

# SCATTA L'ALLARME DENATALITÀ

## TAVOLO FERTILITÀ E BONUS BEBÈ CONTRO IL CALO DEMOGRAFICO

Solo l'anno scorso sono nati  
25mila bambini in meno rispetto  
all'anno precedente

### ■ MALPRACTICE SANITARIA

"Spetta al paziente provare l'errore del medico". Una sentenza Tribunale di Milano rivoluziona l'orientamento tradizionale sulla responsabilità medica

### ■ GINECOLOGIA ONCOLOGICA

Approvata in Affari Sociali la risoluzione Fucci per rafforzare la formazione. Premiata una battaglia che l'Aogoi porta avanti da anni

### ■ CONGRESSO NAZIONALE

Qualità, Sicurezza e Risorse: le priorità della Ginecologia italiana e il futuro della specialità al centro della quattro giorni di Cagliari



# Il rimedio celere ai disturbi della regione anale



Gel a base di acido ialuronico con estratti naturali per favorire la cicatrizzazione, lenire e lubrificare la cute e la mucosa della regione anale.

Tutto questo è **CELEVIS** Gel

DISPOSITIVO MEDICO **CE** 0546

[NATHURA.COM](http://NATHURA.COM)



**NATHURA**<sup>®</sup>  
Nutrizione Scientifica

22

**Sigo 2014**

*“Siamo riusciti a ricondurre il confronto sui temi scientifici, sociali, di programmazione sanitaria e di categoria nell'alveo della 'sanità reale’*

27

**COREMED**

*Il nuovo canale informativo medico disponibile sul sito AOGOI. Scarica la nuova app sul tuo telefonino o tablet*

**PRIMO PIANO**

- 4 **Legge di stabilità: tutte le norme sanitarie**
- 6 **Patto per la salute: i 28 articoli dell'accordo Governo Regioni**
- 8 **Rapporto SDO 2013: in calo ricoveri non appropriati e tasso di ospedalizzazione per acuti**
- 8 **Bloomberg: il sistema sanitario italiano è il terzo più efficiente del mondo**
- 10 **Specializzazione medicina, pronto decreto per ridurne la durata di un anno**
- 10 **Sic: l'Italia non è un paese per chirurghi. Aumentano quelli che vanno all'estero**
- 11 **Ivg: nel 2013 in calo del 4,2%**
- 11 **Primo bambino al mondo nato dopo trapianto di utero**
- 13 **Antitrust. Multa da 831mila euro alla Fnomceo**
- 13 **Jobs Act: tutte le misure in favore della maternità**

**PROFESSIONE**

- 14 **Tavolo della fertilità e bonus bebé contro il calo demografico**  
• Censis-Ibsa: Indagine sulla fertilità/infertilità in Italia
- 16 **Pma: De Biasi presenta Ddl. “Uno strumento che metto a disposizione del Senato**
- 17 **Eterologa: Regione Toscana fa da apripista**
- 17 **Scambio embrioni al Pertini: La Corte europea dei diritti umani respinge il ricorso dei genitori**

- 18 **Sentenza Tribunale di Milano: “Spetta al paziente provare l'errore del medico”**  
• Aogoi: “Un segnale molto incoraggiante”  
• Gigli: “La direzione è quella giusta”
- 18 **Ginecologia oncologica: approvata in Affari Sociali la risoluzione Fucci per rafforzare la formazione**

**SPECIALE CONGRESSO SIGO-AOGOI-AGUI**

**Qualità, Sicurezza e Risorse: la ginecologia italiana tra presente e futuro**

**I temi di dibattito al centro della 4 giorni di Cagliari e un approfondimento sulle sessioni con il contributo di:** Elsa Viora, Valeria Dubini, Fabio Sirimarco, Anna Gallicchio, Davide De Vita, Vania Cirese, Giovanni Fattorini, Maurizio Silvestri, Antonella Marchi, Carmine Gigli

22-29

**RUBRICHE**

- 30 **Fatti&Disfatti**  
Carlo Maria Stigliano



Legge di Stabilità 2014

# Tutte le norme sanitarie

Giovanni Rodriguez

Il dato è tratto. Il Governo ha varato la manovra 2015 (Legge di stabilità) che nelle intenzioni dovrebbe rappresentare un forte rilancio per l'economia del Paese. Se sembrano risolte le questioni con l'Europa resta ancora aperto il contenzioso con le Regioni chiamate a un taglio delle loro spese per 4 miliardi l'anno. Ma vediamo nel dettaglio cosa si prevede per la Sanità.

Si va da un finanziamento del Fondo sanitario nazionale che, come previsto dal Patto della salute, viene fissato a quota 112 mld per il 2015, alla conferma che "eventuali risparmi nella gestione del Ssn effettuati dalle regioni rimarranno nelle disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie". Non mancano anche norme più stringenti per le Regioni, come lo stop alla possibilità di vedere per il futuro un presidente di Regione ricoprire anche il ruolo di commissario, ma anche la possibilità di sollevare dal proprio incarico quei Direttori generali che non con-

Dal Fsn fissato a quota 112 mld al credito d'imposta per gli investimenti in ricerca e sviluppo, dalle misure a sostegno del welfare al blocco della contrattazione economica per il PI, dalla definizione delle nuove competenze professionali fino al nuovo Prontuario farmaceutico basato sul criterio costo/beneficio. E poi ancora, la possibilità di rimuovere i DG che non raggiungono gli obiettivi prefissati e i prezzi di riferimento per i dispositivi medici

seguano gli obiettivi di salute e assistenziali prefissati. Un capitolo a parte è dedicato all'incremento dei fondi per il welfare, dalle misure in favore delle famiglie al Fondo per le non autosufficienze. Tanti i capitoli di risparmio che riprendono i temi già affrontati dal Patto, a cominciare dal nuovo Prontuario farmaceutico basato sul criterio costo/beneficio, fino all'individuazione di prezzi di riferimento

per categorie omogenee di dispositivi medici. Ecco tutte le norme sanitarie analizzate nel dettaglio.

#### Credito d'imposta per attività di ricerca e sviluppo (Art. 7)

A tutte le imprese che effettuano investimenti in attività di ricerca e sviluppo, per il periodo 2015-2019, è attribuito un credito d'imposta nella misura del

25% delle spese sostenute in precedenza rispetto alla media dei medesimi investimenti realizzati nei tre periodi di imposta precedenti a quelli in corso al 31 dicembre 2015. Il credito d'imposta è riconosciuto fino ad un importo massimo annuale di 5 milioni di euro per ciascun beneficiario, a condizione che siano sostenute spese per attività di ricerca e sviluppo pari a 30mila euro.

#### Misure a favore della famiglia (Art. 13)

Al fine di incentivare la natalità e contribuire alle relative spese per il sostegno, per ogni figlio nato o adottato a decorrere dal 1° gennaio 2015 fino al 31 dicembre 2017, è riconosciuto un assegno di importo annuo di 960 euro erogato mensilmente a decorrere dal mese di nascita o adozione. Tale assegno è corrisposto fino al compimento del terzo anno d'età



diali per il personale non contrattualizzato.

### Concorso degli Enti territoriali alla finanza pubblica (Art. 35)

Per gli anni 2015-2018 il contributo di cui al primo periodo delle regioni (750 mln) incrementato di 3.452 milioni di euro annui in ambiti di spesa e per importi complessivamente proposti, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, in sede di autoordinamento dalle regioni da recepire con Itensa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni entro il 31 gennaio 2015. In assenza di tale intesa entro il predetto termine, sarà il governo centrale a reperire la stessa somma tra le quote spettanti alle regioni, considerando anche le risorse destinate al finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale.

### Attuazione del Patto della salute 2014-2016 (Art. 39)

• Il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale è stabilito in 112.062.000.000 euro per l'anno 2015 e in 115.444.000.000 euro per l'anno 2016. Eventuali risparmi nella gestione del Servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangono nelle disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie.

• A decorrere dall'anno 2015, fermo restando il livello di finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato, gli importi previsti in favore degli hanseniani, per il programma di prevenzione e lotta contro l'Aids, per le disposizioni urgenti in materia sanitaria e per gli stranieri, confluiscono nella quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale (per una spesa complessiva di oltre 180 mln).

• A decorrere dall'anno 2015, fermo restando il livello di finanziamento del Ssn, gli importi derivanti dall'assegnazione delle borse di studio ai medici di medicina generale che partecipano ai corsi di formazione specifica (38,735 mln), quelli destinati all'assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Ssn (30,990 mln) e quelli destinati alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria e attività libero-professionale (per un valore massimo di 41,317 mln), sono ripartiti annualmente all'atto della ripartizione delle somme spettanti alle Regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario standard regionale.

• A decorrere dal 2015 i riparti dei seguenti importi devono tenere conto di eventuali modifiche dei relativi criteri: importo destinato al finanziamento del trasferimento al Ssn della sanità penitenziaria (6,680 mln), im-

porto destinato al finanziamento delle funzioni trasferite al Ssn in applicazione del riordino della medicina penitenziaria, importo destinato al finanziamento degli oneri previsti per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

• Per l'avvio dell'implementazione dei flussi informativi per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza primaria, è autorizzata la spesa di 2 milioni di euro per l'anno 2015, nello stato di previsione del Ministero della salute.

• Definizione di ruoli, competenze, relazioni professionali, responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni ed obiettivi, delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari.

• Viene stabilito che l'accertamento da parte della regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso.

• La verifica del conseguimento, da parte dei direttori generali, degli obiettivi di salute e assistenziali, costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Ssn, ed è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea.

• La nomina a commissario ad acta è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale, presso la Regione soggetta a commissariamento. Il commissario deve possedere un curriculum che evidenzia qualifiche e comprovate professionalità ed esperienza di gestione sanitaria anche in base ai risultati in precedenza conseguiti.

• Sarà compito del commissario ad acta, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi del Piano di rientro specificati nei singoli contratti dei Direttori generali, proporre la decadenza degli stessi, dei direttori amministrativi e sanitari degli enti del Ssr, con provvedimento motivato.

• Le Regioni dovranno provvedere al riordino degli Istituti zooprofilattici sperimentali entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge di stabilità. In caso di mancato rispetto del termine, il Ministro della salute dovrà provvedere a nominare un commissario.

• Entro il 31 dicembre 2015 l'Aifa, sulla base delle valutazioni della Commissione consultiva tecnico-scientifica e del Comitato prezzi e rimborso, provvede ad una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale sulla base del criterio costo/beneficio e efficacia terapeutica, prevedendo anche dei prezzi di riferimento per categorie

terapeutiche omogenee.

• Definizione di una rete di comunicazione dedicata alla dispositivo-vigilanza che consenta lo scambio tempestivo e capillare delle informazioni riguardanti incidenti che coinvolgono dispositivi medici.

• Per promuovere il razionale uso dei dispositivi medici sulla base del principio costo-efficacia, il Ministero della salute, avvalendosi di Agenas e di Aifa, provvede a definire, attraverso l'istituzione di una cabina di regia, le priorità ai fini assistenziali; individuare i requisiti indispensabili per l'acquisizione dei dispositivi medici a livello nazionale, regionale e intra-regionale o aziendale, e a indicare gli elementi per la classificazione dei dispositivi medici in categorie omogenee per l'individuazione dei prezzi di riferimento; istituire una rete nazionale, coordinata da Agenas, di collaborazione tra regioni per la definizione e per l'utilizzo di strumenti per il governo dei dispositivi medici e per l'Hta.

• Per garantire un equo e omogeneo accesso ai medicinali innovativi o di eccezionale rilevanza terapeutica, l'Aifa predispone valutazioni di Hta volte a individuare percorsi farmaco-terapeutici in grado di garantire l'impiego efficiente e costo-efficace delle risorse disponibili.

### Verifica straordinaria nei confronti del personale sanitario dichiarato idoneo alla mansione specifica (Art. 41)

A decorrere dal 1° gennaio 2015 è stabilita una verifica straordinaria, con lo scopo di accertare la permanenza delle condizioni psico-fisiche del personale sanitario dichiarato idoneo alla mansione specifica, nonché personale riconosciuto non idoneo, anche in via permanente, allo svolgimento delle mansioni del proprio profilo professionale, ma idoneo e proficuo al lavoro. La permanenza dei requisiti sanitari previsti viene accertata a cura delle Unità operative Medico-legali dell'Inps.

Il personale che dovesse risultare idoneo dovrà essere ricollocato, entro 30 giorni dal ricevimento della relazione, allo svolgimento delle precedenti mansioni nell'ambito della medesima Asl di appartenenza. Se questo dovesse risultare impossibile, si procederà seguendo le vigenti disposizioni contrattuali in materia di mobilità.

