornice di Villasimius, in provincia di Cagliari, dal 22 al 25 mag-

gio 2008. Il dibattito, che ha occupato quasi tutta la mattinata di venerdì 23 maggio, ha riguardato l'Ivg prima e dopo i 90 giorni, concentrandosi sulla vitalità e disabilità del feto neonatale nelle età gestazionali estremamente basse (22-25 settimane). Numerosi gli interventi alla tavola rotonda cui hanno partecipato, oltre al presidente Aogoi **Giovanni Monni** e al segretario nazionale **Antonio Chiantera**, **Nerina Dirindin**, assessore alla Sanità della Sardegna, **Mauro Mura**, procuratore della Repubblica di Cagliari, **Amedeo Santosuosso**, giudice della Corte d'Appello di Milano, **Rosa Panunzio**, presidente della seconda sezione del Tar di Cagliari, **Duccio Buonsignore**, presidente del Tribunale di Cagliari, **Gino Gumiato**, direttore della Asl di Cagliari, **Laura Alberti**, responsabile comunicazione Asl di Cagliari, **Ma-**

rio Frongia, giornalista e direttore del bollettino dell'Ordine dei medici di Cagliari e **Daniele Cerato**, giornalista di Rai 3. Il dibattito, come ha specificato **Giovanni Monni** nell'introduzione, è un'occasione per affrontare i tanti aspetti in cui si manifestano le questioni legate all'Ivg e alle cure per i cosiddetti grandi prematuri, a partire da quelle strettamente mediche e le loro implicazioni medico-legali ma senza trascurare le problematiche eticamente sensibili che hanno fatto di questi argomenti un tema molto seguito anche dai mass media. Monni ha anche ricordato l'impegno che da tempo Aogoi pone in questo campo, avendo partecipato ai lavori di numerose commissioni parlamentari tra cui quella che, appunto, ha affrontato il tema delle cure ai neonati in età gestazionali estremamente basse. "C'è

un dibattito molto acceso sulla sopravvivenza e sulla qualità della vita di chi nasce nel periodo compreso tra la 22esima e la 25esima settimana di gravidanza – ha ricordato il presidente Aogoi – Da questo dibattito alcuni hanno preso spunto anche per abbassare i termini entro cui è consentito procedere all'aborto terapeutico, come nel caso del presidente della Regione Lombardia, Roberto Formigoni, che ha emanato una direttiva in cui si limitava il ricorso all'Ivg entro le 22 settimane e 3 giorni, direttiva poi bocciata dal Tar di Milano".

Gli aspetti medico-legali

In apertura del dibattito, **Pier Francesco Tropea**, ginecologo esperto di medicina legale, ha dato un inquadramento medico-scientifico e giurisprudenziale, a partire dalle condizioni perché si possa procedere all'Ivg dopo i primi novanta giorni di gestazione: "Contrariamente a quello che comunemente si pensa a livello della cultura media non medica, perché possa integrarsi questo diritto è necessario che ci

sia la dimostrazione di una patologia fetale, di un pericolo grave per la salute fisica o psichica della gestante e la impossibilità di vita autonoma del feto". Riguardo alla sopravvivenza autonoma del feto, non c'è dubbio che oggi essa sia considerata possibile anche al di sotto del limite delle 24 settimane tradizionalmente vigente; ciò ha reso possibile nel gennaio scorso la decisione della Regione Lombardia di impedire l'Ivg al di là delle 22 settimane più tre giorni, decisione come abbiamo detto annullata l'8 maggio da un'ordinanza del Tar Lombardia. Ma sul tema – ha ricordato Tropea – sono intervenuti a febbraio anche alcuni cattedratici di Roma con un documento in cui si afferma che i neonatologi e i rianimatori hanno il dovere di assistere il neonato indipendentemente dall'epoca gestazionale e

dall'8°
Aogoi
Villasimius

con forti differenze regionali (nelle Marche la percentuale sale al 99%). A partire dal 2005, anno in cui questa procedura ha cominciato ad essere presente anche in Italia, si sono inoltre registrati poco più di 1.000 casi di aborto medico. Arisi ha voluto anche soffermarsi sull'importante ruolo svolto dai consultori nel processo che porta la donna a inter-

rompere la gravidanza: i dati indicano che sono piuttosto le immigrate, più delle italiane, a usufruire della certificazione in consultorio. I tempi di attesa tra la richiesta e l'intervento sono relativamente contenuti, intorno ai 14 giorni nel 60% dei casi, ma preoccupa il fatto che un gruppo non piccolissimo di donne deve attendere oltre tre settimane: questo ritardo nel-

l'epoca gestazionale in cui viene effettuata l'Ivg fa aumentare le probabilità di complicazioni, come evidenziano dati di letteratura. E non si può non ribadire, infine, come l'obiezione di coscienza tra il personale sanitario delle strutture in cui si effettua l'Ivg sia in continua crescita, fenomeno questo che è stato al centro anche del dibattito svoltosi il 23 maggio

scorso a Villasimius, durante la tavola rotonda su "Ivg prima e dopo i 90 giorni" organizzata in occasione dell'8° Corso di aggiornamento teorico e pratico in medicina embrio-fetale e perinatale dell'Aogoi. Come ha spiegato in quella occasione Cesare Fassari, ex portavoce del ministero della Salute, nell'ultima relazione al Parlamento dell'allora ministro Livia Turco sul ricorso all'Ivg, si è riusciti a presentare i dati aggiornati al 2006 relativi all'obiezione di coscienza in tutte le regioni tranne Marche e Lazio e questo spiega come mai le cifre risultino superiori a quelle riferite in precedenza, risalenti all'anno 2003 e in taluni casi per-

sino al 1999. Dal confronto emerge che l'obiezione è infatti aumentata per i ginecologi dal 58,7% al 69,2%, per gli anestesisti, dal 45,7% al 50,4%, per il personale non medico, dal 38,6% al 42,6%. Ma a Villasimius si è parlato soprattutto di aborto dopo i 90 giorni, un fenomeno che, sempre secondo la più recente relazione del ministero, rappresenta complessivamente nel 2006 il 2,9% del totale delle Ivg; e se si considera solo il numero di interventi eseguiti dopo la 21esima settimana di gestazione, la percentuale scende allo 0,7%. Un fenomeno che, al di là dei numeri, pone quesiti etici difficili e delicati. **Y**

dal parere dei genitori. Il 4 marzo 2008 si è pronunciato sulla questione il Consiglio superiore di sanità secondo cui "al neonato devono essere assicurate le appropriate manovre rianimatorie al fine di evidenziare eventuali capacità vitali tali da far prevedere la possibilità di sopravvivenza" e, qualora l'intervento risultasse inefficace, si dovrà evitare che le cure intensive si trasformino in accanimento terapeutico. Questo documento è stato poi oggetto di un atto di indirizzo da parte del ministro della Salute Livia Turco che, poco prima che scadesse il suo mandato, lo ha diffuso a tutte le Regioni. Un importante chiarimento viene da una sentenza della Cassazione del 2004: nell'ordinamento attuale, infatti, non è riconosciuto l'"aborto eugenetico", con l'eliminazione del feto che presenti una malformazione, perché questo sarebbe un diritto a non nascere se non sano, cioè un diritto cosiddetto "adespota" ossia senza padrone in quanto il feto non lo può possedere se non dopo aver acquisito con la nascita la capacità giuridica (art. 1 c. c.). Tropea ha anche affrontato i temi medico-legali connessi con l'aborto farmacologico con la RU486, precisando come la somministrazione di questo farmaco, non ancora entrato nella pratica clinica del nostro paese, sarà consentita solo all'interno degli ospedali pubblici.

Altro tema affrontato dall'esperto di medicina legale è quello dell'embrioiduzione, intervento che ha lo scopo di ridurre in utero il numero di feti sopprimendo uno o più embrioni, pratica indicata in caso di gravidanze multifetali allo scopo di ridurre i rischi elevati di mortalità perinatale e di handicap legati alla immaturità neonatale, alle gravidanze gemellari con feto malformato e alle gravidanze gemellari con patologia materna associata.

Le problematiche neonatologiche

Alla ginecologa fiorentina Vale-



ria Dubini è toccato il compito di illustrare, oltre alle problematiche ostetriche a 22-25 settimane, anche quelle neonatologiche di cui avrebbe dovuto parlare Giampaolo Donzelli dell'ospedale Meyer di Firenze, che all'ultimo minuto non ha potuto partecipare all'incontro. "Il periodo gestazionale che va da 22 settimane a 24 settimane più 5 giorni è considerato a livello internazionale la *grey zone* - ha detto Dubini - cioè un'epoca di incerta vitalità che riguarda i neonati di peso tra 500 e 600 grammi. È una zona che rappresenta il limite della possibile sopravvivenza stando alle conoscenze attuali, anche se alcuni ritengono si sia giunti ormai al limite massimo raggiungibile. Al di sotto di questa epoca, la sopravvivenza non è possibile neppure con terapie intensive e comunque deve ascrivere in un ambito di sperimentazione". In quest'ambito, nonostante il dibattito molto acceso, si lamenta una carenza di letteratura in grado di fornire linee guida basate sulle evidenze scientifiche: questo avviene per diversi motivi, legati ad esempio al numero esiguo dei neonati molto prematuri e alle differenze esistenti tra le pratiche messe in atto nei vari centri. Per questo si fa solitamente riferimento ai dati sulla sopravvivenza, come è già avvenuto per il gruppo della cosiddetta "Carta di Firenze" che si riferì all'Epicure Study, pubbli-

cato su *Pediatrics* nel 2000: lo studio ha preso in considerazione 266 punti nascita in Gran Bretagna, 4004 nascite, di cui 2112 tra 20 e 25 settimane ed è l'unico con un follow up a sei anni dal primo rilievo epidemiologico. Si è quindi valutato i segni di vitalità in sala parto, constatando che dalle 24 alle 25 settimane la vitalità del neonato aumenta decisamente mentre l'*outcome* del neonato sotto le 24 settimane è

Le cure ai nati molto pretermine sono un ambito talmente difficile e delicato "da far pensare che forse è meglio tacere perché è la cosa più semplice e che crea meno conflittualità"

sfavorevole: o muore, o riporta gravi disabilità. Dubini ha anche citato il primo studio italiano sull'argomento - non ancora pubblicato - che comprende 3736 nati vivi in 145 punti nascita seguiti fino ai tre anni: anche questo studio conferma che a 22 settimane si ha una percentuale di sopravvivenza minima e con disabilità estremamente gravi. Questa situazione, peraltro, ha conosciuto miglioramenti solo marginali negli ultimi anni, come evidenzia uno studio inglese

di quest'anno che ha comparato la sopravvivenza dei grandi prematuri in due quinquenni, 1994-99 e 2000-2005: nonostante una differenza nel tasso globale di sopravvivenza, lo studio non ha registrato differenze tra 22 e 24 settimane, rivelando che il miglioramento globale della sopravvivenza si deve proprio alle epoche gestazionali di 24-25 settimane.

Prima di concludere, Valeria Dubini si è voluta soffermare sulle modalità con cui neonatologi, ginecologi e rianimatori si possono porre in un ambito talmente difficile e delicato "da far pensare che forse è meglio tacere perché è la cosa più semplice e che crea meno conflittualità". Da parte degli operatori sanitari, "ci può essere un approccio solo statistico

per cui si interpretano i dati e si decide se intervenire e come, un approccio individualistico, con la tendenza a sospendere rapidamente le cure, oppure un approccio legato all'attivismo, cioè finalizzato a ottenere un risultato attraverso un profondo convincimento nelle proprie capacità tecniche. Forse - ha concluso Dubini - tutti questi atteggiamenti si possono riassumere in quello che chiamerei 'approccio deontologico', ricordando che il nostro Codice ci dice che è

fondamentale fare ciò che può apportare un beneficio alla salute del malato e alla sua qualità di vita".

