

FOCUS ON

LA CONSULENZA TECNICA D'UFFICIO E LA PERIZIA NELL'ACCERTAMENTO DELLA RESPONSABILITÀ MEDICA

■ PNE

Migliorano le cure ospedaliere, ma ancora molte le strutture sotto standard. Lo scenario osservato dal Programma nazionale esiti (Pne) 2014 di Agenas

■ NIPT

Per la comunità scientifica è tuttora da considerarsi un test di screening, non di diagnosi. Ma il capitolo sul Dna fetale libero circolante si arricchisce di giorno in giorno

■ APM

È il nuovo soggetto della politica sanitaria, nato per iniziativa di un gruppo di sindacati medici, tra cui la Fesmed. I sette obiettivi di "Alleanza per la Professione Medica"

Lei e i suoi tanti risvolti

 **sibilla**[®]
2 mg/0,03 mg
Dienogest/etinilestradiolo

Daylette[®] 
3 mg/0,02 mg
Drospirenone/etinilestradiolo

 **Azalia**[®]
Desogestrel 75 mcg

Liladros[®]
3 mg/0,02 mg
Drospirenone/etinilestradiolo

Midiana[®]
3 mg/0,03 mg
Drospirenone/etinilestradiolo

Belara[®]
30 µg etinilestradiolo + 2 mg clormadinone acetato

Lybella[®]
2 mg/0,03 mg
Clormadinone acetato/etinilestradiolo



GEDEON RICHTER
www.gedeonrichter.it

12

**Ctu & Perizia**

Molteplici fattori contribuiscono a collocare la Ctu e la perizia in una prospettiva diversa da quella di appena qualche decennio fa. Ecco gli accorgimenti utili ad evitare azioni od omissioni che possano inficiarne la validità

21

DBC DIPARTIMENTI
DEL BENESSERE
di COPPIA
DIAGNOSI E GESTIONE DELLE PATOLOGIE
E DEI DISTURBI SESSUALI DELLA COPPIA

AOGOI-SIU

Aprire al Policlinico di Bari il primo Dipartimento del Benessere di Coppia della Puglia. Prossima l'apertura dei nuovi centri a Milano e Modena

PRIMO PIANO

- 4 **PNE: Migliorano le cure ospedaliere. Ma molte le strutture sotto standard**
- 6 **Patto salute: Tutte le novità per il personale Ssn. Dai requisiti di accesso alla carriera dei dirigenti**
- 6 **Studio OCSE sulle disomogeneità dell'assistenza sanitaria: in Italia "resta anomalia dei troppi parti cesarei"**
- 8 **Associazioni dei Pazienti. L'86% pensa che il loro ruolo sia scarsamente valorizzato nel Ssn**
- 9 **Violenza sulle donne: c'è ancora molto da fare**
Antonella Gramigna
- 10 **Ogni anno nel mondo 1 milione di prematuri non sopravvive. E in Italia un neonato su 10 è prematuro**
- 11 **Responsabilità professionale: arriva nuovo Ddl Romano**
- 22 **NIPT: siamo pronti per un utilizzo generalizzato?**
Mario Campogrande
- 23 **IX congresso Aogoi Lombardia: Claudio Crescini riconfermato segretario regionale**
- 23 **Chirurgia plastica, Ginecologia e Radiologia: un trinomio inscindibile**
Stefano Rosso e Massimiliano Aniello Castellano
- 25 **Integrazione Ospedale-Territorio? Iniziare dalla formazione specialistica, con una "frequenza consultoriale"**
Intervista a Viola Liberale
- 26 **AGITE a Novara: una giornata di incontro-confronto tra Consulenti, Ospedale e Università**
Marina Toschi
- 27 **È nata "Alleanza per la Professione Medica"**
Carmine Gigli

FOCUS ON

- 12 **La consulenza tecnica d'ufficio e la perizia nell'accertamento della responsabilità medica**
Domenico Corea

PROFESSIONE

- 19 **Sentenza Tribunale di Milano in materia di malpractice sanitaria**
IL COMMENTO di Paolo Pecora
- 20 **Il Tribunale di Milano inverte la rotta: la responsabilità del medico è extracontrattuale**
- 21 **"I nuovi DBC: preziosa occasione per ottenere dati utili all'attività di ricerca"**
Presentato al Policlinico di Bari il primo Dipartimento del Benessere di Coppia della Puglia

RUBRICHE

- 28 **Meditazioni** Giuseppe Gagnaniello
- 28 **Marcel Proust e l'incertezza della medicina**
Maurizio Silvestri
- 29 **Fatti&Disfatti** Carlo Maria Stigliano

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Migliorano le cure ospedaliere.

Ma molte le strutture sotto standard

Al sud ancora troppi cesarei, migliorano i tempi d'intervento per frattura del femore ma è ancora troppo elevato il numero di ospedali che eseguono un numero di operazioni sotto gli standard minimi. Questo è non solo lo scenario osservato dal Programma nazionale esiti 2014 di Agenas e Ministero della Salute sulla qualità delle cure erogate dagli ospedali italiani

Dal numero di parti cesarei primari fino ai tempi di operazione per una frattura al femore, passando per l'analisi dell'indice di mortalità per infarto. È una sanità italiana che migliora, ma lo fa a macchia di leopardo e in alcuni casi ancora a bassa velocità, quella analizzata dall'edizione 2014 del Programma nazionale esiti (Pne) sviluppato da Agenas per conto del Ministero della Salute e presentato il 20 ottobre scorso a Roma e in cui, a fronte di un miglioramento delle performance si evidenziano ancora "forti disomogeneità nell'efficacia e nell'appropriatezza delle cure tra Regioni, aree, ospedali, con importanti variazioni temporali". Ancora troppi per esempio i parti cesarei primari al Sud e soprattutto in Campania mentre migliorano i tempi di operazione della frattura del femore nell'anziano (anche se ancora siamo lontani dagli standard) senza dimenticare come molte strutture non raggiungono ancora i volumi d'intervento minimi prefissati (vedi approfondimento) per esempio per i parti (Vedi le strutture con meno di 500 parti an-

nui) e per alcune operazioni di tumore.

"Non è una classifica". Il Pne attraverso i suoi 129 indicatori di volume, esito/processo e ospedalizzazione "non fornisce graduatorie, pagelle o giudizi né a livello regionale né a livello di struttura" specificano in ogni caso Agenas e Ministero che sottolineano come esso sia "uno strumento operativo a di-

sposizione delle regioni, delle aziende e degli operatori per il miglioramento delle performance e per l'analisi dei profili critici, attraverso attività di audit" e soprattutto che "le evidenze scientifiche mostrano che dove esso viene utilizzato come strumento di governance migliora la qualità delle cure". Sta di fatto che, nonostante il percorso sulla qualità dei dati

sia ancora lungo, e quindi i numeri siano da prendere con le molle, ad oggi questo è l'unico sistema in grado di valutare come funziona il Ssn.

Le performance. Nello specifico da una prima analisi del Programma (da notare che la nuova edizione di Pne contiene una sezione dedicata agli audit in cui si evidenziano le strutture per cui il dato è ancora da

verificare, quest'ultime non sono state quindi prese in considerazione) migliorano le performance sui parti cesarei primari passati dal 29% del 2008 al 26% del 2013. Rimangono però ancora molto evidenti le differenze tra le regioni del nord con valori intorno al 20% e le meridionali con valori prossimi al 40% e che, nel caso della Campania, arrivano al 50%.

FOCUS PNE 2014

DAI PARTI ALLE OPERAZIONI DI TUMORE: ANCORA CON POCHI VOLUMI DI ATTIVITÀ

■ Dove si fanno più interventi è molto probabile che l'esito della cura sia migliore. Questa una delle principali evidenze dal Piano nazionale Esiti 2014 di Agenas e Ministero della Salute che sottolinea però come per molti indicatori (dai parti fino alle operazioni per tumore vi siano ancora molte strutture al di sotto degli standard minimi fissati da linee guida internazionali o dagli stessi standard ospedalieri). Dai numeri del Pne emerge come "il volume di attività rappresenta una delle caratteristiche misurabili di processo che possono avere un rilevante impatto sull'efficacia degli interventi e sull'esito delle cure".

In questo quadro, uno degli indicatori più importanti è quello relativo al volume di ricoveri per parto per struttura dove ancora molte strutture non raggiungono ancora gli standard. Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera rimanda all'accordo Stato Regioni che, già nel 2010, prevedeva la chiusura delle maternità con meno di 500 parti. "Le evidenze scientifiche - si legge nel focus - sull'associazione tra volumi di parti ed esiti di salute materno-infantile mostrano una associazione tra bassi volumi ed esiti negativi per i

bambini di basso peso alla nascita. Nel 2013 in Italia le strutture ospedaliere con meno di 500 parti/anno sono 133 (26% delle strutture con più di 10 parti/anno)". Le Regioni dove vi sono più ospedali con meno di 500 parti sono la Campania con 20 presidi al di sotto della soglia, seguita dalla Sicilia con 18 e il Lazio con 12 (vedi alla pagina a fianco la lista completa strutture con meno di 500 parti annui). Altro indicatore è quello relativo al volume dei ricoveri per bypass aortocoronarico per cui "la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento risulta elevata e non significativamente eterogenea tra le strutture con volumi inferiori a circa 100 interventi/anno, e si riduce decisamente all'aumentare dei volumi di attività, mantenendo la tendenza alla riduzione anche oltre i 250 interventi/anno". Nel 2013, in Italia, 112 strutture ospedaliere hanno eseguito interventi di

Taglio cesareo: proporzione su parti primari (media esiti Italia 25,98%)

La proporzione di parti effettuati con taglio cesareo è uno degli indicatori di qualità più frequentemente usato a livello internazionale per verificare la qualità di un sistema sanitario. Questo perché il ricorso inferiore al cesareo risulta sempre associato a una pratica clinica più appropriata, mentre diversi studi suggeriscono che una parte dei tagli cesarei è eseguita per "ragioni non mediche". Eppure il numero dei parti con taglio cesareo è andato progressivamente aumentando in molti Paesi. In Italia, in particolare, si è passati da circa il 10% all'inizio degli anni Ottanta al 37,5% nel 2004, la percentuale più alta d'Europa, che in media si assesta a una quota inferiore al 25%. L'indicatore viene calcolato come proporzione di parti con taglio cesareo primario (primo parto con taglio cesareo di una donna), essendo altissima la probabilità (superiore al 95%) per le donne con pregresso cesareo di partorire di nuovo con questa procedura.

L'Analisi. La proporzione di parti cesarei primari è passata dal 29% del 2008 al 26% del 2013, con grandi differenze tra ed intra regioni. A fronte di un valore nazionale medio del 26%, si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 4% ad un massimo del 93%. Mentre nel 2008 tutte le regioni del sud avevano valori di media e mediana superiori ai valori nazionali, nel 2013, Basilicata, Calabria e Sicilia si avvicinano al valore medio nazionale, seppur con grande eterogeneità interna.

Rimangono ancora molto evidenti le differenze tra le regioni del nord Italia con valori intorno al 20% e le regioni del sud con valori prossimi al 40% e che, nel caso della Campania, arrivano al 50%. La Liguria e la Valle d'Aosta sono le uniche regioni del nord ad avere valori superiori a quelli nazionali. Anche la distribuzione geografica per provincia/Asl mostra un'elevata eterogeneità intra e interregionale. Nel confronto tra Asl e struttura si usa la proporzione di cesarei primari aggiustata per fattori di rischio, infatti, essendo il cesareo indicato in alcune condizioni di rischio, il confronto tra strutture va fatto a parità di queste condizioni. Nell'esame non sono qui considerate, perché i dati sono in attesa di verifica, le strutture per le quali la proporzione aggiustata era troppo diversa da quella grezza; questo infatti potrebbe nascondere un eccesso o un difetto di codifica di condizioni di rischio del cesareo, come è stato osservato nel 2013 in molte strutture della regione Campania. L'esito più favorevole l'ha registrato Ospedale di Carate-Carate Brianza (Monza) che a fronte di 1629 interventi valutati ha registrato un esito del 5,16%. La CCA Villa Cinzia di Napoli, invece, con 92,7% di cesarei primari ha registrato l'esito più sfavorevole.

dati dell'emergenza urgenza per le diverse regioni e la distribuzione per numero di accessi e tempi di permanenza per struttura. Non essendo ancora completa la copertura a livello nazionale, non è possibile misurare indicatori utilizzando questo sistema per tutta Italia. Una sezione "Sperimentazioni regionali" che contiene i protocolli degli indicatori calcolati dalle regioni che hanno attivi sistemi informativi sanitari non ancora disponibili a livello nazionale. Una sezione "Strumenti per Audit". Nel 2013 il Pne ha promosso attività di audit sulle strutture con mortalità a 30 giorni dopo ricovero per infarto acuto del miocardio o troppo elevata o troppo bassa rispetto alle evidenze

scientifiche disponibili. Questa attività di audit ha messo in evidenza numerosi problemi di qualità dei dati del sistema informativo ospedaliero. Inoltre si sono verificati problemi anche nella codifica delle comorbidità utilizzate per stimare i tassi aggiustati di alcuni indicatori tra cui la proporzione di parti cesarei primari. Nel 2014 l'attività di audit è prevista per tutti gli indicatori per i quali esistono forti evidenze scientifiche di una relazione con la qualità delle cure erogate, ma la cui interpretazione dipende dalla qualità dei dati utilizzati per l'elaborazione. In questa sezione sono forniti gli elenchi delle strutture da sottoporre al processo di audit sulla qualità dei dati. **Y**

L'esito più favorevole l'ha registrato l'Ospedale di Carate-Carate Brianza (Monza) che a fronte di 1629 interventi ha registrato un esito del 5,16%. La CCA Villa Cinzia di Napoli, invece, con 92,7% di cesarei primari ha registrato l'esito più sfavorevole. Indicatore importante è poi quello relativo alla proporzione di fratture di femore sopra i 65 anni di età operate entro due giorni, che sono passate dal 28,7% del 2008 al 45,7% del 2013, restando però ancora al di sotto dello standard atteso, superiore all'80%. In ogni caso, il progresso, secondo le stime basate sui dati di mortalità a un anno, mostra che il numero di decessi prevenuti in questo periodo, grazie all'anticipazione dell'intervento è di circa 6000. Se il valore nazionale medio è del 45,7%, anche in questo caso si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 10% ad un massimo del 90%. La performance più favorevole l'ha registrata l'Ospedale di Merano con l'89,9%, mentre l'esito più sfavorevole l'ospedale Barone Romeo Patti in provincia di Messina con il 10% di operazioni effettuate entro le 48 ore.

Le novità. L'edizione 2014 del Pne sui dati aggiornati al 2013 analizza 58 indicatori di esito/processo, 50 volumi di attività e 23 indicatori di ospedalizzazione. Il Pne analizza i dati per struttura e non fornisce indicatori per Regione, essendo la variabilità intraregionale superiore a quella interregionale. Il nuovo sito Pne 2014, oltre alle sezioni "Struttura ospedaliera/Asl" e "Sintesi per struttura/Asl" in cui sono riportati i risultati di tutte le strutture ospedaliere/Asl di residenza per ciascun indicatore, include:

Una sezione "Emergenza-Urgenza" che contiene le informazioni relative alla copertura dei

bypass, tra queste, solo 26 strutture (il 23%) hanno presentato un volume di attività superiore a 200 interventi annui. Da evidenziare come il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa a 200 il numero minimo di interventi chirurgici di bypass aortocoronarico per struttura.

Ma l'evidenza che a maggiori volumi corrispondono esiti cura migliori è evidenziato anche per quanto riguarda la mortalità per i tumori di colon, polmone, mammella e stomaco dove però sono ancora molte le strutture con bassi volumi (il dato non riporta l'attività per singola Unità di cura complessa ma identifica solo le strutture). Per quelli del colon, nel 2013 in Italia, 805 strut-

ture ospedaliere hanno eseguito interventi chirurgici per tumori del colon, tra queste, 106 (il 13,2%) hanno presentato un volume di attività superiore ai 50 interventi annui (la mortalità a 30 giorni diminuisce decisamente fino a 50/70 interventi annui). Per il tumore al polmone solo il 16% delle strutture (36 su 231) presentano volumi di attività superiore ai 100 interventi annui (anche in questo caso la mortalità a 30 giorni diminuisce decisamente fino a 50/70 interventi annui). Per il tumore alla mammella, le linee guida internazionali fissano lo standard di qualità minimo in 150 interventi annui. In Italia solo 13% delle strutture (98 su 761) hanno presentato volumi superiori ai 150 interventi l'anno. Per il tumore al-

lo stomaco la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce profondamente fino circa 20/30 interventi l'anno, ma nel nostro Paese solo 108 su 662 strutture ospedaliere che eseguono l'operazione fanno più di 20 interventi annui. In ogni caso, sottolinea il Focus di Agenas "le conoscenze scientifiche, da sole, non consentono di identificare per gli indicatori di volume un preciso e puntuale valore soglia, minimo o massimo. Alla scelta di "volumi minimi di attività" al di sotto dei quali non deve essere possibile erogare specifici servizi nel Ssn devono necessariamente contribuire, oltre alle conoscenze sul rapporto tra efficacia delle cure e loro costi, le informazioni sulla distribuzione geografica e accessibilità dei servizi.

Strutture con meno di 500 parti annui

Parti: volume di ricoveri	PROVINCIA	REGIONE	
ITALIA-		ITALIA	511460
Osp. S. Spirito-Casale Monferrato	AL	PIEMONTE	480
Osp. SS. Antonio e Margherita-Tortona	AL	PIEMONTE	132
Osp. Civile-Susa	TO	PIEMONTE	189
Osp. S. Spirito-Bra	CN	PIEMONTE	175
Osp. Civile-Acqui Terme	AL	PIEMONTE	315
Osp. S. Lorenzo-Carmagnola	TO	PIEMONTE	282
Osp. Morelli-Sondalo	SO	LOMBARDIA	329
Osp. Civile-San Giovanni Bianco	BG	LOMBARDIA	162
Osp. di Chiavenna-Chiavenna	SO	LOMBARDIA	289
Osp. Oglio Po-Casalmaggiore	CR	LOMBARDIA	449
Osp. F. M. Passi-Calcinatè	BG	LOMBARDIA	464
Osp. S. Maria delle Stelle-Melzo	MI	LOMBARDIA	417
Osp. C. Moriggia Pelascini-Gravedona Ed Uniti	CO	LOMBARDIA	243
CCA G.B. Mangioni-Lecco	LC	LOMBARDIA	446
Osp. di base-Vipiteno	BZ	PROV. AUTC	411
Osp. di base-Silandro	BZ	PROV. AUTC	393
Osp. di base-San Candido	BZ	PROV. AUTC	267
CC S. Maria-Bolzano	BZ	PROV. AUTC	50
Osp. Arco-Arco	TN	PROV. AUTC	485
Osp. Tione-Tione Di Trento	TN	PROV. AUTC	177
Osp. Cavalese-Cavalese	TN	PROV. AUTC	265
Osp. Cles-Cles	TN	PROV. AUTC	484
Osp. di Portogruaro-Portogruaro	VE	VENETO	474
Osp. di Asiago-Asiago	VI	VENETO	134
Osp. Civile-Adria	RO	VENETO	445
Osp. Azienda U.L.S.S. N	VE	VENETO	463
Osp. Civile-Venezia	VE	VENETO	422
Osp. di Pieve di Cadore-Pieve Di Cadore	BL	VENETO	105
Osp. di Trecenta-Trecenta	RO	VENETO	356
Osp. Immacolata Concezione-Piove Di Sacco	PD	VENETO	452
Osp. C. VillaSalus-Venezia	VE	VENETO	438
Osp. di Gorizia-Gorizia	GO	FRIULI VENE	280
Osp. di Monfalcone-Monfalcone	GO	FRIULI VENE	482
Osp. Civile-Latisana	UD	FRIULI VENE	423
Osp. di Pavullo nel Frignano-Pavullo Nel Frignano	MO	EMILIA RON	360
Osp. S. Maria-Borgo Val Di Tarò	PR	EMILIA RON	174
Osp. del Delta-Lagosanto	FE	EMILIA RON	381
Osp. S. Maria Bianca-Mirandola	MO	EMILIA RON	397
Osp. A. Costa-Porretta Terme	BO	EMILIA RON	113
Osp. S. Anna-Castelnovo Ne'monti	RE	EMILIA RON	194
CCA Citt`grave;di Parma-Parma	PR	EMILIA RON	369
CCA Villa Regina-Bologna	BO	EMILIA RON	35
Osp. Istituto Ortopedico Toscano-Firenze	FI	TOSCANA	36
Osp. del Casentino-Bibbiena	AR	TOSCANA	303
Osp. di Piombino-Piombino	LI	TOSCANA	315
Osp. di Portoferraio-Portoferraio	LI	TOSCANA	210
Osp. S. Francesco-Barga	LU	TOSCANA	466
A.O.U.U. Meyer-Firenze	FI	TOSCANA	13
CC S. Rossore-SRL-Pisa	PI	TOSCANA	24
CC Villa Donatello SPA-Firenze	FI	TOSCANA	62
Osp. di Narni-Narni	TR	UMBRIA	493
Osp. di Assisi-Assisi	PG	UMBRIA	210
Osp. S. Maria della Stella-Orvieto	TR	UMBRIA	480
Osp. di Castiglione del Lago-Castiglione Del Lago	PG	UMBRIA	328
Osp. Alto Chiascio-Gubbio	PG	UMBRIA	423
Osp. Media Valle del Tevere-Todi	PG	UMBRIA	327
Osp. Civile E. Profili-Fabriano	AN	MARCHE	420
Osp. S. Giuseppe-Marino	RM	LAZIO	170
Osp. di Tarquinia-Tarquinia	VT	LAZIO	398
Osp. Parodi Delfino-Colleferro	RM	LAZIO	439
Osp. S.S. Gonfalone-Monterotondo	RM	LAZIO	429
Osp. S. Paolo-Civitavecchia	RM	LAZIO	314
CCA Nuova Clinica Anunziatella-Roma	RM	LAZIO	81
CCA Villa Pia-Roma	RM	LAZIO	331
CC Quisisana-Roma	RM	LAZIO	192
CC S. Maria di Leuca-Roma	RM	LAZIO	157
CC Villa Margherita-Roma	RM	LAZIO	150
CC Mater Dei-Roma	RM	LAZIO	342
CC Villa Mafalda-Roma	RM	LAZIO	94
Osp. dell'Annunziata-Sulmona	AQ	ABRUZZO	333
Osp. S. Liberatore-Atri	TE	ABRUZZO	467
Osp. G. Bernabeo-Ortona	CH	ABRUZZO	491
Osp. S. Massimo-Penne	PE	ABRUZZO	315
Osp. Venezia-Isernia	IS	MOLISE	421
Osp. di Ariano Irpino-Ariano Irpino	AV	CAMPANIA	351
Osp. S. Arsenio-Polla	SA	CAMPANIA	362
Osp. di Piedimonte Matese-Piedimonte Matese	CE	CAMPANIA	197
Osp. Immacolata-Sapri	SA	CAMPANIA	328
Osp. Landolfi-Solofra	AV	CAMPANIA	373
Osp. S. Luca-Vallo Della Lucania	SA	CAMPANIA	330
Osp. S. Gennaro-Napoli	NA	CAMPANIA	460
Osp. di Boscotrecase-Boscotrecase	NA	CAMPANIA	366
Osp. S. Rocco-Sessa Aurunca	CE	CAMPANIA	263
Osp. di Capri-Capri	NA	CAMPANIA	88
Osp. di Maddaloni-Maddaloni	CE	CAMPANIA	421
Osp. Maria S.S. Addolorata-Eboli	SA	CAMPANIA	453
Osp. Rizzoli-Lacco Ameno	NA	CAMPANIA	352
A.O.U.U. S. M. dell'Olmo-Cava De' Tirreni	SA	CAMPANIA	357
A.O.U.U. Amico G. Fucito-Mercato San Severo	SA	CAMPANIA	448
CCA Minerva SPA S. Maria della Salute -Santa	CE	CAMPANIA	168
CCA Trusso SRL-Ottaviano	NA	CAMPANIA	389
CCA S. Lucia-San Giuseppe Vesuviano	NA	CAMPANIA	422
CCA Tortorella SPA-Salerno	SA	CAMPANIA	431
CCA S. Rita-Atripalda	AV	CAMPANIA	260
Osp. di Casarano-Casarano	LE	PUGLIA	408
Osp. Sacro Cuore di Gesù-Gallipoli	LE	PUGLIA	311
Osp. Umberto I-Corato	BA	PUGLIA	203
Osp. di Scorrano-Scorrano	LE	PUGLIA	477
Osp. di Manfredonia-Manfredonia	FG	PUGLIA	63
Osp. Caduti in Guerra-Canosa Di Puglia	BT	PUGLIA	74
Osp. di Ostuni-Ostuni	BR	PUGLIA	433
CCA S. Francesco-Galatina	LE	PUGLIA	309
Osp. Civile Villa d'Agri-Marsicovetere	PZ	BASILICATA	255
Osp. S. Giovanni di Dio-Melfi	PZ	BASILICATA	481
Osp. Basso Ionio-Soverato	CZ	CALABRIA	437
A.O. Fondaz. Istituto S. Raffaele Giglio-Cefalu'	PA	SICILIA	385
A.O. Papardaz-Messina	ME	SICILIA	414
Osp. di S. Agata di Militello-Sant'agata Di Militello	ME	SICILIA	429
Osp. Castiglione Prestianni-Bronte	CT	SICILIA	322
Osp. Maria S.S. Addolorata-Biancavilla	CT	SICILIA	456
Osp. Dei Bianchi-Corleone	PA	SICILIA	209
Osp. S. Giacomo d'Altopasso-Licata	AG	SICILIA	404
Osp. B. Nagar-Pantelleria	TP	SICILIA	21
Osp. Carlo Basillotta-Nicosia	EN	SICILIA	256
Osp. S. Cimino-Termini Imerese	PA	SICILIA	498
Osp. Nuovo Cutroni Zozda-Barcellona Pozzo D' ME	ME	SICILIA	323
Osp. M. Immacolata Longo-Mussomeli	CL	SICILIA	209
Osp. S.S. Salvatore Paternò-Paternò	CT	SICILIA	380
Osp. Madonna dell'Alto-Petralia Sottana	PA	SICILIA	93
CCA Argento-Catania	CT	SICILIA	106
CCA Lucina-Catania	CT	SICILIA	431
CCA Grotter-Catania	CT	SICILIA	458
CCA Casa di Salute I. Attardi SPA-Santo Stefano	AG	SICILIA	135
Osp. A. Segni-Ozieri	SS	SARDEGNA	55
Osp. S. Barbara-Iglesias	CI	SARDEGNA	161
Osp. N.S. della Mercede-Lanusei	OG	SARDEGNA	421
Osp. Civile-Alghero	SS	SARDEGNA	403
Osp. P. Merlo-La Maddalena	OT	SARDEGNA	76
Osp. P. Dettori-Tempio Pausania	OT	SARDEGNA	324
Osp. Sirai-Carbonia	CI	SARDEGNA	228
A.O.SSN Policlinico Monserrato-Cagliari	CA	SARDEGNA	91
CCA Villa Elena-Cagliari	CA	SARDEGNA	384
CCA S. Anna SRL-Cagliari	CA	SARDEGNA	419

Patto salute: pronta prima bozza del Ddl delega su gestione e sviluppo delle risorse umane

Tutte le novità per il personale Ssn. Dai requisiti di accesso alla carriera dei dirigenti

Con qualche giorno di ritardo rispetto al ruolino di marcia, il 10 novembre scorso è arrivata la bozza del Ddl delega su gestione e sviluppo delle risorse umane del Ssn messo a punto dal Tavolo politico che avrebbe dovuto terminare i suoi lavori, secondo il cronoprogramma stabilito dal Patto della salute, lo scorso 31 ottobre.

Nel documento si legge come il Governo, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni è delegato ad emanare, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi che dovranno osservare alcuni principi e criteri direttivi.

Vengono definiti i requisiti di accesso per il personale del Ssn il titolo di formazione di base e l'abilitazione all'esercizio della relativa professione. Viene poi previsto l'inserimento nell'azienda per lo svolgimento delle attività proprie della professione e in coerenza con il grado di conoscenze, competenze ed abilità acquisite, tenendo conto delle disposizioni previste nell'ambito della Contrattazione collettiva di settore previa soppressione di un numero di posti nelle dotazioni organiche delle aziende ed enti sanitari equivalenti nel piano finanziario.