### Misure per favorire il trasferimento delle risorse da parte delle Regioni agli enti del Ssn (Art. 42)

A decorrere dall'anno 2015 la predetta percentuale (90%) è rideterminata al valore del 95% e la restante quota deve essere erogata al Ssr entro il 31 marzo dell'anno successivo. **Y**

overo del terzo anno di ingresso nel nucleo familiare a seguito dell'adozione.

### Contrasto della ludopatia (Art. 14)

Nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Ssn, a decorrere dall'anno 2015, una quota pari a 50 milioni di euro è annualmente destinata alla cura delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo.

### Politiche invariate (Art. 17)

• Il Fondo per le social card sarà di 250 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2015.

• Lo stanziamento del Fondo nazionale per le politiche sociali è stato fissato a 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015.

• Lo stanziamento del Fondo per le non autosufficienze, incluso quello a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, è di 250 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015. Ricordiamo che, nel 2014, il Fondo ammontava a 350 mln. Da segnalare, dunque, un taglio

degli stanziamenti di ben 100 mln.

• Agli oneri finanziari derivati dalla corresponsione degli indennizzi per soggetti danneggiati da emotrasfusioni, a decorrere dal 1° gennaio 2012 fino al 31 dicembre 2014 e degli oneri derivanti dal pagamento degli arretrati della rivalutazione dell'indennità integrativa speciale di cui al citato indennizzo fino al 31 dicembre 2011, si provvede mediante l'attribuzione alle Regioni di un contributo di 100 milioni di euro per l'anno 2015, di 346 milioni di euro per l'anno 2016 e di 289 milioni di euro per l'anno 2017.

• Per la Terra dei fuochi è autorizzata la spesa di 10 milioni di euro per ciascuno degli anni del triennio 2015-2017.

### Pubblico Impiego (Art. 21)

Prorogato fino al 31 dicembre 2015 il blocco economico della contrattazione; rinviato di un anno il pagamento delle indennità di vacanza contrattuale e prorogato fino al 31 dicembre 2015 il blocco degli automatismi stipen-

# Patto per la salute 2014/2016: i 28 articoli dell'accordo Governo Regioni

■ Il tetto di spesa per il personale previsto a partire dal 2015 potrà essere applicato gradualmente fino al 2020. Il blocco del turn over nelle Regioni in rosso vale solo fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica positiva. Nuovi Lea previsti entro il 31 dicembre 2014. Queste le principali novità contenute nell'intesa Governo Regioni siglata lo scorso luglio



Come è noto, il 10 luglio scorso, dopo anni di trattative, Governo e Regioni hanno siglato il nuovo Patto per la salute 2014-2016. Ecco di seguito una sintesi dei contenuti dell'accordo di valenza triennale "finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema".

## Fondo sanitario nazionale (Art. 1)

Per il 2014 lo stanziamento è confermato in 109,928 miliardi, salirà a 112,062 nel 2015 e a 115,444 nel 2016 "salvo - precisa il testo - eventuali modifiche che non si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazione del quadro macroeconomico".

## I risparmi restano alla sanità (Art. 1)

La conferma nel comma 4 dell'articolo 1 del Patto. In cui si stabilisce anche la possibilità che eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle Regioni rimandano nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie.

## Mobilità transfrontaliera (Art. 2)

Per garantire l'omogenea applicazione in tutte le Regioni delle norme vigenti, si conviene sulla necessità di adottare tempestivamente delle linee guida, da emanare entro il 31 ottobre 2014, adottando una modalità di pro-

gressiva implementazione delle stesse allo scopo di fornire le istruzioni più urgenti in fase di prima applicazione in particolare per l'autorizzazione e il rimborso e le procedure amministrative per l'assistenza sanitaria transfrontaliera e il riconoscimento delle ricette mediche in un altro Stato membro.

## Assistenza ospedaliera (Art. 3)

Va adottato, senza ulteriori rinvii, il regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi in attuazione del decreto 95/2012 dell'ex ministro Balduzzi. Entro il 31 dicembre 2014 Stato e Regioni dovranno anche stipulare un'intesa sugli indirizzi per la piena realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio. Entro 6 mesi dalla stipula del Patto sarà inoltre definito un documento di indirizzo sull'appropriatezza riabilitativa, "per garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo integrato all'interno della rete riabilitativa".

## Umanizzazione delle cure (Art. 4)

Il Patto vi dedica un intero articolo, prevedendo uno specifico impegno in questo senso da parte delle Regioni e la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione delle cure che comprenda un progetto di formazione del personale e un'attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente all'area critica, alla pediatria, alla comuni-

cazione, all'oncologia e all'assistenza domiciliare. Il grado di soddisfazione dei cittadini sarà monitorato in maniera continuativa e omogenea tra le Regioni, così da consentire l'avvio di azioni correttive.

## Assistenza territoriale (Art. 5)

Accelerata sulla costituzione delle Uccp e Aft per la medicina convenzionata, che, entro 6 mesi dall stipula dei nuovi contratti, o comunque non oltre la vigenza del Patto, costituiranno "le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta" in cui "confluiscono" quindi "le diverse tipologie di forme associative" realizzate nelle varie Regioni.

Le Uccp saranno caratterizzate dal lavoro multi professionale, garantito dal coordinamento tra le varie professionalità con particolare riguardo all'integrazione tra medicina generale e medicina specialistica. Ogni Aft della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata all'Uccp. Stabilito poi che le Aft della medicina generale coprano un bacino di utenza non superiore a 30.000 abitanti.

## Presidi territoriali/ospedali di comunità (Art. 5)

Stato e Regioni dovranno stipulare entro il 31 ottobre 2014 per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi di tali presidi, in cui l'as-

sistenza medica sarà assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Ssn e che effettuano ricoveri brevi per casi non compressi.

## Emergenza-urgenza (Art. 5)

Per quanto concerne le attività del 118 si stabilisce che l'Agenas debba occuparsi di definire il bacino di utenza delle centrali che coordinano e gestiscono le richieste di soccorso in relazione alla disponibilità di nuove tecnologie informatiche e telefoniche allo scopo di rendere più efficiente il sistema. Un accordo Stato Regioni dovrà poi definire i criteri per l'accreditamento dei servizi di trasporto e soccorso sanitario, definendo la dotazione delle attrezzature e dei presidi, l'allestimento dei mezzi di soccorso e i requisiti di dotazione organica quali-quantitativa del personale, per livello funzionale di base e avanzato per garantire l'erogazione uniforme e in linea con le norme europee.

Sarà poi introdotto il numero unico europeo di emergenza 112, che sarà recepito dalle centrali operative del 118.

## Specialistica ambulatoriale (Art. 5)

Dovrà raccogliere quanti più Drg possibili tra quelli a rischio di in appropriatezza.

Le Regioni assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in ricovero ordinario, in ricovero diurno o, previo inserimento nel nomenclatore della specialistica

ambulatoriale, in regime ambulatoriale. Sarà istituito un tavolo di lavoro Salute-Economia e Regioni per rendere omogenea la codifica delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e per aggiornare e ottimizzare il sistema di rilevazione e di trasmissione delle informazioni sulle prestazioni erogate.

## Valorizzazioni di ruoli e competenze professionali (art. 5)

Per un efficientamento del settore delle cure primarie, il Patto conviene sull'importanza di ridefinire ruoli, competenze e relazioni professionali "con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe", accantonando "una logica gerarchica" per "perseguire una logica di governante responsabile dei professionisti coinvolti". A questo scopo previste "sia azioni normative/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo".

## Farmacia dei servizi e medicina di iniziativa (art. 5)

Compito delle Regioni definire con specifici atti di indirizzo la promozione della medicina di iniziativa e della farmacia dei servizi quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite

## Entro il 31 dicembre 2014 Stato e Regioni dovranno anche stipulare un'intesa sugli indirizzi per la piena realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio

una gestione attiva delle cronicità.

### Distretto (Art. 5)

Saranno definiti trame Accordi Stato-Regioni nuovi standard organizzativi del Distretto al fine di "orientare il suo ruolo strategico nella costituzione di rete assistenziali a baricentro territoriale e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini". Questo anche per contribuire a ridurre i tassi di ricovero e degli accessi impropri al Dea.

### Piano nazionale cronicità (Art. 5)

Sarà predisposto dal ministero della Salute entro il 31 dicembre 2014 e dovrà poi essere approvato in Stato Regioni.

### Assistenza sanitaria nelle Isole minori (Art. 5)

Al fine di monitorare i livelli di assistenza erogati, entro il 31 dicembre 2014 un accordo Stato Regioni dovrà istituire un apposito Osservatorio.

### Lotta al dolore (Art. 5)

Nelle Aft e nelle Uccp dovrà essere prevista una figura medica formata ed esperta sulle tematiche legate alla terapia del dolore.

### Stati vegetativi (Art. 5)

Le Regioni dovranno provvedere a definire per i pazienti soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata che di assistenza residenziale in speciali Unità di accoglienza permanente.

### Assistenza sociosanitaria (Art. 6)

Le regioni disciplinano i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, e forniscono indicazioni alle Asl e agli altri enti del sistema sanitario regionale. L'accesso alla rete integrata dei servizi avviene tramite un "punto unico" che indirizzano il cittadino. Al fine di migliorare la distribuzione delle prestazioni domiciliari e residenziali per i malati cronici non autosufficienti, le Regioni, in relazione ai propri bisogni territoriali, adottano progetti di attuazione dando evidenza anzitutto del fabbisogno di posti letto articolato per intensità assistenziale e per durata.

### Istituti penitenziari (Art. 7)

La Conferenza Unificata si impegna ad approvare entro il 30 settembre 2014 le Linee guida sull'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari.

### Ticket (Art. 8)

Nel Patto si evidenzia la necessità di una revisione del sistema

"che eviti che la partecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi e alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità e universalismo". Il sistema, in fase di prima applicazione, dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare. Successivamente "potrà essere presa in considerazione la condizione 'economica' del nucleo familiare".

I contenuti della revisione dovranno essere definiti entro il 30 novembre 2014.

### Sistema di remunerazione delle prestazioni (Art. 9)

Sarà istituita una commissione permanente costituita da Mef, Salute, Regioni e Agenas per aggiornare le tariffe massime per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, nonché per l'assistenza protesica. Sarà promossa anche la sperimentazione di metodologie per la definizione di tariffe per i percorsi terapeutici assistenziali territoriali.

### Mobilità sanitaria (Art. 9)

Previsto, tra le altre cose, che dalla data di stipula del Patto, gli accordi bilaterali previsti dal Patto del 2009 siano "obbligatori". Saranno poi individuati anche i volumi, la tipologia e la modalità di remunerazione aggiuntiva relative all'espando e trasporto di organi per trapianto, alla ricerca e prelievo di midollo osseo e CSE midollari nonché modalità di compensazione dei costi dei ricoveri ospedalieri erogati da unità operative o strutture pediatriche espressamente individuate, alla casistica di età pediatrica ad elevata complessità assistenziale oggetto di mobilità, nella misura in cui siano riconosciuti diversi da quelli della casistica generale.

### LEA (Art. 10)

Al lavoro anche sui Lea, per aggiornarli entro il 31 dicembre 2014.

Quanto alla verifica dei Lea, il Patto prevede che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea stabiliti per i direttori generali costituisce un "grave inadempimento contrattuale" per la quale si prevede la decadenza automatica dei direttori generali.

### Tavolo di verifica degli adempimenti (Art. 11)

Si prevede che, annualmente, ai fini della verifica degli adempimenti regionali che consentono l'accesso al finanziamento integrativo condizionato all'esito positivo, il tavolo possa disporre l'aggiornamento degli

adempimenti o delle modalità di verifica, tenuto conto delle disposizioni normative intervenute, degli accordi e intese Stato Regioni e Unificata da delle sopravvenute esigenze di monitoraggio.

### Servizi sanitari regionali e piani di rientro. Basta presidenti-commissari ad acta (Art. 12)

Nel Patto si conviene sulla necessità di "ridefinire il sistema di governo dei piani di rientro con processi di qualificazione dei servizi sanitari regionali". A questo scopo, il Patto prevede, tra l'altro, l'incompatibilità tra il ruolo dei commissari ad acta con l'affidamento di incarichi istituzionali e, in particolare, che "in caso di nuovi commissariamenti, sia previsto che la nomina a commissario ad acta sia incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento".

Fermo restando il lavoro del tavolo di verifica dei piani di rientro, entro il 30 settembre 2014 l'Agenas dovrà realizzare uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli sistemi sanitari che consenta di rilevare, in via preventiva, attraverso un apposito sistema di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance.