Gli altri interventi

Ancora partendo dal punto di vista dell'operatore sanitario, un'altra questione connessa con l'Ivg è quella dell'obiezione di coscienza, di cui ha parlato a Villasimius il ginecologo **Nicola Natale**, che ha voluto ricordare come il diritto all'obiezione di coscienza sia stato riconosciuto anche per quanto riguarda la cosiddetta "contraccezione d'emergenza" o "pillola del giorno dopo": il Comitato nazionale di bioetica del 29 maggio 2004 - ha citato Natale - ha infatti stabilito che dall'esame della letteratura scientifica in materia è emersa sia la possibilità di "un'azione di interferenza con l'evento ovulatorio, suscettibile di essere inibito o ritardato, sia la concreta possibilità postfertilizzativa, ricollegabile in particolare alla modificazione della mucosa uterina o della motilità tubarica, ove la fecondazione si realizzi". In base a ciò, nel Comitato si è configurata "unanimità sul fatto che il medico il quale non intenda prescrivere o somministrare il levonorgestrel in riferimento ai suoi possibili effetti postfertilizzazione abbia comunque il diritto di appellarsi alla 'clausola di coscienza', dato il riconosciuto rango costituzionale dello scopo di tutela del concepito che motiva l'astensione". La complessità degli aspetti legali e giurisprudenziali collegati con l'interruzione volontaria o terapeutica della gravidanza e con le cure che è necessario o meno garantire ai neonati molto precoci sono stati affrontati da diversi punti di vista dai tanti esperti intervenuti, come l'avvocato **Luigi Concas**, professore di Diritto penale di Cagliari, il Procuratore aggiunto della Repubblica di Cagliari **Mario Marchetti**, l'avvocato **Gianfranco Anedda**, il magistrato **Fiorella Pilato**, entrambi consiglieri del Csm, **Giangiacomo Pisotti** presidente del Tribunale Civile di Cagliari e da **Amedeo Santosuosso**, giudice della Corte d'Appello di Milano e professore presso l'Università di Pavia. **Y**

L'Ivg in età giovanile

Sessualità inconsapevole: chi deve educare?

Non cala il ricorso all'Ivg da parte delle adolescenti. E sono ancora le giovanissime a dare un forte contributo al boom di vendite del contraccettivo d'emergenza, cresciuto di quasi il 60%: oltre 364.000 pillole, pari al 55% del mercato, sono state acquistate da ragazze di età compresa tra i 14 e i 20 anni. Mentre, restando in tema di pillole, quella contraccettiva non incontra invece le simpatie delle ragazze. Sono solo alcuni dei sintomi che rendono evidente come ci sia una grave carenza informativa sulla sessualità consapevole che colpisce le giovanissime, una carenza che fa di questa parte della popolazione uno dei gruppi a rischio nel ricorso all'aborto. E infatti nelle ragazze tra i 14 e i 25 anni il tasso di abortività non diminuisce, come invece avviene in tutte le altre fasce d'età. Un fenomeno particolarmente sensibile nelle regioni centrali e settentrionali del nostro Paese, secondo i dati riferiti da **Emilio Arisi** al dibattito sulle **"Politiche per un contrasto dell'Ivg nelle donne a rischio"** svoltosi a Roma nella Biblioteca del Senato "G. Spadolini" lo scorso 9 giugno con la moderazione di **Giovanni Monni**, presidente Aogoi, **Antonio Chiantera**, segretario nazionale Aogoi e da **Giorgio Vittori**, presidente Sigo, e organizzato da Aogoi e Sigo.

Aborto in minore età

Particolarmente delicato è il caso delle minorenni che decidono di abortire, un problema che in Italia si colloca all'interno di valori accettabili (1.200-1.400 l'anno) rispetto alle altre nazioni. L'età media in cui le adolescenti interrompono la gravidanza si aggira intorno ai 17 anni, ma con una leggera tendenza alla diminuzione. A questa età, occorre l'assenso dei genitori o di un tutore per procedere all'intervento: mentre circa il 30% delle giovani si rivolge al giudice tutelare, nel 69,3% dei casi l'assenso viene dato dai genitori, segno che in qualche modo la giovane è riuscita ad aprire un dibattito all'interno della famiglia. I dati ricavati dalla relazione del ministero della Giustizia spiegano che sono motivi di ordine psicologico e socio-economico, spesso intersecati tra loro, quelli che spingono le minorenni

■ Sono i genitori a dover fornire la corretta educazione sessuale ai figli? Oppure la scuola? E qual è il ruolo dei medici di medicina generale e dei consultori? Chiunque debba occuparsene, sta di fatto che le adolescenti non sanno come vivere una sessualità consapevole: tanto che continuano ad abortire e a preferire la contraccezione d'emergenza a pillola e condom

ni a chiedere l'assenso al giudice tutelare che, però, non sempre rappresenta il primo interlocutore della ragazza: in alcuni casi le giovani riferiscono tentativi di coinvolgere qualche familiare, nella maggior parte dei casi le madri, salvo poi abbandonare la strada per motivi – riferiscono – di tipo psicologico legati alla paura di far sapere e alla difficoltà di creare il dialogo su questo e altri argomenti, mentre nel 10-15% dei casi le ragazze riferiscono "gravi problemi familiari".

Il giorno dopo delle adolescenti

Eppure sono proprio le giovanissime che, prima di dover ricorrere all'aborto, cercano di porre rimedio a comportamenti a rischio ricorrendo alla contraccezione d'emergenza: secondo i dati illustrati a Roma da **Alessandra Graziottin**, direttore del Centro di ginecologia e sessuologia medica del San Raffaele di Milano, il ricorso alla cosiddetta "pillola del giorno dopo" è più diffuso tra le ragazze impegnate in una relazione stabile (11%) che tra quelle single o in rapporti recenti (9%), "segno che le giovani credono ancora romanticamente che l'amore sia un fattore di protezione da gravidanze indesiderate". Ma i maschietti non sono da salvare: il consumo di profilattici, dopo il picco raggiunto nel 1995 in

affaccia alla vita sessuale: non educare le ragazze e i ragazzi a una sessualità consapevole porta non solo al rischio di gravidanze indesiderate in giovane età ma anche alla diffusione di malattie a trasmissione sessuale. Per fare solo un esempio, i dati illustrati da Graziottin mostrano come la chlamydia stia praticamente diventando endemica so-

prattutto nelle età giovanili, e questa infezione batterica costituisce insieme al gonococco la causa principale di lesioni delle tube, una patologia che può avere pesanti conseguenze al momento di iniziare una gravidanza.

Educare al doppio olandese

Per contrastare la "vulnerabilità contraccettiva" in età giovanile, Graziottin propone di seguire il modello del "doppio olandese" che prevede la diffusione dell'uso del contraccettivo ormonale nelle ragazze e dell'uso del profilattico da parte dei ragazzi. Due sono i soggetti cui spetta il compito di colmare quel vuoto educativo relativo alla sfera sessuale evidente tra i giovani italiani:

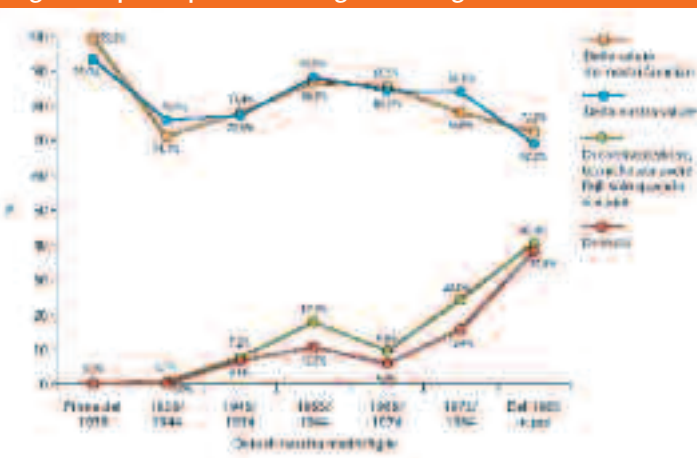
la scuola e la famiglia. Ma i genitori sono informatori affidabili? Graziottin solleva qualche dubbio a riguardo, citando dati secondo cui la maggioranza delle mamme e dei papà italiani non parla di contraccezione con figlie e figli e, quando lo fa, mostra scarsa conoscenza dell'argomento: ad esempio, solo il 47% dei genitori ritiene utile il profilattico mentre uno studio apparso su *Lancet* nel dicembre 2000 ha dimostrato che un uso corretto del preservativo lascia solo un 3% di rischio di fecondazione mentre con l'uso comune arriva al 14%. Il fatto che i giovanissimi non sappiano nemmeno dove siano localizzati i consultori (lo ignora l'86% dei ragazzi e il 65% delle ragazze) indica che i genitori sono poco affidabili anche nell'indicare ai figli le fonti dell'informazione contraccettiva. Molti genitori sottovalutano anche la frequenza con cui le loro ragazze adottano comportamenti a rischio: secondo un sondaggio, solo il 4% dei genitori crede che la loro figlia consumi alcol, mentre le statistiche confermano che lo fa almeno il 22% delle ragazze, e se il 38% delle adolescenti ha rapporti sessuali completi, solo il 5% delle mamme e dei papà credono che questo riguardi la propria figlioletta.

Una mamma per amica?

D'altra parte il dialogo tra genitori e figli è sempre stato un argomento delicato: secondo una ricerca pubblicata nel 2007 da *Pensiero scientifico* e intitolata "I rapporti tra madri e figlie in Italia - Una mamma per amica", tra le ragazze nate dal 1985 in poi il 40% parla di contraccezione con la propria madre, un risultato che può sembrare positivo se si considera che 50 anni prima questo argomento non veniva affrontato per nulla, ma che mostra che nel 60% dei casi le madri non spiegano i metodi contraccettivi alle figlie privandole di una fonte primaria di informazione su questo argomento in un'età particolarmente sensibile.

Sul ruolo dei genitori come fonte di educazione a una sessualità consapevole non tutti sono d'accordo: **Raffaella Michieli**, segretario nazionale della Società italiana di medicina generale, partendo dai dati sulla scarsa preparazione di madri e padri sull'argomento, indica nelle strutture competenti come i consultori i luoghi ideali ai quali indirizzare le giovani e i ragazzi per una corretta e completa educazione contraccettiva. Anche i medici di medicina generale potrebbero essere un riferimento importante a questo scopo, anche se Michieli ammette che molti di loro hanno ancora grandi difficoltà ad affrontare argomenti delicati come quelli riguardanti la vita sessuale con le loro giovani assistite: occorre quindi lavorare anche con loro per aiutarli a superare gli ostacoli verso un dialogo più aperto.