Viene proposta, inoltre, la possibilità per i professionisti, al termine di un periodo di prova, di

Requisiti d'accesso per il personale del Servizio sanitario nazionale, riforma degli ordinamenti didattici, disciplina della carriera della dirigenza con una distinzione tra carriera professionale e manageriale e stabilizzazione dei precari. Questi i temi affrontati dal Ddl delega su gestione e sviluppo delle risorse umane



accedere, per esigenze del Ssr, in soprannumero, ad una scuola di specializzazione di area sanitaria. Possibilità che dovrà però essere valutata dal Miur. Verranno, invece, affidate ad alcuni protocolli d'intesa, le modalità di frequenza del corso, lo svolgimento della parte teorica presso la sede universitaria e della parte pratica presso l'azienda di

appartenenza.

Di conseguenza, nel documento si propone una ridefinizione degli ordinamenti didattici dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione di area sanitaria. Si dovranno, dunque, ridefinire le modalità – anche mediante la riformulazione dello schema di contratto di formazione specialistica – per l'inserimento dei

medici specializzandi nell'ultima fase del corso di specializzazione tenendo conto della durata del corso stesso, all'interno delle aziende del Servizio sanitario nazionale prevedendo che: la valutazione finale del medico in formazione specialistica resta di competenza della scuola di specializzazione, e l'inserimento dei medici in formazione specialistica nelle aziende del Servizio sanitario nazionale comporta la graduale assunzione, fino alla completa autonomia, nell'ultimo anno del corso, delle responsabilità assistenziali, secondo gli obiettivi definiti dall'ordinamento didattico del relativo corso di specializzazione.

Nel testo si affronta anche lo sviluppo professionale di carriera della dirigenza, introducendo misure per una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle risorse umane, definendo e differenziando all'interno della dirigenza medica e sanitaria percorsi di natura gestionale e percorsi di natura professionale. Prevista quindi una carriera professionale

distinta da quella manageriale, stabilendo che la retribuzione di posizione contrattuale e aziendale possa essere equivalente a quella prevista per i direttori di struttura complessa e che le indennità contrattualmente definite per la parte tabellare della retribuzione e per l'esclusività di rapporto per i dirigenti di struttura siano attribuibili anche ai dirigenti con incarico professionale in identica misura. Saranno inoltre implementati sistemi di valutazione delle competenze professionali acquisite.

Si rimarca, inoltre, la necessità di individuare standard di personale, al fine di determinare il fabbisogno di professionisti dell'area sanitaria tenendo conto:

- 1) di parametri qualitativi e di efficienza di utilizzo delle risorse umane;
- 2) degli obiettivi e dei livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali;
- 3) delle reti di offerta territoriali ed ospedaliere e del loro sviluppo;
- 4) dei cambiamenti della domanda di salute, legati in particolare alle modifiche demografiche ed epidemiologiche;
- 5) della evoluzione tecnologica;
- 6) dello sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari.

Il Governo dovrà, infine, individuare, per assicurare l'erogazione dei Lea e la sicurezza delle cure, specifiche misure per la stabilizzazione del personale precario, attraverso concorsi, anche tenendo conto della riorganizzazione della rete dei servizi. **Y**

Paese che vai, sanità che trovi

Studio OCSE sulle disomogeneità dell'assistenza sanitaria: in Italia "resta anomalia dei troppi parti cesarei"

Viola Rita

L'Italia, insieme ad altri Paesi, mostra un'ampia disomogeneità, a livello territoriale, rispetto all'adozione di alcune pratiche medico-sanitarie. Ad esempio, nel periodo 2007-2011, nel nostro Paese è stato rilevato un tasso di incidenza di parto cesareo più elevato di altri Paesi, con grandi differenze rispetto al ricorso di questo intervento (da 664 cesarei su 1000, a Napoli, fino a 111 cesarei su 1000, a Crotone). A presentare questi dati, è un nuovo Studio

I livelli di assistenza sanitaria cambiano notevolmente da Paese a Paese e, all'interno del singolo paese, fra le regioni. Le maggiori variazioni riguardano gli interventi cardiaci. In Italia, si rileva un'elevata disomogeneità rispetto al ricorso al parto cesareo.

Ocse: "Nonostante sforzi attuati, ancora necessarie terapie mirate per ridurre il numero di parti cesarei". Anche l'isterectomia sotto attenzione

Ocse 2014, intitolato "Geographic Variations in Health Care. What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?" che for-

nisce informazioni su 10 differenti pratiche/interventi di assistenza sanitaria all'interno di 13 Paesi, offrendo indicazioni sui possibili approcci da mettere in

atto per migliorare i livelli di queste attività e affinché i governi incrementino gli sforzi per garantire servizi sanitari ottimali. La pubblicazione è stata realizzata

in collaborazione con Ministero della Salute e Agenas. Oltre alla pubblicazione, che analizza le variazioni geografiche dell'assistenza sanitaria in maniera approfondita

Studio OCSE. Parto cesareo e isterectomia in Italia

Tra i 13 Paesi considerati dallo studio Ocse l'Italia possiede tra i più alti tassi di incidenza di casi di parto cesareo - pratica in aumento negli ultimi dieci anni nella maggior parte delle nazioni-, insieme al continente australiano, al Portogallo e alla Svizzera: nel 2011 in questi paesi oltre 300 parti su 1000 (oltre il 30%) è avvenuto mediante taglio cesareo, un'incidenza circa doppia rispetto a quella della Finlandia (161 su 1000). All'interno dei Paesi, la variabilità geografica maggiore rispetto a questo intervento è ancora riscontrata in Italia. Il ricorso a tale intervento varia di ben 6 volte sul territorio: su 1000 parti si passa da oltre 600 cesarei (664) a Napoli in Campania, fino a circa 100 (111) a Crotone, in Calabria. In particolare, in questo caso, oltre alle necessità mediche, i fattori che guidano la variabilità territoriale a livello delle singole nazioni sono legati anche alle richieste da parte delle pazienti e al fatto che, ad esempio nelle zone rurali della Finlandia, dove il tasso di cesarei è elevato, ospedali di

piccole dimensioni non possono dare garanzia di poter fronteggiare situazioni di emergenza.

Tali variazioni geografiche sono fonte di dibattito a livello medico ed anche per la gestione socio-economica. Il Rapporto Ocse rende noto che l'Italia, la Francia, la Spagna e l'Inghilterra hanno messo in atto politiche per ridurre il numero di tagli cesarei non necessari. Anche la variabilità locale rispetto all'incidenza dell'isterectomia all'interno dei vari Paesi considerati dall'Ocse è elevata (un salto di 4 volte tra zone diverse in Canada e Repubblica Ceca). In questo caso, facendo una media dei 13 Paesi presi in considerazione, il ricorso a tale intervento risulta statisticamente più frequente tra le donne che vivono in condizioni economiche meno agiate, oltre che a seconda del giudizio del medico.

In Italia, nell'anno 2011 circa 228 su 100mila sono state sottoposte ad isterectomia (con una variazione da circa 144 a Livorno, Toscana a circa 368 a Lecco, Lombardia).



Questi risultati potrebbero aiutare a mettere in rilievo, all'attenzione della politica e delle istituzioni, aree specifiche di intervento che potrebbero meritare ulteriori ricerche e sforzi. Il parto cesareo ne rappresenta un esempio evidente

interventi compresa l'artroscopia del ginocchio (-27%). Tale riduzione comprende anche i ricoveri in ospedale (-14%), interventi di cateterismo (-11%), isterectomie (-8%) e una lieve riduzione anche dei casi di parto cesareo (-3%). Nel nostro Paese, a livello territoriale, la maggiore variabilità rispetto all'adozione di una pratica riguarda il cateterismo, un intervento che prevede l'introduzione di un catetere nel corpo umano (ad esempio a livello cardiaco), con variazioni rispetto al ricorso a questa pratica pari al 101% a seconda della provincia, seguita dall'artroscopia del ginocchio (42%), dal bypass coronarico (30%) e dal parto cesareo. Nel panorama dei 13 Paesi considerati dallo studio Ocse, l'Italia possiede tra i più alti tassi di inci-

denza del **parto cesareo** - pratica in aumento nel decennio appena trascorso nella maggior parte delle nazioni, nonostante un lieve decremento proprio in Italia e in Portogallo, relativo agli ultimi anni-, insieme al continente australiano, al Portogallo e alla Svizzera: nel 2011 in questi paesi oltre 300 parti su 1000 (oltre il 30%) è avvenuto mediante taglio cesareo, un'incidenza circa doppia rispetto a quella della Finlandia (161 su 1000). Numerosi studi, si legge nel documento Ocse, riferiscono che l'intervento di parto cesareo non sempre può essere motivato

da una necessità medica, ma talvolta il ricorso ad esso risulta anche connesso a fattori che riguardano ciò che viene proposto e ciò che viene richiesto nelle singole situazioni (vedere l'approfondimento). In ogni caso, le linee guida mediche raccomandano l'uso di questo tipo di procedura soltanto quando necessaria.

Sempre nel periodo considerato (2007-2011), al Nord-Italia il tasso di in-

stati registrati più bassi tassi di ricoveri e rivascolarizzazioni rispetto al resto del Paese; mentre al Sud-Italia si è riscontrata una più alta incidenza di parti cesarei insieme ad una più bassa quantità di interventi di sostituzione del ginocchio. Nelle Isole, Sicilia e Sardegna, sono stati osservati alti tassi di isterectomie e chirurgia per la frattura dell'anca.

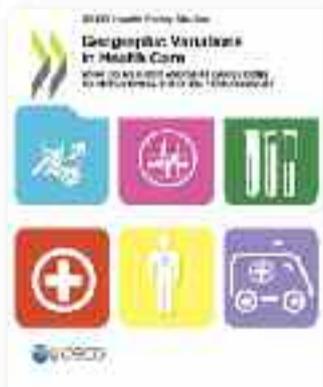
Questi risultati potrebbero aiutare a mettere in rilievo, all'attenzione della politica e delle istituzioni, aree specifiche di intervento che potrebbero meritare ulteriori ricerche e sforzi, si legge nello studio. Il parto cesareo ne rappresenta un esempio

evidente, si legge sempre nel Report: in alcuni casi, infatti, "nonostante recenti sforzi a livello della politica, sono ancora necessarie terapie mirate per migliorare i risultati e diminuire significativamente il numero di parti cesarei, attraverso attività specifiche, come favorire l'aumento della consapevolezza delle donne sul tema del parto e condurre pratiche evidence-based tra i medici. Lo stesso vale anche per l'isterectomia", riportano le conclusioni Ocse del capitolo relativo all'Italia. Riguardo all'isterectomia "Il monitoraggio di routine delle procedure ospedaliere, insieme ad una valutazione scientifica dei fattori che determinano interventi potenzialmente inappropriati [...] sono elementi che dovrebbero ricevere la priorità nel futuro". Nelle conclusioni, il testo sottolinea alcune limitazioni presenti nello studio Ocse, data la potenziale eterogeneità delle pratiche medico-sanitarie prese in considerazione e la difficoltà di applicare definizioni comuni senza una rigorosa valutazione dell'impatto di queste differenti pratiche. Lo studio, inoltre, non cerca di identificare potenziali fattori che possano determinare una variazione delle pratiche descritte. Di seguito, in calce all'articolo, alcuni approfondimenti sui dati relativi ad alcune pratiche/interventi medico-sanitari, nei 13 Paesi presi in considerazione dall'OCSE e nel periodo di riferimento (2007-2011). **Y**

dita per ciascun paese, il Focus on Health: Geographic Variations in Health Care mette in luce alcuni dei principali risultati dello studio complessivo.

Le prestazioni sanitarie a disposizione dei cittadini variano notevolmente a seconda della Nazione in cui essi abitano e, all'interno del singolo paese, a seconda della regione e della provincia di appartenenza. Le attività indagate dallo studio Ocse sono le seguenti: ricovero medico ospedaliero, bypass coronarico, cateterismo, ricovero/intervento chirurgico in seguito a frattura dell'anca, chirurgia di sostituzione del ginocchio ed artroscopia del ginocchio, parto cesareo, isterectomia, esame di imaging di risonanza magnetica e esame di tomografia computerizzata. I Paesi presi in considerazione sono questi: Australia, Belgio, Canada, Finlandia, Francia, Germania, Israele, Italia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Spagna e Svizzera. Lo studio Ocse misura il tasso 'grezzo' (rapporto matematico tra il numero di casi riscontrati e la popolazione totale del Paese), oltre a questo parametro, tra gli altri, viene valutato anche il tasso standardizzato, che rappresenta una media matematica 'non pesata' dei tassi calcolati nelle diverse regioni di uno stesso paese, standardizzati utilizzando la misura della popolazione dell'Ocse.

I più alti livelli di disomogeneità territoriale, nei diversi Paesi, riguardano gli interventi cardiaci. In generale, dal 2007 al 2011 in Italia lo studio Ocse registra un aumento della chirurgia di sostituzione del ginocchio (+9%), insieme ad una riduzione di alcuni



Qualche dato sui ricoveri nei 13 Paesi dello studio

Il tasso di ricoveri varia in maniera significativa tra i 13 Paesi presi in considerazione dallo studio OCSE, e anche all'interno di essi: il tasso 'grezzo' (rapporto matematico tra il numero di casi riscontrati e la popolazione totale del Paese) più alto è quello della Germania, mentre il più basso si riscontra in Canada (considerando però una sottostima relativamente lieve dovuta al fatto che non sono stati presi in considerazione gli ospedali per la salute mentale). In Italia, nel 2011 i ricoveri sono stati in media oltre 7400 ogni 100mila persone, passando dalle 5490 dimissioni di pazienti a Biella (Piemonte) alle 12039 a Foggia (Puglia). Oltre al tasso 'grezzo', viene valutato il tasso standardizzato, che rappresenta una media matematica non pesata dei tassi calcolati nelle diverse regioni di uno stesso paese, standardizzati utilizzando la misura della popolazione dell'Ocse (in tal caso il numero del 2011 è pari a 6370).

La massima disomogeneità riguarda gli interventi cardiaci

Gli **interventi cardiaci** fanno rilevare una disomogeneità territoriale che, almeno nella metà dei Paesi esaminati, risulta ai più alti livelli rispetto ai diversi tipi di interventi e settori medici presi in considerazione dallo studio OCSE. Gli interventi di rivascolarizzazione sono meno diffusi all'interno di regioni a scarsa densità abitativa, in paesi a basso reddito e non elevati livelli di scolarizzazione e formazione. In Italia, nel 2011 i casi di bypass coronarico sono circa 47 su 100mila; il tasso varia da 12 dimissioni ogni 100mila persone, a Rimini (Emilia Romagna), a 82 su 100mila a Lecco (Lombardia).

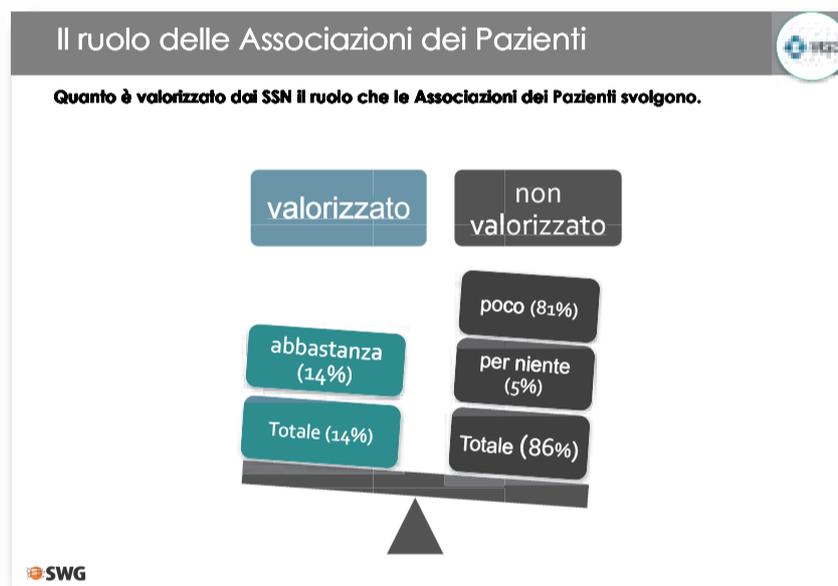
L'indagine Swg-Fondazione MSD

Associazioni dei Pazienti. L'86% pensa che il loro ruolo sia scarsamente valorizzato nel Ssn

Svolgono un'importante opera di educazione sanitaria e promozione dei comportamenti favorevoli alla salute. Sostengono le famiglie dei malati e difendono i loro diritti. Eppure, le Associazioni dei pazienti si sentono scarsamente valorizzate all'interno del Ssn e nelle sedi istituzionali dove si decidono le politiche sanitarie. Inoltre la crisi economica e i tagli nelle spese sanitarie peggiorano la situazione: nove Associazioni su dieci hanno difficoltà di tipo economico, sei su dieci devono e far fronte al taglio dei servizi, e quasi la metà hanno difficoltà a garantire l'accesso dei pazienti a tutte le opzioni terapeutiche. Ma le Associazioni non demordono, rivendicano un ruolo nelle decisioni di politica sanitaria e chiedono di essere messe in condizione di continuare le loro battaglie. Per questo auspicano di poter accedere ad una maggior formazione, e ad una professionalizzazione in senso manageriale che riesca a sostenere una rete di associazioni più forte. Forti anche del sostegno di chi ha voce in capitolo tra le Istituzioni, che ritiene importante il lavoro svolto dalle Associazioni e pensa che il loro ruolo sia prezioso in quanto risorsa conoscitiva sul piano clinico e dei bisogni assistenziali. Perciò auspica una loro maturazione e una crescita che dia gli strumenti per porsi come autentica e capace controparte.

A fotografare i contorni del rapporto tra Associazioni dei pazienti e soggetti istituzionali, le aspettative e le richieste concrete dei rappresentanti dei malati è l'indagine "Il processo di empowerment" realizzata dalla Swg per Fondazione MSD. La ricerca, condotta tra luglio e ottobre 2014, ha coinvolto 23 Associazioni e 7 soggetti Istituzionali (esponenti del Parlamento, delle Regioni, delle principali Agenzie e Istituzioni sanitarie italiane e dell'industria del farmaco). L'indagine è stata presentata il 18 novembre scorso al Senato alla presenza dei Presidenti delle Commissioni Sanità del Senato e della Camera **Emilia Grazia De Biasi** e **Pier Paolo Vargiu**, **Luisa Muscolo** dell'Aifa, **Tonino Aceti** di

Il 75% delle associazioni dichiara di essere poco coinvolta nei processi decisionali che riguardano i percorsi diagnostico-terapeutici, mentre il 91% ha difficoltà di tipo economico. Eppure, per le Istituzioni, il loro ruolo è visto come insostituibile per una gestione condivisa delle politiche sanitarie e assistenziali



Le Associazioni auspicano un futuro che le veda rappresentate e partecipi ai tavoli decisionali dove svolgere la loro azione in sinergia con le istituzioni. Per questo più dell'80% accoglie con favore l'idea di una Consulta Nazionale delle Associazioni con sede presso il Ministero della Salute

Cittadinanzattiva, **Anna Mancuso** di Salute Donna onlus, **Teresa Petrangolini** del Consiglio regionale del Lazio e **Goffredo Fredi** della Fondazione Msd.

"La Fondazione Msd - afferma **Pierluigi Antonelli**, Presidente e Amministratore Delegato di Msd - ha sostenuto con entusiasmo questa indagine perché crede fermamente nell'empowerment del paziente. Abbiamo creato un programma pluriennale di formazione e aggiornamento per 30 Associazioni di Pazienti rappresentative delle patologie a più elevato impatto sociale. In totale, più di 100 ore di formazione modulate in lezioni frontali, simulazioni e laboratori, con il coinvolgimento di professionisti

della comunicazione e delle relazioni istituzionali e con testimonianze dirette di giornalisti e Istituzioni. Il sostegno all'indagine Swg di cui parliamo oggi è assolutamente coerente con questo impegno. L'intento, infatti, è quello di scattare una fotografia dello stato dell'arte del rapporto tra Associazioni di Pazienti, Istituzioni, Industria ma anche un modo di tracciare un bilancio dell'attività svolta sino ad oggi da attori pubblici e privati a sostegno di questo processo di empowerment per individuare insieme le traiettorie di sviluppo futuro". "Al centro della mission delle aziende farmaceutiche - conclude Antonelli - c'è, certamente, l'offerta di terapie innovative, ma

anche la massima attenzione nei confronti del paziente, al suo vissuto, ai suoi bisogni, alle sue aspettative. Le aziende farmaceutiche sono convinte che un cittadino consapevole e informato contribuisca in modo sostanziale alla generazione di valore per il sistema-sanità".

Lo stato dell'arte. Le associazioni dei pazienti sono considerate, in generale, come gruppi che accudiscono i malati da un punto di vista umano e solidaristico. Ma non sono solo questo. Svolgono, infatti, un'importante opera di educazione sanitaria e promozione dei comportamenti favorevoli alla salute che consente alle persone di acquisire gli strumenti critici utili per prendere le migliori decisioni, ridurre il gap di conoscenze tra medici e pazienti, e incrementare il processo di empowerment sia dell'individuo sia del gruppo. A questo si accompagna una continua opera di sostegno alle famiglie dei pazienti e di difesa dei diritti del malato. Eppure nonostante questo importante ruolo, le Associazioni sono una componente emarginata dalla gestione istituzionale e in molti casi non fanno effettivamente parte dei processi decisionali che direttamente le coinvolgono. La stragrande maggioranza delle Associazioni dichiara, infatti,

di essere poco coinvolta nei processi decisionali che riguardano i percorsi diagnostico-terapeutici (il 75%), i processi assistenziali e di cura e le politiche sociali e di sostegno (l'80%). Anche sul fronte della partecipazione ai processi decisionali sull'accesso ai farmaci non va meglio: appena il 33% dichiara di farne parte. Mentre un coinvolgimento maggiore emerge in quelli che riguardano la promozione della qualità di vita: oltre la metà delle Associazioni ritiene di partecipare attivamente alle decisioni.

Rimane il fatto che l'86% delle Associazioni pensa che il loro ruolo sia scarsamente valorizzato all'interno del Ssn e nelle sedi istituzionali dove si decidono le politiche sanitarie. E il 65% ritiene insufficiente l'attuale normativa che regola i rapporti tra Associazioni e Istituzioni e oltre il 50% non può, al momento attuale, far riferimento ad un network sufficientemente rappresentativo in grado di rivendicare questo ruolo.

A peggiorare la situazione concorrono la crisi economica e i tagli nelle spese sanitarie: il 91% delle Associazioni ha difficoltà di tipo economico, il 59% deve far fronte al taglio dei servizi, il 41% ha difficoltà a garantire l'accesso dei pazienti a tutte le opzioni terapeutiche.

Dall'indagine emerge poi che l'80% delle Associazioni rivendica un ruolo nelle decisioni di politica sanitaria, per far sì che il paziente - insieme ai medici e agli amministratori - possa esercitare un potere decisionale nelle questioni che lo riguardano da vicino, dalla scelta terapeutica agli indirizzi di spesa in campo sanitario. È perciò importante che oltre a un processo di empowerment, le Associazioni possano svolgere un'opera di advocacy a tutela del paziente.

Le Associazioni auspicano quindi un futuro che le veda rappresentate e partecipi ai tavoli decisionali dove svolgere la loro azione in sinergia con le istituzioni, interlocutori nelle sedi dove si definiscono gli indirizzi delle risorse pubbliche in sanità, della ricerca scientifica, degli studi clinici e dell'assistenza sanitaria. Mentre oggi, invece, i protagonisti di queste scelte sono i medici, i ricercatori, le aziende farmaceutiche, le istituzioni. Per raggiungere questi obiettivi richiedono di poter accedere a una maggior formazione, a una professionalizzazione in senso manageriale che riesca a sostenere una rete di associazioni più forte.

Per questo più dell'80% accoglie

25 novembre "Giornata internazionale contro la violenza sulle donne"

Violenza sulle donne. C'è ancora molto da fare

Antonella Gramigna

Esperta in orientamento e promozione della salute

Parlamo di violenza di genere: i dati della ricerca europea "Violence against women: an EU-wide survey" (2014), ci dicono che in Italia, il 19% delle donne ha subito nel corso della vita violenze fisiche o sessuali da un partner o da un ex-partner, e il 38% ha subito da lui abusi psicologici gravi; il 9% inoltre ha subito comportamenti di persecuzione (stalking), quasi sempre da un ex partner.

Queste violenze comportano delle conseguenze negative sulla salute: le donne vittime presentano più spesso qualsiasi problema di salute fisica o psicologica, tanto che l'Oms considera la violenza contro le donne come un "problema di salute enorme" e stima che sia "una causa di morte o di invalidità per le donne in età riproduttiva altrettanto grave del cancro".

La **Vice Presidente del Senato Valeria Fedeli**, da sempre impegnata sul tema della parità e della violenza di genere, in un'intervista su Donneuropa, pubblicata nel suo sito e di cui prendiamo "in prestito" una parte, parla proprio di Prevenzione e dei pilastri fondamentali attraverso i quali poter agire: la scuola e i mass media. E ci parla anche della Convenzione di Istanbul: "...sembra l'Italia si sia dimenticata di aver ratificato la Convenzione.

Se parliamo di dati e delle caratteristiche della violenza sulle donne, in Italia e in Europa, vediamo come ancora siamo lontani dalla Convenzione di Istanbul, il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante per proteggere le donne dalla violenza. Quindi come poter agire mettendo in sinergia Università, servizi sanitari e associazioni?



Dal primo agosto di quest'anno, principi e norme contenuti in quel testo sono divenuti obbligo, eppure manca ancora un serio monitoraggio della loro applicazione, perché manca una pratica politica, nel nostro

Paese, che sappia costruire un metodo di lavoro realmente in linea con quanto la Convenzione stabilisce; è cosa grave, che non diventi ancora realtà una commissione bicamerale che relazioni in Parlamento, ogni

anno, lo stato di attuazione della stessa. Eppure, la realizzazione di una commissione di questo tipo richiederebbe una settimana di tempo, non di più. Dobbiamo introdurre, nella nostra politica, il metodo del mo-

#cosedauomini

In occasione della Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne, il Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha organizzato l'evento "Vincere la partita più importante: quella contro la violenza sulle donne", presso l'Aranciera di San Sisto, a Roma.

Durante l'evento è stata lanciata in anteprima #cosedauomini, la nuova campagna di sensibilizzazione del Governo italiano per la lotta contro la violenza sulle donne rivolta agli uomini e ai ragazzi, una web serie promossa dal Dipartimento per le Pari Opportunità con il contributo della Commissione europea.



monitoraggio delle leggi che si adottano. Anche perché questo significa fare leggi che poi si applicano davvero!

Per ottenere questi risultati, in particolare sulla piena attuazione della Convenzione di Istanbul, credo si debba costruire un solido rapporto tra chi sta nei movimenti e le istituzioni, perché senza sostegno, confronto, senza un raccordo, è impossibile governare il cambiamento sociale. Il monitoraggio delle politiche, a tutti i livelli, è fondamentale per contrastare veramente la violenza sulle donne. Senza conoscenza e monitoraggio, senza relazioni dello stato dell'arte al Parlamento, svolte con dati oggettivi e completi, è impossibile comprendere pienamente di cosa si parla quando si affrontano sia le violenze che le discriminazioni, che delle prime rappresentano le fondamenta.

Riflettiamo anche sui passaggi avvenuti in merito alla responsabilità delle pari opportunità in sede di Governo: abbiamo prima avuto la Ministra, poi una vice Ministra al Ministero del Lavoro; con il Governo Renzi la delega è rimasta al premier, un passaggio molto importante che però, almeno fino a poche settimane fa, con la nomina di Giovanna Martelli, è rimasta una delega priva di reale capacità di incisività sull'attuazione dei necessari cambiamenti.