Da rivedere anche le modalità di verifica degli obiettivi connessi all'erogazione dei Lea. Al lavoro anche su procedure di semplificazione e di aggiornamento nella fase attuativa dei programmi operativi in atto sempre con riferimento agli obiettivi connessi all'erogazione dei Lea.

A questo scopo il Patto stabilisce, definendo nell'ultimo testo il termine del 31 marzo 2015, di procedere alla "redazione di un testo unico di raccolta delle disposizioni vigenti in materia di piani di rientro dai disavanzi sanitari".

### Collegi sindacali (Art. 13)

Previsto che, "al fine di rafforzarne il ruolo" e "garantire la composizione coerente con le disposizioni del presente Patto", siano riviste le composizioni dei collegi sindacali delle aziende sanitarie, che dovranno essere composti da tre membri, di cui uno designato dal presidente della Regione, uno dal Ministro

della Salute e uno dal Ministro dell'Economia. La nomina avviene sulla base di requisiti che garantiscano standard di elevata qualificazione professionale.

### Edilizia sanitaria (Art. 14)

Il Governo si impegna comunque ad assicurare alle Regioni "adeguate risorse finanziarie" per garantire la sicurezza e la continuità di esercizio delle strutture sanitarie, nonché l'adeguamento strutturale e l'ammmodernamento tecnologico e organizzativo del Ssn. Questo "compatibilmente con gli obiettivi di finanza pubblica e con il quadro economico", anche attraverso la "rifinalizzazione di quota parte delle risorse eventualmente rivenienti dal procedimento di riaccertamento straordinario dei residui relativi al finanziamento del Ssn", di cui all'art. 49 della legge 89 del 2014.

Le predette risorse, si legge nel Patto, "saranno garantite a valere sul programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria" ex art. 20 o "attraverso altre modalità di finanziamento, anche nell'ambito della quota nazionale della nuova programmazione del Fondo di Sviluppo e Coesione 2014-2020.

Governo e Regioni si impegnano poi a una revisione dell'attuale normativa tecnica in materia di sicurezza, igiene e utilizzazioni degli ambienti attraverso un programma triennale da adottarsi, previa intesa Stato Regioni, entro il 31 dicembre 2014.

### Sanità digitale e piano di evoluzione dei flussi informativi e cabina di regia del Nsis (Art. 15 E 16)

Regioni e Governo sigleranno, entro 30 giorni dall'intesa sul Patto, un Patto per la Sanità Digitale, cioè un piano strategico per la diffusione della sanità digitale.

Il Patto cita poi il Piano di Evoluzione dei Flussi, che si sviluppa su un orizzonte temporale triennale ed è predisposto dalla cabina di regia del Nsis, i cui compiti, composizione e modalità di funzionamento saranno rivisti entro 90 giorni dalla stipula del Patto.

### Piano nazionale della prevenzione (Art. 17)

Confermata la destinazione di 200 milioni annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolata per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Stabilito che il 5 per mille sulla quota vincolata per il Piano nazionale prevenzione sia destinato ad attività di supporto al Piano da parte dei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based

prevenzione e Associazione italiana registri tumori.

### Attuazione del riordino degli istituti zooprofilattici sperimentali (Art. 18)

Riordino da parte delle Regioni previsto entro 6 mesi dall'approvazione del Patto, pena commissariamento dell'Istituto da parte del ministero della Salute.

### Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare (Art. 19)

Regioni impegnate a rendere i sistemi regionali del settore "sempre più efficaci ed efficienti nelle attività di prevenzione, vigilanza e controllo. A tal fine le unità operative deputate a queste funzioni specifiche dovranno essere garantite nelle Asl e "possibilmente configurate come unità operative complesse e dotate di personale adeguato".

### Ricerca sanitaria (Art. 20)

"È fondamentale - si legge nel testo - il reperimento delle fonti di finanziamento, l'individuazione delle possibili sinergie tra ricerca pubblica, privata, nazionale, europea ed extraeuropea e la ovalizzazione delle risorse già presenti nel Ssn". Quindi, il Patto sollecita ad "evitare rischi di duplicazioni e sovrapposizioni integrando le risorse e individuando tematiche condivise dai soggetti finanziatori". Inoltre "deve essere mantenuto e implementato un percorso rigoroso e trasparente che si occupi non solo di selezionare le migliori proposte di ricerca, ma che aiuti anche concretamente a definire le priorità più utili alla gestione delle aree di incertezza negli interventi sanitari".

### Attività intramoenia (Art. 21)

D'accordo sulla necessità di dare "piena attuazione" alla legge 12/2007 (legge Turco) e alle modifiche ad essa apportate dalle leggi 189/2012 (Decreto Balduzzi) per consentire il passaggio al regime ordinario dell'esercizio dell'intramoenia all'interno dei presidi e superare definitivamente il regime, ormai da tempo affidato a deroghe, dell'intramoenia allargata. In pratica, si sollecita, da parte delle Asl, una ricognizione degli spazi interni disonibili per le attività libero professionali o l'acquisizione di ulteriori spazi, se necessario, presso altre strutture sanitarie autorizzate. Nella legge Balduzzi era poi prevista una messa in rete degli studi professionali per rendere tracciabili tutti i pagamenti effettuati dai pazienti, rendendo così possibile anche un effettivo controllo del numero delle prestazioni che il professionista svolge sia durante il

servizio ordinario sia in regime di intramoenia.

### Gestione e sviluppo delle risorse umane (Art. 22)

Anzitutto una modifica dell'ultimo momento interviene a stabilire che il blocco del turn over per le Regioni in piano di rientro vale solo fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello della verifica positiva. Inoltre, ieri la Conferenza Stato Regioni ha concordato che sia modificata la previsione del Dl 98/2011 che prescrive a partire dal 2015 il rispetto del vincolo contenuto nella Finanziaria 2010 di un tetto di spesa per il personale pari a quella del 2004 ridotta dell'1,4%, indipendentemente se la Regione sia in equilibrio economico, prevedendo invece che "le Regioni siano considerate adempienti ove venga accertato il conseguimento di tale vincolo attraverso un percorso graduale fino all'applicazione totale dello stesso nel 2020". E comunque, Stato e Regioni hanno convenuto sulla necessità di avviare un approfondimento per aggiornare il parametro dell'1,4 per cento.

Poi, le norme già previste nel precedente testo. Si parla della "ne-

cessità" di valorizzare le risorse umane del Ssn, al fine di garantire una nuova organizzazione del Ssr, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera, servizi territoriali e presa in carico delle cronicità e delle non autosufficienze.

Al fine di razionalizzare e facilitare l'accesso dei giovani medici alla professione sanitaria all'interno del Ssn, si indica nel Patto l'istituzione di un Tavolo politico per individuare, anche alla luce dell'esperienza di altri paesi UE, specifiche soluzioni normative. Il suddetto Tavolo dovrà concludere i suoi lavori entro il 31 ottobre 2014 con la definizione di una legge delega.

### Assistenza farmaceutica (Art. 23)

Per il governo della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, nei limiti delle risorse stabilite, si indica che le parti si impegnano: ad adottare iniziative affinché l'Aifa provveda all'aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale dei farmaci rimborsabili sulla base del criterio costo/beneficio; efficacia terapeutica, prevedendo anche prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee; rivedere la normativa

nazionale che riconduca alla contestualità fra Aic e la definizione del regime di rimborsabilità; una revisione degli accordi negoziali sui farmaci sottoosti ai Regimi di monitoraggio Aifa, dopo un periodo massimo di 36 mesi, valutando se vengono confermati o meno i risultati clinici attesi; definire un percorso per sostenere esclusivamente l'innovazione terapeutica reale, importante e dimostrata rispetto alla terapia già in uso; rendere contestualmente valide e applicabili su tutto il territorio nazionale le determinazioni di Aifa; istituire un Tavolo di monitoraggio permanente composto da 3 rappresentanti delle Regioni, un rappresentante del Mef, un rappresentante del Ministero della Salute, un rappresentante del Ministero dello Sviluppo economico, un rappresentante Aifa ed un rappresentante di Agenas, che verifichi l'attuazione di quanto previsto da questo articolo ed elabori eventuali proposte per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

### Dispositivi medici (Art. 24)

Qui vengono definite le modalità per l'applicazione di una rete di comunicazione dedicata alla dispositivo-vigilanza che consen-

ta lo scambio tempestivo delle informazioni riguardanti incidenti che coinvolgono dispositivi medici. Si conviene poi di predisporre entro il 1 ottobre 2014 un documento recante linee guida per il corretto utilizzo dei dati e della documentazione presente nel Repertorio dei dispositivi medici.

Sarà compito delle Regioni attivare un osservatorio sui consumi e sui prezzi dei dispositivi medici in grado di fornire dati comparativi alle centrali uniche di acquisto su base regionale.

### Aggiornamento del nomenclatore tariffario (Art. 25)

Governo e Regioni concordano che all'aggiornamento del regolamento sulle norme per l'assistenza protesica erogabili nell'ambito del Ssn, si provvederà anche a valere sui risparmi di spesa derivanti dalle disposizioni del presente Patto per la salute.

### Creazione di un modello istituzionale di Hta dei dispositivi medici e valutazione dei medicinali (Art. 26 E 27)

Il Ministero della Salute per garantire l'azione coordinata

dei livelli nazionale, regionali e delle aziende accreditate del Ssn per il governo dei consumi dei dispositivi medici a tutela dell'unitarietà del sistema, della sicurezza nell'uso delle tecnologie e della salute dei cittadini a livello nazionale dovrà: istituire una "Cabina di regia"; fornire elementi utili per le indicazioni dei capitolati di gara per l'acquisizione dei dispositivi medici; fornire elementi per la classificazione dei dispositivi medici in categorie omogenee e per individuare prezzi di riferimento; promuovere la creazione del Programma nazionale di Hta dei dispositivi medici.

### Cabina di regia per il monitoraggio del patto (Art. 28)

Il nuovo Patto andrà monitorato nella sua attuazione "con senso di responsabilità e in un rapporto di leale collaborazione tra le parti", attraverso un tavolo permanente della Conferenza Stato-Regioni che costituirà una sorta di cabina di regia, "a cui è, tra l'altro, demandata l'elaborazione di proposte per la spending review interna al settore sanitario". **Y**

**ALIS<sup>®</sup>**  
GININTIMO

### Detergente eutrofico igienizzante intimo

Uso esterno flacone da 250 ml



### Lavanda Vaginale

Uso interno  
5 flaconi da 140 ml

Novità

### Gel intimo idratante eutrofico igienizzante

Uso esterno  
tubetto da 30 ml

Rapporto Sdo

# Ricoveri ospedalieri 2013: in calo non appropriati e tasso ospedalizzazione per acuti

**N**el corso del 2013 sono stati erogati 9.842.485 ricoveri ospedalieri, corrispondenti ad un totale di 64.312.696 giornate, segnando una riduzione rispetto all'anno precedente di circa 415 mila ricoveri (-4%) e di circa 2.394.000 giornate (-3,6%). Si conferma la tendenza a migliorare l'erogazione appropriata dell'assistenza ospedaliera. È quanto emerge dal Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, elaborato dal Ministero della Salute per l'anno 2013.

La **degenza media per acuti** si mantiene pressoché costante da diversi anni intorno al valore di 6,8 giorni, mentre per le degenze medie per riabilitazione e per lungodegenza si osserva un decremento a partire dal 2009; per l'anno 2013 la degenza media per riabilitazione in regime ordinario è pari a 25,7 giorni, mentre quella per l'attività di lungodegenza è pari a 27,6 giorni. Rispetto al 2012 il numero complessivo di **ricoveri ordinari per acuti** si riduce da 6.837.823 a 6.634.977 (-2,9%), con una corrispondente diminuzione delle giornate di ricovero da 46.422.668 a 44.802.526 (-3,5%); il numero di ricoveri in regime diurno effettuati si riduce da 2.538.561 a 2.345.258 (-7,6%), per una corrispondente diminuzione di giornate da 7.056.238 a 6.497.781 (-7,9%). Sempre ri-

**Rispetto al 2012, i ricoveri hanno segnato una flessione pari a -4%. La principale causa di ospedalizzazione in regime ordinario è rappresentata dal parto con 301.440 dimissioni. A seguire le patologie cardiovascolari e respiratorie e gli interventi chirurgici per la sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori**



**La principale causa di ricorso all'ospedalizzazione in regime ordinario, pur non costituendo una condizione patologica, è rappresentata dal parto con 301.440 dimissioni**

spetto al 2012, i **ricoveri ad alto rischio di inappropriata** in regime ordinario sono diminuiti di poco più di 390 mila unità (-24% che corrisponde al doppio della riduzione osservata nel 2012) e quelli in regime diurno di circa 180.000 unità (-10%).