Argomenti più frequenti nel dialogo madre/figlia



La maggioranza delle mamme e dei papà italiani non parla di contraccezione

piena "emergenza Aids", in Italia si registra un calo costante, sintomo di una grave omissione di informazione destinata alla popolazione giovanile maschile. Sono tutti dati che mostrano la carenza educativa che colpisce soprattutto la fascia di età tra i 15 e i 24 anni, cioè quella in cui ci si

Immigrate e maternità consapevole

Emarginate anche dall'educazione

Non è una novità che nel nostro Paese, come d'altronde in altre nazioni occidentali, il fenomeno dell'aborto presenti caratteristiche differenti a seconda che si esaminino il gruppo della popolazione residente o quello delle donne immigrate. È per questo motivo che molti degli interventi che si sono succeduti durante la conferenza stampa-dibattito alla Biblioteca del Senato organizzata dall'Osservatorio nazionale sulle abitudini sessuali e le scelte consapevoli riguardavano appunto la popolazione immigrata. Anche se il ricorso all'Ivg è complessivamente in calo, nel-

■ **Difficoltà culturali e linguistiche ma anche scarsa attenzione da parte delle iniziative informative: sono mille i motivi per cui tra le donne straniere si registra un continuo aumento del ricorso all'Ivg. Un segnale di disagio evidenziato in alcuni drammatici casi limite**

le donne non italiane si registra viceversa un aumento e una tendenza a ricorrere all'aborto in età più giovanili cioè in un periodo della vita in cui più facilmente avviene la fecondazione. Le differenze si registrano anche in riferimento alla posizione sociale e sono facilmente prevedibili: nelle straniere che abortiscono la scolarità è più bassa che non nelle italiane e c'è una certa differenza nel tipo di occupazione, dato che la disoccupazione o l'occupazione casalinga è più frequente tra le donne non italiane. Tutto questo si traduce in un minore accesso ai servizi utili per la prevenzione dell'Ivg: secondo un'indagine multicentrica nazionale condotta dall'Iss nel 2004, è

evidente la necessità di un maggiore impegno affinché il counselling per la procreazione responsabile sia disponibile in ogni occasione di contatto con la popolazione immigrata, per consentire anche un più agevole accesso alle procedure per lo screening (pap test, mammografia).

Il medico "di famiglia"

Come ha sottolineato **Raffaella Michieli**, segretario nazionale Simg, la questione si articola ulteriormente se si considera che il sistema sanitario si trova sempre più spesso a tutelare la salute di immigrate di seconda generazione, cioè giovani nati o nate in Italia ma che vivono in un ambiente culturale fortemente dissimile da quello della maggior parte dei cittadini del nostro Paese. Sulla vulnerabilità che interessa soprattutto la seconda generazione della popolazione straniera in Italia si è soffermato anche **Abdul Cadir Omar**, coordinatore nazionale delle comunità straniere presenti in Italia, che ha anche ricordato che nel dramma delle Ivg s'inserisce anche la tragedia delle mutilazioni genitali femminili che conosce ancora numeri troppo elevati anche nel nostro Paese.

I medici di medicina generale si trovano così a confrontarsi con una percentuale crescente (si parla di un +20%) di assistite di origine straniera e con alcune di loro ci sono forti difficoltà comunicative. Sono soprattutto le donne immigrate ad avere questi problemi perché molte di loro non lavorano ma sono in Italia solo per stare vicine al marito lavoratore, quindi non hanno possibilità di imparare la nostra lingua. Per comunicare, quindi, occorre o che sia presente un interprete che faccia da mediatore culturale oppure il marito. A questo proposito la stessa Michieli lancia un interrogativo spinoso: "Quando vengono da me per interrompere una gravidanza, in genere è il marito ad avanzare questa richiesta. Ma io come posso sapere se la donna lo desidera realmente?".

Un aiuto non solo linguistico

Il ruolo dei mediatori culturali è stato presentato da **Ana Bulcu Butea** che da tempo opera all'interno dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (Inmp), organismo attivo all'interno del San Gallicano di Roma. In questo istituto è presente uno sportello a cui le donne straniere possono rivolgersi anche per procedere all'Ivg, dopo aver accertato, sempre all'interno delle strutture dell'istituto, l'esistenza di una gravidanza in corso. "Spesso - spiega Bulcu Butea - sono donne arrivate in Italia per problemi economici, che hanno lasciato nel loro paese altri figli. Hanno lavori precari o irregolari e sanno che se portassero avanti la gravidanza avrebbero serie difficoltà a continuare a lavorare". Il lavoro svolto all'Inmp da parte di questi operatori è indubbiamente speciale in un luogo che rimane uno dei centri d'eccellenza per l'assistenza, la cura verso la popolazione migrante ed emar-

ginata. Ed è un esempio per molti altri presidi ospedalieri che svolgono interventi di assistenza senza la figura fondamentale del mediatore.

Una struttura d'eccellenza

Lo si evince anche dalle parole di **Alessandra Sannella**, ricercatrice dell'Inmp, intervenuta al posto del direttore generale **Alto Morrone** improvvisamente convocato a New York, presso la sede dell'Onu, per ricevere un prestigioso premio proprio per l'attività svolta dal San Gallicano e dall'Inmp in questi anni. Sannella ha tracciato un quadro drammatico dello stato di disagio e di emarginazione in cui spesso le donne straniere vivono il momento dell'interruzione della gravidanza, un quadro che emerge con tinte fortissime da alcuni casi esemplari. Come quello della giovane immigrata che a soli 23 anni si è rivolta all'Istituto per il suo diciassettesimo aborto. La ricercatrice dell'Inmp ha anche resi noti alcuni numeri relativi all'attività dell'Istituto in cui, nell'insieme delle prestazioni rivolte alle donne, una percentuale del 29% è per coloro che richiedono una Ivg. Quasi un terzo di queste donne sceglie di portare avanti la gravidanza, grazie ad un lavoro interdisciplinare svolto insieme alle mediatrici culturali, figure indispensabili per stabilire un "ponte" culturale e non solo linguistico con la donna straniera. Sulle problematiche specifiche dell'Ivg tra le donne immigrate si sono soffermati anche molti dei partecipanti alla tavola rotonda tra cui **Mirella Parachini** dell'ospedale S. Filippo Neri di Roma, **Valeria Dubini**, dell'ospedale Nuovo S. Giovanni di Dio di Firenze, **Antonio Belpiede**, Ospedale civile "Caduti in guerra" di Canosa, **Giovanna Scassellati Sforzolini**, Ospedale S. Camillo di Roma, **Mauro Alberto Buscaglia**, Ospedale S. Carlo Borromeo di Milano. **Y**

Conferenza stampa-dibattito promossa da Sigo-Aogoi
"Politiche per un contrasto all'Ivg nelle donne a rischio"

IL PARERE DEI POLITICI

Tutti insieme per migliorare la 194

Uno degli appuntamenti più attesi dai giornalisti presenti alla conferenza stampa-dibattito "Politiche per un contrasto all'Ivg nelle donne a rischio" è stata certamente la tavola rotonda con le personalità politiche. Assente giustificata il ministro Mara Carfagna, il confronto è avvenuto tra **Eugenia Maria Roccella**, sottosegretario al Lavoro, salute e politiche sociali con delega ai temi eticamente sensibili, **Cesare Cursi**, presidente della Commissione industria, commercio e turismo al Senato, e **Paola Binetti**, membro della Commissione affari sociali

alla Camera. Proprio quest'ultima ha aperto la discussione difendendo la legge 194 che, secondo la parlamentare del Pd, ha il pregio di "unire due punti di vista: la difesa dell'interruzione di gravidanza e la difesa della vita, entrambe nella tutela della salute. E, da questa posizione, la legge può far confluire maggioranza ed opposizione in un intervento migliorativo più rispondente alle attuali condizioni sociali". Tra gli strumenti per migliorare l'applicazione della 194, i consultori costituiscono un riferimento centrale; sono queste strutture, afferma Binetti, ad avere gli strumenti per svolgere un lavoro serio e reale sul territorio fornendo informazioni e sostegno per far diminuire la paura di diventare madre. La legge offre misure alternative alle Ivg, ma si deve puntare in alto e non deve esserci scontro nel-

l'offrire possibilità di ripensamenti a non abortire. "Se il Governo si impegnerà a fornire risorse da impiegare per sostenere e aiutare chi decide di non abortire, da parte dell'opposizione troverà ampia collaborazione - assicura la deputata Pd - Non resta che attendere la maggioranza, negli interventi e nei finanziamenti verso le opportunità a chi sceglie la vita". Anche il presidente della Commissione industria, commercio e turismo al Senato ha sottolineato come l'aborto sia in ogni caso un momento traumatico per la donna: "La legge non è stata applicata dovunque allo stesso modo sul territorio nazionale - spiega **Cesare Cursi** - Alcune regioni hanno investito non correttamente, preferendo altri interventi più populistici, lasciando il potenziale legislativo inespresso. Dunque ne-

cessita di un intervento di monitoraggio regione per regione sul lavoro svolto. Certamente è importante attivare campagne di informazione e formazione per i ginecologi per un'etica al rispetto della vita da difendere". "La legge non crea l'aborto né lo difende" interviene **Eugenia Maria Roccella**, che individua in "aborti zero" l'obiettivo verso il quale tutte le forze in campo devono muoversi. Un obiettivo che costituisce anche il punto d'incontro tra prevenzione e tutela del concepito. Roccella ha messo in evidenza un apparente paradosso che emerge dal confronto con gli esempi che provengono da altri paesi europei: come in Francia dove nonostante l'attivazione delle strategie contro le Ivg e per la tutela alla famiglia, gli aborti non diminuiscono; o in Gran Bretagna dove i dati sulle Ivg sono addirittura

preoccupanti e dove la discesa dell'età in cui avviene l'Ivg tocca delle emergenze tra gli 11 ed i 12 anni; oppure in Svezia che nonostante l'altissimo uso dei contraccettivi registra il tasso percentuale di aborti tra i più alti del continente. E allora come mai in Italia dove tutto questo manca, gli aborti continuano a registrare un calo costante? "Perché c'è la famiglia, ed il rapporto tra figli e genitori è forte è intenso", risponde Roccella sovvertendo tutti i dati presentati durante l'incontro. "Questo - per il sottosegretario - è il patrimonio italiano da non depauperare. Per fare questo non serve cambiare la 194, basta farla un tagliando per renderla più attuale; e a questo processo bisogna collaborare tutti, senza escludere i ginecologi obiettori di coscienza che rappresentano una risorsa insostituibile".

di Pier Francesco Tropea

La diagnostica prenatale: una pratica non priva di rischi

Il tema della causalità nell'ambito della responsabilità medica ha assunto oggi un'importanza fondamentale in corso di procedimento giudiziario, in quanto è proprio l'accertamento del nesso causale tra l'attività commissiva o omissiva del medico e l'evento dannoso per il paziente che può condurre all'affermazione della colpa medica.

In termini più chiari, in caso di contenzioso giudiziario, non è tanto importante accertare il danno occorso al malato, quanto l'eventuale relazione causale tra la condotta medica e il risultato negativo per il paziente, e ciò in termini di "certezza processuale" e "al di là di ogni ragionevole dubbio".

Tale impostazione, più favorevole per il medico rispetto ad un recente passato, tiene conto del fatto che la prestazione medica rientra nella sfera del cosiddetto rischio censito, essendo di per se stessa definibile come pericolosa, il che porta ad affermare la colpa medica solo nel caso in cui, a causa di una condotta imperita, negligente o imprudente, sia stata superata la soglia di quel rischio già previsto.

Il criterio della prestazione sanitaria rischiosa vale soprattutto per l'attività chirurgica, e comunque per quelle prestazioni oggi definite "invasive" che consentono di aggredire alcune patologie pertinenti ad organi interni senza la necessità di procedere ad un intervento operatorio di tipo tradizionale.