Con il primo decreto di attuazione realizzato, l'Italia ha dato priorità alle problematiche della

► Segue a pagina 10

Femminicidio, 2013 anno nero: "Ogni due giorni uccisa una donna"

I dati del rapporto Eures evidenziano un incremento del 14% rispetto al 2012. Nel 70% dei casi il delitto avviene in famiglia e nel 92% sono vittime di un uomo

Con 179 donne uccise, il 2013 è stato l'"anno nero" per il femminicidio nel nostro Paese, il più cruento degli ultimi sette, con un incremento del 14% rispetto al 2012. È uno dei dati contenuti nel **secondo Rapporto Eures sul femminicidio in Italia**, secondo cui l'anno passato ha presentato la più elevata percentuale di donne tra le vittime di omicidio mai registrata in Italia, pari al 35,7% delle vittime totali (179 sui 502): nel '90, le donne uccise erano appena l'11,1% delle vittime totali. Sempre nel 2013, quasi il 70% dei femminicidi è

avvenuto in famiglia, il 92,4% per mano di un uomo.

Boom di casi in Campania e nel Lazio. Un bollettino 'di guerra' che nelle cronache dei siti internet, dei giornali e dei tg passa ormai quasi inosservato. Nel 2013 il sud diventa l'area a più alto rischio (75 vittime ed una crescita del 27,1% sull'anno precedente), anche a causa del decremento registrato nelle regioni del nord (-21% e 60 vittime), ma è il centro a presentare l'incremento più consistente (+100%), passando le donne uccise da 22 a 44: i casi

crescono nel Lazio (da 9 a 20), in Toscana (da 6 a 13), in Umbria (da 3 a 6) e nelle Marche (da 4 a 5). Proprio il Lazio, insieme alla Campania, presenta nel 2013 il più alto numero di femminicidi tra le regioni italiane (20): seguono Lombardia (19), Puglia (15), Toscana (13), Calabria e Sicilia (entrambe con 10 vittime). La graduatoria provinciale vede ai primi posti Roma (con 11 femminicidi nel 2013), Torino (9 vittime) e Bari (8), seguite, con 6 vittime, da Latina, Milano, Palermo e Perugia. (Fonte: Repubblica.it)

17 novembre: Giornata Mondiale del Neonato Pretermine

Ogni anno nel mondo 1 milione di prematuri non sopravvive. E in Italia un neonato su 10 è prematuro

Le cause possono spesso essere prevenute. Importanti politiche mirate e la riduzione di fattori di rischio legati allo stile di vita. Il 17 novembre in diverse città i monumenti si sono tinti di viola, colore che idealmente rappresenta la prematurità. La manifestazione è stata promossa da Efcni e in Italia da Vivere Onlus

Ogni anno, circa 15 milioni di bambini nascono prima del termine e ben un milione non sopravvive. Globalmente, un neonato su 10 nasce prematuro. Oggi, 17 novembre, ricorre la Giornata Mondiale della Prematurità 2014 (World Prematurity Day 2014), una manifestazione globale, celebrata in più di 60 paesi, che dal 2011 ha come obiettivo quello di sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema della prematurità e della malattia nei neonati, per dare voce alle famiglie dei piccoli pazienti, che talvolta hanno problemi di salute o non sopravvivono. Nel 2008, alcune organizzazioni nazionali di genitori hanno unito le loro forze per creare un gruppo internazionale che raccogliesse le famiglie a livello europeo e globale: a partire da questa iniziativa, dal 2009 la Giornata viene celebrata in Europa e dal 2011 ogni anno il 17 novembre è il giorno dedicato alla prematurità, ovvero il World Prematurity day, sostenuta dall'European Foundation for the care of newborns infants' (Efcni - Fondazione Europea per l'assistenza dei neonati), insieme ad altre Organizzazioni nazionali in altri continenti.

La scelta della data è dovuta al fatto che uno dei fondatori di Efcni, dopo aver perso nel 2006 i suoi tre gemelli nati prematuri, è diventato padre di una bimba sana proprio nel giorno del 17 novembre 2008.

Nel nostro paese, la Giornata Mondiale è stata promossa dall'Associazione Vivere Onlus, Coordinamento Nazionale delle Associazioni per la Neonatologia che raggruppa 37 Associazioni Nazionali, insieme ad Efcni. In questa occasione, in tutto il mondo vengono illuminati monumenti o punti di interesse con il colore viola (colore che nel mondo rappresenta la prematurità).

In Europa, ogni anno circa mezzo milione di bambini nasce prima del termine, secondo i dati Efcni. La prematurità



La prematurità e il basso peso corporeo alla nascita rappresentano due delle principali cause di mortalità infantile e morbidità

e il basso peso corporeo alla nascita rappresentano due delle principali cause di mortalità infantile e morbidità: ben il 63% dei bambini che muoiono prima dei cinque anni, infatti, sono neonati. Queste cause, sottolinea la Fondazione europea, spesso possono essere prevenute, migliorando l'assistenza e le cure prima e dopo il parto sia per le madri che per i neonati.

I bambini nati prima del termine, in generale, presentano un più elevato rischio di complicazioni per la salute e condizioni croniche che possono avere un impatto sul loro sviluppo futuro e sulla vita quotidiana.

I fattori di rischio

In circa la metà dei casi di nascita pretermine, le esatte cause rimangono sconosciute; tuttavia, sono stati identificati alcuni fattori di rischio, collegati a tale problema.

Tra i fattori legati allo stile di vita, il fumo, il consumo di alcol, l'uso di droghe, alto livello di stress e prolungato

orario di lavoro, cure prenatali tardive o assenti, assenza di supporto sociale; mentre tra le condizioni mediche, alcune infezioni (tratto urinario, vaginale), alta pressione sanguigna, diabete, disordini della coagulazione, essere sottopeso, obesità, gravidanza multipla, avere già avuto un parto pretermine, anomalie uterine o della cervice. Infine, alcuni fattori socio-demografici possono contribuire ad aumentare il rischio di parto prematuro (età inferiore ai 17 anni o superiore ai 35, condizioni economiche precarie).

Criticità su cui agire

Pochi paesi europei hanno messo in atto politiche mirate per l'assistenza specifica per i neonati, riferisce EFCNI. Nei luoghi in cui queste strategie sono state attuate, il tasso di neonati prematuri è al di sotto della media europea. I programmi di prevenzione sono spesso a titolo volontario o non sono ancora strutturati in maniera omogenea e ci sono delle differenze tra le linee guida ospedaliere e le procedure

individuali. A livello generale, talvolta non c'è un supporto specifico e/o finanziario rivolto alle famiglie dei bambini nati prematuri, anche se ai piccoli è stata diagnosticata una specifica disabilità.

Un aspetto importante su cui agire, inoltre, riguarda la prevenzione e la consapevolezza dei genitori: talvolta l'informazione sui rischi, sui sintomi e sulle raccomandazioni relative allo stile di vita risulta carente o assente.

In Italia, la Società Italiana di Neonatologia (SIN) sottolinea che l'assistenza mostra livelli di qualità non inferiori a quelli di altri paesi europei e oltreoceano, ma che restano ancora troppe differenze tra le regioni. **Viola Rita**

Violenza sulle donne. C'è ancora molto da fare

► Segue da pagina 9

vittima di violenza. Questo doveva essere l'inizio di un percorso senza precedenti per costruire gli strumenti di attuazione della Convenzione, invece credo ci sia stata una sorta di assuefazione all'idea secondo la quale la politica debba occuparsi, quasi esclusivamente, di questo aspetto, trascurando totalmente quel profondo cambiamento di prospettive che ci offre la Convenzione stessa, laddove spinge

ad operare innanzitutto sulla prevenzione.

Se non si riparte da questo aspetto, vuol dire che non si è capito nulla delle radici delle discriminazioni, e dunque anche del femminicidio. Una gravissima lacuna politica e culturale. È ovvio che se il dibattito riparte da questo terreno, saremo anche in grado di cogliere un altro aspetto su cui deve essere orientata la ricerca: monitorare e cambiare tutte quelle leggi che sono in contrasto con quanto previsto

dalla Convenzione.

Attuare la Convenzione di Istanbul vuol dire anche affrontare i due pilastri della prevenzione:

la scuola e i mass media. Quando dico scuola, però, non mi riferisco semplicemente all'inserimento di un'ora formativa sul tema dell'educazione alla differenza di genere nei programmi scolastici, ma a un cambiamento reale e generale di programmi in grado di modificare la cultura dei generi e della relazione tra uomo e donna. Questione necessaria e utile per condurre le nuove generazioni più lontane dalle ragioni che portano alla violenza contro le donne.

Occorre un cambio radicale dei programmi scolastici a trecentosessanta gradi, e questo cambio ha bisogno di investimenti sulle competenze del corpo scolastico. C'è un legame stretto e diretto tra la buona scuola e gli elementi di progettazione del cambiamento. Come per la ricerca e l'analisi dei dati, anche per la formazione quello che occorre è un approccio scientifico, competente, professionale: non è sufficiente essere donna per formare alle relazioni e ai sentimenti, per trasmettere consapevolezza dell'identità di genere. Sappiamo bene che l'approccio al femminile non è garante

di una soggettività consapevole, e questo è un problema culturale che investe sia insegnanti nelle scuole che genitori nelle famiglie.

Se la prevenzione primaria della violenza comporta un cambiamento culturale che riguarda ognuno di noi e tutte le istituzioni sociali e formative, la prevenzione secondaria e terziaria riguarda soprattutto i servizi socio-sanitari, le forze dell'ordine e i tribunali".

Il ruolo deputato alla formazione, quali le Scuole primarie e secondarie ed Università possono, anzi, devono giocare qui un ruolo centrale, quello della preven-

Responsabilità professionale. Uno tra i temi più caldi della sanità italiana. Da anni si discute la necessità di un testo che sia capace di fare chiarezza, mettere in condizioni i professionisti di operare con tranquillità e serenità, dare ai pazienti la certezza che il medico agisce per il suo bene e al Ssn di risparmiare, perché c'è anche questo elemento, i miliardi, almeno 10 ma c'è chi dice anche di più, che ogni anno si spendono in medicina difensiva.

All'attenzione della Commissione Affari Sociali della Camera attualmente ci sono già otto proposte di legge su questa materia, a queste va ad aggiungersene un'altra che ci presenta in quest'intervista il senatore Lucio Romano, presidente del gruppo Per l'Italia e membro della Commissione Igiene e Sanità.

In sintesi il Ddl Romano si compone di 17 articoli, compresa l'entrata in vigore. È diviso in due parti, una riguardante la "Disciplina del rischio clinico" l'altra la "Responsabilità".

All'interno della prima parte sono definiti, tra gli altri, i "Modelli organizzativi di prevenzione, gestione del rischio clinico e procedure di vigilanza", i doveri in capo al Dg e "Istituzione della Commissione permanente per l'accreditamento dei modelli organizzativi e per il monitoraggio nazionale dell'andamento del contenzioso sanitario giudiziario ed extragiudiziario relativo alle strutture sanitarie pubbliche e private".

Nella seconda parte invece, quella delle responsabilità, viene definita la "Responsabilità per inadempimento della prestazione sanitaria", l'"Azione diretta verso la struttura pubblica, azione di rivalsa, azione erariale", la "Responsabilità penale" e le "Disposizioni processuali", ma anche "l'Organo di composizione della lite".

Romano, docente universitario di medicina e chirurgia, medico ginecologo ostetrico e bioeticista nell'illustrare le linee del suo Ddl spiega che "senza rego-

Responsabilità professionale: arriva nuovo Ddl Romano

"Obbligo assicurativo per Asl e cliniche. La responsabilità civile spetta a loro"

All'attenzione della Commissione Affari Sociali della Camera attualmente ci sono già otto proposte di legge su questa materia, a queste va ad aggiungersene un'altra che ci presenta in quest'intervista il senatore Lucio Romano, presidente del gruppo Per l'Italia



lamentazione, i medici vivono nella solitudine di un eventuale errore mentre le strutture sanitarie, che non possono non assicurarsi, possono dover pagare

oneri risarcitori veramente pesanti". Viceversa, secondo il senatore con la sua proposta "ogni struttura, pubblica o privata accreditata, deve dotarsi di

un organismo interno e autorevole per prevenire e gestire il rischio clinico. Pena la decadenza dall'accreditamento. Tale organismo deve, fra l'altro, met-

tere a punto una serie di procedure, fra le quali la comunicazione all'assistito se la struttura ha stipulato o meno un contratto di copertura della responsabilità civile, nonché il massimale assicurato e la compagnia assicurativa prescelta. Nel caso di contenzioso, la struttura sanitaria risponde direttamente, lasciando così che gli operatori sanitari abbiano la possibilità di agire in un clima di maggiore serenità, concentrandosi sulla salute del paziente".

Senatore Romano, il suo ddl in cosa si differenzia dagli altri che sono all'esame della Commissione Affari sociali?

Essenzialmente la finalità che è quella di favorire un percorso che dia una maggiore certezza per quanto riguarda l'attività assistenziale a tutela della salute e della sicurezza del paziente e degli operatori sanitari attraverso due step intercorrelati tra loro. La disciplina del rischio clinico e una più puntuale definizione del principio di responsabilità in capo alla struttura sanitaria e in capo degli operatori sanitari della struttura.

Io credo che si sia creato un grande conflitto che ha portato ad un sovraccarico di medicina difensiva, quello inerente alla

► **Segue a pagina 30**

zione e informazione le prime due e, per quanto riguarda la ricerca scientifica, l'ultima. Se per intervenire efficacemente è necessario conoscere a fondo il fenomeno della violenza, le sue conseguenze, le strategie degli aggressori e quelle, volte alla resistenza, delle vittime si rende altrettanto importante ed essenziale, diciamo, capire come poter agire nella società una volta determinato e circoscritto il fenomeno.

L'Università ha, quindi, un ruolo fondamentale diretto alla formazione dei futuri operatori che sono rivolti a servizi con queste tematiche. Questo soprattutto

ha valenza per gli operatori sanitari che, sempre secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità sono spesso tra i primi a vedere le vittime di violenza, e la cui autorevolezza è riconosciuta dalla società. A seguire, poi, i professionisti, quali psicologi e psicoterapeuti, che vedrebbero nella ulteriore e specifica formazione un supporto maggiore. La Psiconeuroimmunologia nasce proprio per unire scibili ben distinti ma uniti dal filo conduttore che lega Mente, Corpo e Cervello. Di recente, ad esempio, La Sapienza, Università di Roma, ha predisposto un Corso di Alta Formazione atto allo scopo sud-

detto, un percorso formativo finalizzato alla realizzazione di competenze specifiche riguardanti la Promozione della salute ed Educazione sanitaria ad indirizzo psicologico-sociale. Ciò proprio per promuovere Benessere e Salute attraverso percorsi "personalizzati" incentrati sullo sviluppo delle risorse di ciascun individuo. Il Corso, infatti, si prefigge di fornire metodologie necessarie atte a diagnosticare, prevenire e curare le patologie correlate al fenomeno dello Stress in tutti i suoi molteplici aspetti eziologici e di scatenamento, con particolare riferimento al Distress psicosociale, che si inse-

risce direttamente al fenomeno "violenza di genere".

Il 25 novembre sarà la "Giornata internazionale contro la violenza sulle donne", se parliamo di dati e delle caratteristiche della violenza sulle donne, in Italia e in Europa, vediamo come ancora siamo lontani dalla Convenzione di Istanbul, come afferma Fedeli, essere il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante per proteggere le donne dalla violenza. Quindi come poter agire mettendo in sinergia Università, servizi sanitari e associazioni? Indispensabile predisporre Servizi Integranti con compiti precisi e risorse, metten-

do in azione le attività di ricerca, agire con il lavoro dei servizi sanitari, degli specialisti assieme a quello dei Centri anti-violenza. La Sanità non viene, quindi così, solo relegata a "numero di posti letto e costi" ma viene vista come ambito ampio e vasto che comprende essenzialmente la cura e l'educazione ai "corretti stili di vita". Diventa così Salute e non solo centro di costo. Solo "integrando" possiamo avere una visione intera dell'individuo che potrà trovare aiuto e sostegno oltre alla cura e alla riabilitazione anche senza sentirsi "un costo" a posto letto ed un "peso" sociale. **Y**

La consulenza tecnica d'ufficio e la perizia nell'accertamento della responsabilità medica

La consulenza tecnica d'ufficio (Ctu) e la perizia costituiscono argomenti di sicuro interesse per il ginecologo. Infatti, il perito/consulente può essere incaricato dal giudice o dal pubblico ministero perché lo coadiuvi nell'esercizio dell'attività giudiziaria, rivestendo così il ruolo di consulente tecnico d'ufficio (nel processo civile), di perito (nel processo penale) o di consulente tecnico del pubblico ministero (nel corso delle indagini, ma anche del processo penale). Ed ancora il ginecologo può essere incaricato dalle parti affinché, col massimo rigore scientifico, ponga in luce, nell'ambito del processo o del procedimento penale, gli elementi scientifici favorevoli alla posizione del soggetto da cui egli ha ricevuto il mandato.

L'argomento interessa il ginecologo anche per l'ipotesi in cui si debba decidere sul suo operato, in relazione ad una sua ipotizzata responsabilità professionale in ambito civile o penale. Attraverso lo strumento della consulenza tecnica d'ufficio e della perizia, il magistrato, che non è esperto di medicina, né delle varie specialità della medicina, ed ancor meno delle sottospecializzazioni, è posto nelle condizioni di valutare le questioni di carattere tecnico, e così decidere in ordine alla responsabilità del medico nei confronti del quale sia stata proposta un'azione risarcitoria o che sia stato chiamato in giudizio per rispondere di ipotizzate responsabilità penali. È evidente la delicatezza e l'importanza che il ruolo del consulente tecnico d'ufficio e del perito rivestono: errate valutazioni sulla pratica medica inducono in errore il giudice e spiegano, nel tempo, effetti deleteri di ampia portata e su vari fronti.

La domanda d'obbligo a questo punto è: "Periti e consulenti sono sempre all'altezza del loro compito?". La risposta a questo quesito, che è anche il titolo del *Focus on* che nel 2012 *GynecoAogoi* ha dedicato all'argomento, era e resta tuttora la stessa. "Perizie superficiali, lacunose o errate non sono purtroppo casi sporadici. A monte, c'è un sistema che regola l'attività dei Ctu ormai anacronostico. Da riformare, come l'Aogoi chiede da anni".

Come illustrato in questo approfondimento centrato sulla specializzazione ostetrico-ginecologica, molteplici fattori e problematiche emergenti contribuiscono a collocare la consulenza tecnica d'ufficio e la perizia in una prospettiva diversa da quella di appena qualche decennio fa, ed ecco che pertanto si rende necessario adottare tutti quegli accorgimenti utili ad evitare azioni od omissioni che possano inficiare la validità, formale e/o sostanziale, della consulenza stessa.

di Domenico Corea
Medico legale

IMPORTANZA E RICADUTE DELLA CTU/PERIZIA

La delicatezza e l'importanza che il ruolo del consulente tecnico d'ufficio e del perito rivestono è evidente: errate valutazioni sulla pratica medica inducono in errore il giudice e spiegano, nel tempo, effetti deleteri di ampia portata e su vari fronti. È chiaro che il cittadino danneggiato che non veda riconosciuto in giudizio il danno subito per cattiva pratica medica può perdere la fiducia nel sistema sanitario e nel sistema giudiziario; d'altra parte, le erronee valutazioni dell'operato medico possono portare a conseguenze nefaste per il singolo professionista, ma, alla lunga, anche ad importati e negative ricadute sociali.

Il riconoscimento ingiusto di una colpa sanitaria non si esaurisce con la condanna del medico ma, nel tempo, causa danni di ben più ampia portata che investono anche la salute del medico, l'aumento del contenzioso giudiziario, l'aumento dei premi assicurativi,



la stessa qualità (condizionandola in modo negativo) delle prestazioni mediche.

Infatti, il medico erroneamente condannato a risarcimenti anche molto consistenti o a sanzioni penali subisce un trauma psicologico che si riflette negativamente sulle proprie motivazioni professionali e spinge lo stesso ad orientare il proprio operato verso una ridotta attività lavorativa e/o verso l'adozione di (spesso inutili) accorgimenti difensivi e/o verso la deresponsabilizzazione.

In altri termini il medico è portato a praticare una medicina improntata ad atteggiamenti "difensivistici" tesi ad orientare la pratica clinica non verso il reale interesse della paziente e ad una strategia di contenimento del rischio clinico quanto verso atteggiamenti difensivi (o supposti tali) che possono portare a conseguenze negative ed a volte nefaste per la paziente (invio ad altro centro, overtraitment o undertreatment, richiesta di esami non necessari e talvolta dannosi per la paziente, eccessiva burocratizzazione dell'atto medico, alterazione del rapporto medico-paziente, privilegiare la forma piuttosto che la sostanza delle cose, etc.) e che non perseguono quindi il bene della paziente ma solo sostanziano l'illusione del medico di difendersi da eventuali accuse di malpractice.

Inoltre, laddove vi fossero molte **erronee sentenze di condanna** per responsabilità professionale medica, anche il sistema sanitario, considerato nel suo complesso, viene a trovarsi gravato di ulteriori costi in termini di elevati premi assicurativi che i sanitari (e le strutture sanitarie) corrispondono alle compagnie di assicurazione a copertura della propria attività.

Non esistono dubbi circa la necessità di assicurare un equo risarcimento al cittadino-utente della Sanità pubblica e privata che sia stato danneggiato dall'operato di un medico e, sul versante penale, di punire il professionista che sia stato negligente, imprudente, imperito (si ricordi che la tutela della salute assurde nel nostro ordinamento a principio di rango costituzionale) ed è financo interesse della classe medica in genere (che non deve essere autoreferenziale, deve tutelare il proprio decoro e disporre di stimoli idonei per perseguire costantemente obiettivi di qualità) che tali effetti giuridici si producano in caso di colpevo-



la

le errore del medico, ma l'accertamento della responsabilità del medico, per poter essere il più rispondente possibile alle esigenze segnalate, deve osservare alcune precise regole che servano ad impedire **conclusioni fuorvianti ed incongrue**.

PROBLEMATICHE EMERGENTI

Sempre più frequentemente i cittadini che ritengono di essere stati ingiustamente danneggiati da una determinata procedura diagnostico-terapeutica si rivolgono all'Autorità giudiziaria, penale o civile. Pur senza entrare nel merito dell'analisi di una siffatta tendenza, si rileva che un tale stato di cose impone senza dubbio una maggiore attenzione nei confronti dell'intero processo valutativo che porta ad affermare o negare la responsabilità del medico.

Inoltre, di pari passo con lo sviluppo delle conoscenze scientifiche e con l'aumento delle aspettative dell'utenza, sono stati introdotti nella pratica medica comportamenti predefiniti e paradigmatici (linee-guida) e metodiche di contenimento del rischio clinico che rendono sicuramente più complesso rispetto al passato l'accertamento di una eventuale responsabilità medica. In altri termini, configurandosi

la medicina sempre più come scienza e sempre meno come Arte, il giudizio sulla improprietà di un determinato trattamento medico non può essere affidato all'intuito clinico del consulente tecnico d'ufficio o del perito, o a sommarie valutazioni (per quanto possano provenire da professionisti dotati di grande autorevolezza), ma deve formarsi attraverso una serie di passaggi che partano da una analitica disamina dei fatti e della documentazione sanitaria, passino al vaglio della competenza e della esperienza del professionista designato dal giudice come proprio ausiliario (che dovrà giovare anche della migliore letteratura scientifica in materia), ed entrino in un procedimento logico che sostenga razionali e basate motivazioni che, finalmente, conducano al giudizio finale.

Un ulteriore elemento di difficoltà è dato dalla estrema parcellizzazione della medicina, divisa in molte subspecialità nell'ambito di una stessa disciplina; il che impone all'ausiliario del magistrato il possesso di una competenza e di una esperienza nell'ambito della subspecialità relativa alla prestazione in oggetto ed al conseguente danno lamentato.

Inoltre, la interdisciplinarietà, che sempre più caratterizza la

gestione di molti casi clinici, introduce un ulteriore fattore di complicazione nell'attribuzione di specifiche responsabilità a carico delle singole figure di sanitari a diverso titolo coinvolte e/o

“
Il riconoscimento ingiusto di una colpa sanitaria non si esaurisce con la condanna del medico ma, nel tempo, causa danni di ben più ampia portata che investono anche la salute del medico, l'aumento del contenzioso giudiziario, l'aumento dei premi assicurativi, la stessa qualità (condizionandola in modo negativo) delle prestazioni mediche
 ”

a carico della struttura sanitaria complessivamente considerata. Le ulteriori problematiche inerenti all'ambito civilistico e relative alla responsabilità della struttura sanitaria e all'inversione dell'onere della prova (sostenuta sia in dottrina che nella giurisprudenza della Cassazione), complicano ulteriormente il processo valutativo del consulente tecnico d'ufficio e del perito prima e poi del giudice.

Infine, la rapida evoluzione delle conoscenze nella medicina e la altrettanto rapida diffusione ed applicazione delle stesse nelle varie realtà assistenziali unitamente ai cronici e gravi ritardi della Giustizia, fanno sì che l'ausiliario, per adempiere in modo ottimale al proprio incarico, debba possedere una conoscenza di tipo storico sulla disciplina e sulla sua evoluzione negli anni (spesso il consulente tecnico ed il perito si trovano a dover esprimere un parere su fatti accaduti anche diversi anni prima).

L'ausiliario del magistrato deve, al fine di meglio adempiere all'incarico ricevuto, considerare nel loro giusto valore questi fattori che collocano la consulenza tecnica d'ufficio e la perizia in una prospettiva diversa da quella di appena qualche decennio addietro e adottare, come si dirà in seguito, tutti gli accorgimenti

necessari per evitare azioni od omissioni che possano inficiare la validità (formale e/o sostanziale) della consulenza stessa.

ASPETTI PROCEDURALI E FORMA DELLA CONSULENZA TECNICA E DELLA PERIZIA

1. La consulenza tecnica d'ufficio nel processo civile

L'art. 61 c.p.c. stabilisce che il giudice civile può, quando necessario, farsi assistere da uno o più consulenti tecnici. La scelta dei consulenti tecnici deve essere normalmente fatta tra le persone iscritte negli speciali albi tenuti dal presidente del tribunale. È possibile per il giudice, però, anche nominare un professionista iscritto all'albo tenuto presso un altro tribunale, ovvero non iscritto in alcun albo: in tali casi, però, è necessario che sia sentito il presidente del tribunale. In casi particolari, il giudice può anche nominare un collegio di consulenti.

Il consulente viene nominato dal giudice con un'ordinanza comunicata all'interessato, nella quale viene indicata la data dell'udienza alla quale l'ausiliario deve comparire.

Il consulente è tenuto a compiere tutte le indagini che gli sono richieste dal giudice e a fornire, in udienza o in camera di consiglio, i chiarimenti che il giudice gli richiede.

Vi è l'obbligo per il professionista di prestare la propria opera, tranne che il giudice riconosca che ricorre un giusto motivo di astensione. La violazione dell'obbligo di assumere l'incarico configura il reato di rifiuto di uffici legalmente dovuti, punito con la reclusione sino a sei mesi dall'art. 366 cod. penale.

Il consulente che ritiene di non accettare l'incarico o colui che intende astenersi deve farne denuncia o istanza al giudice che l'ha nominato almeno tre giorni prima dell'udienza fissata. Spetta poi al giudice provvedere in merito.

Il consulente, poi, può essere ricusato dalle parti, nel termine di tre giorni prima dall'udienza fissata per il conferimento dell'incarico. Ciò può avvenire negli stessi casi in cui egli può essere ricusato dal giudice, ipotesi previste dall'art. 51 c.p.c.: se ha interesse nella causa o in altra vertente su identica questione di diritto; se egli stesso o il coniuge è parente fino al quarto grado, o è convivente o commensale abituale di una delle parti o di alcuno dei difensori; se egli stesso o il coniuge ha causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito con una delle parti o alcuno dei suoi difensori; se ha

deposto nel giudizio come testimone o vi ha prestato assistenza come consulente tecnico in altra fase; se è tutore, curatore, amministratore di sostegno di una delle parti ed altri casi.

Anche sulla riconsulenza del consulente (e cioè se ci siano motivi legislativamente previsti perché le parti possano rifiutare che egli presti la propria attività nel caso che li riguarda) decide il giudice della causa.