**Il tasso di ospedalizzazione per acuti** per l'anno 2013 in Italia si riduce da 108 a 104 dimissioni per 1.000 abitanti in regime ordinario e a circa 38 dimissioni per 1.000 abitanti in regime diurno. **La principale causa di ricorso all'ospedalizzazione** in regime or-

dinario, pur non costituendo una condizione patologica, è rappresentata dal **parto con 301.440 dimissioni**. Escludendo il parto, le principali cause di ospedalizzazione sono riconducibili a patologie cardiovascolari (Drg 127 - Insufficienza cardiaca e shock) e

respiratorie (Drg 087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria), interventi chirurgici per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (Drg 544).

Per quanto concerne l'**attività in regime diurno**, la principale causa di ricovero è rappresentata dalla somministrazione di chemioterapia (drg 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) con 1.565.788 giornate (-3,3% rispetto all'anno 2012).

La qualità della compilazione è ulteriormente migliorata rispetto all'anno precedente: il numero complessivo di errori si riduce da 7.693.650 nel 2012 a 4.702.199 nel 2013, con una diminuzione di poco più del 27%. Anche la distribuzione degli errori migliora, infatti il numero di schede senza errori aumenta da 5.177.626 a 6.493.781 unità, il numero di schede con un

singolo errore si riduce da 3.020.904 a 2.219.999, il numero di schede con due errori si riduce da 1.592.944 a 949.417, il numero di schede con tre errori si riduce da 401.039 a 144.010; il numero mediano di errori, si conferma pari a zero, stando a significare che

più della metà delle schede pervenute sono prive di errori (per la precisione, il 66%, mentre nel 2012 le schede prive di errori ammontavano al 50,5% del totale).

Per ottenere una reale misura della dimensione dell'errore occorre considerare che una scheda Sdo contiene 45 variabili, per un totale di 9.843.992 schede pervenute, che corrispondono a 442.979.640 informazioni distinte raccolte. La percentuale di errore dell'1,1% è inferiore all'1,7% riscontrato nel 2012. **Y**

Bloomberg

## Il sistema sanitario italiano scala la classifica: ora è il terzo più efficiente al mondo

**Secondo la classifica stilata dall'agenzia americana siamo il top in Europa e miglioriamo il sesto posto dello scorso anno. A livello mondiale ci superano soltanto Singapore e Hong Kong. La Russia è relegata in ultima posizione, male anche Germania e Usa che non vanno oltre 23° e 44° posizione**

**S**ingapore e Hong Kong e davanti a Giappone, Corea del Sud e Australia. È quanto emerge dalla classifica stilata da Bloomberg che ha considerato i dati forniti da Banca

Mondiale, Fmi e Oms. La Francia si posiziona ottava, il Regno Unito decimo, mentre gli Stati Uniti arrancano nelle retrovie, al 44° posto. Il ranking di Bloomberg ha con-

siderato i 51 Paesi con popolazione superiore ai 5 milioni, con un Pil di almeno 5 mila dollari americani e con un'aspettativa di vita che supera i 70 anni. Risultano negativamente la perfor-

mance della Russia, relegata in ultima posizione, e quella della Germania, che non va oltre il 23° posto. I parametri utilizzati per elaborare la classifica sono: aspettativa di vita; costo del siste-

ma sanitario in percentuale sul Pil; costo del sistema sanitario pro-capite; variazione dell'aspettativa di vita rispetto al 2013 (anni); variazione del costo della sanità pro capite; variazione del Pil pro-capite; inflazione.

**L'Italia, che migliora il sesto posto dello scorso anno**, presenta un'aspettativa di vita di 82,9 anni e spende in sanità il 9% del Pil, pari a 3.032 dollari pro-capite. Nel confronto con il 2013 l'aspettativa di vita è aumentata di 0,3 anni, mentre la spesa per la sanità pro-capite è diminuita di 306,64 dollari, cioè meno 9,2% in percentuale sul Pil. Prodotto interno lordo che è diminuito dell'8,6% pro-capite, con un'inflazione del 3%. In totale il punteggio dell'Italia è 76,3. Poco meno di Hong Kong e Singapore, ma più del doppio degli Stati Uniti, fermi a 34,3. **Y**

## Specializzazione medicina

# Giannini: "Decreto per ridurre durata di un anno pronto entro fine dicembre"

**“**Il decreto interministeriale concernente la riduzione della durata delle scuole di specializzazione nonché il riordino dell'assetto didattico delle scuole stesse in medicina e chirurgia dovrà essere adottato, ai sensi del nuovo percorso legislativo indicato, entro il 31 dicembre del corrente anno. Questo sulla base di quanto previsto dai commi 3-bis e 3-ter dell'articolo 20 del decreto legislativo n. 368 del 1999, così come modificato dal decreto Madia approvato da questo Parlamento lo scorso agosto". Lo ha detto il ministro dell'Istruzione, Stefania Giannini, nel corso di un question time alla Camera l'8 ottobre scorso, rispondendo all'interrogazione di Rocco Palese (FI).

"Tale decreto riguarda la durata delle scuole ma riguarda, altresì, anche la riformulazione degli ordinamenti didattici che sono poi la parte significativa e centrale del progetto formativo di ogni specializzando - ha spiegato il ministro Giannini -. Quindi, obiettivo primario di tutta questa operazione in corso è quello di garantire l'alta qualità della formazione specialistica, di mantenerla e rafforzarla e di consentire agli specializzandi di terminare il loro percorso formativo in linea con un contesto europeo ed internazionale nei sensi che sono stati anche da lei indicati".

"Questa operazione preliminare al decreto - ha proseguito il ministro - ha le seguenti fasi in corso: il Ministero ha convocato per il 15 ottobre, il tavolo tecnico composto dal consiglio universitario nazionale, conferenza dei rettori delle università italiane e rappresentanti del consiglio studentesco nazionale, perché si possa predisporre, nell'arco di due settimane,

**Questo decreto riguarda la durata delle scuole ma riguarda anche la riformulazione degli ordinamenti didattici che sono poi la parte significativa e centrale del progetto formativo di ogni specializzando**

Lo ha spiegato il ministro dell'Istruzione nel corso di un *question time* alla Camera. Il tavolo tecnico convocato dal Ministero il 15 ottobre, composto da Cun, conferenza dei rettori e rappresentanti del consiglio studentesco "dovrà predisporre entro due settimane il progetto complessivo che, sentito poi il Ministero della Salute, porti all'adozione dei provvedimenti entro dicembre"

il progetto complessivo - a cui si è già lavorato, ovviamente, nei suddetti organi in un concerto che va avanti da mesi - che, sentito poi il Ministero della salute, porti all'adozione dei provve-

menti entro i termini previsti del 31 dicembre. Più puntualmente, voglio indicarle che il consiglio universitario nazionale approverà e comunque delibererà in merito nella seduta successiva al 31 otto-

bre, tempo interno che è stato dato al tavolo tecnico, e la successiva adozione da parte nostra del decreto interministeriale, di cui in oggetto, avverrà entro il 15 dicembre del corrente anno. Questo -



ha concluso Giannini - per darci una sicurezza di agenda che serve alle università, serve agli specializzandi e serve ovviamente a noi per avere garanzia che tutto proceda al meglio".

## Congresso SIC

### "L'Italia non è un paese per chirurghi, aumentano quelli che vanno all'estero"

**I**n Italia nel 2010 il numero di assunti di ruolo in chirurgia generale ha coperto solo il 10% del fabbisogno e il 20% nella chirurgia specialistica. Situazione analoga nei reparti dove nel 2011 mancavano all'appello 8800 medici che secondo alcune stime diventeranno 22mila nel 2018, (dato fornito da Federspecializzandi) e 34mila tra soli 10 anni. Questi numeri forniti dalla Società italiana di chirurgia a Congresso a Roma danno la natura del fenomeno: siamo di fronte ad una lenta ma inarrestabile emorragia di chirurghi che presto mostrerà i suoi effetti sul Ssn. Concetto rafforzato dal presidente della Sic, Francesco Corcione, che non usa mezzi termini e afferma: "l'Italia non è un paese per chirurghi". Di questo passo, prosegue Corcione "tra 10 anni non avremo più chirurghi formati ed esperti e saremo costretti ad assumere chirurghi provenienti da paesi dell'est o dei paesi in via di sviluppo con conseguenze facilmente immaginabili". Però, se da un lato gli uomini vanno all'estero, dall'altro sta emer-

**"I bisturi sono in fuga, siamo di fronte ad un'emorragia progressiva che potrebbe uccidere la sanità italiana". È questo l'appello lanciato da Francesco Corcione, Presidente Eletto della Sic a Congresso a Roma "ormai formiamo risorse che cercano fortuna all'estero". Le cause sono molteplici: personali, professionali e organizzative. Aumentano però i chirurghi donna**

gendo "un piccolo esercito di chirurghi in rosa: in 10 anni infatti, le donne iscritte alle scuole di specializzazione in chirurgia sono aumentate dall'8 (2001) al 50% (2010)".

Le ragioni di questo fenomeno sono molteplici, spiega Corcione "da quelle personali e professionali a quelle organizzative. Le scuole non riescono a riempire i posti a disposizione: negli ultimi anni abbiamo assistito ad un calo di iscrizioni del 30%. Diventare chirurgo non è più un sogno per i giovani medici: un laureato in medicina tra specializzazione e precariato inizia a guadagnare ben 10 anni dopo i suoi colleghi in ingegneria o giurisprudenza. Negli Stati Uniti il percorso formativo è più bre-

ve: 4 anni per la laurea, 5 di internato e 2 di specializzazione per diventare chief resident (ce la fa uno su 10). Nel frattempo il giovane studente americano alla fine dei 7 anni trascorsi sul campo ha eseguito circa 2000 interventi con una rotazione obbligatoria nelle vari specialità". Da un punto di vista professionale, spiegano dalla Sic, uno specializzando italiano alla fine del suo processo formativo "ha lavorato su cartelle cliniche, e interventi minori e si avvia ad una vita da precario. Gli specializzandi vengono utilizzati per supplire alla carenza del personale di ruolo, esponendoli a rischi professionali. Questo perché vengono stipulati pochissimi contratti a tempo indeter-

minato (nel 2011 coprivano solo il 15% del fabbisogno) a causa di tagli, errate valutazioni del fabbisogno da parte delle Regioni e blocco dei contratti in quelle sottoposte al piano di rientro".

Anche a livello economico, continua la Società italiana di chirurgia "i medici e i chirurghi italiani non trovano vantaggi rispetto ai sacrifici richiesti: in Italia uno specializzando guadagna la metà di uno inglese, 1750 euro contro 2500 sterline, il quale ha anche la prospettiva di crescita importanti negli anni successivi e un medico della carriera che opera in un ospedale pubblico guadagna tra i 100 e i 250 mila euro l'anno".

In più c'è la responsabilità professionale "ricevere una denuncia nel corso della carriera è praticamente una certezza. Deve difendersi l'80% dei medici e 9 su 10 vengono assolti, il che dovrebbe suggerire che forse in Italia esiste una tendenza a tentare la denuncia nella speranza di un risarcimento".

"Un quadro già critico e a farne le spese è sempre l'utente finale. Tra 10 anni e con quasi 30mila medici in meno, il sistema non sarà più in grado di rispondere alla domanda di assistenza. Limiterà l'accesso alle cure e allungherà esponenzialmente le liste d'attesa con progressivo peggioramento della salute dei cittadini, specie quelli più fragili - conclude Corcione - poveri, anziani, bambini e cronici".

**È** stata inviata al Parlamento il 16 ottobre scorso la Relazione annuale sull'attuazione della legge 194 del 1978 che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg), nella quale vengono presentati i dati definitivi relativi all'anno 2012 e quelli preliminari per l'anno 2013. Si conferma la tendenza storica alla diminuzione dell'Ivg in Italia: nel 2013 sono state notificate 102.644 Ivg, con un decremento del 4,2% rispetto al dato definitivo del 2012 (107.192 casi). Il tasso di abortività (numero delle Ivg per 1.000 donne tra 15-49 anni), che rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2013 è risultato pari a 7,6 per 1.000, con un decremento del 3,7% rispetto al 2012 (7,9 per 1.000).

**Il rapporto di abortività** (numero delle Ivg per 1000 nati vivi) nel 2013 è risultato pari a 203,8 per 1.000, con un incremento dello 0,3% rispetto al 2012 (203,1 per 1.000). Il piccolo incremento è dovuto al fatto che questo rapporto stima l'abortività rispetto ai nati vivi che nel 2013, secondo i dati provvisori forniti dall'Istat, sono diminuiti di molto rispetto al 2012 (503.745 vs 527.770).