Questo genere di interventi, che ha consentito di conferire ad alcune attività specialistiche la dignità di branca medica a sé stante, come nel caso della diagnostica per immagini, di cui la radiologia interventistica e l'ecografia costituiscono una parte consistente, appartiene a tutte le branche della medicina, ma è presente in forma non trascurabile in ostetricia, laddove risulti necessario definire in modo preciso nella fase prenatale lo stato di salute e la normalità del feto. Pertanto è diventata pratica routinaria la diagnosi prenatale ottenuta mediante l'amniocentesi o il prelievo dei villi coriali, mentre la funicolocentesi rimane riservata alla soluzione di più

La diagnosi prenatale comporta procedure invasive non prive di rischio per il feto. Nel caso di evento dannoso conseguente a procedimenti diagnostici di questo tipo è indispensabile accertare se la condotta medica si è connotata per diligenza, prudenza e perizia, rientrando l'insuccesso della prestazione nell'ambito del rischio consentito e delle conseguenze non legate a una colpa medica

complessi quesiti diagnostici concernenti il prodotto del concepimento.

Orbene, premesso che la diagnosi prenatale comporta procedure invasive non prive di rischio per il feto, nel caso di evento dannoso conseguente a procedimenti diagnostici del tipo suesposto, è indispensabile accertare se la condotta medica si è connotata per diligenza, prudenza e perizia, rientrando l'insuccesso della prestazione nell'ambito del rischio consentito e delle conseguenze non legate ad una colpa medica.

È evidente che l'enorme diffusione della pratica diagnostica prenatale comporterà prevedibilmente un cospicuo incremento del contenzioso giudiziario, all'interno del quale, come più sopra accennato, l'accertamento del nesso di causalità rimane il vero nodo da risolvere.

In caso di contenzioso giudiziario, non è tanto importante accertare il danno occorso al malato quanto l'eventuale relazione causale tra la condotta medica e il risultato negativo per il paziente. E ciò in termini di "certezza processuale" e "al di là di ogni ragionevole dubbio".



Ciò premesso, appare di notevole interesse la conoscenza e relativa analisi critica di un caso giudiziario nel quale la morte endouterina del feto, conseguente ad un intervento di funicolocentesi, ha avviato un'elegante disquisizione giuridica sul ruolo del ginecologo nel determinismo dell'evento avverso richiamato.

In sede giudiziaria, si accertò che, nel caso in esame, il prelievo del sangue funicolare mediante funicolocentesi, sortì effetto positivo solo al quinto tentativo, essendosi peraltro successivamente verificato un processo infettivo endoamniotico che comportò il decesso del feto.

Mentre la circostanza della corioamniotite con conseguente aborto interno è apparsa subito fuori discussione, la dialettica processuale ha riguardato nel caso specifico la corretta condotta del ginecologo, il quale, avendo praticato quattro tentativi infruttuosi, proseguì con la quinta puntura senza sospendere e rinviare la prestazione. Tale strategia operativa venne connotata dai giudici di primo grado come imprudente e quindi considerata colposa, mentre il ginecologo venne assolto dall'imputazione di lesioni personali, in quanto, in termini di causalità, non venne raggiunta la prova che la morte del feto fosse avvenuta a causa delle ultime perfo-

razioni praticate e non come conseguenza dei primi tre tentativi (considerato dal collegio peritale compatibili con il rischio insito in questo tipo di prestazione sanitaria). Nella motivazione della sentenza del Tribunale, infatti, si sottolinea l'assunto scientifico dettato dall'esperienza clinica, relativo alla maggiore frequenza di com-

L'enorme diffusione della pratica diagnostica prenatale comporterà prevedibilmente un cospicuo incremento del contenzioso giudiziario

plicanze conseguenti, in tema di funicolocentesi, all'effettuazione di un numero di punture del sacco amniotico superiore a tre. La successiva pronuncia della Corte d'Appello aggiunge ulteriori elementi di riflessione critica a quelli provenienti dalla lettura della sentenza del Tribunale di primo grado, nel senso che viene meglio precisata l'assenza di qualsiasi profilo di colpa nell'operato del ginecologo che ha proceduto alla diagnosi prenatale. Posto come premessa che ogni puntura del sacco amniotico, necessaria per procedere ad una diagnosi prenatale, comporta necessariamente un rischio di abortività

ineliminabile, la Corte afferma non potersi provare che un eventuale rinvio dei due ultimi tentativi di puntura endoamniotica avrebbe certamente evitato il rischio di un'infezione, legato a ciascuna delle perforazioni praticate. In altri termini, secondo la sentenza, non risulta sufficientemente provato, in termini di certezza processuale ed al di là di ogni ragionevole dubbio, che la ripetizione della puntura amniotica oltre i classici tre tentativi possa aver superato la soglia del rischio consentito, configurandosi come inosservanza da parte del medico delle regole di prudenza, diligenza e perizia, con conseguente affermazione di colpa del sanitario. Dunque, nella articolata pronuncia dei giudici della Corte d'Appello di Venezia, è dato constatare l'esistenza di una precisa ricostruzione del nesso causale in termini non più probabilistici, ma di certezza sul piano processuale. Sotto questo profilo, può essere confermata la tendenza dell'attuale giurisprudenza penale ad affermare la colpa medica con criteri molto più rigorosi rispetto a quelli adottati in passato, quando il raggiungimento di un risultato positivo per il paziente, impedito da un atteggiamento colposo o omissivo del medico, veniva valutato in termini puramente statistici e con un grado di probabilità decisamente modesto. In questo senso, il rigore logico degli argomenti adottati dal giudice assume una rilevanza ben maggiore rispetto al calcolo numerico puramente statistico delle probabilità di guarigione di un paziente affetto da una determinata patologia.

Un orientamento siffatto, nettamente più favorevole al medico, corrisponde pienamente alle linee interpretative indicate autorevolmente dalla notissima sentenza "Franzese" delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, cui in tutta evidenza si sono ispirati i giudici della Corte

d'Appello di Venezia. Le pronunce suddette (ed in maggior misura la seconda delle due sentenze qui analizzate, non a caso emessa successivamente alla "Franzese", ai cui principi si ispira) saranno accolte prevedibilmente con grande soddisfazione da tutti i ginecologi che oggi ricorrono assai diffusamente alla pratica della diagnosi prenatale sempre più richiesta dalle gestanti, anche al di là di quelle precise indicazioni che dovrebbero regolare il ricorso ad un atto medico che, in ragione della sua invasività, non è mai esente da rischi che possono giungere alla perdita del prodotto del concepimento. **Y**

I° Congresso regionale AGITE Campania di Maria Gabriella De Silvio*

I percorsi del territorio: dall'adolescenza alla terza età

Un percorso per ogni stagione

Il 10 maggio scorso si è svolto a Caserta, con il patrocinio dell'Aogoi, il I Congresso Regionale Agite Campania. Il Congresso Agite è stato uno dei primi appuntamenti dedicati all'approfondimento delle tematiche dei ginecologi che operano sul territorio, ovvero consultoriali, ambulatoriali e privati – un'area di interesse per tutti gli operatori della sanità che si occupano di prevenzione ed educazione alla salute. Hanno portato il loro contributo scientifico ai lavori colleghi provenienti da varie realtà italiane che, lavorando da sempre sul territorio, hanno costruito delle eccellenze nei loro campi di competenza.

In apertura dei lavori, il segretario nazionale Aogoi, prof. Antonio Chiantera, ha sottolineato l'importanza di questa nuova società scientifica affiliata all'Aogoi, i cui interessi peculiari non sono meno importanti di quelli di chi opera in ospedale: dalla depressione puerperale alle vaccinazioni anti-HPV, interventi impossibili nelle strutture ospedaliere eppure importanti e, in alcuni casi, addirittura salvavita. A moderare, insieme al dottor Teodoro Campofreda, il presidente nazionale Agite Maurizio Orlandella, che ha presentato i temi del Congresso e illustrato la mission di Agite e le potenzialità del suo sito web, già così ricco anche se nato da poco tem-

po. Seguendo un percorso attraverso le stagioni della vita della donna, i lavori sono iniziati con uno splendido intervento sull'adolescenza di Floriana Di Maggio, membro del Direttivo nazionale della Società di ginecologia dell'adolescenza (Sigia), che ha illustrato una proficua esperienza avviata dall'Asl NA 1. Un'esperienza che ha visto la creazione di un consultorio esclusivamente dedicato agli adolescenti e l'avvio di un'iniziativa nelle scuole, in un contesto ad elevato rischio sociale, volta a rilevare, attraverso la somministrazione di questionari, il grado di conoscenza che gli adolescenti hanno delle problematiche sanitarie prima e dopo gli interventi degli operatori della Asl. I risultati di questo lavoro, a distanza di anni, possono dirsi davvero confortanti e sono molti gli adolescenti che hanno potuto trovare una risposta al loro disagio.

Sono seguiti gli interventi di Rita Corina e di Salvatore Ronsini sull'organizzazione delle Ivig, rispettivamente nella Asl di Matera e a Salerno nella Asl SA 3. Due esperienze di felice integrazione territorio-ospedale, attive tutto l'anno, con spazi e tempi dedicati, pensati sia in funzione della privacy sia della sicurezza dell'intervento.

L'estate della vita, ovvero il tema della maternità, è stata affrontata da Lisa Canitano di Roma che ha illustrato un pro-



gramma di integrazione territorio-ospedale per il percorso nascita attuato nella sua Asl, che prevede che tutte le attività ambulatoriali si svolgano sul territorio, anche se effettuate da medici ospedalieri, primario compreso. Questo tutelando i diritti di tutti i ginecologi, territoriali e ospedalieri, e tenendo conto del setting, che nelle nostre attività è fondamentale. Solo il II livello è previsto presso gli ambulatori ospedalieri, e ciò a tutela anche dell'appropriatezza delle prestazioni, per un miglior risultato in termini di economia ed ergonomia sanitaria (di questi tempi indispensabile). L'au-

spicio è che una tale esperienza possa costituire un esempio da seguire, nonostante le molte difficoltà di attuazione, e in questo Agite può rappresentare un riferimento importante.

La "procedura aziendale per la protezione della salute della lavoratrice in stato di gravidanza", elaborata dalla Asl SA 1, è stata al centro dell'intervento di Ferdinando Crescenzi. Si tratta di una procedura che tutte le Aziende dovrebbero attuare per prevenire il dilagante fenomeno dell'assenza dal lavoro per malattia delle donne in stato di gravidanza. Prevedere il cambio di mansione per la lavoratrice, ovvero creare una condizione lavorativa più idonea al suo nuovo stato di donna in gravidanza, oltre che rispondere a un obbligo di legge, favorisce concretamente il lavoro femminile. Un passo importante nella direzione di un'attuazione reale (e non solo formale) delle Pari Opportunità.

Riperkorrendo le fasi della vita, arriviamo all'autunno, e quindi alla menopausa – un accostamento che può risultare improprio, almeno da quanto emerge dalla relazione di Maria Gabriella De Silvio, segretario Regionale Agite Campania, dedicata al "Percorso Menopausa": un'esperienza che la Asl SA 1 porta avanti da più di dieci anni nel Distretto di Nocera Inferiore e che mira a trasformare la menopausa in un momento di prevenzione

e di educazione alla salute. Le donne vengono prese in carico e inserite in due percorsi: informativo e diagnostico-terapeutico, con l'obiettivo di aiutarle a ridisegnare dei nuovi orizzonti e un futuro ancora "spendibile", sia in termini di nuovi modi di essere sia di cose nuove da fare, per una senescenza vissuta con serenità.