All'udienza fissata per il conferimento dell'incarico, il giudice deve ricordare al consulente l'importanza delle funzioni che è chiamato ad adempiere, e questi giura di bene e fedelmente adempiere le funzioni affidategli al solo scopo di fare conoscere ai giudici la verità.

Il consulente tecnico assiste alle udienze alle quali è invitato dal giudice istruttore, esprimendo in quella sede il suo parere; compie, anche fuori della circoscrizione del tribunale, le indagini demandategli, da sé solo (come capita quasi sempre) o insieme col giudice. Può anche essere autorizzato a chiedere chiarimenti alle parti, ad assumere informazioni da terzi e ad eseguire esami, calchi e rilievi o altro.

Le parti possono in ogni caso intervenire alle operazioni di persona o tramite i propri consulenti tecnici e difensori; essi possono presentare al consulente, per iscritto o a voce, osservazioni e istanze. Per tale motivo il consulente tecnico d'ufficio deve dare avviso alle parti (o meglio: ai loro difensori ed anche ai consulenti tecnici, qualora le parti abbiano chiesto che questi partecipino alle operazioni) del giorno, dell'ora e del luogo in cui si svolgeranno le operazioni.

In occasione della nomina del consulente tecnico d'ufficio, il giudice assegna un termine entro il quale le parti possono nominare, con dichiarazione ricevuta dal cancelliere, un loro consulente tecnico.

Questi, oltre ad assistere alle operazioni del consulente del giudice, partecipa all'udienza e alla camera di consiglio ogni volta che vi interviene il consulente del giudice, per chiarire e svolgere, autorizzato, le sue osservazioni sui risultati delle indagini tecniche.

Delle operazioni peritali deve essere redatta verbalizzazione.

Se le indagini sono compiute senza l'intervento del giudice, il consulente deve redigere una relazione scritta, nella quale inserisce anche le osservazioni e le istanze delle parti.

Dal luglio 2009, la legge processuale prevede che la relazione deve essere preventivamente trasmessa dal consulente alle parti costituite nel termine stabilito dal giudice, il quale fissa anche

il termine entro il quale le parti devono trasmettere al consulente le proprie osservazioni sulla relazione e il termine, anteriore alla successiva udienza, entro il quale il consulente deve depositare in cancelleria la relazione, le osservazioni delle parti e una sintetica valutazione sulle stesse. La relazione deve essere depositata in cancelleria nel termine fissato dal giudice.

È molto importante il rispetto della tempistica dettata dal giudice, onde consentire l'esaurimento delle operazioni nel minor tempo possibile ed assicurare ragionevole durata al processo; inoltre, si ricordi che, in caso di ritardi, il consulente tecnico è responsabile disciplinarmente e penalmente - per omissione d'atti d'ufficio -; e, inoltre, può essere condannato a risarcire i danni provocati all'Erario per le somme che debbano essere pagate dallo Stato in ragione dell'eccessiva durata del processo. Il giudice ha in ogni caso la facoltà di disporre la rinnovazione delle indagini e, per gravi motivi, la sostituzione del consulente tecnico.

2. La perizia nel processo penale

Anche nel processo penale, ai sensi dell'art. 220 c.p.p., è ammessa la perizia (che è l'equivalente della civilistica consulenza tecnica d'ufficio) quando occorre svolgere indagini o acquisire dati o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche.

Il giudice nomina il perito scegliendolo tra gli iscritti negli appositi albi o tra persone fornite di particolare competenza nella specifica disciplina. Anche nel processo penale possono essere nominati più periti, ma solo quando le indagini e le valutazioni risultino di notevole complessità ovvero richiedano distinte conoscenze in differenti discipline.

Sussiste anche in questo caso l'obbligo, per il professionista, di prestare la propria attività, sotto pena di sanzione penale, mentre l'art. 222 c.p.p. enumera alcuni soggetti che non possono prestare l'ufficio di cui si sta trattando.

L'astensione e la riconsulenza sono possibili nelle medesime ipotesi dettate per il giudice penale. La dichiarazione di astensione o di riconsulenza può essere presentata fino a che non siano esaurite le formalità di conferimento dell'incarico e, quando si tratti di motivi sopravvenuti ovvero conosciuti successivamente, prima che il perito abbia dato il proprio parere.

In ordine all'astensione o alla riconsulenza decide il giudice che ha disposto la perizia.

La nomina del perito spetta al giudice, con ordinanza in cui viene anche sommariamente enunciato l'oggetto delle indagini e fissata la data per il conferimento dell'incarico. In alcuni casi, specificamente previsti dall'art. 224-bis c.p.c., la legge prevede (disciplinandola) l'esecuzione coattiva di atti che, pur necessari ai fini degli accertamenti medici, sono idonei ad incidere sulla libertà personale, quali il prelievo di capelli, di peli o di mucosa del cavo orale su persone viventi ai fini della determinazione del profilo del DNA ed altri accertamenti medici.

Il conferimento dell'incarico segue le ritualità stabilite dall'art. 226 c.p.p. Il giudice, accertate le generalità del perito, gli chiede se si trova in una delle condizioni previste dalla legge, lo avverte degli obblighi e delle responsabilità previsti dalla legge penale



L'aggiornamento degli Albi (e quindi la possibilità di scelta del Consulente tra medici esperti nelle varie discipline) ed il coinvolgimento delle società scientifiche costituiscono un primo passo per la redazione di una consulenza/perizia qualitativamente accettabile



e lo invita a rendere la dichiarazione di impegno. Il magistrato indica quindi al perito i quesiti a cui rispondere, nel contraddittorio con le parti e con i tecnici presenti.

Il perito potrebbe anche eseguire immediatamente gli accertamenti necessari, rispondendo oralmente ai quesiti. Più frequentemente, egli si vede concesso un termine, non superiore a novanta giorni, prorogabile anche più volte di trenta giorni, per eseguire gli accertamenti necessari, eventualmente anche servendosi di ausiliari dietro autorizzazione del giudice, e formulare le risposte richieste, di regola per iscritto.

Al fine di adempiere al suo incarico, il perito può essere autorizzato dal giudice a prendere visione degli atti, dei documenti

e delle cose prodotti dalle parti dei quali la legge prevede l'acquisizione al fascicolo per il dibattimento, ed anche a chiedere notizie all'imputato, alla persona offesa o ad altre persone. Qualora sorgano questioni relative ai poteri del perito e ai limiti dell'incarico, la decisione è ovviamente rimessa al giudice, senza che ciò comporti la sospensione delle operazioni stesse.

Quando le operazioni peritali non vengano eseguite nell'immediatezza, subito dopo il conferimento dell'incarico, il perito indica ai soggetti coinvolti nel processo il giorno, l'ora e il luogo in cui inizierà le operazioni peritali, indicazione di cui si dà atto nel verbale. Le successive comunicazioni di continuazione delle operazioni che richiedano più sedute vengono date informalmente.

Anche nel processo penale le parti (il pubblico ministero e le parti private: imputato, parte civile, responsabile civile) possono nominare dei consulenti tecnici di parte, in numero non superiore a quello dei periti, che assistono al conferimento dell'incarico al perito. Le parti possono presentare al giudice richieste, osservazioni e riserve, partecipare alle operazioni peritali, proponendo al perito specifiche indagini e formulando osservazioni delle quali il perito deve dare atto nella relazione.

L'art. 231 c.p.p. enumera i casi in cui il perito può essere sostituito: se non fornisce il proprio parere nel termine fissato o se la richiesta di proroga non è accolta, o ancora se svolge negligenza l'incarico affidatogli; in tali casi, il perito sostituito deve mettere immediatamente a disposizione del giudice la documentazione e i risultati delle operazioni peritali già compiute. Dopo essere stato citato a comparire per discollarsi, il perito sostituito può anche essere condannato dal giudice al pagamento di una sanzione pecuniaria

3. La consulenza tecnica di parte nel corso delle indagini preliminari

Si è già accennato all'ipotesi che il pubblico ministero possa nominare un proprio consulente tecnico, non solo nel processo, quale consulente di parte, ma anche nella fase delle indagini. Ciò avviene quando il magistrato dell'accusa debba procedere a qualsiasi operazione tecnica per cui siano necessarie specifiche competenze.

L'ausilio al pubblico ministero non può essere rifiutato, altrimenti il professionista commetterebbe il già segnalato reato previsto dall'art. 366 c.p.

Il consulente può essere autorizzato dal magistrato ad assi-

stere a singoli atti di indagine. Su autorizzazione del giudice o, in alcuni specifici casi previsti dall'art. 359-bis c.p.p., dello stesso pubblico ministero, è possibile procedere al prelievo coattivo di materiale biologico.

Può accadere che l'accertamento demandato al consulente tecnico sia irripetibile (si pensi all'autopsia). In tale caso, la persona sottoposta alle indagini, la persona offesa dal reato e i difensori vengono notiziati del giorno, dell'ora e del luogo fissati per il conferimento dell'incarico e della facoltà di nominare consulenti tecnici.

I difensori nonché i consulenti tecnici delle parti private eventualmente nominati acquisiscono così diritto ad assistere al conferimento dell'incarico, a partecipare agli accertamenti ed a formulare osservazioni e riserve.

Le operazioni peritali, quindi, si svolgono nel contraddittorio.

A questo punto appare opportuno lamentare che il perito del pubblico ministero non sempre, e spesso in modo insufficiente, agiscono nella fase delle indagini preliminari la necessari azione di "filtro" che consiste nello stralciare la posizione di figure sanitarie che non parteciparono alla gestione del paziente o parteciparono in modo molto marginale o sicuramente non meritevoli di ulteriori indagini a loro carico. È superfluo rilevare che una più prudente gestione delle indagini preliminari unitamente alla formulazione di mirati quesiti al perito, restringendo la cerchia degli indagati, consentirebbe una migliore economia e gestione del processo (oltre ad evitare i disagi per tutti quei sanitari che vengono indagati e che poi vengono discollati).

4. La tecnica redazionale della perizia

Eseguiti gli accertamenti demandati l'ausiliario del giudice deve esporne i risultati per mezzo della relazione, di regola scritta.

La relazione di consulenza tecnica e di perizia medica dovrà essere composta da:

- **un'epigrafe**, in cui vengono indicati gli estremi del procedimento (e, nel processo civile, anche delle parti);
- **una parte narrativa**, in cui si dà atto di tutte le operazioni svolte (a corredo di tale parte vi è, di regola, il verbale che rappresenta per iscritto le operazioni svolte);
- **una parte descrittiva** dei documenti esaminati e dell'esame obiettivo, e cioè l'illustrazione complessiva dei fatti su cui si basa la sua valutazione;
- **una parte valutativa**, detta anche discussione medico-legale, in cui il professionista espone

le proprie considerazioni;

- **un'eventuale esame delle note critiche ricevute dalle parti** (meglio: dai loro difensori e consulenti);

- **una parte conclusiva**, in cui vengono brevemente ricapitolate le conclusioni cui si sia giunti.

Nello svolgimento della relazione, il consulente tecnico e il perito debbono tenere conto dell'uso processuale che si farà di tale relazione e del fatto che i destinatari della stessa (il giudice, in primis, ma anche le parti, pubblica o private) non sono dei tecnici.

Grande attenzione deve essere dunque accordata al linguaggio, che non deve mirare a dare sfoggio di sapienza, ma deve essere comprensibile, con eventuale spiegazione dei termini tecnici che non siano di uso frequente in ambito giudiziario evitando sigle tecniche o abbreviazioni tenendo presente che viene apprezzata la chiarezza comunicativa e non la pseudo-sapienza di un linguaggio oscuro e altisonante.

Così, nell'illustrare i risultati del proprio lavoro, l'ausiliario del giudice non deve dare per scontata alcuna nozione che, pur palese per un tecnico, tale potrebbe non essere per un giurista o anche per la parte in causa.

Il consulente ed il perito debbono curare di dare risposta a tutti i quesiti indicati dal giudice, evitando però di trattare profili non richiesti o comunque non pertinenti.

QUALITÀ DELLA CONSULENZA/PERIZIA

Alla luce della delicatezza particolare dell'Ufficio dell'ausiliario del giudice, che, come già detto, deve fornire a quest'ultimo il necessario supporto tecnico che gli consenta di giungere ad una corretta valutazione dell'operato del medico, è evidente che tutti i soggetti che vengano a rivestire un ruolo nel corso del processo debbano necessariamente convenire sulla necessità di ricercare (e di applicare) tutti quegli accorgimenti tesi ad ottenere una maggiore "qualità" della consulenza tecnica.

1. Scelta del consulente/perito ad opera del giudice

Una importante condizione (necessaria ma non sufficiente), per ottenere una consulenza tecnica o una perizia di qualità consiste in una adeguata scelta, da parte del giudice, del consulente.

Purtroppo, poiché la scelta deve essere operata, in particolare nel processo civile, tra i professionisti iscritti all'apposito albo tenuto presso il tribunale, e poiché spesso questo è carente in ordi-

ne alle competenze dei numerosissimi professionisti iscritti nelle specifiche branche cliniche e nelle sub-specializzazioni, la scelta può spesso risultare inadeguata. A tal proposito va ricordato che in ambito europeo sono state ufficialmente riconosciute alcune sub-specialità facenti parte della disciplina ostetrico-ginecologica e precisamente le seguenti: medicina della riproduzione, uro ginecologia, oncologia ginecologica, medicina perinatale, diagnostica per immagini.

Molto opportunamente il recente decreto Balduzzi (Legge 08.11.2012 n° 189, G.U. 10.11.2012) al comma 4 dell'art. 3 dispone l'aggiornamento degli Albi "con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella medico legale, una idonea e qualificata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche dell'area sanitaria, anche con il coinvolgimento delle società scientifiche". L'aggiornamento degli Albi (e quindi la possibilità di scelta del Consulente tra medici esperti nelle varie discipline) ed il coinvolgimento delle società scientifiche costituiscono un primo passo per la redazione di una consulenza/perizia qualitativamente accettabile.

D'altronde, la preoccupazione che incarichi tanto delicati vengano affidati a medici non adatti allo scopo precipuo viene manifestata dalla stessa Federazione Medica che all'art 62 del recentissimo (2014) Codice Deontologico ricorda che "... l'accettazione di un incarico medico-legale deve essere subordinata all'effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso; (...) Qualora un medico con competenze specialistiche cliniche sia incaricato di esprimere pareri tecnici in funzione medico legale in casi di particolare complessità clinica e ancor più in ambito di responsabilità professionale sanitaria, dovrà associarsi nello svolgimento dell'incarico con uno specialista in medicina legale. Parimenti, nelle medesime circostanze, lo specialista medico legale deve richiedere l'associazione con un collega di comprovata competenza nella disciplina interessata (...)" L'accettazione di un "incarico deve essere subordinata al possesso delle competenze richieste dal caso...e alla sussistenza di un'adeguata competenza medico-legale e scientifica in modo da soddisfare le esigenze giuridiche attinenti al caso in esame" lasciando intendere che la specializzazione in quella determinata disciplina può non essere sufficiente e alla sussistenza di competenza medico-legale e tecnica; e, finalmente, specie nei ca-

si di responsabilità professionale impone di associare il clinico al medico legale (e viceversa).

In particolare, e con particolare riferimento alla specializzazione ostetrico-ginecologica, occorre considerare i seguenti fattori.

a) Il Medico-legale, da solo, non può risolvere rilevanti questioni di responsabilità professionale in quanto, pur in possesso della forma mentis medico-legale, manca del complesso di nozioni tecnico-scientifiche tipiche di quella disciplina che consentano un giusto inquadramento del caso.

b) Come più sopra accennato l'evoluzione e la parcellizzazione della Medicina ha portato all'affermazione delle cosiddette sub-specialità, in modo tale che una specializzazione classica come l'Ostetricia rappresenta la matrice per varie sottodiscipline (ecografia

“

Purtroppo non si può sottacere quanto avvenuto negli ultimi anni in cui sono stati affidati incarichi di particolare delicatezza o a medici legali non affiancati da ginecologi o, ancora peggio, a esperti di altre discipline

”

ostetrica, ecografia ginecologica, colposcopia, oncologia, patologia ostetrica, menopausa, endocrinologia ginecologica, etc.) per cui un ginecologo per quanto esperto e, financo autorevole, in una sub-specialità può non esserlo (e quasi mai difatti lo è) in una sub-specialità di tipo diverso.

c) Esistono medici che hanno informato la loro carriera in ambiti diversi da quelli assistenziali in senso stretto (ricerca, didattica, medicina amministrativa o altro) per cui non hanno una pratica diretta nella sub-specialità, tale da essere posto in condizione di esprimere un parere che rifletta la necessaria serenità, competenza ed esperienza.

ni in cui sono stati affidati incarichi di particolare delicatezza o a medici legali (non affiancati da ginecologi) o, ancora peggio, a esperti di altre discipline. Ed invero, non è assolutamente accettabile una relazione di consulenza tecnica o di perizia che sia elaborata unicamente sulla base di reminiscenze scolastiche o a seguito della consultazione di qualche desueto manuale di Ostetricia o di qualche estemporaneo articolo tratto dalla Letteratura. Si vuole significare che le "informazioni" non possono sostituire (ma solo integrare e sostanziare) la "formazione"; non basta leggere di un determinato argomento per essere esperti di quell'argomento, così come non basta leggere le leggi per essere esperti di diritto.

In definitiva, i requisiti necessari perché il consulente tecnico e il perito possano espletare nel modo migliore l'incarico affidatogli sono costituiti da: specializzazione nella subdisciplina in questione, possesso di una solida esperienza pratica nella stessa subdisciplina e capacità di inquadrare il caso in questione con mentalità medico-legale (su questo punto rilevante è il contributo che può dare il medico-legale).

2. Accettazione dell'incarico da parte del medico

Il medico che sia stato nominato consulente tecnico o perito e che ritenga di non avere le necessarie competenze per affrontare il caso in questione e la forma mentis medico-legale (la capacità cioè di guardare a fatti medici con mentalità giuridica), deve richiedere al giudice di essere esonerato dall'incarico, essendo ben conscio che tale rinuncia non significa un'ammissione di inadeguatezza clinica o medico-legale in genere, ma è dettata dalla (meritoria) consapevolezza da parte del medico dell'importanza dell'Ufficio di consulente.

D'altronde, un tale atteggiamento, oltre che essere dettato da regole di ordinario buonsenso, risulta essere perfettamente in linea con le più cogenti prescrizioni del codice deontologico dell'Ordine dei medici che ha avvertito la necessità di dedicare uno specifico articolo a tale problema (cnf il già citato art 62 del Codice di Deontologia medica). L'accettazione di un incarico di ausiliario del magistrato relativo ad una questione su cui non si abbiano le necessarie conoscenze e la dovuta esperienza è quindi da evitare; in caso contrario non può non essere ravvisato in tale atto (accettazione dell'incarico) un comportamento dettato da un'imprudenza/imperizia sicuramente censurabile.

Si consideri, inoltre, che la partecipazione al processo di altri soggetti esperti, e ci si riferisce ai consulenti di parte, fa sì che il difetto di preparazione del consulente venga evidenziato e che, pertanto, **lo stesso possa essere chiamato a rispondere del proprio operato a titolo di colpa grave qualora commetta errori grossolani.**

3. Formulazione dei quesiti e funzione di "filtro"

Per evitare, specie in ambito penale, inutili appesantimenti del processo e di chiamare in causa persone estranee alla vicenda è necessario che sia attivata, in fase preliminare, una adeguata funzione di "filtro". Un recente studio dell'Istituto di Medicina Legale dell'università Cattolica del Sacro Cuore riguardante la Procura di Roma ha dimostrato come per ogni cento medici indagati solo uno viene condannato. Si potrebbe dire che un tale dato rifletta una sostanziale impunità del medico. Ma così non è: infatti non vengono distinte all'inizio delle indagini le posizioni dei singoli medici per cui la maggior parte di loro non vengono scagionati subito ma devono aspettare la trafila processuale anche nel caso in cui siano palesemente estranei alla vicenda o palesemente esenti da colpa. Per evitare una tale distorsione (che appesantisce il procedimento e che per il medico è comunque fonte di ansia e di apprensione, di danno patrimoniale per spese di avvocati, di tempo perso e di disdetta o aumento del premio della polizza assicurativa) il Giudice e il Perito potrebbero stralciare le posizioni di tutti quei professionisti che, ictu oculi, siano sicuramente esenti da condotta colposa o non hanno avuto nessun ruolo nella vicenda.

4. Errori di tipo logico-deduttivo del consulente

La pratica peritale permette di individuare alcuni errori di tipo logico-deduttivo che possono inficiare la qualità e non infrequentemente la validità delle conclusioni cui giunge una consulenza. Vengono riportati alcuni esempi.

- **Scarsa oggettività/imparzialità.**

Come ricorda anche il Codice Deontologico, il consulente deve assolvere al proprio Ufficio con assoluta imparzialità, limitando al massimo il proprio potere discrezionale e valorizzando, per converso, tutti i dati obiettivi di cui dispone. È chiaro che alcune valutazioni rimangono sottoposte ad un certo margine di soggettività, ma questa non può essere tale da portare a dare un'interpretazione dei fatti totalmen-

te avulsa o in contrasto stridente con la realtà o, peggio, falsata da insanabili errori.

• **Mancanza di forma mentis medico legale.** L'importanza di tale requisito nel consulente tecnico e nel perito è stata avvertita da secoli e il grande Cazzaniga ammoniva che "quello che distingue la medicina legale degli specialisti in medicina legale da chi svolge attività medico-legali non è la natura dei fatti che ne formano oggetto di studio, ma il metodo col quale essa indaga tali fatti, ed il fine a cui mira, che è di valutarli giuridicamente".

Si vuole significare che la conoscenza e la esperienza tecnica da soli possono non essere sufficienti per una consulenza od una perizia di qualità. Infatti, nell'accertamento della responsabilità professionale, bisogna tenere presente che il concetto di imperizia, imprudenza e negligenza e di trasgressione di ordini, regolamenti e discipline (che qualificano secondo il nostro ordinamento la colpa) possiede un suo preciso significato tecnico-giuridico che non sempre e non perfettamente si sovrappone al concetto di imperizia, negligenza, imprudenza e di trasgressione di ordini, regolamenti e discipline in senso clinico-scientifico. Ad esempio, la censurabilità clinica per un determinato comportamento messo in atto da un medico non sempre e non necessariamente si traduce nella affermazione della sua colpa (ad esempio in caso di mancato rispetto di determinate formalità che non abbia cagionato l'evento dannoso di cui si controverte); così come l'errore commissivo od omissivo da parte del medico, quantunque accertato, non rileva ai fini del giudizio qualora non vi sia stato danno o se il danno non è ricollegabile causalmente con l'errore. E la stessa affermazione del nesso di causa in senso giuridico diverge profondamente dal nesso di causa in senso medico (eziopatogenesi delle malattie), ed è diverso a seconda che ci si trovi in ambito penale (laddove non può sussistere alcun **ragionevole dubbio** nella ricostruzione della processione eziologica) o in sede civile (in cui è sufficiente che sia più probabile che un fatto abbia cagionato un determinato evento piuttosto che non).

Tali considerazioni, seppure teoriche e di carattere generale, presentano spesso decisive ricadute pratiche nell'accertamento della responsabilità professionale inerente alla colpa del ginecologo.

• **Riferimento a linee-guida e protocolli.** L'affinamento delle

tecniche diagnostiche, la interdisciplinarietà, la settorializzazione estrema per disciplina, l'esigenza di porre in essere una pratica medica basata sull'evidenza e l'adozione di tecniche di risk management che caratterizzano l'esercizio della medicina moderna hanno portato alla codifica di situazioni predeterminate ed alla definizione di provvedimenti diagnostici e terapeutici che le stesse richiedono attraverso la messa a punto di protocolli e linee-guida. Si ricorda che i protocolli presuppongono una maggiore rigidità applicativa rispetto alle linee-guida, le quali invece vogliono invece rappresentare solo un utile orientamento per l'esercizio dell'attività medica. Le linee-guida, inoltre, non presentano validità assoluta ed in tutti i contesti assistenziali, essendo insita nello stesso concetto di linea-guida la valenza soltanto orientativa e la flessibilità delle stesse in relazione alle specifiche circostanze organizzative, di luogo e di tempo e alle risorse disponibili in quel determinato contesto. Inoltre, va rilevato che essendo le stesse astrattamente paradigmatiche e non essendo tutti i casi clinici uguali ma solo più o meno assimilabili, le stesse linee-guida sono derogabili sulla base delle peculiarità cliniche del caso in questione. Ora, un errore metodologico in cui incorre spesso il consulente tecnico o il perito è quello di pretendere dal medico un comportamento che sia pedissequamente ispirato a linee-guida, magari non proprie del

contesto operativo in cui opera, ma redatte da Società Scientifiche che, per quanto autorevoli, non hanno efficacia normativa, ma, come detto in precedenza, soltanto valore orientativo. E, per converso, l'aver improntato la propria pratica medica alle linee guida non esime tout-court il medico da responsabilità qualora quella particolare situazione clinica avesse richiesto la messa in atto di azioni di tipo diverso rispetto a quanto previsto dalle linee-guida. In definitiva, l'interpretazione pedissequa delle linee-guida, priva della valorizzazione di eventuali rilevanti elementi circostanziali, può portare l'ausiliario del magistrato (più frequentemente quelli che non possiedono specifica e solida esperienza clinica) a trarre fuorvianti ed erronee conclusioni a volte nel senso di una errata affermazione di colpevolezza e altre volte nel senso di una, altrettanto scorretta, affermazione di non colpevolezza. Del resto l'importanza della osservazione delle linee-guida è stata valorizzata dal già citato decreto Balduzzi che all'art. 3 recita: "l'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività si attiene a protocolli diagnostico-terapeutici, a linee guida e buone pratiche elaborate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale, risponde dei danni derivanti da tali attività solo nei casi di dolo e colpa grave". **È auspicabile che tale novità normativa possa evitare quanto nella realtà dei fatti spesso succede e cioè che il medico, per una**

malintesa esigenza di tutela medico-legale, non informi il suo comportamento diagnostico-terapeutico alle linee-guida redatte sulla base della Medicina dell'evidenza e dalle società scientifiche ma che adotti le decisioni assistenziali in osservanza alla giurisprudenza con la conseguenza che vale più una sentenza, talora emanata sulla base di discutibili elaborati peritali, piuttosto che le evidenze di cui la comunità scientifica internazionale dispone.

• **Pretesa di ineccepibile regolarità formale.** Spesso l'operato del medico viene fermamente criticato per la carenza o la precarietà o per il disordine con cui documenta (o non documenta) il proprio operato. È ovvio che completezza, chiarezza e intelligibilità della cartella clinica sono non solo auspicabili, ma anche doverose, in quanto la stessa, in quanto atto pubblico, fa fede fino a querela di falso e costituisce un importante mezzo di prova nel processo. Tuttavia, i medici-legali, ancor prima che il magistrato, dovrebbero tenere nella giusta considerazione il fatto che non sono paragonabili le condizioni di lavoro in cui vengono redatti altri atti pubblici (perizie, sentenze, atti notarili, verbali di sopralluogo) con le condizioni in cui viene redatta la cartella clinica (routine lavorativa fatta di atti non procrastinabili, frequente compilazione al letto del malato, scrittura sulla stessa da parte di vari sanitari e in tempi successivi, necessità di

decisioni immediate, forte componente emotiva del medico etc.). Appare quindi giusto valutare la correttezza della documentazione contestualizzandola nell'ambiente in cui essa è stata redatta, ed eccessivamente penalizzarne per il medico appare concludere nel senso dell'esistenza di una colpa medica solo sulla base della scarsa qualità degli aspetti formali della cartella clinica, anche quando tale deficienza non abbia nessun nesso causale con il danno lamentato o quando sia possibile provare per altre vie (ad esempio: testimonianze) la **sostanziale correttezza e completezza del trattamento medico.**

• **Confondere una diagnosi (o una terapia) "possibile" con una diagnosi (o una terapia) "doverosa" per il medico**

Tale errore ricorre spesso nella pratica peritale relativa alla mancata diagnosi di malformazione fetale, evenienza in cui si può assistere ad attribuzione di colpa nei confronti del ginecologo che non diagnostichi malformazioni la cui diagnosi non è sempre agevole o addirittura impossibile da porre durante la vita prenatale. Infatti, alcuni ausiliari (specie quelli che non possiedono una solida esperienza pratica nella ecografia ostetrica), rifacendosi ad articoli pubblicati su Riviste Scientifiche che riportano la descrizione di una o più diagnosi prenatali di quella stessa patologia, confondono la "possibilità" della diagnosi di quella malformazione con la



“doverosità” di quella stessa diagnosi ai fini dell’attribuzione di una colpa professionale. Ciò rappresenta un evidente errore di metodo, foriero di erronee affermazioni di colpa in capo al ginecologo, per vari ordini di motivi: a) spesso le diagnosi che vengono descritte in Letteratura si avvalgono di elementi di valutazione postumi rilevati alla nascita o di dati desunti dall’esame autoptico del feto malformato; b) il solo fatto che gli Autori di quell’articolo (e lo stesso editore che lo pubblica) ritengano meritevole di segnalazione quella determinata diagnosi significa che la stessa non appartiene alla routine ma all’eccezionalità; c) solitamente agli Autori che pubblicano viene riconosciuta una autorevolezza e una esperienza di molto superiore rispetto alla media e, per di più, gli stessi operano in contesti caratterizzati da elevati standard assistenziali (ottimizzazione delle procedure diagnostiche, disponibilità di apparecchiature superiori, casistica elevata, possibilità di avvalersi di servizi collaterali etc.); d) la possibilità del riconoscimento di un quadro malformativo fetale (specie se raro o comportante minime alterazioni morfo-strutturali) è non di rado legata a circostanze fortuite (atteggiamento fetale, epoca gestazionale, buona trasmissione degli echi, contrasto del liquido amniotico, precedente esperienza di quell’operatore, raccordo anamnestico, etc.) del tutto indipendenti dalla bontà dell’operato del ginecologo.