Riguardo, poi, ai dati definitivi del 2012, rimane elevato il ricorso all'Ivg da parte delle **donne straniere**, a carico delle quali si registra il 34% delle Ivg totali in Italia: un contributo che è andato inizialmente crescendo e che si sta stabilizzando come percentuale, mentre il numero assoluto è diminuito negli ultimi due anni. **Tra le minorenni**, il tasso di abortività nel 2012 è risultato pari a 4,4 per 1000 (nel 2010-11 era 4,5). Si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale.

In generale sono in diminuzione i **tempi di attesa**, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le regioni.

Il primo monitoraggio capillare sui punti Ivg e l'**obiezione di coscienza**, effettuato su tutto il territorio dall'approvazione della L.194/78, conferma quanto osservato nella precedente Relazione al Parlamento: su base regionale non emergono criticità nei servizi di IVG. In particolare, emerge che le IVG vengono effettuate nel 64% delle strutture disponibili, con una copertura soddisfacente, tranne che in due regioni molto piccole. **Il numero dei punti Ivg, paragonato a quello dei punti nascita**, mostra che mentre il numero di Ivg è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti Ivg è pari al 74% del numero di punti nascita, superiore, cioè, a quello che sarebbe rispettando le proporzioni fra

**Legge 194. Inviata al Parlamento la relazione annuale**

# Nel 2013 IVG in calo del 4,2%

■ Il tasso di abortività nel 2013 è risultato pari a 7,6 per 1.000, con un decremento del 3,7% rispetto al 2012 (7,9 per 1.000). Riguardo ai dati definitivi del 2012, rimane elevato il ricorso all'Ivg da parte delle donne straniere, a carico delle quali si registra il 34% delle Ivg totali in Italia

Ivg e nascite. Confrontando poi punti nascita e punti Ivg rispetto alla popolazione femminile in età fertile, a livello nazionale, per ogni 3 strutture in cui si fa Ivg, ce ne sono 4 in cui si partorisce.

Infine, considerando le Ivg settimanali a carico di ciascun ginecologo non obiettore, ipotiz-

zando 44 settimane lavorative in un anno, a livello nazionale ogni non obiettore ne effettua 1,4 a settimana, un valore medio fra un minimo di 0,4 (Valle d'Aosta) e 4,2 (Lazio). **Il numero dei non obiettori** nelle strutture ospedaliere risulta quindi congruo rispetto alle Ivg effettuate. Il numero degli obiettori

di coscienza nei consultori, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è sensibilmente inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere. Il Ministero ha invitato le Regioni a procedere a un dettagliato approfondimento dei dati del monitoraggio per individuare i bisogni del

territorio, utilizzando possibilmente gli stessi parametri individuati per il monitoraggio al fine di avere dati comparabili fra le diverse aree territoriali prese in considerazione, fra le regioni e all'interno delle regioni stesse, e per distinguere meglio le cause di eventuali criticità. **Y**

## Trapianti

### Primo bambino al mondo nato dopo trapianto di utero

**H**a fatto il giro del mondo la notizia del primo bambino nato da una donna che aveva appena subito un trapianto d'utero. Il tutto è avvenuto all'interno di progetto di ricerca dell'Università di Göteborg in Svezia, partito nel 1999 e valutato da circa 40 pubblicazioni: in questo progetto sono coinvolte sette donne svedesi nell'obiettivo di avere una gravidanza dopo aver ricevuto l'utero da alcune donatrici viventi. Lo studio\*, pubblicato su *The Lancet*, si è rivolto a donne che non avevano l'utero o che l'avevano perso a causa di un intervento chirurgico per tumore.

L'infertilità uterina colpisce circa 200mila donne in Europa ed è l'unica forma di infertilità per la quale ad oggi non esistono trattamenti efficaci. La gravidanza nella gestante svedese di 35 anni è iniziata poco più di un anno dopo il trapianto di utero, donato da una donna di 61 anni senza legami di parentela con la ricevente. Dopo il trapianto, la donna ha manifestato tre episodi di rigetto lieve, uno dei quali si è verificato durante la gravidanza, trattati mediante immunosoppressione, spiegano gli esperti.

Il piccolo è nato all'inizio di settembre mediante un parto cesareo ed è il primo caso di un bambino nato dopo un trapianto di utero. In particolare, il taglio cesareo, in accordo con la normale routine clinica, è stato programmato per evitare rischi sia per la madre che per il figlio dato che la donna aveva avuto preeclampsia nella 32 settimana di gestazione e il piccolo

Il piccolo è nato da una donna svedese di 35 anni che aveva ricevuto l'utero da una donatrice vivente di 61 anni. Partorito mediante taglio cesareo, programmato a causa di preeclampsia della madre, secondo gli esperti il piccolo è perfettamente sano e si sta sviluppando normalmente. Lo studio, su *The Lancet*, è frutto di un progetto di ricerca dell'Università di Göteborg

risultava sotto stress.

Secondo il Professor **Mats Brännström**, che ha eseguito il taglio cesareo, il neonato, perfettamente sano, si sta sviluppando normalmente. Al momento della nascita, pesava circa un chilo ed 800 grammi (precisamente 1,775 Kg), che rappresenta un peso normale anche considerando l'età gestazionale al momento del parto (circa 35 anni).

Appena nato, "il piccolo ha gridato subito e non ha richiesto nessuna ulteriore cura oltre alla consueta osservazione clinica presso l'unità neonatale. La madre e il bambino stanno bene e sono tornati a casa. I nuovi genitori sono naturalmente molto felici e grati", ha affermato il professor Mats Brännström, che guida il progetto di ricerca.

Il team di ricerca ha seguito con attenzione particolare tutte le fasi di sviluppo e crescita del feto, fo-

calizzandosi specialmente sulla misura dell'afflusso di sangue all'utero e al cordone ombelicale. "La preoccupazione riguardava il fatto che l'afflusso di sangue potesse essere compromesso dopo aver riataccato i vasi sanguigni all'utero. Ma non abbiamo rilevato niente di insolito per quanto riguarda la funzione dell'utero e del feto, e la gravidanza ha seguito tutte le curve normali", ha spiegato il Professore. Inoltre "La ragione della preeclam-

psia della donna è sconosciuta, ma può essere dovuta al trattamento immunosoppressivo che seguiva insieme al fatto che le manca un rene. Anche l'età del grembo materno donato può rappresentare un fattore. Inoltre, la preeclampsia è generalmente più comune tra le donne che hanno una gravidanza tramite fecondazione in vitro", prosegue l'esperto.

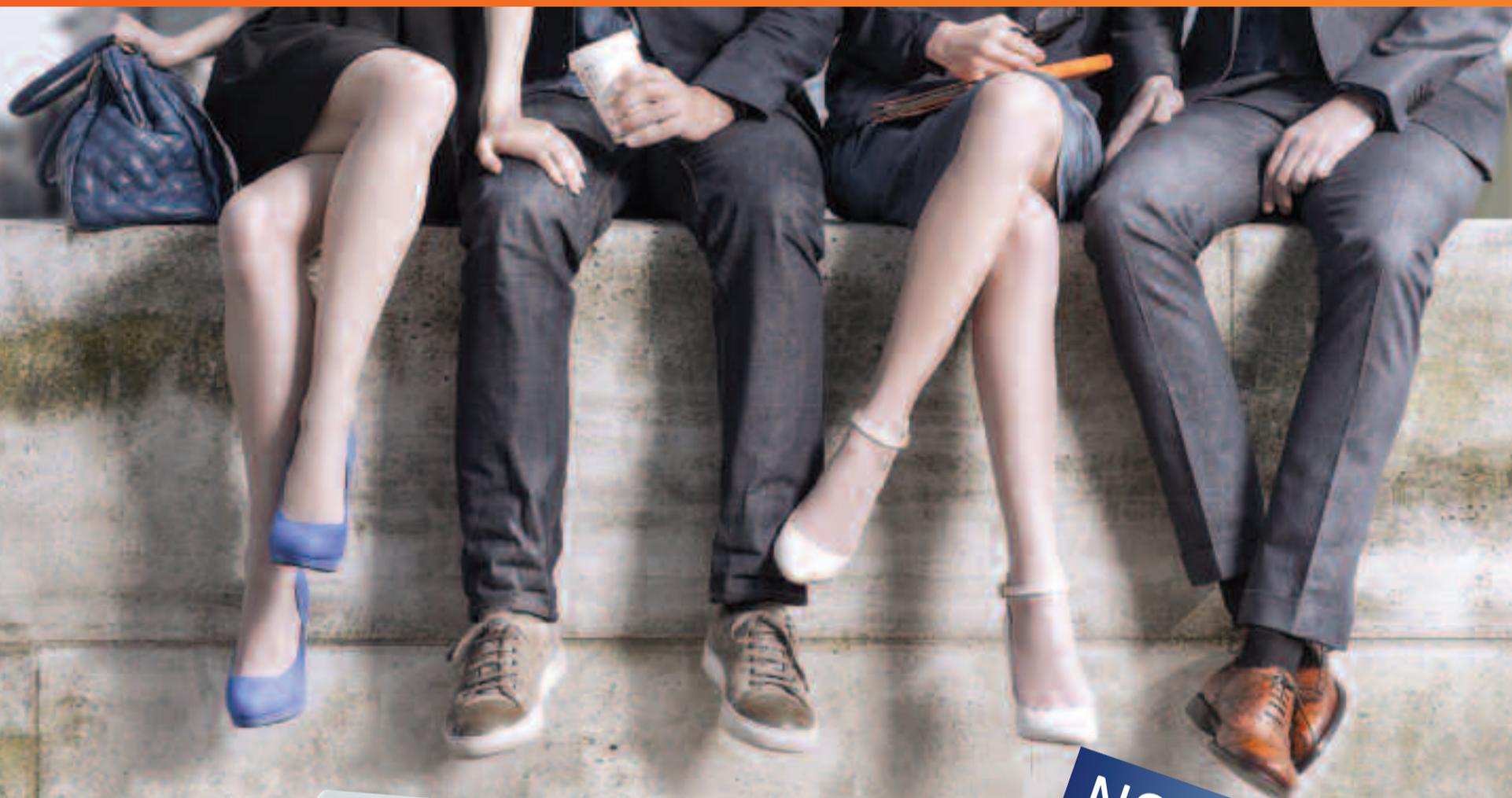
**Le prospettive future.** Questo risultato rappresenta un importante passo in avanti, secondo gli esperti. "Ci dà prova scientifica che il concetto di trapianto dell'utero può essere usato per trattare il fattore legato all'infertilità uterina, che fino ad oggi è rimasta l'ultima forma incurabile di sterilità femminile", conclude Brännström. Questo risultato "mostra anche che i trapianti da donatrice vivente sono possibili, incluso il caso in cui la donatrice sia in menopausa".