Perfettamente collegato all'intervento precedente, la relazione svolta da Antonietta Ronca e Gemma D'Aniello sulle isteroscopie in perimenopausa, o meglio sul percorso condiviso territorio-ospedale, corredata da filmati di isteroscopie sia diagnostiche che operative effettuate dal gruppo di Rino Raimondo. Valido per tutte le stagioni della vita, il tema delle malattie sessualmente trasmesse (o meglio della loro gestione sul territorio) è stato affrontato da Giuseppe De Masellis, che ha portato la sua esperienza nella Asl SA 2 di Battipaglia dove, anni orsono, ha costituito un polo di eccellenza sulle Mst. Un fenomeno in costante aumento, soprattutto tra i giovani, da prevenire con idonei interventi di educazione sanitaria mirata.

Francesca Fiorillo, componente del direttivo nazionale Agite, ha presentato i risultati di un'indagine conoscitiva sui ginecologi territoriali, in particolare sulle loro aspettative lavorative. L'obiettivo dell'indagine, condotta da Agite, era di analizzare i bisogni dei ginecologi territoriali al fine di predisporre delle iniziative ad hoc.

Le conclusioni del Congresso sono state affidate a Marina Toschi, ginecologo territoriale e consigliera di Parità della Regione Umbria nonché componente della Commissione Salute donna. Nel suo intervento la Toschi ha illustrato i principali risultati del I Rapporto sullo stato di salute delle donne in Italia, elaborato dalla Commissione durante il precedente dicastero, mettendo in luce, dalla sua angolazione di Consigliera di Parità, quanto ottenuto dalla Commissione nel rispetto delle Pari Opportunità.

* Segretario Regionale Agite Campania

J02AC01

ELAZOR®

Fluconazolo

Avantgarde s.p.a.
GRUPPO sigma-tau

di Carmine Gigli

Lo Scudo giudiziario A.O.G.O.I. diventa più forte

Sin dal 2002 la Polizza Convenzione "Protezione legale" Aogoi tutela gli associati rimborsando le spese sostenute per la difesa nei procedimenti penali, nonché le spese che il socio potrebbe sostenere per ottenere il risarcimento di danni a persona e/o a cose, subiti per fatti illeciti di terzi (sino a 25 mila euro per evento). Inoltre, l'assicurazione agisce anche a tutela del rapporto di lavoro, per sostenere controversie individuali relative al rapporto di dipendenza o di convenzione con enti del Servizio sanitario nazionale o con privati e laddove previsto, anche in sede amministrativa compresi i ricorsi al Tar (sino a 5 mila euro per evento).

A questo già ampio ventaglio di tutele adesso si aggiunge una nuova prestazione tanto attesa e richiesta dai soci:

dal 1° luglio 2008 la Polizza Convenzione "Protezione legale" A.O.G.O.I. potrà rimborsare anche le spese sostenute per la difesa nei procedimenti civili, sempre con il massimale di 25 mila euro per evento.

Finora, nel processo civile per danni subiti da terzi durante l'attività professionale, i soci Aogoi potevano contare sulle tutele previste per i medici dipendenti del Ssn, consistenti nella dife-

Garantita la copertura delle spese legali anche nei procedimenti civili

sa del legale incaricato dall'Azienda di appartenenza e come prevede il Ccnl, "qualora il dirigente intenda nominare un legale di sua fiducia in sostituzione di quello indicato dall'azienda o a supporto dello stesso, i relativi oneri saranno interamente a carico dell'interessato. Nel caso di conclusione favorevole del procedimento, l'azienda procede al rimborso delle spese legali nel limite massimo della tariffa a suo carico..., che comunque, non potrà essere inferiore alla tariffa minima ordinistica". Da parte loro, i medici liberi professionisti titolari di polizza assicurativa professionale non avevano diritto alla libera scelta del legale, ma dovevano affidare la loro difesa all'avvocato e ai periti nominati dalla compagnia assicurativa, oppure assumere direttamente la difesa anticipando le spese e chiederne il rimborso alla conclusione del processo, entro i limiti previsti dal massimale assicurato e sempre che lo stesso non venisse utilizzato comple-

tamente per indennizzare il danneggiato.

La nuova prestazione garantisce il rimborso delle spese sostenute in sede civile in tutti i casi nei quali la compagnia assicurativa dell'Azienda per qualsivoglia ragione non abbia manifestato interesse alla gestione della lite, compreso il conflitto di interessi tra medico e servizio sanitario, oppure, quando la polizza dell'assicurato ha esaurito il massimale per resistere all'azione del danneggiato. La polizza agisce anche per i procedimenti alla Corte dei Conti, in caso di richiesta di rivalsa per sospetto di colpa grave.

■ Per essere chiari sin nel dettaglio, e a scanso di equivoci, si precisa che la Polizza Convenzione "Protezione legale" Aogoi – il cui testo completo può essere consultato sui siti www.aogoi.it, www.ginecologiaforense.it e www.fesmed.it – è stata modificata nei due articoli (con le integrazioni evidenziate in grassetto) riportati nel riquadro a fianco.

Le nuove integrazioni alla Polizza Convenzione "Protezione legale"

Art. 21 Prestazioni garantite

L'assicurazione vale per i casi assicurativi relativi all'esercizio della professione medica indicata in polizza, per:

1. sostenere la difesa in procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni. Le garanzie operano anche per l'impiego di apparecchi diagnostici e terapeutici in genere, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 26 – Esclusioni – lettera c);
2. difesa penale per reato colposo e doloso compresi quelli derivanti da consenso imperfetto o contravvenzionale dell'Assicurato e dei familiari che collaborano con lui. Nell'ipotesi di procedimento penale per delitto doloso la garanzia viene prestata purché le persone assicurate vengano prosciolte o assolte con decisione passata in giudicato, fermo restando l'obbligo per l'Assicurato di denunciare il sinistro nel momento in cui ha inizio il procedimento penale. In tali ipotesi la Compagnia rimborserà le spese di difesa sostenute quando la sentenza sia passata in giudicato. Sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi causa;
3. sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento danni a persona e/o a cose subiti per fatti illeciti di terzi;

L'assicurazione vale anche, a tutela del rapporto di lavoro, limitatamente ed esclusivamente per:

4. sostenere controversie individuali relative al rapporto di lavoro dipendente o in convenzione con enti del Servizio Sanitario Nazionale o con privati. A parziale deroga dell'Art. 26 – Esclusioni – lettera b), la garanzia opera, laddove previsto, anche in sede amministrativa (ricorsi al TAR).
5. La difesa in sede civile contro richieste di risarcimento da fatto illecito e/o

inadempimento contrattuale da parte di terzi e dalla Magistratura Contabile dello Stato. Tale garanzia opera esclusivamente per controversie relative all'attività professionale esercitata ed in presenza di una polizza di RC sottoscritta dall'Assicurato o da terzi in favore dell'Assicurato medesimo, con le seguenti modalità:

- Nel caso di intervento dell'Assicuratore di RC tale garanzia vale solo dopo esaurimento delle spese per resistere all'azione del danneggiato a carico dell'Assicuratore di RC;
- Nel caso in cui la Polizza di RC, pur essendo regolarmente in essere, non sia operante nella fattispecie in esame, ovvero quando le Compagnie di RC – per qualsivoglia ragione (a titolo esemplificativo: conflitto di interessi tra medico e struttura sanitaria, eccezioni di inoperatività della garanzia, etc) – non abbiano manifestato interesse alla gestione della lite, la presente garanzia opera a primo rischio.

Art. 24 – Massimale

Il massimale si intende così fissato:

- relativamente all'Art. 21 – garanzie 1), 2) e 3) il massimale viene fissato in Euro 25.000,00 per evento, senza limite per anno assicurativo
- relativamente all'Art. 21 – garanzia 4) il massimale viene fissato in Euro 5.000,00 per evento, senza limite per anno assicurativo
- relativamente all'Art. 21 – garanzia 5) il massimale viene fissato in Euro 25.000,00 per evento, senza limite per anno assicurativo.

SCUDO GIUDIZIARIO A.O.G.O.I.

AVVISO IMPORTANTE

Il pacchetto dei servizi previsti dallo SCUDO GIUDIZIARIO A.O.G.O.I. (Polizza Convenzione "Protezione legale" Aogoi, Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati Aogoi, servizio di assistenza M.A.M.M.A. Aogoi, accesso al sito www.ginecologiaforense.it e partecipazione ai Corsi di Risk management), a causa dei costi elevati che comporta, verrà fornito integralmente soltanto ai soci la cui trattenuta sulla busta paga è stata adeguata a € 30 mensili, dopo l'aumento del dicembre 2007.

I soci ai quali l'Azienda non ha applicato l'aumento della quota associativa a € 30 mensili e continua a trattenere degli importi inferiori (es. € 10; 12; 15; 20euro), NON POSSONO USUFRUIRE dell'intero pacchetto, ed in particolare non saranno coperti dalla Polizza Convenzione "Protezione legale" Aogoi, e dall'Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati Aogoi di 2° rischio.

Il contratto di lavoro e il decreto 112 di Carmine Gigli

Attacco ai medici

■ Il 10 aprile si era conclusa in maniera fallimentare la "trattativa non-stop" per il rinnovo del Contratto di lavoro della dirigenza medica per il biennio economico 2006-2007. Come vi avevo informato da queste pagine, la parte pubblica aveva interrotto il negoziato in seguito al rifiuto delle Organizzazioni sindacali di sottoscrivere gli articoli relativi al riposo alla fine dei turni di servizio e all'introduzione di sanzioni economiche, per le violazioni disciplinari. Lo scorso 17 luglio è ripresa all'Aran la trattativa per il rinnovo del Contratto di lavoro dei medici, ma lo scenario normativo era tutto mutato a causa dell'emanazione del Decreto Legge 25 giugno 2008, n. 112 "Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria".

Questo decreto è intervenuto pesantemente in materia di lavoro, disciplinando in modo unilaterale l'orario di lavoro e i periodi di riposo:

- scompare il riposo compensativo di 11 ore dopo il turno notturno e il limite massimo di 48 ore settimanali;
- il part time viene praticamente abolito, con conseguente penalizzazione per ogni possibile esigenza familiare e assistenziale;
- viene introdotto il pensionamento coatto per i medici con quarant'anni di contributi, la cui permanenza in servizio sarà rimessa alla discrezionalità del direttore generale;
- non sarà più una libera scel-

ta del dipendente, ma verrà subordinata alla decisione del solito direttore generale, la richiesta al trattenimento in servizio per un biennio dopo il compimento del limite di età per il collocamento a riposo.

Nella pratica, con queste norme si riconducono a uno stato di sudditanza i colleghi che avevano raggiunto una condizione che consentiva loro di comportarsi in maniera più libera e magari più rispondente alle logiche cliniche che non a quelle gestionali aziendali.

Nel decreto non poteva mancare la solita riduzione dei posti letto, strumento di cui è provata l'inefficacia ai fini del taglio della spesa, ma che consente di spostare risorse a discrezione del Governo. Peccato che la solita riduzione dei posti letto crei non poche difficoltà ai cittadini e ai medici chiamati a gestire i ricoveri, difficoltà che si accentueranno nei periodi critici, sempre più frequenti se si tiene conto del progressivo invecchiamento della popolazione.