• **Il non rapportare la valutazione dell’operato del ginecologo al contesto di luogo, di tempo e di risorse disponibili nel momento in cui si verificò il fatto.** L’ausiliario del giudice che debba valutare l’operato di un ginecologo non può fare a meno di considerare tutte le circostanze del momento in cui si è verificato il fatto, giacché le stesse possono condizionare in modo decisivo il giudizio sull’operato del ginecologo.

È evidente che una mancata diagnosi della stessa malformazione fetale (e a parità di altre variabili) può non comportare colpa per un ginecologo che operi in un centro periferico e con macchinari desueti (e sempre che la colpa non sia invece riscontrabile nel non aver indirizzato il paziente, ove possibile, verso una struttura meglio attrezzata), mentre può assurgere a comportamento colposo per un ginecologo che operi in un Centro di riferimento e con apparecchiature di ultima generazione. Anche il non diagnosticare una malformazione in un feto a rischio per una determinata mal-

formazione (o per anamnesi positiva, o per dubbio diagnostico avanzato da altro ginecologo, o in seguito ad uno specifico quesito) assume un diverso significato (meritevole cioè di maggiore severità) rispetto ad un esame eseguito su feto non a rischio e in assenza delle precedenti condizioni.

Rapportare i fatti all’epoca di esecuzione dell’esame significa fare riferimento alle possibilità e ai limiti diagnostici della metodica ecografica tipici di quell’epoca e non dell’epoca attuale e tenere conto dei sopravvenuti miglioramenti tecnologici e metodologici che possono condizionare, talora in modo decisivo, l’efficacia diagnostica dell’esame. La diagnostica ecografica, infatti, si evolve in continuazione e migliora la propria accuratezza sia per il maggiore potere di risoluzione delle immagini, sia per una più accurata metodologia adottata dagli ecografisti nella conduzione dell’esame, sia per l’identificazione di specifici fattori di rischio per determinate malformazioni fetali, sia per la migliore definizione nosologica di alcuni quadri malformativi. Analogamente le linee-guida desunte dalla Letteratura internazionale a volte sono inapplicabili negli ospedali periferici in quanto la loro applicazione presuppone risorse (tecniche, umane e logistiche) di cui non sempre i piccoli ospedali dispongono. È evidente che la giusta considerazione di queste variabili nell’affermazione della colpa di un ginecologo che non abbia diagnosticato una malformazione fetale può essere richiesta solo ad un ausiliario che abbia esperienza consolidata e pratica nella disciplina.

• **Il non tenere in considerazione o il non richiedere accertamenti ed esami in fase di consulenza tecnica e di perizia sicuramente o probabilmente dirimenti.** L’esigenza di completezza della valutazione operata dall’ausiliario del magistrato, impone a questi di valutare la questione nella sua interezza e di acquisire, qualora necessitano e siano ammessi dalle regole processuali applicabili e dalle istruzioni impartite dal magistrato, ulteriori elementi di valutazione attraverso prescrizione di esami, approfondimenti anamnestici, pareri di sanitari esperti nella disciplina attinente agli approfondimenti o altro. Pur essendo accordato un potere discrezionale all’ausiliario nella esecuzione o meno di tali atti, si ritiene che, qualora l’acquisizione di ulteriori elementi di valutazione probabilmente o quasi certamente in grado di dirimere la questione (o un aspetto decisivo della stessa), specie se richie-

sta dal Consulente di Parte e laddove il professionista incaricato dal magistrato ritenga che la stessa richiesta non sia inutile e non abbia intenti meramente dilatori e pretestuosi, finisca in qualche modo con il diventare doverosa per il consulente tecnico/perito. Allo stesso modo, in linea con il Codice deontologico, la richiesta di una Consulenza Collegiale (che preveda oltre all’opera del ginecologo anche quella del medico-legale e/o quella di esperti di discipline mediche su cui verte il giudizio), ove necessario, oltre a riflettere un atteggiamento prudentiale dell’ausiliario, concorre ad una migliore qualità e completezza dell’operato del professionista.



È evidente che una mancata diagnosi della stessa malformazione fetale può non comportare colpa per un ginecologo che operi in un centro periferico e con macchinari desueti, mentre può assurgere a comportamento colposo per un ginecologo che operi in un Centro di riferimento e con apparecchiature di ultima generazione



Ancora più censurabile è il comportamento di quei consulenti/periti che non prendono in nessuna considerazione dati documentali che da soli sono in grado di risolvere il problema permettendo di affermare o negare in modo categorico la colpa del medico (ad esempio affermare la presenza di una asfissia fetale senza prendere in considerazione il valore dell’emogasanalisi presente nella documentazione che esclude, da solo, la presenza di asfissia fetale).

LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL CONSULENTE TECNICO E DEL PERITO

È stata già sottolineata l’importanza dell’incarico dell’ausiliario del giudice, in quanto una consulenza tecnica ed una perizia affidabile rappresentano un di-

ritto per i medici coinvolti nel processo, per il magistrato che l’ha disposta e per le parti, al fine di poter ottenere una corretta dialettica processuale, e per il cittadino che promuove il giudizio ai fini del riconoscimento dei propri diritti e, in una prospettiva di ampio respiro, costituisce un rilevante interesse per tutta la società civile.

Nei precedenti paragrafi sono stati riportati i più importanti fattori (sia formali che sostanziali) che nel percorso valutativo inducono più frequentemente il consulente tecnico ed il perito (e finalmente il giudice) a conclusioni fuorvianti ed errate; e vengono suggeriti alcuni accorgimenti di carattere generale in grado di innalzare il **livello qualitativo** di una consulenza. È evidente che, maggiore è la qualità di una Consulenza, meno probabile è il rischio per un ausiliario del giudice di essere chiamato a rispondere per colpa grave in relazione al suo operato.

Il già citato articolo 62 del Codice di Deontologia Medica contiene i più importanti principi cui il medico deve ispirare la sua azione nelle attività medico-legali che si integrano con quanto disposto dalle leggi civili e penali.

Il consulente tecnico ed il perito sono altresì responsabili disciplinarmente secondo le disposizioni di attuazione del codice di procedura civile e del codice di procedura penale.

L’art. 19 disp. att. c.p.c., intitolato Disciplina, stabilisce che la vigilanza sui consulenti tecnici è esercitata dal presidente del tribunale, il quale, d’ufficio o su istanza del procuratore della Repubblica o del presidente dell’associazione professionale, può promuovere procedimento disciplinare contro i consulenti che non hanno tenuto una condotta morale specchiata o non hanno ottemperato agli obblighi derivanti dagli incarichi ricevuti.

L’inadempimento o l’erroneo adempimento degli obblighi derivanti dall’incarico professionale conferito al professionista, dunque, lo rendono responsabile disciplinarmente, e lo sottopongono alle sanzioni che sono determinate dal successivo art. 20 disp. att. c.p.c. che consistono, secondo la gravità della condotta, nell’avvertimento, nella sospensione dall’albo per un tempo non superiore ad un anno, nella cancellazione dall’albo.

Per il giudizio disciplinare, in base al combinato disposto degli artt. 19 e 14 disp. att. c.p.c., è competente un comitato formato dal presidente del tribunale, che lo presiede, dal procuratore della Repubblica e da un profes-

sionista iscritto nell’albo professionale, designato dal consiglio dell’ordine, o dal collegio della categoria, cui appartiene il richiedente l’iscrizione nell’albo dei consulenti tecnici.

Il procedimento per l’applicazione delle sanzioni è disciplinato dalla legge. Prima di promuovere il procedimento disciplinare, il presidente del tribunale contesta l’addebito al consulente e ne raccoglie la risposta scritta. Il presidente, se dopo la contestazione ritiene di dovere continuare il procedimento, fa invitare il consulente, con biglietto di cancelleria, davanti al comitato disciplinare.

Il comitato decide sentito il consulente. Contro il provvedimento è ammesso reclamo ad un comitato composto dal presidente della locale corte d’appello, dal procuratore generale presso lo stesso ufficio e da un presidente di sezione della corte d’appello. Secondo la giurisprudenza (Cass. Civ., Sez. III, Sent. n.15027 5 agosto 2004), il provvedimento sanzionatorio ha natura amministrativa, e non è impugnabile mediante ricorso per cassazione.

Quanto ai periti nel processo penale, l’art. 70 disp. att. c.p.p. prevede che agli iscritti nell’Albo dei periti che non abbiano adempiuto agli obblighi derivanti dal conferimento dell’incarico possono essere applicate, su segnalazione del giudice procedente, le sanzioni dell’avvertimento, della sospensione dall’albo per un periodo non superiore a un anno o della cancellazione. I presupposti di applicazione delle sanzioni e la loro tipologia, come è evidente, corrispondono a quelli previsti dalle disposizioni di attuazione del codice di procedura civile.

Ai fini dell’applicazione delle sanzioni disciplinari, il presidente del tribunale contesta l’addebito al perito mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento, invitandolo a fornire deduzioni scritte entro il termine di dieci giorni dalla ricezione della raccomandata. Decorso tale termine e assunte, se del caso, informazioni, il comitato delibera sulle sanzioni da applicare.

Entro quindici giorni dalla notificazione della decisione, contro le decisioni del comitato può essere proposto reclamo sul quale decide una commissione composta dal presidente della corte di appello nel cui distretto ha sede il comitato, dal procuratore generale della repubblica presso la corte medesima, dal presidente del consiglio dell’ordine forense, dal presidente dell’ordine o del collegio professionale cui l’interessato appartiene ovvero da loro delegati.

Della Commissione non posso-

no far parte persone che abbiano partecipato alla decisione oggetto del reclamo. La Commissione decide entro trenta giorni dalla ricezione degli atti.

Il consulente tecnico, oltre alla già segnalata possibilità di incorrere nel reato di omissione di atti d'ufficio laddove non esegua i compiti per lui obbligatori, è anche responsabile penalmente, ai sensi dell'art. 373 c.p., per il caso di falsa perizia.

Secondo la norma sanzionatoria, il perito che, nominato dall'autorità giudiziaria, dà dolosamente parere o interpretazioni mendaci, o, sempre dolosamente, afferma fatti non conformi al vero, soggiace alle pene stabilite nell'articolo precedente.

La condanna comporta l'interdizione dai pubblici uffici e l'interdizione dalla professione medica.

Il codice civile (art. 64 cpc) prevede pene severe per il consulente tecnico "Si applicano al consulente tecnico le disposizioni del Codice penale relative ai periti (1).

In ogni caso, il consulente tecnico che incorre in colpa grave nell'esecuzione degli atti che gli sono richiesti, è punito con l'arresto fino a un anno o con l'ammenda fino a diecimilatrecentoventinove euro (2). Si applica l'articolo 35 del Codice penale. In ogni caso è dovuto il risarcimento dei danni causati alle parti (3), ferma restando la potestà sanzionatoria dell'Ordine dei Medici che può giungere fino alla sospensione dall'esercizio della professione.

Quanto alla responsabilità ci-

vile del consulente tecnico d'ufficio o del perito, ci consta un solo precedente nella giurisprudenza della Corte di Cassazione (Cass. Civ., Sez. II, Sent. n. 1545 25 maggio 1973). In quell'occasione, il giudice di legittimità ebbe modo di precisare che all'attività del consulente tecnico non possono applicarsi gli schemi privatistici dell'adempimento e dell'inadempimento, in quanto egli non è vincolato alle parti da un rapporto di prestazione d'opera.

Il consulente, infatti, svolge nell'ambito del processo una pubblica funzione quale ausiliario

del giudice, nell'interesse generale e superiore della giustizia, con responsabilità, oltre che penale e disciplinare, anche civile, che si manifesta nell'obbligo di risarcire il danno che, come qualsiasi pubblico funzionario, egli abbia cagionato in violazione dei doveri connessi all'ufficio. La responsabilità del consulente tecnico d'ufficio o del perito, quindi, deve essere parametrata non a quella del professionista che non esegue correttamente la prestazione di cui sia stato incaricato, ma a quella del funzionario che risponde nei confronti

delle parti (secondo l'art. 64 c.p.c. in ogni caso di violazione gravemente colposa nell'esecuzione degli atti è dovuto il risarcimento dei danni causati alle parti) e della stessa amministrazione (ed in tal caso si tratta di responsabilità erariale che viene valutata dalla Corte dei conti: Corte dei Conti, Sez. Sicilia, 10 giugno 2010, n. 1228); il risarcimento dovuto concerne i danni cagionati dalla violazione dei doveri derivanti dall'ufficio svolto. È chiaro che la norma si riferisce ai danni provocati dal compimento degli atti tipici dell'incarico conferito, mentre non sem-

bra che la responsabilità possa derivare da un errore di valutazione, in quanto non è idoneo, siccome filtrato dalla decisione finale del giudice, nel contraddittorio tra le parti, a provocare direttamente danni alle parti.

Infine, si segnala, come già anticipato, che il consulente che concorra, col proprio comportamento inadeguato, a prolungare i tempi del processo, sino a renderli irragionevoli, può essere tratto in giudizio dinanzi alla Corte dei Conti ed essere condannato a risarcire i danni provocati all'Erario, che per tali ritardi debba indennizzare il cittadino coinvolto nel processo. **Y**



8 semplici raccomandazioni

1. Non accettare un incarico di perito/consulente se non si è sicuri di essere in grado di espletarlo
2. Qualora siano necessarie competenze particolari chiedere un consulto (quantomeno informale) ad un medico che possieda quelle competenze
3. Non sposare in modo preconcetto una tesi ma formare il proprio convincimento solo dopo aver esaminato attentamente e serenamente ponderato tutti gli elementi di valutazione
4. Nel corso delle operazioni peritali o di consulenza non solo essere ma anche apparire imparziale
5. Prestare attenzione e tenere del debito conto le osservazioni delle parti
6. Cercare di non cadere negli errori discussi nel capitolo
7. Rispettare le formalità di legge nell'espletamento dell'incarico
8. In caso di dubbi procedurali consultarsi con il giudice



Sentenza Tribunale di Milano in materia di malpractice sanitaria: prosegue il dibattito

L'impressione è quella di assistere ad un mero esercizio retorico

di Paolo Pecora
Avvocato, Foro di Napoli

Vengono oggi alla luce le prime sentenze civili di merito nelle quali si discute dell'impatto della cd. "Legge Balduzzi" sulle regole che attualmente disciplinano la responsabilità civile dei medici ed il quadro che ne emerge è francamente disarmante.

La norma in questione stabilisce che "L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo".

Orbene, mentre alcuni Tribunali ritengono che il legislatore, nel promulgare la norma penale, si sia "confuso" ed abbia operato un rinvio "atecnico" alla responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria, qualche isolata pronuncia intravede, invece, la chiara intenzione del legislatore di "riportare" la responsabilità del medico che venga in contatto con il paziente in assenza di un contratto nell'alveo della responsabilità da fatto illecito (comunemente detta "extracontrattuale").

Qualcun altro, ancora, come l'estensore della sentenza in commento, opta per una via di mezzo, ritenendo che il legislatore abbia voluto prevedere un alleggerimento della responsabilità (anche) civile del medico "ospedaliero", riconducendola in alcuni casi nell'alveo della responsabilità extracontrattuale senza che ciò, tuttavia, abbia alcuna incidenza sulla distinta responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata (sia essa parte del Ssn o una impresa privata non convenzionata) che resterebbe invece, di tipo "contrattuale" ex art. 1218 c.c.



Nel frattempo, anche la Cassazione ha detto la sua, intervenendo incidentalmente in un paio di occasioni per escludere che la legge Balduzzi abbia innovato in qualche modo il regime della responsabilità civile medica.

Anche secondo la Cassazione quindi, la legge Balduzzi conterrebbe un evidente errore ovvero, e comunque, dovrebbe escludersi che la legge 189/2012 abbia inteso esprimere un'opzione a favore della qualificazione della responsabilità medica "necessariamente" come responsabilità extracontrattuale (Cass. n. 8940 del 2014) poiché in presenza di un contratto fra paziente e professionista quella legge non spiega alcun effetto.

La questione giuridica ha indubbiamente alcuni risvolti pratici, sia perché la responsabilità extracontrattuale pone il danneggiato nella condizione di dover allegare e dimostrare tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano, laddove vige invece oggi la regola opposta dettata in tema di responsabilità contrattuale, e sia perché diversi sono i termini di prescrizione dell'azione. È tuttavia altrettanto indubbio che la questione non è affatto centrale rispetto alla sostanza dei problemi sottesi alla disputa, così che lo stesso incipit della sentenza in commento finisce per con l'essere fuorviante.

Il tribunale esordisce infatti col dire che: "All'esito di una non breve

Tanto rumore per nulla? Non proprio. Il fatto è che la sentenza apre a "una prospettiva assai parziale, dalla quale resta fuori tutto il restante panorama della colpa medica. A cominciare da tutti i liberi professionisti e dai medici delle strutture convenzionate per finire al personale sanitario delle strutture pubbliche al quale il paziente si rivolge in virtù della fiducia che ripone in esso". Ma, prescindendo dal merito di questa e altre sentenze in materia, il dibattito giurisprudenziale che ne scaturisce "rende la misura del complessivo fallimento del nostro sistema legislativo e giudiziario"

riflessione favorita dai vari contributi anche giurisprudenziali noti, ritiene il Tribunale adito che la citata legge del 2012 induca a rivedere il "diritto vivente" secondo cui sia la responsabilità civile della struttura sanitaria sia quella del medico andrebbero in ogni caso ricondotte nell'alveo della responsabilità da inadempimento ex art. 1218 c.c." lasciando intravedere una svolta decisiva (con la conseguente larga eco sulla stampa specializzata e non) che invece non

c'è (e non poteva esserci) nella decisione che segue.

Sovvengono, infatti, due considerazioni: la prima attiene propriamente al merito di quanto si disputa oggi nei Tribunali e alla scarsa utilità del dibattito. Già in linea di principio quella trattata è una questione marginale, propriamente riferibile solo ai casi di colpa lieve imputati a quei medici che, operando in strutture pubbliche, siano venuti a contatto con il danneggiato senza che questi abbia operato alcuna scelta (come ad esempio in un pronto soccorso). In questi casi però, com'è noto, vige la solidarietà passiva e la struttura non ha rivalsa nei confronti del medico poiché questa trova luogo solo in caso di dolo o colpa grave. Ci troviamo, quindi, di fronte ad una prospettiva assai parziale, dalla quale resta fuori tutto il restante panorama della colpa medica, a comin-

"Trib. Milano, sez. I civ., sentenza 17 luglio 2014 (Est. Patrizio Gattari)

Medico dipendente e/o collaboratore della struttura sanitaria – autore della condotta attiva o omissiva produttiva del danno subito dal paziente col quale tuttavia non ha concluso un contratto diverso ed ulteriore rispetto a quello che obbliga la struttura nella quale il sanitario opera – responsabilità – natura giuridica – extracontrattuale – sussiste (art. 3, l. 189/2012; art. 1218, 2043 cod. civ.)"

ciare da tutti i liberi professionisti e dai medici delle strutture convenzionate per finire al personale sanitario delle strutture pubbliche al quale il paziente si rivolge in virtù della fiducia che ripone in esso e si ha, perciò, l'impressione di assistere ad un mero esercizio retorico.

Come se ciò non bastasse poi, la possibilità di ricondurre la natura della responsabilità del medico nell'alveo dell'art. 2043 del cod. civ. ha un rilievo essenziale in tema di onere della prova nel processo civile nel quale però, sempre per sfuggire al mero esercizio retorico, la responsabilità si stabilisce comunque attraverso una C.T.U. che diventa strumento di accertamento di fatti non altrimenti accertabili (cd. c.t.u. percipiente), assurgendo a vera e propria a fonte oggettiva di prova utilizzabile al pari di ogni altra prova ritualmente acquisita al processo. Ciò significa, per essere ancora più chiari, che questo dibattito sull'onere della prova (molto più significativamente disinnescato in tema di danno da nascita indesiderata da Cass. 16754/2012) è scarsamente concludente quando si tratta di accertare la colpa lieve del medico e di verificare se questi si è attenuto alle linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica poiché, in questi

casi, sono dirimenti le conclusioni del CTU.

La seconda riflessione, ancor più amara, è che questo dibattito giurisprudenziale rende la misura del complessivo fallimento del nostro sistema legislativo e giudiziario e di come sia assurdo tentare di porvi rimedio attraverso interventi legislativi disorganici.

È ovviamente disarmante, per l'esercente la professione medica che si sforzi di comprendere i sottili distinguo giuridici oggetto di discussione, dover prendere atto che ogni giudice la vede in un modo diverso e che, per ciò che più conta, l'intero dibattito sarà già del tutto superato da altre "norme tamponate" o comunque dalla disgregazione del "sistema sanità" quando, tra non meno di una decina d'anni, andranno all'esame dalla Corte di Cassazione le prime pronunce delle Corti di Appello rese nei giudizi di primo grado di cui stiamo oggi discutendo. Ancor più angosciante constatare che per opinione pressoché unanime del nostro potere giudiziario il legislatore è "atecnico" nel formulare le leggi, e che, pertanto, non si può tenere conto di ciò che dice.

Apprendere che chi scrive le leggi non è un "tecnico" della materia è già di per sé sconcertante, ma è ancor più paradossale che chi do-

vrebbe applicare quelle leggi dica (e scriva), candidamente, che esse si devono ignorare perché "frutto di errore". E un po' come se il potere esecutivo ci dicesse che i giudici non sanno cosa scrivono nelle sentenze e che pertanto, in quanto frutto di errore, esse non si possono mettere in esecuzione.

È anche vero che il giudice Patrizio Gattari, nella sentenza in commento, afferma molto più seriamente che, stando all'art. 12 delle preleggi, il compito dell'interprete non è quello di svuotare di significato la previsione normativa, bensì di attribuire alla norma il senso che può avere in base al suo tenore letterale e all'intenzione del legislatore, ma è altrettanto vero che la Cassazione, che decide in ultima istanza, già la pensa diversamente.

Ed allora non si può non restare smarriti, specie se si considera che l'intenzione del legislatore del 2012 era dichiaratamente quella di porre un limite alla responsabilità dei medici e provare a scongiurare la deriva della medicina difensiva per rifondare, su nuovi presupposti, l'"alleanza terapeutica" tra medico e paziente.

A tal proposito, il 27 novembre 2011, in occasione dell'audizione dei rappresentanti dell'Aogoi dinanzi la Commissione Parlamentare di inchiesta sugli errori in cam-

po sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali il Presidente Aogoi Vito Trojano affermava testualmente che, a dispetto delle aspettative di tanti, quella legge (l'allora Decreto Balduzzi) "non era destinata ad incidere significativamente sulla attuale disfunzione del sistema sanità e sul contenimento della spesa sanitaria" e che essa "lasciava inoltre pericolosamente esposti alle dilaganti pretese risarcitorie degli assistiti soprattutto i ginecologi italiani". A distanza di tre anni bisogna prendere atto della bontà e della lungimiranza di quegli argomenti.

È ineludibile e urgente un intervento legislativo organico che valga a sistemare ed inquadrare la colpa medica definendo, in primis, i limiti di indennizzo (presupposto indefettibile per poter dare corso concretamente all'assicurazione obbligatoria in campo sanitario). Nessun limite di indennizzo equivarrà, di qui a breve, a nessun indennizzo, poiché non vi saranno più coperture assicurative, né vi saranno strutture o medici in grado di rispondere patrimonialmente dei danni arrecati. Andrà poi riscritto anche l'art. 2236 cod. civ. avendo riguardo proprio alle professioni sanitarie poiché, come dovrebbe ormai essere chiaro a tutti, la risoluzione di problemi tecnici di speciale dif-

ficoltà non si pone solo al chirurgo nell'atto dell'intervento e non è, quindi, solo una questione di "perizia" o "imperizia".

La speciale difficoltà si pone in ogni aspetto della scienza medica, a cominciare dalla diagnosi ed è proprio muovendo da questa considerazione che il legislatore del 2012 voleva mandare assolto l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica da ogni ipotesi di inadempimento (contrattuale) per colpa lieve, salvo il danno ingiusto di cui all'art. 2043, secondo ciò che in base al codice civile già oggi si addice ad ogni prestatore d'opera professionale che sia chiamato ad affrontare problemi tecnici di speciale difficoltà. Se, infatti, esistono linee guida e pratiche accreditate, ciò starà pure a significare che la materia non è semplice neppure per l'operatore professionale e che la diligenza specifica, che in base al secondo comma dell'art. 1176 cod. civ. rappresenta il parametro di riferimento per la valutazione dell'operato del medico, non può essere rimessa alla valutazione di ciascun CtU e di ogni singolo giudice, ma deve essere normativamente definita in termini puntuali. **Y**



Il Tribunale di Milano inverte la rotta: la responsabilità del medico è extracontrattuale

Daniela Palmieri
Avvocato, Foro di Milano

La sentenza dei giudici milanesi riguarda il caso di un paziente che ha intentato una causa al Policlinico di Milano e a un suo medico dipendente per una paralisi delle corde vocali subita a seguito di un intervento.

La peculiarità di tale pronuncia sta nell'interpretazione data dell'art. 3 della legge Balduzzi del 2012: sulla base di tale norma la sentenza ha qualificato la responsabilità del medico ospedaliero come "extracontrattuale da fatto illecito" e non più contrattuale come da oramai più di 15 anni era considerata. L'art. 3 della legge prevede al comma 1 che "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. **In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile**".

Il dibattito, nell'ambito della responsabilità civile, si è incentrato principalmente sul secondo inciso della norma. Infatti il tenore letterale della norma conduce a ritenere che la responsabilità del



Il reale cambiamento riguarda il medico inserito in una struttura sanitaria che, in caso di colpa lieve, per la quale non risponde penalmente essendosi attenuto alle linee guida, risponde civilmente nei confronti del danneggiato ai sensi dell'art. 2043 c.c.

medico per condotte che non costituiscono adempimento di un contratto d'opera, stipulato direttamente dal medico e non dalla struttura, venga ricondotta alla responsabilità da fatto illecito ex art. 2043 c.c. e che dunque possa insorgere solo in presenza di tutti i fattori che costituiscono l'illecito aquilano.

Di fatto tale cambiamento porta ad un alleggerimento della responsabilità civile del medico ospedaliero, che viene nettamente distinta da quella della struttura sanitaria, pubblica o privata, sulla quale la riforma Balduzzi non ha alcun effetto.

Di fatto dalla sentenza emerge

una suddivisione della responsabilità civile in ambito sanitario così suddivisa:

1. Responsabilità della struttura sanitaria

La responsabilità della struttura sanitaria, sia essa pubblica o privata per l'inadempimento o per l'inesatto adempimento viene regolata dall'art. 1218 c.c., cosiddetta responsabilità contrattuale, sia che si avvalga di propri dipendenti sia che si avvalga di collaboratori esterni. Le conseguenze sul piano pratico sono che a fronte del lamen-

tato inadempimento da parte dell'utente è onere del debitore convenuto (struttura sanitaria) provare l'esatto adempimento della prestazione.