Gruppi di ricerca di tutto il mondo sono in attesa dei risultati dello studio di Göteborg, al fine di avviare studi osservazionali simili. Nel frattempo, anche le altre donne nel progetto stanno tentando una gravidanza. (**Viola Rita**)

\*Mats Brännström et al., "Livebirth after uterus transplantation", *The Lancet*, Early Online Publication, 6 October 2014 doi:10.1016/S0140-6736(14)61728-1 Cite or Link Using DOI **Y**



# HERPES IN THE CITY?



NOVITÀ

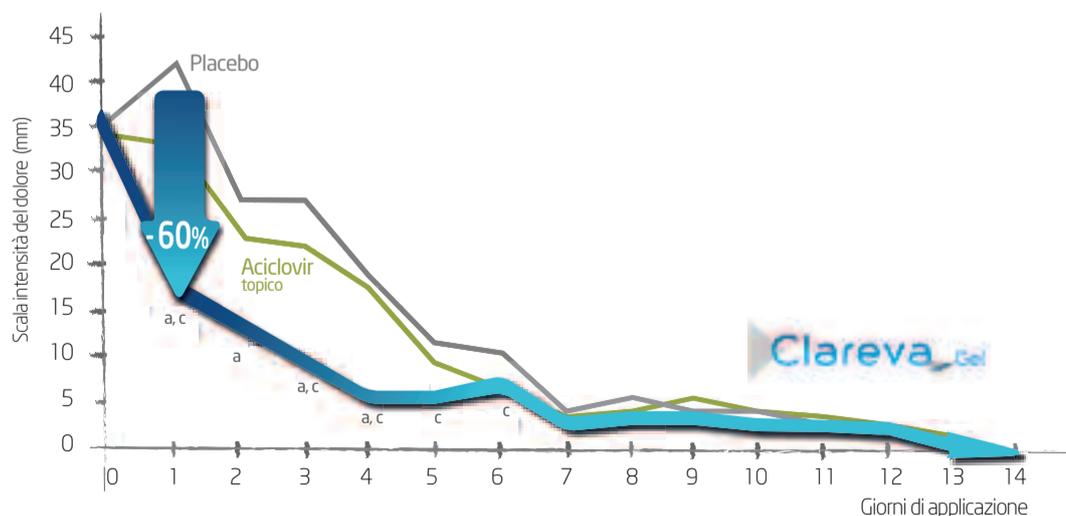
CLA 015 1014 IT



LA SOLUZIONE RAPIDA  
PER I SINTOMI  
DELL'HERPES GENITALE

Riduce sin dai primi giorni  
di applicazione i sintomi  
soggettivi dell'Herpes:  
**dolore, prurito e bruciore**

Riduce significativamente i **sintomi dolorosi** dal 1° giorno



Evoluzione dell'intensità del dolore in funzione del trattamento.  
Le differenze statisticamente significative ( $p < 0,05$ ) sono indicate con:  
a = Clareva Gel < placebo; c = Clareva Gel < Aciclovir

Khemis A, Duteil L et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2013 Sep 7. doi: 10.1111/jdv.12228

Antitrust. Multa da 831mila euro alla Fnomceo

## “Ostacolata ingiustificatamente attività pubblicitaria iscritti”

Con un provvedimento pubblicato sull'ultimo bollettino, l'Antitrust ha sanzionato la Fnomceo per “aver posto in essere un'intesa restrittiva della concorrenza, ai sensi dell'articolo 101 del Tfu, il Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea, e richiedendole di assumere “misure atte a porre termine all'illecito riscontrato” e di darne comunicazione entro il 31 gennaio 2015

L'Antitrust sanziona con una multa da 831mila euro la Federazione degli Ordini dei medici (Fnomceo) a causa dei divieti sulla pubblicità in materia sanitaria stabiliti dal codice deontologico del 2006 e dalle Linee guida applicative. È quanto prevede il provvedimento n. 25078 pubblicato dall'Authority guidata da Giovanni Pitruzzella il 24 settembre scorso.

“Il Codice deontologico dei medici e degli odontoiatri – si legge nel documento – prevede delle disposizioni idonee ad ostacolare ingiustificatamente l'attività pubblicitaria degli iscritti. E che costituiscono illecite restrizioni della concorrenza. Tali disposizioni integrano un'unica intesa restrittiva della concorrenza in violazione dell'articolo 101 del Tfu”. Il provvedimento spiega inoltre come l'approvazione del nuovo Codice di deontologia medica 2014, che non prevede il parametro del “decoro professionale” e il divieto di ‘pubblicità promozionale’, nonché la formale abolizione delle Linee guida, non consentano di ritenere superate le problematiche concorrenziali contestate nell'ambito del procedimento istruttorio.

Anche se è stato eliminato dall'art. 56 il parametro del “decoro

professionale”, sono stati comunque introdotti altri paletti, alcuni dei quali non previsti dalla vigente normativa. In sostanza, pur essendo stato rimosso il divieto di “pubblicità promozionale”, è ancora previsto un generale divieto di pubblicità comparativa che,

oltre a non essere conforme alle attuali disposizioni, costituisce un'ingiustificata limitazione dell'attività promozionale delle professioni sanitarie.

La Fnomceo ha controbattuto che nel “nuovo testo è comunque stato riconosciuto che la pubbli-

cità comparativa è ammessa se basata su conosciuti termini e parametri oggettivi di confronto”. Argomenti che, però, non hanno convinto l'Antitrust. “Contrariamente a quanto sostenuto dalla parte nelle proprie memorie – si legge nel provvedimento – anche

la nuova versione della disposizione, prevedendo un divieto di forme di pubblicità comparativa delle prestazioni, senza ulteriori specificazioni, risulta applicabile ad ogni tipologia di pubblicità comparativa, se si considera che il termine ‘prestazioni’ comprende ogni servizio offerto da professionisti o da strutture sanitarie che intendano promuoversi ricorrendo a tale forma di pubblicità”. In definitiva la Fnomceo dovrà adottare, entro il 31 gennaio 2015, misure atte a porre termine all'illecito riscontrato, fornendone poi apposita comunicazione tramite una relazione scritta. **Y**

### LA REPLICA

#### Fnomceo: "Difenderemo l'autonomia e l'indipendenza della nostra deontologia"

**"Non accetteremo che siano altri a scrivere il nostro Codice e riproporremo i profili giuridici delle questioni già rappresentate, che poco o nulla hanno rilevato nel procedimento istruttorio e nell'esile confronto delle parti". Così la Federazione degli Ordini dei medici replica al provvedimento emanato dall'Authority.**

Il Comitato Centrale della Fnomceo, riunito a Piacenza, nel prendere atto della misura adottata dall'Antitrust, ha deciso di resistere presso le sedi giurisdizionali previste dall'ordinamento. "In queste sedi – spiega una

nota - riproporremo i profili giuridici delle questioni già rappresentate, che poco o nulla hanno rilevato nel procedimento istruttorio e nell'esile confronto delle parti che ha preceduto la sanzione, pressoché annunciata. Vogliamo sin da subito ribadire, nel pieno rispetto dei ruoli istituzionali di ognuno e di tutti, che mai abbiamo inteso emanare un Codice contra legem, ma neppure accetteremo che siano altri a scrivere il nostro Codice". La Fnomceo sottolinea che, al di là dello stretto merito giuridico, questa vicenda "esalta una questione fondamentale: e cioè la libertà e l'indipendenza della deontologia professionale, che trova il suo caposaldo etico e civile nella tutela dei diritti dei cittadini, in questo caso la tutela della salute, definiti fondamentali dalla nostra Costituzione. E ciò in un contesto di diritto comunitario che non distingue, all'interno del mercato, le tipologie e le specificità dei diversi servizi". Al contrario, "crediamo invece che tale questione vada posta, non certo per difendere interessi corporativi, ma per meglio tutelare i diritti dei cittadini, soprattutto laddove insistono asimmetrie informative fondanti scelte consapevoli".

La Fnomceo precisa quindi di non essere ostile alla pubblicità sanitaria e "alle positive ricadute nel migliorare l'offerta di servizi e la libertà di scelta. Vogliamo però, nello spirito e nella lettera del nostro mandato istituzionale, contrastare fenomeni e abusi di un'attività informativa e comunicativa che, come scritto nel nostro Codice 2014, sia 'accessibile, trasparente, rigorosa e prudente' (art. 55), 'veritiera, obiettiva, pertinente e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria'".

Il Codice stabilisce inoltre che "non sono consentite forme di pubblicità comparativa sulle prestazioni" (art 56) né "forme di pubblicità promozionale finalizzate a consentire la commercializzazione di prodotti sanitari" (art 57).

Tutto questo "a noi pare essere un punto di equilibrio alto tra i contenuti del diritto comunitario e quel ruolo di verifica e di vigilanza che la legge ci attribuisce e che noi esercitiamo attraverso la deontologia. Difendendo la nostra deontologia, intendiamo difendere il diritto dei cittadini – conclude la nota - ad un sistema di cure accessibile, trasparente, efficace e sicuro".

Nell'emendamento governativo interamente sostitutivo del disegno di legge di delega sul lavoro che l'8 ottobre scorso ha incassato la fiducia del Senato sono presenti numerose tutele in favore della maternità e di una più opportuna conciliazione dei tempi di vita e di lavoro per la genitorialità dei lavoratori. Anche in questo caso il Governo è delegato ad adottare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi. Nel "maxiemendamento" si spiega come l'Esecutivo, nell'esercizio di questa delega, si dovrà attenere ai seguenti principi e criteri direttivi:

- ricognizione delle categorie di lavoratrici beneficiarie dell'indennità di maternità, nella prospettiva di estendere, eventualmente anche in modo graduale, tale prestazione a tutte le categorie di donne lavoratrici;
- garanzia per le lavoratrici madri

## Jobs Act: tutte le misure in favore della maternità

parasubordinate, del diritto alla prestazione assistenziale anche in caso di mancato versamento dei contributi da parte del datore di lavoro;

- introduzione del tax credit, quale incentivo al lavoro femminile, per le donne lavoratrici, anche autonome, con figli minori o disabili non autosufficienti e che si trovino al di sotto di una determinata soglia di reddito individuale complessivo, e armonizzazione del regime delle detrazioni per il coniuge a carico;
- incentivare accordi collettivi volti a favorire la flessibilità dell'orario lavorativo e dell'impiego di pre-

mi di produttività, al fine di favorire la conciliazione tra l'esercizio delle responsabilità genitoriali e dell'assistenza alle persone non autosufficienti e l'attività lavorativa, anche attraverso il ricorso al telelavoro;

- eventuale riconoscimento, compatibilmente con il diritto ai riposi settimanali e alle ferie annuali retribuite, della possibilità di cessione fra lavoratori dipendenti dello stesso datore di lavoro di tutti o parte dei giorni di riposo aggiuntivi spettanti in base al contratto collettivo nazionale in favore del lavoratore genitore di figlio minore che necessita di presenza fi-

sica e cure costanti per le particolari condizioni di salute;

- integrazione dell'offerta di servizi per l'infanzia forniti dalle aziende e dai fondi o enti bilaterali nel sistema pubblico-privato dei servizi alla persona, anche mediante la promozione dell'utilizzo ottimale di tali servizi da parte dei lavoratori e dei cittadini residenti nel territorio in cui sono attivi;
- ricognizione delle disposizioni in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, ai fini di poterne valutare la revisione per garantire una maggiore flessibilità dei relativi congedi obbligatori e parentali, fa-

vorendo le opportunità di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, anche tenuto conto delle funzionalità organizzative all'interno delle imprese;

- estensione dei principi di cui al presente comma, in quanto compatibili e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni, con riferimento al riconoscimento delle possibilità di fruizione dei congedi parentali in modo frazionato e alle misure organizzative finalizzate al rafforzamento degli strumenti di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. **Y**



# SCATTA L'ALLARME DENATALITÀ

## Tavolo della fertilità e bonus bebè contro il calo demografico

**Solo l'anno scorso sono nati 25mila bambini in meno rispetto all'anno precedente. Scatta l'allarme denatalità e si corre ai ripari. Il ministro Lorenzin insedia un Tavolo della**

**fertilità, composto da un team multidisciplinare, per affrontare la questione con un piano a lungo termine e il governo vara il bonus bebè: 80 euro mensili alle neomamme per ogni**

**bambino nato o adottato fino al terzo anno di età. Il provvedimento, contenuto nella legge di stabilità, stanZIA per la natalità, di qui al 2020, 3.642 milioni di euro**

### Insediato Tavolo Fertilità

## Il presidente Trojano nella task force multidisciplinare

Il gruppo di lavoro sulla fertilità, insediato il 1° ottobre, dovrà sviluppare un primo documento di indirizzo entro sei mesi. Il principale obiettivo della task force composta da 26 membri, tra cui il presidente Aogoi Vito Trojano, è di combattere il calo demografico.

Il problema della denatalità per Lorenzin "è concreto", per questo è necessario affrontare la questione con "prospettive di lungo termine, perché le politiche sanitarie non devono solo riguardare le emergenze"

**I**n concomitanza con l'indagine Censis sulla natalità che rileva come in Italia, tra le coppie, ci sia scarsa informazione sulla fertilità, il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin ha insediato e presentato il 1° ottobre scorso "un tavolo sulla fertilità per combattere il grande problema del calo demografico, in Italia e non solo". Un problema che, ha spiegato il Ministro, "rappresenta una delle fonda-

mentali questioni per lo sviluppo dell'Europa nei prossimi decenni". L'avvio del tavolo di fatto si traduce in un piano a lungo termine per promuovere la natalità in Italia. Il gruppo, presieduto dalla ginecologa Eleonora Porcu dell'Università di Bologna, è formato da 26 membri con diverse specializzazioni e dovrebbe arrivare entro sei mesi alla stesura di un primo documento di indirizzo.

"Il problema della denatalità, ha osservato Lorenzin "è concreto: basti pensare che nel 2012 i nati vivi in Italia sono stati 527.770 contro i 503.745 del 2013; è come se scomparisse una piccola cittadina italiana".

