

# La FESMED al congresso

## La tutela dei medici del Ssn

La pensione complementare, i turni di guardia e le riorganizzazioni aziendali con la riduzione delle strutture, sono stati gli argomenti trattati nella sessione congressuale FESMED, insieme alle nuove attività della Federazione: la FESPA e la Sezione Pensionati

**Carmine Gigli**  
Presidente FESMED

**A**l recente Congresso nazionale Sigo, perdurando il blocco della contrattazione voluto dal governo, la FESMED ha impostato la sessione che le era stata riservata sulla "tutela dei medici del Ssn". Oltre a fornire un aggiornamento sulle attualità sindacali per bocca del Presidente, la sessione è stata una buona occasione per ricordare ai colleghi gli strumenti che abbiamo a disposizione per cercare di assi-

curarci un futuro più sereno e per informarli sulle iniziative della FESMED.

L'importanza della **pensione complementare** è stata illustrata da Giuseppe **Canzone**, il quale ha ricordato che i medici del Ssn possono aderire al fondo Perseo, che di recente si è fuso con il Fondo Sirio. Versando al fondo il proprio Trattamento di fine rapporto (Tfr) e una contribuzione volontaria, pari ad almeno l'1% dello stipendio, si ha diritto al versamento da parte del datore di lavoro di un ulteriore con-

tributo pari all'1%. Questa opportunità è particolarmente interessante per i colleghi più giovani, che hanno iniziato a lavorare dopo il 31 dicembre 1995, per i quali si prevede che l'importo della pensione non supererà il 50-60% dell'ultima retribuzione.

Giuseppe **Pirillo** ha ricordato come i diversi provvedimenti governativi, quali la spending review, il blocco del turnover e delle nuove assunzioni, insieme ai processi di riorganizzazione aziendale, abbiano portato alla

progressiva e costante riduzione degli Ospedali, delle S.O.C. e delle S.O.S., nonché del numero dei Dirigenti Medici, facendo registrare anche una riduzione del 12,9% dei direttori di S.C. negli ultimi quattro anni. Se non avremo la forza per cambiare questa deriva, la prospettiva è quella di un aumento dei carichi di lavoro e dei rischi connessi con tale situazione, destinata a gravare su di un personale sempre più anziano.

Maurizio **Silvestri** ha informato i colleghi che la FESMED ha allo studio una procedura che ci possa consentire di governare l'**eccesso di ore straordinarie** che viene richiesto da molte aziende e ottenere il pagamento di quelle effettuate. È stata anche l'occasione per fare il punto su questo argomento, attraverso la disamina delle norme del Contratto di lavoro, della Direttiva 93/104/CE del Consiglio Europeo, nonché del deferimento dell'Italia lo scorso 20/02/2014

alla Corte di giustizia dell'Unione Europea.

Antonio **Schiavone** ha rimarcato l'interesse della FESMED per la **nascita della FESPA**, costituita attraverso un patto federativo che abbiamo sottoscritto insieme ad altre OO.SS. Con questa nuova organizzazione sindacale abbiamo acquisito il diritto a partecipare alle contrattazioni per l'area della "Medicina Specialistica Ambulatoriale, Veterinaria ed altre Professionalità", la cui importanza è particolarmente rilevante in questa fase di integrazione fra Ospedale e Territorio.

Lo stesso Schiavone ha illustrato anche le iniziative a favore dei **Pensionati FESMED**, prima fra tutte la possibilità di aderire ad una polizza sanitaria che mette a disposizione degli aderenti un network di strutture sanitarie convenzionate o in alternativa, il rimborso delle spese sanitarie secondo delle tariffe prestabilite. Il tutto a prezzi scontati per i soci FESMED. **Y**



### Placenta previa-accreta in Campania: i dati dello studio AOGOI-AIO

► **Segue da pagina 26**

necessario eseguire un'isterectomia, l'embolizzazione dopo il TC eseguita in 54 pazienti, ed ancor di più quella eseguita in 26 pazienti prima del TC, rende più agevole e meticolosa la dissezione chirurgica rendendo più semplice l'identificazione delle strutture pelviche in un campo relativamente esangue, con una minore probabilità di danno degli organi pelvici contigui. In conclusione, da questa attenta analisi del fenomeno placenta previa accreta nel territorio

campano, emerge che un appropriato management multidisciplinare in unità operative dedicate, ha consentito l'ottenimento di un miglioramento dell'outcome materno, riducendo la morbidità e non rilevando nessuna morte materna.

**Hanno partecipato allo studio e si ringraziano per la loro collaborazione scientifica:** D. De Vita<sup>1</sup>, A. Del Bene<sup>1</sup>, C. Muccione<sup>1</sup>, J. Minieri<sup>1</sup>, R. Petta<sup>2</sup>, F. Sirimarco<sup>3</sup>, G. Nazzaro<sup>3</sup>, P.