2. La responsabilità del medico

Ferma la responsabilità distinta ed autonoma della struttura sanitaria qualora il danneggiato voglia chiamare in causa anche il medico si deve distinguere l'ipotesi in cui il paziente ha concluso un contratto con il professionista da quella in cui tale specifico ed ulteriore contratto non vi sia. Nel primo caso non v'è dubbio che il medico si a legato al paziente da rapporto contrattuale da ricondursi a responsabilità da inadempimento ex art. 1218 c.c., mentre nel caso in cui il paziente/danneggiato agisce in giudizio nei confronti del medico con cui è venuto in "contatto" presso la struttura sanitaria, senza alcun contratto specifico, la responsabilità risarcitoria an-

drà affermata solo in presenza degli elementi costitutivi dell'illecito ex art. 2043 c.c. che l'attore (danneggiato) ha l'onere di dimostrare.

Oltre che dal punto di vista dell'onere della prova, si deve ricordare che la differenza di inquadramento della responsabilità comporta anche un diverso termine di prescrizione: decennale quello per responsabilità contrattuale, quinquennale nel caso di responsabilità extracontrattuale.

In conclusione l'applicazione dell'art. 3 comma 1 della Legge Balduzzi non incide né sulla responsabilità civile della struttura sanitaria, né su quella del medico che ha concluso con il paziente un contratto di opera professionale: in tali casi infatti sia la responsabilità della struttura sia la responsabilità del medico continuano ad essere disciplinate dall'art. 1218 c.c. come è avvenuto fino ad oggi.

Il reale cambiamento riguarda il medico inserito in una struttura sanitaria che, in caso di colpa lieve, per la quale non risponde penalmente essendosi attenuto alle linee guida, risponde civilmente nei confronti del danneggiato ai sensi dell'art. 2043 c.c. **Y**

Presentato al Policlinico di Bari il primo Dipartimento per il Benessere di Coppia della Puglia

Trojano: "I nuovi DBC saranno una preziosa occasione per ottenere dati nuovi utili all'attività di ricerca"

Cinquantamila coppie a rischio di infedeltà e rottura, 20% di separazioni, migliaia di matrimoni bianchi. Per lui problemi di erezione o di 'eccesso di velocità e per lei di orgasmo e di dolori durante il rapporto, piccole infezioni o banali malattie dell'apparato genitale bastano per mandare in tilt il benessere e la serenità di circa 1 milione di pugliesi. Secondo gli esperti difficilmente la responsabilità è di uno solo dei partner, perché i disturbi sessuali "viaggiano" insieme. Infatti, se circa 400mila maschi pugliesi devono fare i conti con problemi come disfunzione erettile (oltre 100 mila), eiaculazione precoce (circa 200 mila) o calo del desiderio (circa 50 mila), lo stesso numero di donne soffre di anorgasmia (200 mila), vaginismo (circa 50 mila) e dolore alla penetrazione (circa 100 mila) o disturbi del desiderio (150 mila). Per aiutare i pugliesi a ritrovare il benessere 'a due' e diffondere una più sana e corretta cultura della salute sessuale il Policlinico di Bari apre le porte al primo Dipartimento per il Benessere di Coppia della Puglia, promosso dall'Aogoi insieme alla Società Italiana di Urologia (Siu), che sarà diretto da Michele Battaglia ed Ettore Cicinelli.

"Questa iniziativa innovativa delle nostre società scientifiche - hanno spiegato il presidente nazionale Aogoi **Vito Trojano** e il dottor **Pasquale Martino**, delegato regionale Siu in sostituzione del segretario generale, **Vincenzo Mirone**, nel corso della presentazione dell'iniziativa al Policlinico di Bari - è nata dopo aver verificato quanto molte problematiche legate alla sessualità siano correlate alla vita di coppia. Offrire accoglienza alle coppie-pazienti grazie all'impegno congiunto di un urologo e un ginecologo, che lavoreranno fianco a fianco, sarà fondamentale per risolvere i loro problemi. Inoltre l'attivazione di questi Dipartimenti non graverà sulle tasche dei cittadini in termini di costi, anzi sarà improntata all'ottimizzazione e alla riorganizzazione delle risorse. Questo inoltre consentirà di utilizzare al meglio le ultime novità terapeutiche nel campo delle problematiche sessuali, prima tra tutte la disfunzione erettile e l'eiaculazione precoce". "Le disfunzioni sessuali viaggiano in coppia: i disturbi del partner inevitabilmente provocano effetti collaterali sull'altro, tanto che si può parlare di 'coppie di danni' e 'danni di coppia' - ha spiegato **Michele Battaglia**, direttore del dipartimento di Urologia Universitaria del Policlinico di Bari -. Se ad esempio lui ha una disfunzione erettile, non è difficile che lei lamenti vaginismo o dolore durante la penetrazione. Se lui è infertile, anche per lei la sterilità diventerà il centro dei pensieri. Quando lui soffre di eiaculazione precoce lei quasi certamente avrà problemi di anorgasmia. Purtroppo chi soffre di disfunzione erettile o di eiaculazione precoce, i disturbi sessuali maschili più dif-

Per aiutare i pugliesi a ritrovare il benessere 'a due' e diffondere una più sana e corretta cultura della salute sessuale, apre al Policlinico di Bari il primo Dipartimento per il Benessere di Coppia della Puglia promosso dall'Aogoi insieme alla Siu. "Grazie ai nuovi centri - ha sottolineato il presidente Aogoi - sarà possibile ottenere, nell'arco di un anno, nuove informazioni su prevalenza, tipologia e trattamento dei disturbi sessuali in Italia da un punto di vista innovativo e diverso"



Da sinistra il Presidente AOGOI **Vito Trojano** con il Prof. **Ettore Cicinelli**

“L’iniziativa è guardata con interesse anche all’estero. Il DBC è il primo esempio anche in ambito europeo e, se dovesse ottenere il successo sperato vista la importanza del problema che affronta, potrebbe diventare un modello da esportare anche a livello internazionale”

fusi, riconosce che questi disturbi minano il benessere della coppia, ma nel 90% dei casi non affronta il problema e non sa che oggi sono disponibili nuovi trattamenti e cure più efficaci e rapidi di quelli finora utilizzati. Ad esempio noi stiamo in questi mesi utilizzando, su pazienti scelti, le ultime novità in campo terapeutico, Avanafil in primis, contro la disfunzione erettile, e dapoxetina contro l'eiaculazione precoce, ed otteniamo risultati impensabili fino a qualche tempo fa". "Una buona salute sessuale è riconosciuta come base fondante nella qualità di vita delle persone anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e le donne, sempre più consapevoli e realizzate, vorrebbero anche una vita sessuale sempre più piena e appagante - ha affermato **Ettore Cicinelli**, ordinario di Ostetricia e Gineco-

logia dell'Università di Bari -. Ma quasi in un caso su due devono fare i conti con la difficoltà o l'impossibilità nel raggiungere l'orgasmo, con dolori durante i rapporti, con un calo del desiderio che spesso peraltro riguarda entrambi i partner nei sempre più diffusi "matrimoni bianchi" in cui il sesso è il grande assente". "La partenza di questo dipartimento - ha sottolineato **Vitangelo Dattoli**, direttore generale del Policlinico - segna una nuova era nell'approccio e nella cura delle problematiche sessuali di uomini e donne. Affrontarle infatti non è così semplice: occorre superare la barriera delle emozioni negative che ostacolano la consapevolezza di avere un problema, come l'imbarazzo, il senso di colpa, la paura di essere giudicati e di doversi mettere in discussione. Così nell'erronea convinzione che non vi sia molto da fare né alcuna prospettiva di cambiamento, molti rinunciano, o quanto meno rimandano, una richiesta di aiuto o una visita specialistica, sentendosi in difficoltà nella scelta del percorso da seguire. Noi oggi vogliamo offrire ai cittadini di Puglia e di Bari la possibilità di affrontare con serenità questo problema. Finalmente sarà possibile avere risposte chiare dagli specialisti di riferimento, con la complicità che la vita di coppia richiede, attraverso una visita 'doppia', a 360 gradi, ma pagando un solo ticket. Siamo orgogliosi di questa iniziativa che, con Napoli, ci vede primi in Italia". Il nuovo dipartimento riunisce gli specialisti della salute sessuale di lui e lei con l'obiettivo di individuare e poi risolvere gli eventuali disturbi compresenti alla base delle difficoltà di relazione, gestendo la coppia come un tutt'uno. Urologi e ginecologi sa-

ranno inoltre a disposizione delle coppie per attività educative, come la distribuzione di brochure informative, e soprattutto per colloqui attraverso cui individuare la radice dei problemi a due, visite approfondite ed esami diagnostici attraverso cui identificare e poi curare i disturbi che minano la relazione. Il dipartimento sarà operativo dal 7 gennaio, ma già nei prossimi giorni saranno individuati uomini o donne che potrebbero avere bisogno di una visita di coppia, e saranno invitati a presentarsi con il proprio o la propria partner, marito o moglie, compagno o compagna, poco importa. Si pagherà comunque un solo ticket per la visita". "Tutti i Centri che apriranno nei prossimi mesi, a breve toccherà a Milano e Modena - hanno infine sottolineato il prof. **Trojano** e il dr. **Martino** - saranno anche una preziosa occasione per ottenere dati nuovi utili all'attività di ricerca: le cartelle cliniche delle coppie saranno infatti condivise con i ricercatori di Siu e Aogoi e, nell'arco di un anno, sarà possibile avere nuove informazioni su prevalenza, tipologia e trattamento dei disturbi sessuali in Italia da un punto di vista innovativo e diverso, che nel prossimo futuro potrà aiutare i medici a individuare le migliori e più efficaci terapie per i pazienti". Non solo. L'iniziativa è guardata con interesse anche all'estero. "Questo Dipartimento del Benessere di Coppia - ha spiegato **Carlo Bettocchi**, tesoriere della Società Europea di Medicina della sessualità (Essm) - è il primo esempio anche in ambito europeo e, se dovesse ottenere il successo sperato vista la importanza del problema che affronta, potrebbe diventare un modello da esportare anche a livello internazionale". **Y**

www.dipartimentibenesserecoppia.it

Arriva anche in Puglia il primo Dipartimento del Benessere di Coppia (Dbc). A Bari ginecologi e urologi saranno, dal 7 gennaio 2015, per la prima volta insieme e, dietro il pagamento di un solo ticket, aiuteranno la coppia a ritrovare la serenità affrontando i disturbi sessuali che ne compromettono complicità e benessere. Grazie alla 'cartella clinica di coppia' arriveranno ai medici del Policlinico preziose informazioni sull'impatto delle malattie e la loro prevalenza, con la possibilità di programmare i trattamenti dei disturbi sessuali da un punto di vista innovativo e diverso, che potrà aiutare i medici a individuare le migliori terapie per i pazienti.

**A pagina 26
i nuovi centri**

DBC DIPARTIMENTI
DEL BENESSERE
di **COPPIA**
DIAGNOSI E GESTIONE DELLE PATOLOGIE
E DEI DISTURBI SESSUALI DELLA COPPIA

Per informazioni è attivo il sito internet
www.dipartimentibenesserecoppia.it



**News&Approfondimenti in Ginecologia
a cura di Mario Campogrande**

NIPT: siamo pronti per un utilizzo generalizzato?

Per la comunità scientifica è tuttora da considerarsi un test di screening, non di diagnosi, "con alta sensibilità e specificità".
Discussi al congresso di Cagliari i risultati dei più recenti studi sul Dna fetale libero circolante, un capitolo che comunque resta aperto e si arricchisce settimana dopo settimana

di Mario Campogrande

Presidente Onorario AOGOI
Honorary Member of the Society of Obstetricians
and Gynaecologists of Canada (SOGC)

Soltanto undici anni dopo l'importante chiara illustrazione della presenza di Dna fetale libero circolante nel sangue materno fin dal primo trimestre, Dennis Lo, ancora da Hong Kong, nel 2008 dimostrava, su un piccolo numero di casi, la possibilità di utilizzarlo per l'individuazione di madri con feti affetti da trisomia 21. Nell'arco dei successivi sei anni, con il supporto delle aziende impegnate nella ricerca e nella commercializzazione degli strumenti diagnostici (apparecchiature, reagenti, supporti informatici), la pubblicazione di risultati sull'utilizzo delle diverse metodiche ha spinto la discussione sulla migliore definizione da dare ai test sul Dna fetale: screening, diagnosi prenatale o che altro?

Sulla base di studi che hanno ormai raggiunto centinaia di migliaia di donne in gravidanza, in Asia come negli Usa e in Europa, Italia compresa, la scelta è ormai condivisa: lo chiamiamo ormai tutti con un acronimo inglese: NIPT (Non Invasive Prenatal Test). E se ancora oggi sul web, anche su siti scientifici, qualcuno continua a chiedersi perché non lo si consideri un test di diagnosi prenatale, la comunità scientifica, con i più bei nomi della genetica applicata all'Ostetricia (basti citare Diana W. Bianchi, che con il suo nome italiano è di Boston), condivide l'affermazione che è un test tuttora da considerare di screening, con alta sensibilità e specificità, per le aneuploidie. Se ne è parlato al nostro ultimo Congresso a Cagliari, dove, peraltro, C. Rosatelli ha segnalato che per malattie X-linked la presenza di Dna maschile può considerarsi elemento diagnostico. La sensibilità per l'individuazione dei cromosomi sessuali è però ancora da validare.

Dobbiamo tuttavia ricordare con insistenza che lo studio del Dna fetale è entrato con forte autorevolezza tra i mezzi di screening prenatale delle Trisomie 21, 18 e, con minor forza, 13.

Nel 2012 e nel 2013 la International Society for Prenatal Diagnosis, la National Society of Genetic Counselors degli Usa, l'American College of Obstetricians and Gynecologists erano giunte a proporre lo studio del Dna fetale come mezzo di screening per le donne già definite ad alto rischio per la trisomia 21 con gli screening ormai divenuti "tradizionali" (combinato o integrato, biochimico e con translucenza nucleare). Tutte queste dichiarazioni ufficiali delle Società Scientifiche sono derivate da studi condotti su donne a rischio per aneuploidie.

In effetti negli Stati Uniti la metodica si è sviluppata prevalentemente in questa direzione, con notevoli differenze tra Stato e Stato (Platt e coll. 2014).

Nel 2013 Nicolaides ha affermato che era ormai ben documentata la validità del NIPT (sensibilità e specificità



superiori al 99%) sulla popolazione generale, studiata in un unico centro (si trattava di 2000 gravide giunte al suo centro per lo screening tradizionale), e che soltanto ragioni di costi non ne consentivano la diffusione a tutte le gravide.

Ken Song (CEO and Board member of Ariosa Diagnostics) ci ha presentato all'ultimo incontro del "Fetoscopy Group", che ha avuto luogo a New York nel settembre scorso, un aggiornamento dei risultati ottenuti in uno studio su ben 22.384 casi, ricordando la necessità di campioni di siero contenenti almeno il 5% di Dna libero di origine fetale e le relazioni tra aumento di peso della gravida e diminuzione della percentuale di Dna fetale circolante. Sempre per Ariosa, pochi giorni dopo, a Cagliari, Thomas Musci ci ha presentato gli stessi risultati, sottolineando ancora le alte sensibilità e specificità, l'alto valore predittivo positivo di questo test di screening per trisomie 21, 18 e 13, tali da suggerirne l'uso per la popolazione generale, oggi non realizzato soltanto per i costi ancora elevati.

È di pochi mesi fa la pubblicazione del lavoro che Diana Bianchi ha realizzato, coordinando decine di ricercatori e clinici, con l'arruolamento di gravide che hanno ricevuto la consueta assistenza prenatale in 21 centri distribuiti in 14 degli Stati degli Usa.

Sono state arruolate 2052 donne, tra i 18 ed i 48 anni, con un'età media di 29 anni, un body mass index di 27,4. Tutte le donne hanno eseguito un test di screening "tradizionale" (tritest, test combinato, test integrato), e, non

sempre in occasione di questo, un prelievo per lo studio del Dna fetale.

Il risultato dello studio del Dna non è stato reso noto alle donne o al loro medico. Di tutte le gravidanze sono stati valutati gli esiti, documentando la presenza di normalità o di aneuploidie nei neonati, o nei prodotti abortivi in caso di interruzione della gravidanza. Dal confronto dei risultati ottenuti con i metodi di screening "tradizionali" con quelli dal Dna, emerge sempre una netta superiorità di risultati di quest'ultimo. Vi è una significativa riduzione dei falsi positivi: per le trisomie 21 e 18, si passa dal 4,2% degli screening "tradizionali" allo 0,5% con il Dna. Se tutte le donne con test avessero effettuato il test sul Dna fetale quale primo metodo di screening, e se tutte le donne con risultato positivo avessero avuto un counselling post test ed avessero scelto di sottoporsi a diagnosi prenatale invasiva, ci sarebbe stata una riduzione del 89% nel numero di procedure invasive richieste per confermare un risultato positivo dello screening. Nella pubblicazione si segnala che il basso numero di feti affetti nella coorte studiata non consente un'accurata valutazione sulla sensibilità della metodica, non essendovi stato alcun falso negativo da tutti gli screening.

Nello studio coordinato da Diana Bianchi nello 0,9% dei casi non è stato possibile raggiungere un risultato del test. Ovviamente se ne deduce la necessità che il counselling pre test comprenda una chiara informazione anche sulla possibilità di fallimento.

Il confronto testa a testa fra i metodi di screening conferma che lo studio del Dna fetale libero circolante nel siero materno migliora di ben 10 volte il valore predittivo del test per la trisomia 21 nella popolazione generale. Pur non essendo stata la valutazione costi-benefici tra gli obiettivi dello studio statunitense, la conclusione è che il test sul Dna "merita seria considerazione per essere utilizzato quale primo test di screening per le aneuploidie autosomiche fetali" per tutte le gravide.

Non possiamo dimenticare tuttavia che le nostre esperienze di screening con i test combinato e integrato, comprendendo la misurazione della translucenza nucleare, aprono la strada ad approfondimenti importanti e necessari per la diagnosi ecografica di anomalie strutturali fetali, come continua a ricordarci Nicolaides.

Un recentissimo studio nel Regno Unito sta raggiungendo elementi per poter affermare che un servizio sanitario nazionale che si fa carico dei costi di screening e diagnosi prenatale invasiva, risulterà avvantaggiato, in termini di minor spesa, se le donne risultate positive allo screening tradizionale, test combinato per lo più in UK, si sottoporranno al NIPT prima di scegliere eventualmente la diagnosi invasiva. Il risparmio sul minor numero di diagnosi invasive compenserebbe ampiamente i costi per lo studio del Dna fetale, anche ai prezzi attuali, che verosimilmente peraltro dovranno scendere con la diffusione della metodica.

Il capitolo sul Dna fetale libero circolante resta aperto e si arricchisce settimana dopo settimana: sono in corso riflessioni e proposizioni di ipotesi per spiegare il legame tra elementi pro-infiammatori e Dna fetale nel gioco dell'inizio del travaglio di parto. Un povero ostetrico non potrà proprio più fare a meno di qualche ora di studio con i genetisti. **Y**

Letture consigliate

- Diana W. Bianchi et al. DNA Sequencing versus Standard Prenatal Aneuploidy Screening. *N Engl J Med* 2014;370:799-808
- Gil MM, Quezada MS, Bregant B, Ferraro M, Nicolaides KH. Implementation of maternal blood cell-free DNA testing in early screening for aneuploidies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013;42:34-40
- Nicolaides KH, Syngelaki A, Ashoor G, et al. Noninvasive prenatal testing for fetal trisomies in a routinely screened first-tri-

mester population. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:374.e1-6

- T. K. Lau, S. W. Cheung, P. S. S. Lo et al. Non-invasive prenatal testing for fetal chromosomal abnormalities by low-coverage whole-genome sequencing of maternal plasma DNA: review of 1982 consecutive cases in a single center *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2014; 43: 254-264
- Platt LD, Janicki MB, Prosen T, et al. Impact of noninvasive prenatal testing in regionally dispersed medical centers in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210:x-ex-x-ex

di Claudio Crescini

Si è svolto a Bergamo, dal 20 al 21 novembre, il IX congresso regionale Aogoi Lombardia che ha visto la riconferma come segretario regionale per il biennio 2015/16 del dottor **Claudio Crescini**, Direttore S.C. di Ostetricia e Ginecologia e del Dipartimento Materno infantile dell'A.O. di Treviglio e Caravaggio (Bg) e come vicesegretario la dott.ssa **Silvia von Wunster**, Direttore U.C. di Ostetricia e Ginecologia di Alzano Lombardo (Bg).

La partecipazione alle numerose sessioni congressuali è stata molto elevata con oltre 400 iscritti e quasi cento tra relatori e moderatori.

Il congresso, presieduto dal Presidente Aogoi Prof. **Vito Trojano** e dal Segretario Nazionale Prof. **Antonio Chiantera**, è stato aperto dalla lezione magistrale del Prof. **Giuseppe Remuzzi** nefrologo, fondatore del centro di ricerca medica M. Negri di Bergamo nonché scienziato italiano più citato nella letteratura internazionale.

Il Prof. Remuzzi ha ripercorso tutta la storia della ricerca clinica nell'ambito dei meccanismi etiopatogenetici della preeclampsia a cui ha partecipato in prima persona fin dai primi anni '80 del secolo scorso con numerosissime pubblicazioni fino alla originale ipotesi terapeutica sperimentale fondata sulla somministrazione dell'aminoacido arginina.

La sessione ostetrica ha visto gli interventi della dott.ssa **M. Fumagalli** che ha presentato i dati a tutt'oggi molto critici, nonostante i progressi degli ultimi anni, relativi a sopravvivenza e outcome dei neonati di elevata prematurità e del dottor **A. Ragusa** che ha evidenziato come la curva cervimetrica di **Friedman** sia superata perché le variabilità soggettive nei tempi del travaglio sono numerose e come molti cesarei possono essere causati da errori di valutazione della fase latente, della diagnosi di travaglio, dall'uso improprio di ossitocina ed amniorexi e non da ultimo da un clima di tensione in sala parto.

Il Prof. **E. Ferrazzi** ha presentato dati molto convincenti sull'efficacia della nuova strumentazione di monitoraggio cardiotocografico del benessere fetale in travaglio e la dott.ssa **A. Regalia** ha ben illustrato come i cambiamenti di postura durante il travaglio con modifiche dell'atteggiamento del bacino possono essere utilizzate, se conosciute, per facilitare la progressione del feto nel canale del parto e risolvere alcune distocie meccaniche. Infine il dott. **Rinaldo Zanini** ha presentato dati che confermano che i punti nascita con maggior volume di attività hanno generalmente risultati assistenziali migliori rispetto a quelli molto pic-

IX Congresso Aogoi Lombardia Claudio Crescini riconfermato Segretario regionale

Il IX congresso Aogoi Lombardia, conclusosi con la riconferma di Claudio Crescini alla guida della Segreteria regionale, ha registrato una grande partecipazione. Con oltre 400 iscritti e quasi cento tra relatori e moderatori il congresso di Bergamo si è confermato come un momento di confronto scientifico molto apprezzato



coli e proposto un sistema di rete bidirezionale basata su un centro ad alta intensità di cura (HUB) collegato ad una rete di centri periferici (SPOKE). Una sessione specifica moderata dalle dott.sse **M.P. Pisoni** ed **Elsa Viora** ha passato in rassegna le metodiche della diagnostica prenatale oggi ricchissima di strumenti e conseguentemente di possibilità di scelta e che proprio per questo richiede maggiori competenze mediche ed una impegnativa attività di counselling (con i contributi di

C. Groli, **E. Ferrazzi**, **P. Accorsi**, **T. Stampalija**, **M. Signorelli** e **M. Bellotti**). Il cambiamento degli stili di vita, sedentarietà e tipo di alimentazione ipercalorica e iperglicidica, hanno determinato nella nostra società un aumento di problematiche specifiche in gravidanza, come il diabete tipo 2 e l'obesità, argomenti a cui è stata dedicata una sessione specifica con il patrocinio della **Società Italiana di Diabetologia** e condotta dai colleghi **A. Bossi**, **M.**

Ciammella, **G. Meregalli**, **A.R. Dodesini** e **P. D'Oria**.

La prima sessione sull'ostetricia del venerdì mattina (moderatori prof. **P. Vergani** e dott. **I. Salvo**, relatori dott. **L.D. D'Andrea**, sig.ra **C. Villa**, dott. **G. Fierro** e Dott. **I. Salvo**) è stata dedicata alle tecniche analgesiche. Si è parlato sia delle tecniche non farmacologiche sia di epidurale e Protossido di azoto. Al di là dell'efficacia delle tecniche, prima tra tutte l'epidurale, si è sottolineato come l'esperienza positiva del travaglio e del parto per una donna è fondata su preparazione, comunicazione e informazione durante la gravidanza e inoltre sul lavoro in equipe: donna, ostetrica, ginecologo,

anestesista, neonatologo. Le difficoltà evidenti esistono (legate all'esiguità degli organici soprattutto degli anestesisti, ma anche delle ostetriche, e all'elevato numero di piccole sale parto).

La seconda sessione ha approfondito temi specifici particolari (moderatori dott. **M. Borelli** e dott. **L. D'Andrea**, relatori dott. **S. Landi**, dott. **M. Incerti**, dott. **A. Ceron**, sig.ra **M. Serafini**, dott. **A. Valcamonico** e dott. **D. Taioc-**

chi). Si è parlato di complicanze neurologiche postpartum differenziando quelle periferiche da quelle centrali, di ipertermia in travaglio in corso di epidurale, delle modificazioni del secondo stadio in corso di analgesia neurassiale, di prosecuzione dell'analgesia nel secondo stadio.

La sessione pomeridiana è stata incentrata sull'approccio pratico ad alcune **emergenze in ostetricia** (moderatori i dottori **M. Lovotti** e **A. Ceron**, relatori o dottori **D. Lissoni**, **S. Baglioni**, **S. Paolatti** e **S. Narcisi**). Si sono approfonditi epidemiologia, diagnosi e terapia in gravidanza di: attacco eclampatico e attacco ipertensivo, arresto cardiocircolatorio, sepsi, emorragia. I relatori hanno illustrato le tematiche anche con esempi pratici ed è stato mostrato anche un video di una simulazione di approccio alla crisi eclampatica.

Le emergenze considerate avevano in comune l'elemento del collasso materno, erano condizioni infatti che nella loro manifestazione potevano condurre ad uno stato di shock. Nella prima relazione, la Dott.ssa **Donatella Lissoni** ha presentato i presidi per affrontare le gravi e acute forme di crisi ipertensiva in gravidanza e le complicanze convulsive con perdita di coscienza ad esse collegate (eclampsia). Nella relazione sull'arresto cardio-circolatorio nella gravida a termine, il Dott. **S. Baglioni**, anestesista rianimatore ha descritto le particolari modalità di esecuzione della rianimazione primaria in una donna che presenti un utero gravido. Nella relazione successiva, il Dottor **Paolatti** ha illustrato l'approccio da tenere di fronte ai segni di una sepsi in una donna gravida, illustrando l'importanza di una terapia antibiotica adeguata ed iniziata tempestivamente e delle intensive misure di sostegno del circolo in caso di shock. Nella relazione finale, la Dott.ssa **Narcisi**, anestesista dell'ospedale di Niguarda, ha descritto la complessa integrazione dei compiti fra le varie figure professionali che accorrono sullo scenario di una grave

► Segue a pagina 24

► Segue da pagina 23

emorragia post-partum, elencando la successione degli step terapeutici necessari per risolvere questa drammatica situazione

Uno spazio particolare è stato inoltre dedicato alla discussione di alcune **patologie ostetriche gravi**, complesse ed a volte infrequenti. Per ognuna di esse è stato fatto un inquadramento generale della patologia e poi l'illustrazione di un caso clinico (L. Danti, A. Pellegrino)

La sessione di oncologia ginecologica (G. Salerno, D. Rollo), molto ampia, ha trattato il tema della riduzione della aggressività dei trattamenti integrati delle neoplasie maligne dell'apparato genitale femminile nel rispetto della efficacia delle cure. L'intera sessione è stata affidata a giovani colleghi (T. Tomaselli, F. Sanguineti, A. Garbi, A. Manconi, R. Mancari, G. Corrado, A. Papadia e F. Martinelli) che hanno avuto quindi l'occasione di dimostrare come l'on-

cologia ginecologica italiana ha davanti a sé grandi prospettive. Le relazioni hanno toccato i temi più attuali della letteratura scientifica. Dal trattamento conservativo del tumore dell'endometrio (Dott.ssa D. Rollo) alla chirurgia conservativa nel tumore della cervice uterina (Dott. Sanguineti) e dell'ovaio (Dott.ssa A. Garbi), alle tecniche di chirurgia ricostruttiva nel tumore della vulva (Dott. A. Manconi) fino alle nuove chemioterapie e target therapies nei tumori ginecologici (Dott.ssa R. Mancari). La sessione si è conclusa con le presentazioni delle nuove tecnologie in ginecologia oncologica, in particolare si è messa a confronto l'isterectomia robotica con quella laparoscopica (Dott.ssa T. Tomaselli) e la linfadenectomia retroperitoneale laparoscopica con la linfadenectomia robotica (Dott. A. Papadia). Infine è stata descritta la **chirurgia mini-invasiva** mediante la tecnica del Monoport (Dott. G. Corrado) ed il ruolo del linfonodo sentinella nel tumore

dell'endometrio e della cervice uterina (Dott. F. Martinelli). Interventi meno demolitori e più conservatori dell'apparato riproduttivo rappresentano la nuova frontiera della ginecologia oncologica.