"Il tavolo vuole dare una serie di risposte sull'infertilità - ha spiegato il ministro. Un primo dato che ci fornisce il Censis è che il 60% della popolazione

non è sufficientemente informato su cosa sia l'infertilità e sulle sue cause, non sa insomma di cosa si parla. Nell'altro 40%, che più o meno sa di cosa si parla, c'è un 23% che non sa come si possano risolvere i problemi di infertilità o da cosa siano causati. Mentre il restante dà delle risposte molto approssimative". "Questo - ha proseguito Lorenzin - è un dato grezzo che però ci fa comprendere come il pro-

blema sia elevato. I bambini nascono sempre di meno e dobbiamo registrare un acuirsi della perdita di natalità nel nostro Paese che è una questione che impatta sulle nostre vite, non solo sulla società futura, ma anche sulla sostenibilità dei sistemi di welfare e sul sistema sanitario. In più c'è una mancanza di informazione da parte dei giovani che non conoscono la curva di fertilità della propria

vita. Per questo abbiamo deciso di dare come slogan della campagna: liberi di scegliere conoscendo, in modo di dare un approccio concreto di informazione sulla propria fertilità, su come preservarla e per come preservarla per le persone malate oncologiche o affette da malattie diverse”.

“Non si vuole obbligare ad avere figli ma piuttosto il fine è dare informazione ai cittadini perché possano programmare la genitorialità come scelta consapevole”. Si tratta dunque di un lavoro, ha tenuto a precisare Lorenzin, “totalmente deideologizzato; l’obiettivo è invece un’indagine scientifica per fornire strumenti operativi alle famiglie e agli operatori sanitari”.

Questo gruppo di lavoro è formato da medici, ginecologi, sessuologi, psicologi, pediatri, giuristi, sociologi ma anche “dalla rete di

farmacie perché lì i cittadini si recano per avere informazioni corrette”. È insomma un tavolo estremamente eterogeneo per fornire un “approccio multidisciplinare”. Una campagna che coinvolgerà anche altri ministeri, il Mef poiché, ha sottolineato, “accanto al problema dell’infertilità vi è anche un problema di sostenibilità previdenziale, sanitaria ed economica”, ma non solo “ presenteremo il lavoro anche al ministro dell’Istruzione perché c’è un tema educativo su campagne che si possono svolgere nelle scuole. Non abbiamo l’ambizione di risolvere da soli il problema della natalità ma almeno lo cominciamo ad affrontare. Sono sicura che questo sarà l’inizio di un lavoro che poi coinvolgerà anche i miei colleghi sullo sviluppo di politiche della famiglia per il futuro del Paese”.

“Il tavolo essendo multidisciplinare si occuperà anche di procreazione medicalmente assistita è gli esperti cercheranno di dare delle linee di qualità, dobbiamo capire quanti bambini nascono se ci sono dei problemi e dove”. Ma ha detto Lorenzin “è prematuro per dire che da qui usciranno delle linee guida. Vedremo”.

La fertilità – detto la ginecologa **Eleonora Porcu** – è il nostro futuro. Facciamo i figli per trasmettere loro il gusto della vita che ci ha spinto a generarli. Come medici – ha aggiunto dobbiamo rendere autonomi i cittadini nel gestire la propria fertilità ma è oggi anche necessario – ha concluso – rispondere all’esigenza formativa esistente nella stessa classe medica, poiché il medico di base rappresenta il primo riferimento per le famiglie”. **Y**

## I 26 componenti del tavolo sull'infertilità

### PRESIDENTE:

**Eleonora Porcu**, Policlinico Universitario S.Orsola-Malpighi, Università di Bologna

### Membri:

**Carlo Alviggi**, Università Federico II di Napoli

**Sergio Belardinelli**, Università di Bologna

**Maria Emilia Bonaccorso**, Giornalista professionista – Capo servizio “Salute, Ambiente e Scienza” Agenzia Ansa di Roma

**Andrea Borini**, Presidente Società Italiana Fertilità Sterilità

**Giovanni Corsello**, Università di Palermo – Presidente Società Italiana di Pediatria

**Mauro Costa**, Centro PMA Ospedale Evangelico di Genova

**Marilisa D’Amico**, Università degli Studi di Milano

**Salvatore Dessole**, Università di Sassari

**Giacomo Faldella**, Università di Bologna

**Alessandra Kustermann**, Irccs Ospedale Maggiore Policlinico

Mangiagalli e Regina Elena – Milano

**Antonio La Marca**, Università di Modena

**Antonio Lanzone**, Università Cattolica Roma Prof. Andrea Lenzi

Università La Sapienza di Roma

**Lucia Lispi**, Dirigente Statistico - Ministero Salute

**Lucia Lo Presti**, Direttore U.O.C. Ostericia e Ginecologia – Nuovo ospedale di Lentini (SR)

**Rosanna Mariniello**, Dirigente Amministrativo – Ministero Salute

**Laura Mazzanti**, Università di Bologna

**Gianluca Monaco**, Psicologo

**Assuntina Morresi**, Università di Perugia

**Annarosa Racca**, Farmacista - Presidente Federfarma

**Alberto Revelli**, Università di Torino

**Nicolino Rossi**, Università di Bologna

**Vito Trojano**, Presidente Aogoi, Direttore Dipartimento Donna

IRCCS Ospedale Oncologico di Bari

**Filippo Ubaldi**, Direttore Centri Genera PMA Roma

**Paolo Vercellini**, Università Statale Milano

**Enrico Vizza**, Segretario Sigo - Università di Roma Tor Vergata

## Bonus bebè

# Lorenzin: dalla Stabilità finanziamento senza precedenti a sostegno delle nascite

**“Il provvedimento varato dal Governo, che stanziava per la natalità, di qui al 2020, 3.642 milioni di euro, dà corpo a quanto stavamo già affrontando dal punto di vista medico e sanitario con il Tavolo della Fertilità”**

**“N**ei mesi scorsi abbiamo più volte evidenziato il gravissimo problema della denatalità. Solo l’anno scorso sono nati 25mila bambini in meno rispetto all’anno precedente. Ed è la conferma della tendenza degli ultimi cinque anni” - Se non nascono bambini, l’Italia è un Paese senza futuro e senza alcuna possibilità di pagare l’assistenza e le pensioni a una popolazione fortunatamente sempre più numerosa e longeva” - afferma in una nota il ministro della Salute.

Il provvedimento, ricorda il Ministro, “prevede un sostegno per ogni bambino nato o adottato fino al terzo anno di età, e stanziato per il 2015 i primi 500 milioni, 202 direttamente sotto forma di assegno per il sostegno alla natalità, fondo che dovrebbe essere sufficiente e che comunque verrà eventual-

mente integrato, e 298 milioni a un Fondo da destinare a politiche per la famiglia. Nel 2016 lo stanziamento passerà a 607 milioni mentre per il 2017 e 2018 sarà di 1.012 milioni. Nel 2019 sono previsti 607 milioni e nel 2020 saranno 202 milioni di euro”.

**Non si tratta di uno spot ma di una misura strutturale.** Per Lorenzin si tratta del “primo grande passo con un finanziamento ingente e che non ha precedenti perché, in questo caso, non si tratta di uno spot ma di una misura strutturale, che accompagna le mamme per i primi tre anni di ogni neonato. Occorrerà adesso proseguire con ulteriori provvedimenti e personalmente auspico che l’incentivo possa accompagnare ogni neonato fino al quinto anno di età e che un nuovo welfare dia il giusto sostegno alle madri e alle famiglie”. **Y**

**I dettagli dell’operazione dovrebbero essere contenuti in un Dpcm, elaborato dal ministro Beatrice Lorenzin di concerto con il collega Pier Carlo Padoan, che andrà approvato entro febbraio 2015**



**L**a crisi scoraggia la decisione di avere un figlio. Nel 2013 in Italia si è registrata una riduzione delle nascite del 3,7% rispetto all’anno precedente, con un calo del tasso di natalità da 9 a 8,5 nati per mille abitanti. Dall’inizio della crisi a oggi sono più di 62.000 i nati in meno all’anno. Siamo passati dai 576.659 bambini del 2008 ai 514.308 del 2013: mai così pochi nella storia d’Italia (le serie storiche ufficiali partono dal 1862), nonostante l’aumento nel tempo della popolazione, i progressi della medicina e il contributo degli immigrati residenti. Tra gli italiani c’è una diffusa consapevolezza in merito al problema di denatalità che affligge il Paese. L’88% sa che og-

## L’indagine Censis-Ibsa

# “Diventare genitori oggi. Indagine sulla fertilità/infertilità in Italia”

**La crisi fa sentire i suoi effetti anche sulla natalità: dall’inizio del 2008 ad oggi sono più di 62.000 i nati in meno all’anno e solo il 29% degli under 35 sono genitori. I risultati della ricerca Censis-Ibsa**

gi si fanno pochi figli. Il fenomeno viene spiegato soprattutto ricorrendo a motivi economici. Per l’83% la crisi rende più difficile la scelta di avere un figlio. E la percentuale supera il 90% tra i giovani fino a 34 anni, cioè le persone che subiscono maggiormente l’impatto della crisi e allo stesso tempo sono maggiormente coinvolte nella decisione della procreazione. È quanto emerge da una ricerca realizzata dal Censis in collaborazione con la Fondazione Ibsa,

dal titolo “Diventare genitori oggi. Indagine sulla fertilità/infertilità in Italia” che è stata presentata a Roma il 1° ottobre scorso. **L’insufficienza delle politiche pubbliche a sostegno della famiglia.** Il 61% degli italiani è convinto che le coppie sarebbero più propense ad avere figli se migliorassero gli interventi pubblici. Sgravi fiscali e aiuti economici diretti sono le principali richieste (71%), il

► **Segue a pagina 16**

67% segnala l'esigenza di potenziare gli asili nido, il 56% fa riferimento ad aiuti pubblici per sostenere i costi per l'educazione dei figli (rette scolastiche, servizi di mensa o di trasporto).

**Verso il superamento della famiglia tradizionale.** Sono ormai tanti gli italiani che ammettono la possibilità di avere figli anche al di fuori della coppia eterosessuale tradizionale. Per il 46% è legittimo per i single, per il 29% è giusto anche per le coppie omosessuali. In questo giudizio la fede religiosa ha un'influenza limitata: è d'accordo il 43% dei cattolici praticanti nel primo caso e il 23% nel secondo.

**Italiani divisi sulla procreazione eterologa.** La maggioranza degli italiani è favorevole alla inseminazione omologa in vivo (l'85% del totale) e alla fecondazione omologa in vitro (73%). Le opinioni si dividono però sulla inse-

minazione/fecondazione eterologa. È d'accordo con l'uso di gameti esterni alla coppia il 40% degli italiani (tra i cattolici praticanti la percentuale scende al 30% e sale al 65% tra i non credenti). Il 35% è favorevole alla diagnosi pre-impianto (il 29% tra i cattolici praticanti). Solo il 14% concorda con la possibilità di ricorrere alla maternità surrogata (il cosiddetto "utero in affitto"). E appena il 9,5% è favorevole alla possibilità di scegliere in anticipo il sesso del nascituro. È quanto emerge da una ricerca del Censis realizzata in collaborazione con la Fondazione Ibsa, da cui emerge che solo l'11% del campione afferma di sapere che in Italia esiste una legge che regola la materia (la n. 40 del 2004). Questa piccola percentuale ne dà un giudizio nel complesso non positivo, soprattutto per l'applicazione differenziata sul territorio nazionale



(ogni Regione si sta muovendo per conto proprio) e per le limitazioni poste alle coppie. La maggioranza ritiene che dovrebbe essere modificata.

**Scarsa informazione sulla infertilità.** Dell'infertilità il 45% degli italiani ammette di saperne poco e un ulteriore 15% afferma di non essere per nulla informato. Tra chi invece dichiara di conoscere il problema (il 40%), il 16% è stato coinvolto in maniera diretta, perché il problema ha riguardato una persona vicina (9%) oppure direttamente lui o il partner (7%). Forti incertezze si registrano sulle possibili cause dell'infertilità. La metà degli intervistati sa che non esiste una prevalenza di cause maschili o femminili, ma il 33% ritiene che nella maggior parte dei casi l'infertilità sia legata alla presenza di problemi in entrambi i partner. Tra le cause, la più citata è quella più generica: lo stress (31%). Seguono quelle che riguardano le donne: problemi o

anomalie strutturali (21%), problemi ormonali e ovulatori (15%). L'11% cita genericamente problemi che riguardano l'uomo e il 6% difetti del liquido seminale. Ma il 23% non è in grado di fornire nessuna risposta. Nell'immaginario collettivo degli italiani il professionista d'elezione a cui rivolgersi per affrontare i problemi di infertilità rimane il ginecologo, citato dal 63% del campione, mentre solo il 3% segnala l'andrologo o l'urologo. Più elevata è la quota di intervistati che ritengono che gli italiani siano poco o per nulla informati sulle metodiche per la procreazione medicalmente assistita (81%).