In questa situazione, che vede ancora una volta i medici sotto attacco, è ripresa la trattativa per il rinnovo del Contratto di lavoro. La riapertura della trattativa era stata preceduta da una serie di incontri della rappresentanza Aran con le singole delegazioni sindacali per riascoltare le richieste di ciascuna. Ha fatto seguito una riunione della parte pubblica con i soli capo-delegazione, per valutare la disponibilità del tavolo sindacale alla trattativa. E finalmente, il 17 luglio è ripresa ufficialmente la trattativa. Purtroppo, nonostante tanto lavoro preparatorio, l'Aran non è stata in grado di chiarire se la parte pubblica è pronta a rispondere alle richieste delle Organizzazioni sindacali in tema di coperture assicurative e a

Le Organizzazioni sindacali della dirigenza medica del Ssn hanno dichiarato aperta una stagione di mobilitazione e iniziative che culminerà con tre giornate di sciopero e una manifestazione nazionale a Roma da programmare nel mese di ottobre



compiere un avvicinamento alle posizioni delle Oo.Ss. per quanto riguarda le questioni che avevano portato alla rottura della trattativa, vale a dire: i "riposi" e le "sanzioni".

Come saprete, la normativa sulla copertura assicurativa della responsabilità civile dei dirigenti, comprese le spese di giudizio, introdotta con il Ccnl del 8 giugno 2000, non trova ancora una completa applicazione in tutte le Aziende del Servizio sanitario. La Fesmed e le altre Organizzazioni sindacali hanno chiesto la completa applicazione della norma, che contempli la copertura assicurativa anche dopo la cessazione dal servizio e il ristoro delle spese sostenute per la difesa in giudizio. Relativamente

al riposo giornaliero, è a tutti chiara la valenza di un adeguato periodo di riposo alla fine del turno di servizio, non solo ai fini del recupero delle energie psicofisiche del medico, ma anche nell'ottica della gestione del rischio clinico. Soprattutto nelle specialità dove lo stress è più intenso, come abitualmente avviene per le specialità chirurgiche e nelle aree dell'emergenza, stabilire contrattualmente il diritto al riposo compensativo costituisce una necessità per il medico ed una garanzia per il cittadino. La Fesmed ritiene irrinunciabile l'introduzione nel Contratto di lavoro di una norma che preveda un adeguato periodo di riposo dopo il servizio. La durata del riposo dovrà esse-

re, ovviamente, rapportata ai diversi tipi di turni.

Per quanto riguarda le "sanzioni", la Fesmed si è dichiarata pronta ad accettare l'introduzione di "sanzioni intermedie" nella normativa contrattuale che, attualmente, prevede solo il ricorso al recesso in caso di inadempienze del dirigente. Giudica invece eccessivamente onerosa, e non sufficientemente garantista, le norme con le quali la parte pubblica intende introdurre delle sanzioni esclusivamente economiche a carico del dirigente. Sanzioni che possono arrivare sino a 20 mila euro, senza che le stesse costituiscano una misura alternativa al recesso ma, secondo la proposta della parte pubblica, dovrebbero essere aggiuntive alla richiesta di recesso. Tutto questo in assenza di un regolamento applicativo che dia sufficienti garanzie di imparzialità di giudizio.

Queste note vanno in stampa quando il provvedimento ha già avuto il voto favorevole della Camera che ha detto sì (con voto di fiducia) al maxi-emendamento presentato dal Governo e che conferma le norme penalizzanti per i medici. Per quanto riguarda la trattativa per Contratto di lavoro della dirigenza medica, non conosciamo ancora il contenuto delle proposte che, nei prossimi giorni, la parte pubblica sottoporà alle Organizzazioni sindacali nel tentativo di superare i "nodi" che bloccano questa trattativa. Per finire, non conosciamo le risposte che il Ministro del Lavoro darà alle nostre richieste, nel corso dell'incontro che ha accettato di avere con i rappresentanti delle Organizzazioni sindacali più rappresentative della categoria.

In questo quadro di grave attacco ai diritti dei medici e dei cittadini utenti del servizio sanitario, nell'incertezza che le nostre pressanti richieste possano avere delle risposte adeguate da parte di Governo e Regioni, le Organizzazioni sindacali della dirigenza medica del Ssn hanno dichiarato aperta una stagione di mobilitazione e iniziative che culminerà con 3 giornate di sciopero nazionale da programmare nel mese di ottobre insieme a una manifestazione nazionale a Roma. ■

Lettere



Le ragazze alla Scuola Navale Francesco Morosini?

Perché no. Il punto di vista del ginecologo

Ho letto con un misto di perplessità e interesse l'articolo del Corriere della Sera di domenica 8 giugno da cui risaltava una certa polemica sull'ingresso delle ragazze nella Scuola Navale Francesco Morosini di Venezia. Sono un ginecologo, ex allievo del Morosini: perché avrei dovuto essere interessato da una polemica che riguarda una scuola che ho fatto molti anni fa e per un motivo così apparentemente "futile"? È passato qualche giorno e mi ritrovo a pensare ancora a quell'articolo per vari motivi: per me il Morosini non è stata una scuola qualsiasi, da figlio di militare ho cambiato città quasi ogni anno prima di approdare a Venezia dove ho finalmente trovato la scuola che sognavo, un posto con buoni insegnanti, un confronto tra pari con i miei compagni che provenivano da tutta Italia e da ogni condizione sociale. Ho trovato rispetto, buona educazione, stimoli, valori e regole che non ero riuscito a trovare altrove. Mi avevano detto che il Morosini era stato concepito per promuovere l'ingresso nella Marina Militare e oggi dopo tanti anni penso che chi ha inventato il Morosini abbia comunque permesso a tanti ragazzi di

crescere, trovare o ritrovare la porta della propria vita. Non so chi ringraziare: Venezia, il Doge Francesco Morosini, il liceo Marco Polo o il Benedetti, gli uomini che ci hanno guidato o forse la Marina Militare. È certamente un posto speciale, chi ci è passato lo sa e ti accompagna tutta la vita. Anche se non ho fatto il militare di carriera, porto quel grande patrimonio con me anche ora, e i miei compagni di corso di allora sono i miei migliori amici di oggi. Le donne al Morosini? Ho la sensazione che la resistenza all'ingresso delle ragazze sia una reazione strana, difficilmente comprensibile, stridente. Non stiamo parlando di ammettere le donne in una squadra di rugby o di football americano, non è in discussione. L'ingresso delle ragazze alla Scuola Navale richiede una progettazione complessa legata alla minore età, alle responsabilità di educare insieme maschietti e femminucce, insomma una vera innovazione. Scivolo su tutte le fantasie legate alla convivenza e su tutte le storie da rotocalco che potrebbero venir fuori, sono problemi superabili. L'aspetto del mondo femminile che mi colpisce più in questo momento della mia professione di ginecologo è il cosiddetto "lato umano":

osservo ogni giorno le grandi difficoltà che attraversano le donne in questi tempi quando si ritrovano tardi, spesso troppo tardi, a pensare a se stesse, alla propria biologia. Ascolto racconti di grande solitudine e di difficoltà di comunicazione e di collaborazione

La Scuola Navale Militare "Francesco Morosini" di Venezia

è un Istituto di formazione della Marina Militare che trae origini dal Collegio dei Nobili che forniva i Dirigenti Navali della Repubblica Serenissima. Inaugurato nel 1937, poi chiuso nel 1945, il Collegio navale sull'isola di Sant'Elena è risorto nel 1961 con la denominazione di Collegio Navale intitolato a Francesco Morosini, ammiraglio del Seicento. Nel 1998 ha assunto lo status di Scuola Militare. Nella Scuola è possibile frequentare le ultime tre classi dei licei classico e scientifico. Una frequenza che assume un taglio del tutto particolare, rivolto al mare, al suo mondo e ai suoi valori, nell'ambito di un addestramento militare.

con l'uomo; lo dicono donne in gamba che hanno investito tutte loro stesse nel lavoro, divenuto spesso l'unico valore di riferimento. Per il mio lavoro e per il mio attuale incarico, sono particolarmente attento alle cosiddette fragilità del mondo femminile e, come molti esperti e molti rappresentanti delle istituzioni, sono convinto che sia necessario uno speciale impegno educativo e informativo durante

Venezia: la Marina apre il suo collegio d'élite alle donne. Ma la prospettiva non piace a tutti i "birilli" (così i veneziani chiamano gli allievi per la forma del loro lungo mantello che li fa somigliare a un birillo)



l'adolescenza, sia per i maschi che per le femmine, meglio se insieme. Morosini e donne: perché no? Mi sembra di intravedere la stessa occasione che ho avuto io e molti altri come me, la possibilità di sperimentare un modello educativo "made in Italy", con l'aiuto dei grandi insegnanti che ci sono nella scuola italiana e dei grandi educatori che abbiamo nella Marina Militare Italiana, vedi la stessa esperienza Morosini e l'Accademia Navale di Livorno, dove poter trovare, buona educazione, stimoli, valori e un confronto tra pari, includendo le ragazze. Certo, non si può adottare il modello di educazione maschile fin qui percorso, ma la grande esperienza permetterà di progettare un percorso di formazione in comune per vivere gli ultimi tre anni di liceo sperimentando più precocemente dei coetanei responsabilità, opportunità di confronto alla pari e di qualificazione in uno speciale clima di rispetto delle regole e dei valori che sembra ormai perduto. Mi sembra una grande opportunità per ragazzi e per ragazze, ricordandosi che, comunque, si tratta "solo" degli ultimi anni della scuola superiore, da vivere con grande impegno, ma anche con la curiosità critica e con la leggerezza della adolescenza quando ridere e piangere è ancora permesso.

Giorgio Vittori

Ex Allievo Collegio Navale Francesco Morosini - Venezia (Corso Poseidon 1966-1969) Presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

Poesie



Ciao Dominick

Dominick Ferrante è scomparso tragicamente un'estate di due anni fa. Pubblichiamo due poesie tratte dalla raccolta curata da suo padre "per tenerne vivo il ricordo". È il nostro modo di ricordare un giovane brillante, appassionato di lettere e poesia, a cui il Senato accademico dell'Università "Roma Tre" ha conferito la Laurea in Lettere alla memoria un anno dopo la sua scomparsa. E di far sentire al nostro collega Domenico

Ferrante di Campobasso, la vicinanza di tutti i colleghi dell'Aogoi.



A mia madre

Un fiore muore nella nebbia serale.
Un fiore muore spezzato dal vento,
stroncato da chi è indifferente al suo pianto,
ghiacciato dal freddo, stanco del gelo.

Un fiore muore in silenzio.
Il suo stelo in ginocchio,
bagnato dal sangue di bimbi già vecchi,
piegato dal tempo che frusta passando,
stancato dal peso di petali grigi.

Un fiore muore e rimpiange la vita.
Muore piangendo ciò che ha perso per sempre,
muore piangendo ciò che mai e poi mai potrà avere...
Piange,
e le lacrime sono anche del cielo.

Un fiore muore affogato dalla nebbia.
Lo stelo chiaro ormai è disteso,
e nessuno disturba la sua dolce quiete...

Solo il vento lo culla lontano
E volando in silenzio lungo il suo sonno,
cadono i petali e cadono i semi...

Dorme ora il fiore. E sogna...
Sogna i suoi semi che un giorno vivranno,
sogna i suoi semi forti e felici
sogna i suoi semi gioia del campo.

Dorme ora il seme. E sorride...
E i sorrisi sono anche del cielo.