Non poteva mancare una messa a fuoco del classico tema dell'isterectomia (F. Landoni e A. Graziottin), analizzata questa volta nell'ambito di una sua possibile riduzione come trattamento in molte patologie ginecologiche. Il Dott. F. Orsi ha illustrato le moderne tecniche di embolizzazione e trattamento con ultrasuoni, il Dottor Crescini ha presentato tecnica e casistica personale di trattamento laparoscopico conservativo del prolasso genitale e la Dott.ssa F. Scrimin ha illustrato i trattamenti farmacologici alternativi alla chirurgia demolitiva.

La sessione AGITE (si è così articolata: un primo momento è stato dedicato al ruolo e alle prospettive della Ginecologia territoriale nel panorama ginecologico italiano, auspicando

una sempre più stretta collaborazione territorio/ospedale. Un secondo momento ha visto affrontare le problematiche relative alle linee-guida in tema di contraccezione d'emergenza e alla depressione post partum. Infine l'ultimo spazio è stato dedicato a quelle attività (ambulatori di colposcopia, di isteroscopia e di ecografia office) che possono e dovrebbero essere svolte sul territorio (come solo in certe aree avviene), sgravando l'ospedale da attività non sempre pertinenti.

La sessione di endocrinologia (A. Gambera, P. Scaiola, E. Bergamini) è stata un focus on sui progestinici che, sebbene ampiamente utilizzati in ginecologia ed ostetricia, offrono ancora ampi spazi di approfondimento conoscitivo per un loro migliore e più mirato impiego.

Particolare successo di pubblico ha ottenuto uno specifico **simposio in collaborazione con MSD** (C.M. Stigliano, N. Bernardini, S. von Wunster) finalizzato a chiarire le diverse possibilità

di impiego del sistema contraccettivo ad impianto sottocutaneo. In questa occasione è stata sperimentata la partecipazione via rete di tre centri ospedalieri di altre regioni (V. Adamo da Pordenone, O. Trifoglio da Alessandria e G. Stellin da Rovigo).

L'Associazione Italiana di Ostetricia (AIO) (A. Marchi, E. Del Bo) ha avuto uno spazio dedicato al ruolo professionale autonomo dell'ostetrica nel percorso nascita. Ruolo conquistato con la preparazione teorica e sul campo nella pratica clinica, ma non ancora adeguatamente riconosciuto in molte regioni italiane. Hanno partecipato numerose ostetriche e il dottor Fabio Rizzi presidente della Commissione sanità della Regione Lombardia.

La senatrice Emilia Grazia De Biasi, presidente della Commissione Sanità del Senato, ha inviato un messaggio nel quale ha dichiarato il suo impegno a sostenere in sede parlamentare le istanze del mondo ostetrico e a combattere l'abusivismo. **Y**

Stefano Rosso
Massimiliano Aniello Castellano

Il 24 ottobre scorso si è svolto a Napoli, presso il Grand Hotel Parker's, un incontro scientifico che ha trattato alcuni tra i temi di più comune importanza in Ginecologia, Radiologia e Chirurgia plastica.

La giornata di aggiornamento multispecialistico – curata dai chirurghi plastici **Stefano Rosso** e **Aldo Cappelli**, responsabili scientifici, e presieduta da **Renato Tesaurò** – ha affrontato tematiche che rientrano nel bagaglio culturale del ginecologo. Scopo principale dell'incontro, quello di dimostrare quanto queste tre discipline siano interscambiabili e spesso inscindibili tra loro, e come oramai la ginecologia non può prescindere da considerazioni estetiche, così come l'estetica non può non "sconfinare" in alcune branche della ginecologia.

Come trait d'union tra queste due discipline la Radiologia è quella che fornisce la conoscenza diagnostica per una programmazione sicura di qualsivoglia intervento di ginecologia o di estetica.

Tra le relazioni più interessanti, quelle sulle incisioni chirurgiche e le suture in ginecologia secondo i criteri della chirurgia plastica, del dottor **Aldo Cappelli**, sulla visita senologica in pazienti portatrici di protesi mammarie, del dottor **R. Thomas**, e sulle difficoltà e i trucchi per superare

Chirurgia plastica, Ginecologia e Radiologia: un trionfo inscindibile

Una giornata di aggiornamento multispecialistico, che ha affrontato tematiche di sicuro interesse per il ginecologo.

Tra le finalità dell'incontro scientifico, curato dai chirurghi plastici Stefano Rosso e Aldo Cappelli, responsabili scientifici, e presieduto da Renato Tesaurò, quello di dimostrare quanto queste tre discipline siano interscambiabili e spesso inscindibili tra loro



gli ostacoli degli interventi di adominoplastica associati a interventi di ginecologia, del dottor **Stefano Rosso**.

Nell'ultima sessione, moderata dal Dottor **Davide De Vita**, ha

suscitato vivo interesse la relazione del dottor **Aniello Castellano** sul Trattamento del lichen scleroatrofico con lipofilling e PRP.

Si tratta di un nuovo approccio terapeutico al Lichen scleroatrofico vulvare grazie al ruolo delle cellule staminali di derivazione adiposa (lipofilling) e il plasma ricco di piastrine (PRP).

Attraverso una procedura chirurgica sicura e in anestesia locale, si infila il tessuto adiposo,

ottenuto mediante lipoaspirazione, nella regione vulvare affetta da sclerosi cicatriziale. Inoltre, si può associare l'Infiltrazione intra e ipodermica di plasma ricco di piastrine nella medesima regione, al fine di ottenere la rigenerazione di tessuti vulvari coinvolti dalla fibrosi cicatriziale del Lichen Sclerosus.

L'aspetto più importante è che dopo una decina di giorni dal trattamento si è ottenuto un netto miglioramento della sintomatologia soggettiva: scomparsa del prurito, bruciore e dolore.

Con l'emergere della **medicina rigenerativa e la ricostruzione tissutale** è infatti considerevolmente aumentato l'interesse verso il tessuto adiposo che, proprio per il suo alto contenuto di cellule staminali, possiede un elevato potenziale terapeutico.

Anche il PRP è già utilizzato da

molto tempo in chirurgia plastica ricostruttiva, in chirurgia ortopedica, in medicina dello sport, in oculistica, in chirurgia maxillo-facciale, e nella cura delle ulcere trofiche, per la capacità dei fattori piastrinici in esso contenuti di stimolare i processi riparativi e rigenerativi e quindi la crescita dei tessuti, stimolando la proliferazione cellulare, stimolando l'angiogenesi e la rivascularizzazione dei tessuti.

La relazione si è conclusa sottolineando come il lipofilling e il PRP siano un approccio terapeutico originale e innovativo di una patologia cronica come il Lichen e come questi due presidi possono essere utilizzati con evidenti benefici anche in altre patologie ginecologiche (atrofia vaginale, dispareunia, lassità postpartum, incontinenza urinaria lieve, ecc. **Y**



A colloquio con Viola Liberale nuova Segretaria regionale AGITE Piemonte

Integrazione Ospedale Territorio? Il modo migliore è iniziare dalla formazione specialistica, con una "frequenza consultoriale"

Il periodo in consultorio per il medico in formazione specialistica, non solo in Ostetricia e Ginecologia, dovrebbe essere garantito a tutti gli specializzandi, in modo tale da permettere loro di entrare in pieno contatto con l'attività territoriale di ogni regione. Questo permetterebbe di far nascere una figura specialistica più completa e più preparata. Così Viola Liberale, nuova segretaria Agite del Piemonte, ci racconta la sua esperienza di giovane ospedaliera calata nella realtà territoriale

estraneo all'ambiente ospedaliero.

Nell'ambito quindi di un percorso di formazione globale dello specializzando in Ostetricia e Ginecologia, credo che la frequenza in un consultorio, soprattutto se ben gestito, rappresenti un momento di crescita indispensabile.

Ritiene che AGITE potrebbe facilitare l'inserimento del medico specializzando nel ruolo di tirocinante all'interno dei consultori? E con quali modalità?

Ritenendo fondamentale il periodo in consultorio per il medico in formazione specialistica in Ostetricia e Ginecologia e credo che debba essere garantito a tutti gli specializzandi, in modo tale da permettere loro di entrare in pieno contatto con l'attività ter-



invece lavoreranno in altre realtà. Questi ultimi saranno, infatti, in grado di indirizzare correttamente le pazienti ai vari servizi e tutto ciò si tradurrebbe in un miglioramento del servizio d'assistenza offerto alle donne con un'ottimizzazione delle liste d'attesa e delle risorse.

Dal momento che l'impegno dell'Associazione, oltre ad altri, è anche quello di promuovere ed intraprendere iniziative necessarie riguardanti la formazione, ritengo che partire dal medico specializzando sia il modo migliore per abbracciare questi concetti nel senso più ampio. Sarebbe auspicabile, quindi, che l'Associazione, dopo aver preso preventivamente accordi con i alcuni consultori, potesse avere uno spazio di presentazione all'interno delle numerose scuole di specialità di Ostetricia e Ginecologia, al fine di motivare ed incentivare sia lo specializzando sia il corpo docente alla fondamentale frequenza consultoriale. Questo permetterebbe di far nascere una figura specialistica più completa e più preparata. **Y**



Sarebbe auspicabile che AGITE, previ accordi con alcuni consultori, potesse avere uno spazio di presentazione all'interno delle numerose scuole di specialità di Ostetricia e Ginecologia, al fine di motivare ed incentivare sia lo specializzando sia il corpo docente alla fondamentale "frequenza consultoriale"

logico alle donne nel senso più ampio del termine. Dalla donna giovane, alla donna straniera, dalla donna in difficoltà, alla donna sola, concetto totalmente

ritoriale di ogni regione. Questo non soltanto per i neo specialisti che saranno chiamati a ricoprire ruoli all'interno delle varie Asl, ma anche per tutti i colleghi che

Dottoressa Liberale, come è iniziata la sua esperienza nella realtà territoriale?

Durante il mio terzo anno di specialità ho avuto la preziosa opportunità di frequentare i consultori dell'Asl TO 2 per un mese, in qualità di tirocinante. Pur mantenendo i servizi di guardia pomeridiana e notturna presso l'ospedale Mauriziano, dove quotidianamente lavoro, ho cercato di garantire una frequenza giornaliera per darmi la massima possibilità di calarmi nella realtà territoriale.

Ho lavorato a fianco della dottoressa (nome di battesimo ed eventuale specifica) Mortara nei vari consultori zonali, potendo apprezzare le numerose proposte, i tanti servizi offerti e la diversa gestione dei casi rispetto alla realtà ospedaliera. Tengo a sottolineare come tutte le problematiche sanitarie quotidianamente affrontate in Consultorio, prevalentemente gravidanza e contraccezione, vengono gestite scientificamente secondo le più recenti evidenze e linee guida. È stata una bellissima esperienza formativa che mi ha permesso di conoscere una realtà di cui non avevo un'idea così chiara. Devo ammettere infatti che la mia conoscenza sull'attività consultoriale era abbastanza scarsa, limitata forse esclusivamente al

concetto di visita ginecologica, prescrizione di anticoncezionali e gestione della gravidanza fisiologica. Ho conosciuto invece un mondo molto più vasto fatto di progetti multidisciplinari, in primis "Cappuccetto Rosso" rivolto a bambine e bambini abusati, dove si è lavorato in concerto con psichiatri, psicologi, assistenti sociali ed educatori.

In fondo una vera e propria realtà di supporto medico-gineco-

Liliana Pascucci: nuova Segretaria regionale AGITE Sardegna

ASL 2 di Olbia: "i nostri consultori importante punto di riferimento per la comunità"

"Il nostro obiettivo: un'organizzazione snella, che ci consente di monitorare costantemente il nostro lavoro e di riorientarlo verso i bisogni dell'utenza"

I Servizio Consultoriale della ASL 2 di Olbia è nato agli inizi degli anni '90: comprende i Consultori di Olbia, Arzachena-La Maddalena e Tempio Pausania-Trinità. Gli Operatori presenti a tempo pieno rappresentano quasi tutte le figure professionali previste. Le

nostre strutture sono un punto di riferimento significativo per le comunità di riferimento. All'inizio dell'anno tutti gli Operatori hanno partecipato ad un **corso di autovalutazione** che aveva l'obiettivo di analizzare tutte le attività svolte. La formazione, svolta sotto la guida del-

ling. Giuseppe Negro, Consulente senior di direzione aziendale della Maggioli Consulenza, ci ha portato ad individuare le procedure più snelle divenute modello da applicare in tutti i consultori e ci ha consentito di pervenire ad una raccolta dati puntuale di tutte le attività svol-



te. Il metodo applicato, che è quello di un'organizzazione snella, ci consente di monitorare costantemente il nostro lavoro e di riorientarlo verso i bisogni dell'utenza. **Y**

AGITE... per agire: parte dal Piemonte un cambiamento



Marina Toschi

Segretario Nazionale AGITE

Tenevamo molto a questo incontro di Novara che ci è stato cortesemente offerto dal prof. **Nicola Surico**, professore ordinario di ginecologia e ostetricia presso l'Università del Piemonte Orientale a Novara e direttore della clinica ginecologica e ostetrica dell'Azienda ospedaliera universitaria. Il nostro incontro con la realtà territoriale piemontese risale ai primi di gennaio 2014: si tratta di una realtà ricca non solo di Consultori, ben coordinati tra loro e da lungo tempo a livello regionale dalla dottoressa **Maria Rosa Giolito**, ma anche di colleghe/i che lavorano nel privato e nel privato sociale. Con l'aiuto e il sostegno della vice presidente Aogoi **Elsa Viora**, che ci ha gentilmente accolto al Sant'Anna di Torino, abbiamo poi incontrato molte colleghe e colleghi con cui abbiamo condiviso l'idea di valorizzare la giornata

A Novara una giornata di incontro e confronto tra Consultori, Ospedale e Università: tre realtà che nelle aree torinese e novarese hanno imparato ad interagire, dando vita ad esperienze che auspichiamo possano trovare diffusione a livello nazionale

del 23 ottobre, rendendola un vero incontro tra Consultori, Ospedale e Università. Nella speranza di una loro diffusione a livello nazionale, volevamo dare molto rilievo alle esperienze torinese e novarese che prevedono un tirocinio obbligatorio nel Corso della Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia all'interno dei Servizi Consultoriali delle Asl TO1 e TO2 e Novara. Ben ce le descrive alla pagina precedente, la neoeletta coordinatrice AGITE per il Piemonte, la dottoressa **Viola Liberale**, che ci racconta il suo percorso da specializzanda in Consultorio. Nel corso dell'incontro, la dottoressa **Giulia Mortara**, respon-

sabile dei tirocini nella Asl TO2, ha illustrato le molteplici attività con cui gli specializzandi si confrontano durante la loro presenza bimensile nei Consultori, che va dal lavoro nelle Scuole a quello per il contrasto alla violenza sulle donne e i minori, al follow-up delle gravidanze, in collaborazione con le ostetriche in base alle più recenti linee guida ed EBO. Nella Tavola Rotonda su questo tema, sia il prof. Surico, per la Scuola di specializzazione dell'Università di Novara, sia il prof. **Luca Marozio**, collaboratore della Prof.ssa Chiara Benedetto, per l'università di Torino-S. Anna, hanno dato il loro plauso a questa iniziativa e sostenuto che è una prassi da incentivare. Il prof. Marozio in particolare ha chiesto di entrare ancora più nel merito per definire il "come e quando" fare questo importante "bagno di realtà" territoriale nel corso degli studi specialistici, anche alla luce del fatto che molte/i colleghe andranno ad operare in realtà territoriali (Consultori/ Poliambulatori

pubblici e studi privati) e non solo negli Ospedali. Il Percorso nascita previsto dalla Regione Piemonte tra Territorio e Ospedale è stato ben illustrato dalla collega **Claudia De Agatone** (sinora responsabile AGITE in Piemonte) in tutto il suo sviluppo scientifico e amministrativo, che ha portato alla creazione di protocolli regionali per seguire la gravidanza fisiologica, riassunti nella Agenda di Gravidanza fornita anche alle gravide, efficace esempio di buona prassi, che è stata infatti presa a modello da molte altre Asl italiane (in Lazio, Umbria...). **Maita Sartori** ci ha poi illustrato il fulcro del percorso del lavoro biennale tra tutte le professioni che lavorano nel Territorio della Asl TO3, finalizzato alla messa a punto di Corsi di accompagnamento alla nascita adeguati ai reali bisogni delle coppie e dei bambini, con l'obiettivo di uniformare i Corsi per: trovare strategie creative ed efficaci per raggiungere le donne (offerta attiva); stabilire il numero incontri

adeguato e gli argomenti irrinunciabili; individuare le modalità di conduzione e gli strumenti di valutazione. Il risultato finale del lavoro ottenuto da questo complesso insieme di professionisti, di visioni e di esperienze, è stato la produzione dei **Quaderni per gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (Qjan)** scaricabili dal sito della Regione Piemonte e pubblicati come grosso quaderno a fogli mobili, utilizzabili in modo molteplici anche nel resto di Italia. Rare sono le occasioni di confronto approfondito sul reale lavoro multidisciplinare che si svolge nei Consultori e l'ampio spazio che l'incontro di Novara ci ha offerto credo abbia davvero arricchito e incuriosito i presenti, aprendo una finestra sulle tantissime e spesso misconosciute attività che vengono svolte nei Servizi del Territorio. La possibilità di far conoscere e valorizzare queste esperienze, rendendole possibilmente "oggetto di studio" per i colleghi che si affacciano ora alla nostra professione di medico delle donne e della salute riproduttiva in tutti i suoi aspetti - dalla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione - può essere davvero un importante elemento propulsore per un vero cambiamento. A tutto beneficio della vita sociale e riproduttiva delle donne italiane. **Y**

La possibilità di far conoscere e valorizzare il tirocinio nei consultori, rendendolo possibilmente "oggetto di studio" per i colleghi che si affacciano ora alla nostra professione è un'occasione davvero importante

AOGOISIU Benessere di coppia: dopo il primo DBC di Napoli aprono le nuove sedi a Bari, Milano e Modena



Il **DBC di Napoli**, istituito presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, è diretto da **Giuseppe De Placido** e **Vincenzo Mirone**

Il **DBC di Bari**, istituito presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari, è diretto da **Michele Battaglia** ed **Ettore Cicinelli**

Il **DBC di Milano**, istituito presso l'Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda, è diretto da **Aldo Bocciardi** e **Mario Meroni**

Il **DBC di Modena**, istituito presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena, è diretto da **Giampaolo Bianchi**, **Fabio Facchinetti** ed **Ezio Bergamini**



GINECOLOGI E UROLOGI, INSIEME
Per ascoltarvi e aiutarvi a individuare il disturbo e a trovare la giusta soluzione, di coppia.
WWW.DIPARTIMENTIBENESSERECOPPIA.IT
(#DBCcoppia)

I PROBLEMI SESSUALI SONO IN CRESCITA E MINANO IL BENESSERE DI COPPIA



IL PROBLEMA NON È MIO. È NOSTRO. OGGI, LA SOLUZIONE C'È.

Il benessere sessuale di una coppia può essere minato da più disturbi e patologie, spesso correlati, che possono ripercuotersi inevitabilmente anche sul partner.

- 1 DISFUNZIONE ERETTILE | VAGINISMO E DISPAREUNIA | DISTURBI DEL DESIDERIO, DELL'ECITAZIONE E DELL'ORGASMO DI LEI E DI LUI
- 2 EIACULAZIONE PRECOCE | ANORGASMIA
- 3 PREVENZIONE E DISTURBI CORRELATI ALLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

È nata "Alleanza per la Professione Medica"

Nato per iniziativa di un gruppo di sindacati medici, il nuovo soggetto della politica sanitaria si pone l'obiettivo di avanzare proposte concrete per superare il disagio che pervade la classe medica e prevenire le possibili ricadute negative sulla qualità delle cure percepita dagli assistiti e sulla qualità di vita del medico, nonché sui costi aggiuntivi che indirettamente si vengono a determinare a carico del Ssn



di Carmine Gigli
Presidente FESMED

Profondi cambiamenti intervenuti in questi anni nella sanità italiana hanno portato i gestori delle politiche sanitarie ad attribuire ai medici delle funzioni gestionali, spesso solo teoriche ma, nello stesso tempo, hanno cercato di spogliarli di alcune funzioni professionali loro proprie, rendendo sempre meno chiaro il ruolo del medico agli occhi dei cittadini e delle istituzioni.

L'importanza crescente che ha assunto il contributo di altri professionisti della salute nei processi assistenziali più complessi, che richiedono l'integrazione di competenze diverse all'interno di una équipe, purtroppo non è stata supportata dalla necessaria chiarezza sui ruoli che ciascun professionista è chiamato a svolgere e sull'identificazione delle rispettive competenze e responsabilità.

A questo dobbiamo aggiungere una crescente richiesta delle professioni sanitarie di implementare le loro competenze, con l'intento di modificare norme primarie della legislazione nazionale per procedere ad una ridefinizione sostanziale di re-

ciproche e rispettive competenze tra professione medica e professione infermieristica, tutto questo sotto l'occhio benevolo ed anche consenziente del Ministero della Salute e delle Regioni.

Le legittime istanze di risarcimento avanzate dagli assistiti che hanno subito un danno, attivo o omissivo, quando vengono amplificate da irresponsabili speculazioni, esercitano un effetto stressante sul medico e sulla sua attività professionale e lo inducono a seguire dei percorsi diagnostico-terapeutici più lunghi e costosi, al fine di evitare umilianti e dispendiosi procedimenti civili e penali.

È evidente l'inadeguatezza dei percorsi formativi che dopo la laurea e gli anni della specializzazione licenziano il medico con una preparazione incompiuta, costringendolo a formarsi "sul campo", dove sarà obbligato a pagare onerose polizze assicurative già prima di poter esercitare la professione in maniera remunerata.

Il sistema contrattuale, sia del medico dipendente che del convenzionato, è diventato insoddisfacente dal punto di vista del trattamento economico e del riconoscimento professionale.

All'assenza di stimoli di carriera si aggiunge, infatti, la mancanza di adeguati incentivi economici e professionali. Di converso, per l'attività libero professionale si assiste ad un continuo incremento dei costi di gestione.

A fronte di tutto questo il medico si trova nella condizione di dover onorare contemporaneamente due contratti, quello con l'assistito e quello con la struttura sanitaria, in un contesto giurisprudenziale e deontologico che privilegia il primo ed uno amministrativo-gestionale che privilegia il secondo.

Questo stato di cose ha portato ad una situazione di diffuso disagio fra i medici, la cui gravità è divenuta tale da mettere a rischio il corretto svolgimento della loro attività professionale e la loro stessa serenità.

Non volendo subire passivamente questa situazione, un gruppo di sindacati medici ha deciso di dare vita ad "Alleanza per la professione medica" (Apm), un nuovo soggetto della politica sanitaria che si pone l'obiettivo di avanzare proposte concrete per superare il disagio che pervade la classe medica e prevenire le possibili ricadute negative sulla qualità delle cure percepita dagli assistiti, sulla qualità di vita del medico e sui costi aggiuntivi che indirettamente si vengono a determinare a carico del Servizio sanitario.

In particolare, i fondatori di "Alleanza per la professione medica" si propongono di:

1) promuovere e difendere nel profilo giuridico di appartenenza (dipendente o convenzionato) l'indispensabile au-

Il gruppo di sindacati medici che ha dato vita ad "ALLEANZA PER LA PROFESSIONE MEDICA"

AARO EMAC Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
ANDI Associazione Nazionale Dentisti Italiani
CIMO Il Sindacato dei Medici
FESMED Federazione Sindacale Medici Dirigenti
FIMMG Federazione Italiana Medici di Medicina Generale
FIMP Federazione Italiana Medici Pediatri
SUMAI Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana

tonomia decisionale del medico, che deve sostanzarsi anche nella possibilità di partecipare concretamente al governo del contesto organizzativo in cui esercita la propria attività professionale;

2) sostenere la necessità che il medico, comunque responsabile della strategia diagnostica, terapeutica e riabilitativa del paziente, sia in possesso degli strumenti normativi per verificare e vincolare tutti i professionisti che intervengono nel processo assistenziale di cui è responsabile, anche negoziando i livelli di autonomia e responsabilità degli stessi;

3) promuovere una diversa progressione professionale e di carriera nel corso della vita lavorativa che esalti la sfera professionale, anche attraverso una valutazione/certificazione periodica delle abilità professionali individuali, perseguendo una valorizzazione fondata su indicatori di appropriatezza, processo e risultato, in una logica meritocratica;

4) promuovere una diversa definizione della responsabilità professionale e la sostituzione in campo sanitario del diritto al risarcimento con quello di indennizzo (salvo che per colpa grave o dolo), perché non si può paragonare il danno colposo da incidente sul lavoro o da incidente stradale con quello che deriva da un trattamento diagnostico o tera-

peutico ed in quest'ambito si rivendica anche la definizione di specifiche tabelle di indennizzo;

5) rivendicare una corretta programmazione delle attività formative universitarie, sia per quanto riguarda i tempi e le modalità di accesso al corso di laurea, alle specialità universitarie e al corso di formazione in medicina generale, sia per quanto riguarda i contenuti e i luoghi di formazione specialistica;

6) recuperare l'autonomia e la centralità del proprio ruolo all'interno del Ssn, attraverso un'area di contrattazione specifica per il medico dipendente;

7) salvaguardare la libera professione medica e odontoiatrica dalla sempre più incombente pressione burocratica e fiscale.

■ Dopo la presentazione alla stampa del manifesto programmatico, avvenuta a Roma lo scorso 16 ottobre, "Alleanza per la professione medica" ha visto l'adesione dei medici della sanità privata convenzionata (Cimop), ha partecipato al 9° Forum Risk Management di Arezzo, dove il 26 novembre ha organizzato, in partnership, la sessione "Colpa medica e sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale". In collaborazione con Federanziani ha in programma un convegno sul "consenso informato" ed altre iniziative sono in cantiere. **Y**



Meditazioni

di Giuseppe Cragnaniello



Concorrenza spietata

Di malasanità – così come ci viene proposto ormai ogni giorno dalla stampa ciò che non va nel campo medico e dintorni (sebbene in realtà quasi sempre solo presunta) – si continua a parlare e scrivere tanto.

Lodevoli l'iniziativa intrapresa dall'Aogoi contro certe pubblicità regresso aizzanti aleatorie pretese risarcitorie e la battaglia sulla responsabilità professionale con coinvolgimento europeo. Nel frattempo poco o niente però si è fatto per individuare svariate cause che hanno prodotto pericolosi andazzi, deleteri per il nostro lavoro quotidiano, di cui un po' tutti paghiamo le spiacevoli conseguenze.