Puggina<sup>4</sup>, G. Pascarella<sup>4</sup>, S. Izzo<sup>5</sup>, S. Capuano<sup>5</sup>, G. Gerosolima<sup>6</sup>, F. Parazzini<sup>7</sup>, A. Chiantera<sup>8</sup>

<sup>1</sup>ASL SA: PO Battipaglia-PO Nocera Inferiore

<sup>2</sup>AORN, Salerno

<sup>3</sup>AORN Cardarelli Napoli

<sup>4</sup>Ospedale Evangelico Villa Betania, Ponticelli, NA

<sup>5</sup>AORN Avellino

<sup>6</sup>AORN Caserta

<sup>7</sup>Università degli Studi MI

<sup>8</sup>Villa Fiorita, Mugnano di NA

### Tavola Rotonda

#### Chirurgia uro-ginecologica: aspetti medico-legali

► **Segue da pagina 26**

**Gli interventi uro-ginecologici sono per definizione procedure ad alto rischio di contenzioso**, considerando l'ampia gamma di interventi disponibili per la cura della SUI e del POP, spesso associati, e che possono anche manifestarsi con quadri clinici altamente complessi, con compromissione della qualità della vita delle pazienti. Seppure nel 1996 il trattamento della SUI ha subito una vera e propria rivoluzione con la TVT, seguita con il diffondersi degli interventi di chirurgia protesica anche per il trattamento del POP, che seppure descritti come mininvasivi, in realtà nascondevano una severa potenzialità invasiva, con possibili complicanze che possono schematicamente distinguersi in: Complicanze intraoperatorie (complicanze vascolari, complicanze viscerali) e Complicanze postoperatorie (Ematoma, Infezione, Erosione, Ostruzione Disturbi minzionali, Recidive).

L'importanza delle complicanze di tali procedure può facilmente comprendersi con la pubblicazione di due avvertimenti della FDA americana nel 2008 e nel 2011, con la segnalazione di complicanze anche mortali, in cui suggerisce di utilizzare la chirurgia uro-ginecologica protesica innovativa solo se si è chirurgici altamente formati e solamente se è necessario per la paziente. È nata quindi l'esigenza di come difendersi dal contenzioso conseguente a tali complicanze. Innanzitutto, controllando prima di ogni intervento di compilare un consenso libero e informato, esaustivo e leggibile, approvato dalle società scientifiche; di compilare il diario clinico dettagliato, la lettera di dimissioni completa di prescrizioni e di scegliere terapie ed accertamenti aderenti agli standard scientificamente validi (linee guida o EBM), e di possedere una copertura assicurativa ad hoc (Decreto Monti). A ciò va aggiunto la conoscenza e l'esperienza delle tecniche chi-

urgiche, documentata da casistica operatoria.

Gli interventi uro-ginecologici, che presuppongono la conoscenza della ginecologia e dell'urologia, sono prestazioni implicanti particolare difficoltà, per cui non devono essere proposti alle pazienti come interventi di routine, in cui l'obbligatorietà di risultato si presume. Nell'attività chirurgica che presenti particolari difficoltà, non inquadrabile tra quella di routine, il medico risponde solo per imperizia e in caso di colpa grave (Cass. Civ., sez. III, n.5945 del 10.05.00). Spetta, quindi, al medico già dai primi colloqui con la paziente e dalla descrizione all'interno della documentazione clinica scrivere e sottolineare che trattasi di "prestazione implicante particolare difficoltà" e che non si tratta di intervento "routinario".

**La chirurgia ricostruttiva del POP** include complicanze perioperatorie, come lesioni agli organi vicini, emorragie e infezioni. Recentemente, l'Associazione Internazionale di Uroginecologia e l'International Conti-

nence Society hanno proposto una terminologia e una classificazione delle complicanze correlate alla chirurgia del pavimento pelvico femminile, sia con tessuto nativo, sia con impianti sintetici, per migliorare il controllo chirurgico e contribuire al confronto tra gli studi sulle procedure del pavimento pelvico. **Le complicanze a lungo termine**, come dolore pelvico e dispareunia, possono raggiungere il 25%. La chirurgia del prolasso associata a mesh può comportare risultati anatomici migliori, ma ciò è compensato dall'elevata percentuale di complicanze, in particolare l'esposizione del mesh, riferita essere tra il 3% e il 15%. Le procedure mini-invasive anti-incontinenza sono associate a una minore morbidità rispetto alle precedenti procedure addominali, ma non sono prive di complicanze.

Le complicanze degli sling medio-uretrali comprendono esposizione del mesh (0,3%), disfunzione della minzione (7%) e urgenza de novo (25%). Il rischio e la gravità delle complicanze varia a seconda della procedura

eseguita e delle caratteristiche della paziente e, di conseguenza, le pazienti devono essere informate di tali rischi, in caso contrario il medico sarà ritenuto responsabile. Questo non è mai stato più vero di adesso, con il dibattito in merito al valore del mesh transvaginale e delle procedure laparoscopiche per prolasso, i relativi rischi e benefici potenziali e le conseguenze medico-legali associate. Si sottolinea inoltre come nella pratica uro-ginecologica, sia per gli interventi per la correzione della SUI che del POP, l'informazione alla paziente ha un ruolo molto rilevante al fine di acquisire un valido consenso all'intervento, nella scelta della quale si devono tenere in considerazione non solo le caratteristiche della malattia ma anche i risultati sperati dalla paziente, anche in termini di qualità di vita. In particolare si è cercato di definirne i caratteri quantitativi e qualitativi dell'informazione al paziente richiesti sia nella pratica clinica quotidiana che in caso di sperimentazioni cliniche e terapie medico-chirurgiche non validate. **Y**