Congressi



LE CONTROVERSIE CLINICHE FRA ETICA, DEONTOLOGIA E OBIEZIONE DI COSCIENZA Codroipo (Ud) 6 settembre

Segreteria organizzatrice
The Office s.r.l.
Via San Nicolò 14 - 34121 Trieste
Tel. 040.368343 Fax 040.368808
aogoi@theoffice.it

IN MEMORY OF UMBERTO NICOLINI - OBSERVING THE FETUS: WHAT HAS MADE THE DIFFERENCE Milano 13 settembre

Segreteria organizzatrice:
Lucia Tului - Tel. 348.3635400 -
Fax 02.36566204
Viale Sabotino 28 - 20135 Milano

CONVEGNO REGIONALE AOGOI ABRUZZO - STRATEGIE DI PREVENZIONE NELL'ERA DEL VACCINO - LA PRATICA GINECOLOGICA ED OSTETRICA PER IL BENESSERE DELLA DONNA Chieti 13-14 settembre

Segreteria organizzatrice:
Vedia Di Paolo Vallone - Tel.
085.4429652 Fax 085.9090155
Via C. Battisti 31 - 65122 Pescara
aogoiabruzzo@vedia.it

CORSO PRATICO/TEORICO URGENZE ED EMERGENZE IN SALA PARTO: COME AFFRONTARE LE SITUAZIONI DIFFICILI Bergamo 19 settembre 10 dicembre

Segreteria organizzatrice:
Centro Congressi Giovanni XXIII
Viale Papa Giovanni XXIII 106
24121 Bergamo
Tel. 035.236435 Fax 035.236474
infocon@congresscenter.bg.it

I WORKSHOP DI CHIRURGIA PELVICA - GESTIONE DEL RISCHIO INTRAOPERATORIO IN CHIRURGIA GINECOLOGICA Bologna 19 settembre

Segreteria organizzatrice
Dott. Pierandrea De Iaco
Via Massarenti 13 - 40138
Bologna Tel. 051.6364426
pierandrea.deiaco@aosp.bo.it

ADVANCE IN LAPAROSCOPIC FEMALE PELVIC SURGERY - LIVE SURGERY Milano 22-25 settembre

Segreteria organizzatrice:
Medicina Viva
Via Marchesi 26 D - 43100
Parma
Tel. 0521.290191 Fax
0521.291314
morena@mvcongressi.it

WORKSHOP SULLE NUOVE TECNICHE DI ISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA Vercelli 22 settembre

Segreteria organizzatrice
Associazione per la diagnosi e per la terapia della sterilità umana
Via Paletta 10 - 28100 Novara
Tel. 0321.611828 Fax
0321.623577

CORSO TEORICO-PRATICO DI ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA ED OPERATIVA Acquaviva delle Fonti (Ba) 29 settembre-1° ottobre

Segreteria organizzatrice:
Centro Italiano Congressi Cic Sud
Viale Ecrivà Josemaria 32 -
70124 Bari
Tel. 080.5043737 Fax
080.5043736 info@cicsud.it

84° CONGRESSO NAZIONALE SIGO 49° CONGRESSO AOGOI Torino 5-8 ottobre

Segreteria organizzatrice:
Triumph Congressi
Via Lucilio 60 - 00136 Roma
Tel. 06.355301 Fax 06.35530251
sigo2008@gruppotriumph.it

I° MASTER IN CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA Roma 15-16 ottobre 10-11 dicembre

Segreteria organizzatrice
Carol Scioscia - Sabrina Soresi
Tel. 06.52665356 Fax
06.52666974

LA SORVEGLIANZA DEL BENESSERE FETALE IN TRAVAGLIO Carpi (Mo) 21-22 ottobre

Segreteria organizzatrice:
Archimedia s.a.s.
Via Castelmardo 97 - 41100
Modena
Tel. 059.210311 Fax 059.246849
info@archimediaeventi.it

CORSO BASE DI ECOGRAFIA PER OSTETRICHE Carpi (Mo) 23-24 ottobre 4-5 dicembre

Segreteria organizzatrice:
Archimedia s.a.s.
Via Castelmardo 97 - 41100
Modena
Tel. 059.210311 Fax 059.246849
info@archimediaeventi.it

CONGRESSO NAZIONALE AIUG 2008 LE NUOVE SFIDE NELLA PATOLOGIA DEL PAVIMENTO PELVICO Firenze 13-15 novembre

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

NATURAL ORIFICE SURGERY - A NESA MEETING PROMOTING EXCELLENCE Napoli 21-22 novembre

Segreteria organizzatrice
MCM Eventi e Congressi
Rione Sirignano 5 - 80121 Napoli
Tel. 081.7611085 Fax
081.664372
segreteria@mcmcongressi.it

LA SORVEGLIANZA DEL BENESSERE FETALE IN TRAVAGLIO Carpi (Mo) 2-3 dicembre

Segreteria organizzatrice:
Archimedia s.a.s.
Via Castelmardo 97 - 41100
Modena
Tel. 059.210311 Fax 059.246849
info@archimediaeventi.it

III CONGRESSO NAZIONALE SIOS Catania 11-13 dicembre

Segreteria organizzatrice
Studio Exedra
Corso delle Province 38
95127 Catania
Tel. 095.374729 Fax 095.385021
info@studioexedra.it

CORSO DI MEDICINA MATERNO FETALE - CORSO DOPPLER Brescia 11-12 dicembre

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

1ST EUROPEAN CONGRESS ON "IN VITRO MATURATION OF HUMAN OOCYTES IN ASSISTED REPRODUCTION" Monza 12-13 dicembre

Segreteria organizzatrice
Dolphin Organization
Strada Maggiore 90 - 40125
Bologna
Tel. 051.6360801 Fax
051.4292250
mail@dolphinorganization.com

ANNO 2009

I MASTER IN CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA Napoli 8-10 febbraio

Segreteria organizzatrice
Carol Scioscia - Sabrina Soresi
Tel. 06.52665356 Fax
06.52666974

XIX FIGO WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS Cape Town - South Africa 4-9 ottobre

Segreteria organizzatrice
Turners Conferences & Conventions (Pty) Ltd
P.O. Box 1935 04000 Durban
Tel. +27 31 332 1451 Fax +27 31 368 6623
DudleyR@turnergroup.co.za

Congresso Regionale Aogoi Friuli Venezia Giulia

Villa Manin di Passariano, 6 settembre 2008

LE CONTROVERSIE CLINICHE FRA ETICA, DEONTOLOGIA E OBIEZIONE DI COSCIENZA

I SESSIONE

Moderatori:
E. Campagnutta - V. Adamo

Importanza della bioetica nelle scelte cliniche
Paolo Pesce - Trieste

Il Taglio Cesareo a richiesta: si fa ma non si dice
Silvio Giove - Latisana (UD)

La vaccinazione per HPV: tra benefici, sospetti e resistenze
Francesco Sopracordevole - Aviano (UD)

La fecondazione assistita: progressi scientifici e obblighi di legge
Francesco Tomei - Pordenone

La terapia sostitutiva in menopausa: rischi e benefici
Giuliano Fabiani - Udine

Coffee Break

II SESSIONE

Moderatori: C. Gigli - M. Melato
L'obiezione di coscienza fra diritti e doveri
Amedeo Bianco - Roma

La pillola del giorno dopo: quando, dove e chi
Quirino Di Nisio - Penne (PE)

La legge 194 del 1978: cambiare sì, no e perché
Giovanni del Frate
S. Daniele del Friuli (UD)

L'assistenza ai prematuri di età gestazionali estremamente basse
Franco Macagno - Udine

Le età della donna tra natura e tecnologia

Dopo 43 anni il Congresso nazionale della Società italiana di ginecologia e ostetricia torna a Torino. Presidenti Mario Campogrande e Giorgio Vittori

Temi congressuali

- Nuove strategie in medicina materno-fetale
- Preservazione della capacità riproduttiva
- Ormoni sessuali: dalla pubertà alla senescenza
- Chirurgia ginecologica mini invasiva
- Qualità di vita della paziente oncologica: nuove prospettive
- Cellule staminali in ostetricia e ginecologia
- Medicina di genere: non solo ginecologia e ostetricia
- Sinergia territorio-ospedale nei percorsi diagnostico-terapeutici
- Formazione del ginecologo europeo



Società scientifiche affiliate

- AGICO Ass. Ginecologi Consultoriali
- AGiTe Ass. Ginecologi Territoriali
- AIUG Ass. Italiana di Urologia Ginecologica e Pavimento Pelvico
- CECOS Terapia della sterilità e fecondazione assistita
- GREG Gruppo Romano di Endoscopia Ginecologica
- ISSHP It. Branch della International Soc. of Hypertension in Pregnancy
- LAMM Soc. Laziale Abruzzese Marchigiana Molisana di Ostetricia e Ginecologia
- SCCL Soc. Campano Calabro Lucana di Ostetricia e Ginecologia
- SIDiP Soc. It. di Diagnosi Prenatale e Medicina Materno Fetale
- SEGI Società di Endoscopia Ginecologica Italiana
- SICPCV Soc. It. di Colposcopia e Patologia Cervico-Vaginale
- SIEOG Soc. It. di Ecografia Ostetrico-Ginecologica
- SIFES Soc. It. di Fertilità e Sterilità
- SIFR Soc. It. di Fisiopatologia della Riproduzione
- SIGIA Soc. It. di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza
- SIGIP Soc. It. di Ginecopatologia
- SIGITE Soc. It. di Ginecologia della Terza Età
- SIM Soc. It. per lo Studio della Menopausa
- SIMP Soc. It. della Medicina Perinatale
- SIOG Soc. It. di Oncologia Ginecologica
- SIOS Soc. It. Ospedaliera per la Sterilità
- SIPGO Soc. It. di Psicosomatica, Ginecologia ed Ostetricia
- SIPPO Soc. It. di Psicoprofilassi Ostetrica
- SLOG Soc. Lombarda di Ostetricia
- SMIC Soc. Medica Italiana per la Contraccezione

Presidenti onorari

D. Shaw (Presidente FIGO)
W. Dunlop
(Presidente EBCOG)
G. Serour
(Presidente Eletto FIGO)
G. Monni
(Presidente AOGOI)

Presidenti del Congresso

M. Campogrande (Torino)
G. Vittori (Roma)

Segreteria scientifica

R. Chiapponi (Torino)
P. Seiner (Torino)
C. Tibaldi (Torino)
E. Viora (Torino)

Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia
Ospedale Ostetrico Ginecologico Sant'Anna
Corso Spezia, 60 - 10126
Torino
Tel: 011 2446915-16
segreteria.scientifica
@sigo2008.it

Comitato internazionale

A. Acosta (Paraguay)
A. Antsaklis (Grecia)
C.M. Bilardo (Olanda)
L. Cabero Roura (Spagna)
F. Chervenak (USA)
V. Chiantera (Germania)
W. Holzgreve (Svizzera)
L. Hummelshoj
(Danimarca)
S. Kennedy (Regno Unito)
B. Kralj (Slovenia)
A. Kurjak (Croazia)
A. Lalonde (Canada)
G. Lindeque (Sud Africa)
J.M. Okaro (Nigeria)
C.R. Ortega Soler
(Argentina)
D. Querleu (Francia)
S. Rakar (Slovenia)
M. Seppala (Finlandia)
J. Stencl (Slovacchia)
I. Szabò (Ungheria)
Y. Taketani (Giappone)
A. Terrero (Rep.
Domenicana)
G.H.A. Visser (Olanda)
L. Voto (Argentina)
D. Wallwiener (Germania)