Si è già detto che le scuole universitarie non sono più in grado di fornire un'adeguata preparazione, soprattutto dal punto di vista della pratica. Quei pochi specialisti che riescono, superando i vari blocchi delle assunzioni, ad arrivare negli ospedali non trovano né tempo né voglia per riuscire ad imparare. Si vengono così a perpetuare allarmanti situazioni di ignoranza. Ma è solo questo a generare danni?

Facciamo un passo indietro. Ricordate il famigerato "tirocinio pratico ospedaliero", partito al tempo della prima riforma sanitaria e poi, come tante altre cose, svanito nel nulla? Concettualmente poteva andar bene come viatico propedeutico

all'assunzione. Ma, ben presto, esaurita la disponibilità di posti, prima che venisse abolito continuò a sfornare un gran numero di senza speranza che nella maggior parte dei casi si misero il cuore in pace, ripiegando su altri campi della medicina, mentre in parecchi pensarono bene di trarne comunque profitto. E come? Cominciarono ad apparire targhe e soprattutto ricette con nell'intestazione "ostetricia e ginecologia", senza ovviamente il prefisso "specialista in". Uno specchietto per le allodole non da poco. Se poi ci rammentiamo che nello stesso periodo iniziò il boom dell'ecografia, la possibilità di farla, avendone o non avuto

esperienza nei famosi sei mesi, contribuiva ad aumentare il successo di colleghi in realtà per nulla qualificati. In contemporanea si andavano diffondendo tanti falsi miti, messi su ad arte con l'unico intento di far cassa, che continuano ancor oggi a ritorcersi come dei boomerang verso l'intera categoria.

Questa concorrenza spietata ha comportato risvolti tutt'altro che piacevoli, se non forieri di guai legali. Eccone un esempio. Qualche anno fa, durante un controllo periodico, mi capitò di rilevare in una donna giovane cui avevo già fatto nascere un figlio una tipica cisti ovarica semplice, di dimensioni tali da non richiedere un intervento immediato. Perciò le consigliai di attendere, non avendo lei stessa desiderio a breve di un'altra gravidanza e non

essendoci subito posto nella lista di attesa operatoria di reparto. Successivamente seppi che era stata operata solo due giorni dopo da un collega, un "dottore da parcheggio", secondo la caustica definizione di Umberto Eco, in un ospedale vicino. Non so cosa le abbia potuto dire a giustificazione del suo intervento, ma, se in base a quanto accaduto all'interessata fosse venuta voglia di farmi causa?



Marcel Proust e l'incertezza della medicina

Credo che stiamo percorrendo la strada che porterà la medicina a diventare una scienza, ma mentre ci troviamo in questa "terra di mezzo" che fare?

Maurizio Silvestri
Direttore Aogoi

Cent'anni fa veniva pubblicata "Alla ricerca del tempo perduto", opera principale di Marcel Proust, che ci dà spunti per riflessioni sulla nostra professione.

L'autore francese è figlio e fratello di medici. Il padre Adrien (1834-1903) studia medicina a Parigi, si laurea a pieni voti ed inizia una carriera medica di successo come primario e professore universitario. Il fratello minore Robert (1873-1935) seguirà le orme paterne diventando anche lui un medico di successo. Marcel muore a 52 anni per una bronchite mal curata. Nella ricerca del tempo perduto Proust trova "le parole per dirlo", per esprimere con grande bellezza un concetto noto ai medici: "essendo la medicina un

compendio degli errori successivi e contraddittori dei medici, appellandosi ai migliori di essi si hanno ottime probabilità d'implorare una verità che sarà riconosciuta falsa qualche anno dopo".

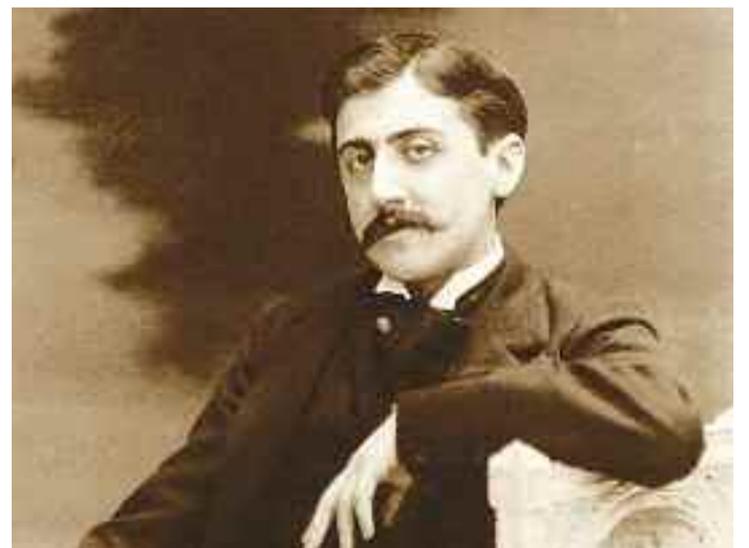
La nostra professione è caratterizzata da incertezze, e non possiamo definirla una scienza, mancandole l'elemento principale del metodo scientifico galileiano: la riproducibilità degli esperimenti, ovvero la possibilità che un dato fenomeno possa essere riprodotto e studiato in tutti i laboratori del mondo. Può accadere che pazienti con lo stesso problema di salute e curati nello stesso modo abbiano esiti diversi, inoltre, ricorda Proust, si hanno ottime probabilità d'implorare una verità che sarà riconosciuta falsa qualche anno dopo.

Trent'anni fa l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" mi laureava con lode. In questi tre decenni tanto è cambiato nella professione, e se oggi andassi alla laurea con le sole conoscenze di allora, di sicuro non riuscirei a laurearmi. È quindi probabile che le nostre attuali conoscenze mediche, messe quotidianamente a disposizione dei pazienti, siano riconosciute false nei prossimi anni. La medicina allora è arte? È l'espressione dell'interiorità umana che rispecchia le opinioni dell'artista (medico) nell'ambito sociale, morale, culturale del suo periodo storico? Non credo. Credo invece che stiamo percorrendo la strada che porterà la medicina a diventare una scienza, ma mentre ci troviamo in questa "terra di mezzo" che fare?

A 100 anni dalla pubblicazione de "La Recherche"

Dobbiamo studiare con curiosità ed approfondire la conoscenza del nostro organismo. Dobbiamo prenderci cura dei pazienti, dar loro il meglio delle nostre

conoscenze con la stessa passione con la quale da bambini volevamo curare i ciliegi. Tornando a Proust, alle sue parole per dirlo, egli ci ricorda che "essendo la medicina un compendio degli errori successivi e contraddittori dei medici, appellandosi ai migliori di essi si hanno ottime probabilità d'implorare una verità che sarà riconosciuta falsa qualche anno dopo", ma conclude "dimodoché credere alla medicina sarebbe la suprema follia, se non crederci non ne fosse una ancor più grande, giacché da questo accumulo di errori si sono sprigionate alla lunga alcune verità".

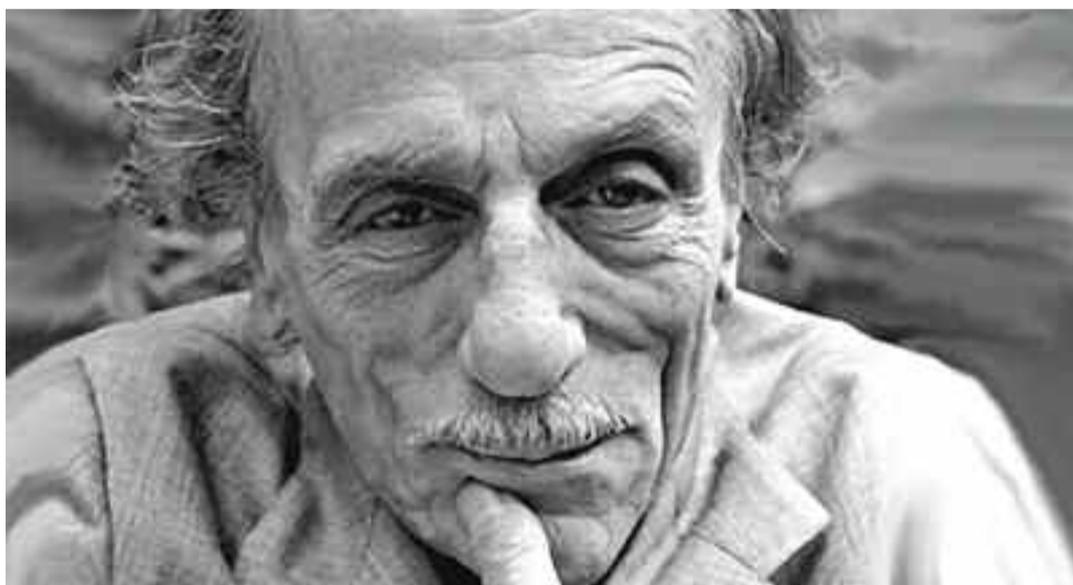


Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



Ha da passà 'a nuttata



I ricordi si sa sono la consolazione di quelli che invecchiano e neanche io posso sottrarmi a questo lieve esercizio della mente: ripenso a me, giovane ginecologo in un ospedale di periferia, e alle tante notti insonni passate di fronte a un caso difficile... immerso nella classica atmosfera dei reparti di ostetricia, con tanti caffè e qualche sigaretta di troppo. Poi...i primi chiarori dell'alba e una formidabile iniezione d'energia

Come accade a chiunque abbia superato la soglia della maturità, qualche volta mi tornano alla mente episodi lontani nel tempo, immagini, brandelli di ricordi, di sensazioni vissute all'inizio della mia vita lavorativa: rivedo come in un film eventi legati ai primi tempi della mia carriera professionale, ripenso alle difficoltà, alle preoccupazioni, alle ansie di un lavoro che soltanto chi lo vive (o lo ha vissuto) direttamente può riuscire a comprendere. Fare l'ostetrico-ginecologo è certamente una professione affascinante, di grande impegno, anche esaltante. Ma quanto stress, quante attese in quelle sale travaglio, quanti timori in quei momenti cruciali in sala parto! E all'inizio del percorso è ancora più difficile: mancando l'ausilio prezioso dell'esperienza, la calma che deriva dall'età e dalle situazioni già affrontate e risolte, trovarsi – magari da soli e come principale responsabile – a dover

capire e scegliere la via corretta, soprattutto da giovani, diventa impegnativo. E se fino a qualche decennio fa il nostro principale pensiero riguardava la salvaguardia della vita della madre e del nascituro che a noi erano state affidate, un impegno a cui sentivamo di dover assolvere “con scienza e coscienza” come si diceva allora, oggi mi sento di provare una grandissima solidarietà e comprensione per i colleghi e le colleghe che affrontano la sala parto con un occhio alla clinica ed uno al codice penale in un contesto in cui per ogni scelta, per ogni gesto tecnico occorre temere i negativi risvolti giudiziari. I risarcimenti che ci vengono richiesti per eventi avversi sono spesso talmente astronomici che non basterebbero cento vite per realizzarne il corrispettivo alla luce dei nostri guadagni professionali; e non è normale chiedere ad un professionista di svolgere un compito così difficile e dagli esiti non

obbligatoriamente perfetti (com'è nella natura stessa della medicina), piegati dal timore di incorrere in un errore di valutazione e dunque in un danno alle nostre pazienti. Certo, anche nei primi anni della mia attività c'era il rischio di incorrere in denunce e richieste di risarcimenti, ma vi era un maggior rispetto per il nostro lavoro e non si era sotto la pressione continua di una pleora di studi legali la cui principale ragione d'esistere è “dare giustizia” alle cosiddette vittime della malasanità! I ricordi si sa sono la consolazione di quelli che invecchiano e neanche io posso sottrarmi a questo lieve esercizio della mente: ripenso a quante volte, di fronte ad un caso difficile, alla precarietà in travaglio (perché un tempo partorivano per via naturale anche queste donne: oggi non so se... gli avvocati sarebbero d'accordo), nei casi di travagli protratti e in tante altre situazioni di non facile approccio, da giovane ginecologo in un ospedale di

periferia, passavo notti insonni nella classica atmosfera dei reparti di ostetricia, con tanti caffè e qualche sigaretta di troppo. E quante volte ho salutato i primi chiarori dell'alba come una formidabile iniezione d'energia, come la sensazione che i problemi si potessero ridimensionare, che le difficoltà si dissipassero con il dissolversi delle ombre della notte! Ecco, ripensando a quei momenti non facili, con la serenità e la maturità del presente, vorrei trasmettere ai colleghi e alle colleghe che oggi si trovano a ripercorrere in differenti scenari le spesso accidentate vie della nostra professione, un invito a non piegarsi di fronte alle difficoltà oggi innegabili con cui si trovano a doversi confrontare.

Il nostro Paese attraversa innegabilmente un momento difficile.

La carenza di risorse si ripercuote sul nostro lavoro in maniera determinante: gli ospedali e le altre strutture sanitarie sono a raschiare il fondo del barile e ciò crea disagi nell'attività professionale; l'opinione pubblica è troppo esigente e anche per una cattiva informazione pretende dai medici risultati sempre ineccepibili, ignorando (o fingendo di ignorare) che la medicina non è scienza esatta e non può dare certezze di risultato; per la crisi economica il miraggio di risarcimenti milionari induce a iniziative giudiziarie il più delle volte discutibili o infondate. Il tutto in un contesto di grave crisi morale per gli scandali quotidiani a cui assistiamo e di insoddisfazione e di disagio anche personale per l'evidente sproporzione per l'esiguità delle entrate a fronte di una professione difficile e impegnativa come la nostra.

E ciononostante il mio invito è a resistere: io sono vissuto negli anni del dopo-guerra, quando ancora non esisteva neppure il Ministero della Sanità (l'istituzione è del 1958!) né una legislazione che organizzasse gli ospedali italiani nel Servizio Sanitario (la legge Mariotti, dal nome del ministro dell'epoca, è del 1968); quando c'erano le “corsie” negli ospedali, lunghi cameroni con decine e decine di ricoverati senza alcuna privacy; quando vigeva la regola del 4-2-1 (che non è la formazione di una squadra di calcio), per cui i ricavi della struttura venivano divisi in questa proporzione tra primario (4 quote), aiuto (2 quote) mentre TUTTI gli assistenti dividevano tra loro 1 quota! Quando c'erano le “Casse Mutue” che gestivano le prestazioni per i cittadini e il parto della moglie di un dipendente statale

Ripensando a quei momenti non facili, con la serenità e la maturità del presente, vorrei trasmettere ai colleghi e alle colleghe che oggi si trovano a ripercorrere in differenti scenari le spesso accidentate vie della nostra professione, un invito a non piegarsi di fronte alle difficoltà

“valeva” più di quello di una bracciante agricola; e ancora, quando non tutti potevano permettersi di comprare le medicine pure necessarie e dovevano farsene una ragione...

Sessant'anni fa era proprio così: eravamo un Paese ancora con molte macerie della guerra e molte ferite della storia da rimarginare; e la Sanità aveva numeri per la mortalità materna che oggi sarebbero disgustosi. E anche allora si registravano clamorosi fatti di corruzione e di ruberie. Eppure ce l'abbiamo fatta! Con l'impegno di tutti, con grandi sacrifici, con la dedizione e lo sforzo anche di tanti medici, di tanti ginecologi talentuosi che pure hanno contribuito a fare di questa nazione un grande e moderno Paese! Con le sue ingiustizie, con le sue disuguaglianze, con i ladri di Stato e con tante umane miserie: ma anche con risultati scientifici di grande rilievo, con un Servizio Sanitario considerato – nonostante tutto – tra i migliori del mondo.

Sono certo che anche questa volta troveremo l'energia necessaria per tirarci fuori dalle secche: non potranno essere i burocrati di Bruxelles a impedirci di superare le tante difficoltà di questo periodo. Se ci crederemo e ci impegneremo tutti, le ombre della notte si diraderanno molto presto, il chiarore della luce del giorno si vedrà molto prima: occorre mettersi in gioco in tutti i campi e in tutte le realtà, oggi come alcuni decenni fa.

Aspettiamo con fiducia: ha da passà a nuttata!

Associazioni dei Pazienti. L'86% pensa che il loro ruolo sia scarsamente valorizzato nel Ssn

► Segue da pagina 8

con favore l'idea di una Consulta Nazionale delle Associazioni con sede presso il Ministero della Salute. Oltre alle scontate richieste di serietà e preparazione, questo organo dovrà essere una voce autorevole, strutturata, univoca, aggregante, trasparente, trasversale, ma anche essere apolitico e indipendente, propositivo e coeso, vero punto di riferimento per le associazioni.

Il punto di vista delle Istituzioni. I soggetti istituzionali interpellati ritengono importante il lavoro svolto dalle Associazioni e pensano che il loro ruolo sia prezioso in quanto rappresentano una risorsa conoscitiva sul piano clinico e dei bisogni assistenziali.

E sembrano conoscere bene la situazione in cui versano le Associazioni. Problemi di tipo economico, difficoltà di garantire ai pazienti l'accesso a tutte le opzioni terapeutiche disponibili, scarso peso a livello istituzionale nelle decisioni di politica sanitaria e difficoltà nei rapporti con le strutture sanitarie sia locali che nazionali, sono infatti ben presenti ai soggetti istituzionali che hanno partecipato all'indagine.

Il ruolo delle Associazioni, secondo alcuni, deve diventare non di mera supplenza laddove il pubblico è carente, ma di indispensabile ausilio territoriale. Si deve andare verso il pieno riconoscimento delle associazioni dei pazienti quale "partner" fondamentale per la pianificazione, realizzazione, valutazione e miglioramento dei servizi sanitari e socio-sanitari. Il percorso va quindi verso un'inevitabile sinergia pubblico-privato e una maggiore applicazione del principio di sussidiarietà.

Tuttavia alcuni segnalano la difficoltà che le Associazioni incontrano a darsi forme organizzative moderne, che coinvolgano realmente la platea destinataria e siano in grado di rendere l'associazione uno stakeholder "maturo".

In conclusione emerge una convergenza tra le richieste delle Associazioni - formazione e crescita professionale - e alcune delle indicazioni fornite dalle Istituzioni le quali a fronte di un riconoscimento e valorizzazione del ruolo delle associazioni, auspicano una loro maturazione e crescita che dia loro gli strumenti per porsi come autentica e capace controparte. **Y**

Arriva nuovo Ddl Romano: "Obbligo assicurativo per Asl e cliniche. La responsabilità civile spetta a loro"

► Segue da pagina 11

certezza del risultato a fronte di quella che deve essere riconosciuta che è la certezza dei mezzi.

Ovvero, può spiegarci meglio?

È necessario mettere in essere tutte le procedure idonee proprio per la tutela della salute e della sicurezza del paziente che si è affidato ad una determinata struttura sanitaria. Questo comporta da un lato un grande rigore per quanto riguarda l'attività sanitaria e assistenziale, dato acclarato nel codice deontologico. Dall'altro le procedure che si individuano all'interno del disegno di legge rispondono a tre esigenze: la prima favorire l'alleanza di cura, la seconda favorire l'informazione e la formazione degli operatori sanitari, e da ultimo dar luogo a delle procedure che diano la possibilità, attraverso un modello organizzativo ben preciso, di individuare quei sistemi che correggano le attività che hanno dato luogo ad esiti non previsti.

Per raggiungere quale obiettivo?

Questo modello organizzativo di prevenzione e le procedure di vigilanza hanno una duplice finalità da un lato responsabilizzare la struttura sanitaria, in capo alla quale c'è la responsabilità di assicurare l'assistenza al paziente e dall'altro favorire una più diretta e costante collaborazione tra la struttura sanitaria stessa e gli operatori sanitari.

Uno dei problemi denunciati dai professionisti è l'incremento dei premi assicurativi, il suo Ddl su questo come interviene?

Nel caso di contenzioso, la struttura sanitaria risponde direttamente lasciando così agli operatori sanitari la possibilità di agire in un clima di maggiore serenità, concentrandosi sulla salute del paziente. La struttura può rivalersi sul medico quando sia riconosciuto, a sentenza definitiva, la colpa grave e il dolo del professionista. Se noi limitiamo la responsabilità diretta del medico alla colpa grave e al dolo, diamo la possibilità al medico di operare non più in un'ottica di medicina difensiva, ma di operare a livello assistenziale nell'ottica

di migliorare alleanza terapeutica e di cura con il paziente.

Per semplificare quindi riducendo la casistica, si riduce anche il premio?

Esatto. Andando a limitare alla colpa grave e al dolo i casi in cui il medico deve risarcire, e sapendo che questi percentualmente rappresentano la minima parte si riduce la casistica. Quindi si riduce anche il premio che il medico deve pagare.

Per lei è fondamentale il rapporto medico-paziente.

Oggi il rapporto medico paziente è decisamente contrattualizzato. Non c'è un rapporto di alleanza di cura con il paziente. E la dove non c'è un'alleanza di cura e prevale la dimensione contrattualizzata è evidente che aumenta la litigiosità, aumentano le rivendicazioni e, in maniera esponenziale, i comportamenti nell'ottica della medicina difensiva da cui ne consegue un sovraccarico di spesa da parte del Ssn per tutta una serie di procedure diagnostiche finalizzate alla tutela da un'eventuale rivendicazione medico-legale.

È giusto dire che il suo disegno di legge non si pone in una posizione di tutela del medico nei confronti del paziente?

Questo Ddl ha un'assoluta finalità precipua: favorire l'alleanza di cura. Non si pone in una posizione di tutela del medico nei confronti del paziente. È tutt'altro. Quello che intendo tutelare è la relazione medico-paziente questo è un 'aspetto a cui tengo particolarmente anche sotto l'aspetto bioetico. Se andiamo a tutelare soltanto la contrattualizzazione non avremo altro che la medicina difensiva. Se invece riprendiamo il fondamento dell'alleanza terapeutica e di cura, conseguentemente daremo maggiore serenità al medico nella sua azione, avremo maggiore fiducia del paziente verso il medico e ridurremo la litigiosità e la medicina difensiva che non è a tutela del paziente anzi. Il paziente oggi è vittima di un sovraccarico di indagine inutile e che incide sulla spesa sanitaria. **Y**



Scuola Multidisciplinare di Formazione Aggiornamento e Qualificazione in Fisiopatologia del Tratto Genitale e Malattie a Trasmissione Sessuale

Riconosciuta dalla I.U.S.T.I. - EUROPE
International Union Against Sexually Transmitted Infections
Riconosciuta dalla AOGOI - Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani quale Polo Culturale di Eccellenza per le attività didattiche e scientifiche promosse

ANNUNCIO PRELIMINARE



34° CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN FISIOPATOLOGIA CERVICO-VAGINALE E VULVARE, COLPOSCOPIA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

Ascoli Piceno, 13 - 15 Aprile 2015

Sede prevista dell'Insegnamento:

Centro Congressi - Complesso Fieristico della Camera di Commercio

LETTURA MAGISTRALE: "Aspetti attuali delle principali malattie infettive e prospettive per il futuro"

DOCT. GIOVANNI REZZA

Direttore Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate - Istituto Superiore di Sanità - ROMA

COORDINATORE DELL'INSEGNAMENTO: DOCT. MARIO PERONI

Il Corso, organizzato annualmente da oltre un trentennio, si svolge in una Città ospitale, ricca di arte e di storia e tradizionalmente ha ampi consensi. Lo stesso, nel rispetto delle basi didattiche e pedagogiche di ogni insegnamento, mantiene la sua valida impostazione e pur rinnovato costantemente sotto il profilo culturale e didattico, si articola in sessioni che attengono i più recenti aspetti della prevenzione ginecologica e delle terapie per il tramite di lezioni, video-proiezioni con immagini e filmati diagnostici e terapeutici, conferenze, tavole rotonde e discussioni e mira alla partecipazione ed alla formazione quanto più attiva degli Allievi ai quali è destinato; e ciò nell'ambito di una iniziale esposizione teorica che costituisce la base più propriamente cognitiva allo scopo quindi di attuare il miglior trasferimento nella pratica di quanto si è appreso. Sulla base di queste premesse oltre a lezioni teoriche sono come sempre previste esercitazioni pratiche per piccoli gruppi di Allievi che, sotto la guida di esperti Tutors, si attuano mediante strumentazioni adeguate e talora con il ricorso a simulatori, al fine di iniziare gli Allievi ad attività pratiche, con la finalità di perfezionarli nelle loro più corrette attitudini fra cui microscopia, colposcopia, isteroscopia con correlazioni ecografiche, elettroterapia e laserterapia, queste ultime realizzate su tessuti animali. L'Insegnamento, per la sua migliore riuscita prevede un numero programmato di Partecipanti e rivolge globale attenzione ai più corretti protocolli diagnostici e terapeutici considerando le più attuali Linee Guida nazionali ed internazionali e, nel rispetto delle tradizionali acquisizioni citologiche e colposcopiche, considera ed approfondisce l'apporto, sempre più rilevante, della biologia molecolare e con riferimenti ad indagini epidemiologiche. Particolare attenzione è riservata alle problematiche connesse con le Malattie a Trasmissione Sessuale nella loro prevenzione, nella diagnostica e nelle terapie, specie per l'HPV ed i vaccini, come anche con lo studio della fisiopatologia della vulva. È previsto che il Corso rientri negli obiettivi di interesse nazionale del Ministero della Salute nell'ambito della Educazione Continua in Medicina, lo stesso avendo costantemente ottenuto elevato numero di crediti formativi. Fra i patrocini costantemente conferiti vi sono quelli della International Union against Sexually Transmitted Infections (I.U.S.T.I.- EUROPE), della SIGO, della AOGOI come anche il Corso è stato oggetto di positiva considerazione dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e da Organi Istituzionali di rilievo. Sono ammessi a partecipare Medici, Specialisti e Specializzandi prevalentemente in Ginecologia ed Ostetricia, sia Italiani che Stranieri come anche altri Operatori della Sanità. Altresì si prevede di realizzare materiale didattico destinato agli Allievi. Il fine principale del Corso è quello di ottimizzare al meglio la comprensione e quindi le attitudini dei destinatari dei messaggi, cioè gli Allievi, veri protagonisti dell'Insegnamento.

Al Corso sono stati attribuiti nell'anno 2014 20,5 Crediti Formativi nell'ambito del programma ECM.

Per informazioni contattare:

bluevents Tel (+39) 06 36304489 - 06 36382038 - Fax (+39) 06 97603411
Provier ECM-ID 836 formazione@bluevents.it - www.bluevents.it

NOVITÀ



Materna®

È la gamma completa di integratori alimentari che accompagna la donna dalla gravidanza all'allattamento.

Da oggi si aggiunge alla gamma il nuovo Nestlé® Materna® DHA con:

- *Nutrienti selezionati*
vitamine e minerali essenziali e nelle quantità adeguate: acido folico, DHA 200 mg e ferro nella formula FERROCHEL® altamente biodisponibile
- *Capsula unica gastroresistente*
una sola capsula al giorno studiata per sciogliersi nell'intestino per favorire l'assorbimento dei nutrienti ed evitare la comparsa di retrogusto



MAMMA



SISTEMA IMMUNITARIO



TESSUTI MATERNI



OCCHI E CERVELLO



SALUTE DELLE OSSA



FORMAZIONE DEL SANGUE

Mamma, benvenuta nella tua nuova vita.



GLI INTEGRATORI ALIMENTARI NON VANNO INTESI COME SOSTITUTI DI UNA DIETA VARIA ED EQUILIBRATA E DI UNO STILE DI VITA SANO. NON ECCEDERE LE DOSI RACCOMANDATE PER L'ASSUNZIONE GIORNALIERA.

AVVISO IMPORTANTE: l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'allattamento al seno esclusivo per i primi 6 mesi.

Nestlé supporta pienamente questa raccomandazione ed il prolungamento dell'allattamento materno anche durante lo svezzamento, come consigliato dal pediatra e dalle autorità sanitarie.

Nestlé Italiana S.p.A. • Via del Mulino, 6 • 20090 Assago (MI) • Tel. 02.8181.1

Soddisfatti e rimborsati.



Specializzato '82-2006? Lo Stato ti deve fino a 180.000 euro.

Già riconosciuti ai nostri medici **362 milioni**. Oltre 350 consulenti legali sono a tua disposizione per un parere gratuito. Informati ora sulla **prossima azione di rimborso: la partenza è imminente.**



Numero Verde
800 122777

www.consulcesi.it

NSULCESI