Comitato scientifico

Coordinatori
E. Cittadini (Palermo)
G.P. Mandruzzato (Trieste)
G. Adinolfi (Caserta)
G. Amuso (Alzano Lombardo)
I. Ardovino (Avellino)
R. Arienzo (Napoli)
E. Arisi (Trento)
G.C. Balbi (Napoli)
S. Baldi (Firenze)
C. Battaglia (Bologna)
E. Bergamini (Reggio Emilia)
C. Buffi (Poggibonsi)
G. Buonanno (Napoli)
P. Busacchi (Bologna)
G. Cali' (Palermo)
C. Campagnoli (Torino)
G. Canzone (T. Imerese)
A. Cardone (Napoli)
A. Careccia (Sassuolo)
A. Castellano (Roma)
G. Cecchini (Milano)
A. Chiantera (Napoli)
A. Cisternino (Catania)
G. Conoscenti (Catania)
M.R. Costa (Genova)
C. Crescini (Bergamo)
P. Curiel (Firenze)

V. D'Addario (Bari)
S. Danese (Torino)
P. De Iaco (Bologna)
C. De Stefano (Avellino)
P. Di Donato (Cento)
A. Di Meglio (Napoli)
Q. Di Nisio (Penne)
F. Di Re (Milano)
G. Dolfi (Torino)
C. Donati Sarti (Perugia)
V. Donvito (Torino)
V. Dubini (Firenze)
G. Ettore (Campobasso)
D. Ferrante (Campobasso)
P. Forleo (Roma)
L. Frigerio (Bergamo)
V. Giambanco (Palermo)
C. Gigli (Gorizia)
M. Giolito (Torino)
N.A. Giulini (Cattolica)
P. Iervolino (Napoli)
E. Imparato (Pavia)
I. Ingrassia (Pescia)
G.B. La Sala (Reggio Emilia)
T. Maggino (Mestre)
A. Maina (Torino)
L. Massacesi (Senigallia)
M. Massacesi (Senigallia)
G. Masellis (Capri)
M. Masucci (Napoli)
Y.J. Meir (B. Del Grappa)
A. Melani (Pistoia)
M. Mincigrucci (Perugia)
U. Montemagno (Napoli)

M. Mucci (Ortona)
A. Natale (Milano)
N. Natale (Milano)
M. Orlandella (Milano)
L. F. Orsini (Bologna)
S.F. Panzini (Bologna)
C. Pasquinucci (Milano)
C. Peris (Torino)
P. Pirillo (Cosenza)
E.R. Poddi (Brindisi)
G. Pomili (Perugia)
M. Primicerio (Roma)
P. Quartararo (Palermo)
G. Quintarelli (Prato)
F. Raspagliesi (Milano)
F. Repetti (Genova)
M. Rustico (Milano)
D. Salvatore (Aosta)
C. Sbiroli (Roma)
S. Schettini (Potenza)
S. Sciorio (Giugliano)
P. Scollo (Catania)
R. Seclì (Fano)
M. Silvestri (Spoleto)
F. Sirimarco (Napoli)
R. Sposetti (Vicenza)
C.M. Stigliano
(Castrovillari)
E. Tajani (Terlizzi)
R. Tesaro (Napoli)
P. Todaro (Roma)
V. Trojano (Bari)
G. Urru (Tempio Pausania)
P. Vadalà (Reggio Calabria)

E. Vizza (Roma)
P. Volpe (Bari)
A. Zacutti (La Spezia)
R. Zarcone (Napoli)

Comitato locale

M. Ardizzoia (Bra)
F. Armellino (Torino)
M. Barbero (Asti)
G. Bottino (Rivoli)
F. Carnino (Torino)
L. Galletto (Pinerolo)
G. Gregori (Casale)
R. Gherzi (Novara)
R. Jura (Biella)
S. Laterza (Susa)
L. Leidi (Chivasso)
S. Leonardi (Novi Ligure)
P. Montironi (Moncalieri)
F. Olivero (Verbania)
A. Pallotti (Mondovì)
P. Pesando (Ivrea)
N. Porcelli (Vercelli)
P. Rattazzi (Cuneo)
C. Rinaldi (Tortona)
E. Rovetta (Alessandria)
G. Ruspa (Borgomanero)
C. Sburlati (Acqui)
P.G. Verri (Alba)
C. Vucusa (Savigliano)

TORINO 5 - 8 OTTOBRE- CENTRO CONGRESSI LINGOTTO

Domenica 5	Sala A	Sala B	Sala C	Sala D	Sala E	Sala F	Sala G
10.00-16.30		CORSO PRECONGRESSUALE ■ Ecografia Mammaria: ruolo della diagnosi precoce	CORSO PRECONGRESSUALE ■ Office Ecografia: l'ecografia come supporto alla visita ostetrico-ginecologica	CORSO PRECONGRESSUALE ■ Patologia infettiva in ginecologia e ostetricia	CORSO PRECONGRESSUALE ■ Corso teorico-pratico per la formazione degli operatori sanitari	CORSO PRECONGRESSUALE ■ L'anestesia locale in ostetricia e ginecologia	CORSO PRECONGRESSUALE ■ Ginecologia endocrinologica
17.00	INAUGURAZIONE						
Lunedì 6	Sala A	Sala B	Sala C	Sala D	Sala E	Sala F	Sala G
Mattina	■ La Formazione del Ginecologo Europeo ■ Strategie future della Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia (FIGO)	■ Nuove possibilità di prevenzione e di trattamento per la qualità di vita della paziente oncologica	■ Ostetricia oggi: natura e tecnologie, le nostre risorse	■ Simposio SIDIP ■ Simposio ESBE	■ Sessione Chirurgia Ginecologica <i>Live Surgery</i> . Tecniche a confronto ■ Nuove frontiere della chirurgia resettoscopica	■ Simposio AGITE ■ Simposio SIGITE	■ AIUG Chirurgia mini-invasiva della IUS e del prolasso genitale
Pomeriggio	■ Chirurgia ginecologica mini invasiva	■ Preservazione capacità riproduttiva	■ Ostetricia oggi: natura amica o nemica?	■ Le cellule staminali in ostetricia e ginecologia ■ Quale salute per la donna migrante nel nostro paese	■ Disturbi del sonno e salute della donna ■ Comunicazioni orali	■ Simposio SICPCV Le età della donna e la fisiopatologia genitale	■ Comunicazioni orali ■ Corso teorico-pratico per la formazione degli operatori sanitari
Martedì 7	Sala A	Sala B	Sala C	Sala D	Sala E	Sala F	Sala G
Mattina	■ Nuove strategie in medicina materno-fetale	■ Cancro Endometriale	■ Infertilità	■ Legge 194 dopo 30 anni ■ Tavola Rotonda: Maternità responsabile, sessualità, violenza	■ Attualità in medicina non convenzionale ■ Depressione post partum	■ Corso teorico-pratico per la formazione degli operatori sanitari ■ Comunicazioni orali	■ Simposio della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche
Pomeriggio	■ Le politiche di genere e la professione medica: quali azioni in Italia per raggiungere le pari opportunità ■ Assemblea AOGOI ■ Assemblea SIGO	■ Tavola Rotonda: Trattamento chirurgico del Carcinoma Endometriale: definizione di uno standard comune	■ La sinergia territorio-ospedale nella promozione della salute della donna	■ Medicina di genere: non solo ginecologia e ostetricia	■ Riunione FESMED ■ Tavola rotonda FESMED		■ Lo screening del Cervico-Carcinoma ■ Formazione dei ginecologi operanti nei programmi di screening regionali. Esperienze a confronto
Mercoledì 8	Sala A	Sala B	Sala C	Sala D	Sala E	Sala F	
Mattina	■ Endometriosi ■ Economia sanitaria in ginecologia e ostetricia	■ Ormoni sessuali: dalla pubertà alla senescenza	■ Sessione Chirurgia Ginecologica <i>Live Surgery</i> . Tecniche a confronto	■ La specificità della professione di ostetrica oggi ed il ruolo associativo	■ La sanità militare per la salute della donna	■ Patologie del distretto vulvo-vestibolo-vaginale	
13.00	CHIUSURA			■ Comunicazioni orali	■ Comunicazioni orali		

► Da pagina 3 Editoriale di Giovanni Monni

AL PASSO COI TEMPI

l'esigenza di interrogarsi sulla formazione del ginecologo europeo così come su quali siano gli strumenti professionali necessari per tutelare la salute della donna migrante nel nostro Paese. Occorre, cioè, essere al passo con i cambiamenti della società che pongono interrogativi nuovi alla medicina di genere allargando i confini abituali della ginecologia e dell'ostetricia: in quest'ottica sarebbe anacronistico trascurare tematiche come la medicina non convenzionale o la sanità militare per la salute

della donna, poste come esigenze specifiche dal contesto in cui vive parte della popolazione femminile del nostro Paese. E naturalmente le domande che provengono dalla società devono trovare risposte di qualità nelle applicazioni scientifiche della professione ginecologica: è la scienza che risponde all'esigenza di preservare la capacità riproduttiva della donna nell'innalzamento dell'età media della prima gravidanza. Ed è ancora dalla scienza che provengono strumenti sempre

più aggiornati nella medicina materno-infantile, nella diagnostica prenatale, nell'impiego delle cellule staminali o nella chirurgia mini-invasiva dalla quale è impossibile prescindere se si vuole dare risposta anche alla domanda di attenzione all'estetica che legittimamente la paziente pone. Tutto questo modifica anche il contesto in cui il ginecologo e l'ostetrico ospedaliero sono chiamati a operare: sono anni che decisori politici e associazioni dei pazienti chiedono una maggiore sinergia tra ospedale e territorio che aiuti a trovare più efficienti percorsi diagnostico-terapeutici al servizio del cittadino. E il Congresso di Torino è

un'occasione fondamentale per definire le modalità di questa sempre più profonda integrazione con il territorio. I temi centrali del Congresso non nascono dal nulla: più volte li abbiamo affrontati anche dalle pagine di *GynecoAogoi* e continuiamo a farlo. Come in questo numero che presenta, accanto alle novità legislative nell'ambito della responsabilità professionale medica, riflessioni importanti sul rinnovamento del sistema dei Drg ma anche i report di due iniziative dell'Associazione sul tema, sempre particolarmente dibattuto e delicato dal punto di vista etico, dell'interruzione di gravidanza. Se i professionisti della ginecologia

e dell'ostetricia saranno in grado di rispondere alle domande della società con un nuovo modello professionale che impieghi i più aggiornati strumenti della scienza ponendosi dalla parte della donna, le loro prestazioni potranno a maggior ragione rivendicare quel pieno riconoscimento da parte dell'organizzazione sanitaria che, come andiamo denunciando da tempo, è ancora lontano. È per questo motivo che la partecipazione, che ci auguriamo numerosa e attiva, all'appuntamento torinese è indispensabile: per poter determinare il miglioramento della posizione professionale che tutti noi auspichiamo.



Novità in farmacia



UNA DELICATA PROTEZIONE *naturale*

UNA NUOVA LINEA DI PRODOTTI PER L'IGIENE INTIMA

La formulazione a base di attivi naturali che rispetta la delicata fisiologia femminile, il pH della pelle e le naturali barriere difensive delle mucose.




Intiley®
INTIMAMENTE NATURALE



Formulazioni innovative, efficaci e sicure, secondo Scienza e Natura