**Le difficoltà delle coppie con problemi di infertilità.** Le coppie con problemi di infertilità devono affrontare non poche difficoltà, tra cui oggi sono ritenute prevalenti quelle economiche (67%), come per le coppie senza problemi che vogliono un figlio. Per l'80% del campione la crisi

è un deterrente specifico anche per le coppie che devono ricorrere alla procreazione medicalmente assistita. Ma ci sono difficoltà anche sul piano delle informazioni, perché spesso non si sa a chi rivolgersi (42%), che si accompagnano alle difficoltà emotive (42%), come la chiusura in se stessi rispetto a un problema che rimane ancora difficile da comunicare e condividere.

“È un'indagine che la Fondazione Ibsa ha fortemente voluto per mettere in luce il vissuto reale rispetto a un tema che deve essere valutato non solo da un punto di vista medico e procedurale. Le profonde implicazioni sociali e morali emerse dalla ricerca dimostrano come il Paese sia più avanti di quanto non emerga nel dibattito quotidiano”, ha dichiarato Giuseppe Zizzo, Segretario della Fondazione Ibsa. “Il fatto che il 2013 è l'anno in cui si sono fatti meno figli in Italia, compresi gli anni delle guerre, nonostante nel tempo sia aumentata la popolazione e il numero di immigrati, e nonostante i progressi medici e l'allungamento dell'aspettativa di vita, dovrebbe farci riflettere sugli effetti profondi che il perdurante stato di crisi sta producendo sul vissuto reale dell'Italia di oggi e del futuro”, ha concluso Zizzo. **Y**

**Il 35% è favorevole alla diagnosi pre-impianto, il 14% all'utero in affitto, il 9,5% alla possibilità di scegliere il sesso del nascituro. Per il 46% anche i single dovrebbero poter avere figli, il 29% apre ai figli per le coppie omosessuali. La fede religiosa influisce più sui primi aspetti che sulla genitorialità per single e gay**

## Fecondazione

# De Biasi presenta Ddl: “Uno strumento che metto a disposizione del Senato”

Il 24 settembre scorso la presidente della Commissione sanità del Senato, Emilia Grazia De Biasi (Pd), ha depositato un Disegno di legge in materia di procreazione medicalmente assistita che rivede la Legge 40 / 2004 alla luce della sentenza della Corte costituzionale. Il Ddl è stato sottoscritto dai vice presidenti del gruppo Pd a Palazzo Madama, Giuseppina Maturani e Giorgio Tonini e da Nerina Dirindin, Capogruppo Pd in Commissione sanità.

“Un passaggio importante e mi auguro che si associno altri senatori” – ha sottolineato De Biasi spiegando che si tratta di “uno strumento che metto a disposizione del Senato per dare risposta alla sentenza della Corte costituzionale sulla fecondazione eterologa e che recepisce le linee di indirizzo in materia della Conferenza delle Regioni”. Quanto al recepimento della direttiva europea, De Biasi ha ricordato che, nell'ambito della discussione sulla Legge europea,

**La presidente della Commissione Sanità del Senato ha depositato un disegno di legge in materia di Pma. Si tratta, ha spiegato De Biasi di “uno strumento che metto a disposizione del Senato per dare risposta alla sentenza della Corte costituzionale sulla fecondazione eterologa e che recepisce le linee di indirizzo in materia della Conferenza delle Regioni”.**

il Governo ha accolto un ordine del giorno che lo impegna a recepire la direttiva per via regolamentare. Con questo Ddl “il Parlamento, come sempre, farà la sua parte”.

**In sintesi il disegno di legge consta di 20 articoli.** Tra l'altro, prevede che possano accedere alla tecniche di procreazione medicalmente assistita “coppie di maggiorenni, coniugate o conviventi, entrambi viventi, in età potenzialmente fertile e comunque non oltre il limite di 50 anni per la donna”. Nella proposta si sottolinea (all'articolo 1 comma 2) che le tecniche di procreazione “non possono costituire mezzo per la selezione eugenetica dei nascituri”. Tali interventi sono

“realizzati nelle strutture pubbliche e private autorizzate dalle regioni”.

**Il Ddl propone l'istituzione** da parte del Ministero della salute “presso l'Istituto superiore di sanità” di un “registro nazionale”, con “iscrizione obbligatoria”, delle strutture “autorizzate all'applicazione delle tecniche” di procreazione, degli “embrioni formati” e dei “nati a seguito delle tecniche medesime”. Per quel che riguarda i “divieti”, la proposta prevede che “chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o embrioni o la surrogazione di maternità è punito con la reclusione da tre mesi a due anni e con

la multa da 600.000 a un milione di euro”.

**Quanto all'articolo sulla ricerca,** nel Ddl si legge che “l'attività di ricerca scientifica sugli embrioni umani è consentita nel caso in cui vengano utilizzati gli embrioni crioconservati, che non siano destinati al trasferimento in utero nonché in situazioni di abbandono”. Per quanto riguarda gli aspetti applicativi della procreazione, la legge dispone che “la donazione di gamete è libera, volontaria e gratuita”; che i centri di procreazione assistita garantiscano la “tracciabilità del percorso delle cellule riproduttive dalla donazione all'eventuale nascita”; che i “dati clinici del donatore potranno essere noti al personale sanitario solo in casi straordinari, dietro specifica richiesta e con procedure istituzionalizzate, per eventuali problemi medici della coppia, ma in nessun caso alla coppia ricevente”.

**I donatori,** inoltre, “non hanno diritto di conoscere l'identità del soggetto nato” e “il nato non po-



trà conoscere l'identità del donatore” le cui “cellule riproduttive non potranno determinare più di dieci nascite”. Infine, il Ddl recita anche che il Ministro della salute definisca “con proprio decreto, linee guida” con “l'indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita” che siano “vincolanti per tutte le strutture autorizzate” e che vengano “aggiornate periodicamente, almeno ogni tre anni in rapporto con l'evoluzione tecnico-scientifica e sulla base delle buone pratiche cliniche”.

**Nell'ultimo articolo** si prevede che “tutte le tecniche consentite dalla legge” siano “inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza”. **Y**

Eterologa/Regione Toscana fa da apripista

# "Careggi il primo ospedale del Ssn ad offrire questa prestazione"



**E**terologa, oggi si parte. Careggi sarà il primo ospedale pubblico ad offrire ad una coppia questa prestazione. Sono già mille le coppie, da varie regioni, in lista di attesa". Lo ha scritto il 14 ottobre scorso il presidente della regione Toscana Enrico Rossi dalla sua pagina Facebook, confermando che la regione da lui governata fa da apripista rispetto alla sentenza della Corte Costituzionale che, nell'aprile scorso, ha riconosciuto incostituzionale il divieto di ricorrere alla fecondazione eterologa contenuto invece nella Legge 40/2004.

Il governatore ha poi aggiunto che le mille coppie rappresentano un "segno di un bisogno di natalità in un Paese dove le nascite sono più che dimezzate nel corso degli ultimi 50 anni". Rossi quindi conclude il suo post scrivendo: "In Toscana stiamo facendo la cosa giusta".

Per il consigliere regionale di Più Toscana e membro della commissione Sanità, Gian Luca Lazzeri "A prescindere dal dibattito etico in corso sulla fecondazione eterologa, l'azienda ospedaliero-universitaria di Careggi ha dimostrato di saper affrontare tempestivamente nuovi impegni e le nuove sfide poste. L'ospedale fiorentino di Careggi riconferma ancora una volta la capacità di cogliere le sfide future e di sapersi adattare in maniera professionale".

Intanto dall'ospedale Careggi fanno sapere che per il tratta-

Sono già mille le coppie, da varie regioni, in lista di attesa. Lo scrive il governatore toscano sul suo profilo Facebook. L'ospedale fiorentino di Careggi è la prima struttura pubblica a prestare questo servizio. Dalla struttura fanno sapere che l'offerta ambulatoriale sarà potenziata per effettuare visite su 40 coppie a settimana

mento, il primo in Italia, verranno utilizzati gameti maschili (donati) arrivati da un istituto accreditato e autorizzato del Nord Europa. L'inseminazione intrauterina eterologa verrà effettuata su una giovane coppia del Lazio. Dalla struttura fiorentina aggiungono che "con l'entrata in servizio di un nuovo medico di ginecologia l'offerta ambulatoriale, dalla prossima settimana, sarà potenziata fino a cinque ambulatori per la Pma eterologa che consentiranno di effettuare visite per 40 coppie a settimana. Pertanto è in corso il recall di tutti i pazienti già prenotati per la riprogrammazione degli appuntamenti già fissati. Tutti verranno quindi ricontattati telefonicamente per anticipare gli appuntamenti".

Questo permetterà di "ridurre i tempi d'attesa che attualmente si attestano ai primi mesi del 2017, di circa un anno, per circa mille coppie che ad oggi hanno fatto richiesta. Sta procedendo la selezione di donatori, le cui richieste continuano a pervenire, sebbene in numero esiguo. Il tempo tecnico per qualificare i donatori come idonei è comunque non inferiore a 5-6 mesi". **Y**



## Eterologa: tutte le Regioni

**Friuli V. Giulia** Si applicano le tariffe già esistenti per le tecniche omologhe

**Veneto** Recepto l'accordo interregionale, ma le tariffe sono ancora da stabilire. Si attende anche la definizione delle prestazioni per la compartecipazione alla mobilità interregionale

**Lombardia** Recepto l'accordo interregionale, ma si attende che il Parlamento legiferi. Sono sospese nuove autorizzazioni ai centri. L'eterologa è a carico dell'assistito, è attivo un archivio dei donatori presso il Policlinico. L'accesso è limitato ai soli casi di sterilità accertata e irreversibile dichiarata da un certificato medico

**Piemonte** Recepto l'accordo interregionale. Al momento i centri accreditati sono quattro. Un comitato scientifico stabilirà i costi

**Liguria** Si applicano le tariffe già esistenti per le tecniche omologhe

**Toscana** Recepto l'accordo interregionale, servizio a carico della

**Ecco le 11 Regioni che hanno già deliberato per recepire l'accordo di un tariffario unico per l'eterologa, siglato il 27 settembre scorso al tavolo della Conferenza Stato regioni. Per il Sud, solo la Regione Puglia è in dirittura d'arrivo per deliberare il sì all'organizzazione dell'eterologa**

Regione fino ai 43 anni. Prevista la possibilità di egg sharing

**Emilia Romagna** È a carico del servizio sanitario regionale fino ai 43 anni compiuti della donna, per un totale di 3 cicli. Il ticket, dai 500 agli 800 euro, varia in base al reddito

**Umbria** Recepto l'accordo interregionale. La prestazione è gratuita per le coppie con problemi accertati di fertilità

**Marche** Recepto l'accordo interregionale. Servizio a carico della Regione fino ai 43 anni. I centri saranno due: Ancona e Pesaro, ancora da aprire

**Abruzzo** Recepto l'indirizzo della Conferenza Stato Regioni, ma le tariffe sono ancora da stabilire

**Puglia** L'assessorato intende deliberare per recepire l'accordo interregionale. La Regione cercherà di applicare il ticket più basso della forbice prevista dal tavolo interregionale, 400 euro

**Annunci.** In Valle d'Aosta l'assessore Antonio Fosson invoca una

legge nazionale. Nel **Lazio** il presidente Nicola Zingaretti ha annunciato il recepimento dell'accordo interregionale e l'operatività entro l'anno. Il servizio sarà a carico della Regione fino ai 43 anni compiuti per un massimo di 3 cicli. Ticket variabile dai 400 ai 600 euro. In **Basilicata** Il presidente Marcello Pittella intende deliberare per recepire l'accordo interregionale. Per le donne fino ai 43 anni, il costo sarà sostenuto dal sistema sanitario nazionale. In **Sicilia** l'assessore Rita Borsellino intende deliberare entro Natale per recepire l'accordo interregionale: ticket tra i 400 ed i 600 euro

In **Sardegna** l'assessorato intende deliberare per recepire l'accordo interregionale. La Regione cercherà di applicare il ticket più basso della forbice prevista dal tavolo interregionale, 400 euro.

**Nessuna decisione** invece da parte di **Trentino Alto Adige, Molise, Campania e Calabria.**

Fonte: Repubblica.it

Scambio embrioni al Pertini

# La Corte europea dei diritti umani respinge il ricorso della coppia

"La giustizia italiana deve ancora fare il suo corso". Questa la motivazione con la quale i giudici hanno rigettato il ricorso presentato dalla coppia i cui embrioni sono stati impiantati per errore in un'altra donna nel dicembre 2013. Secondo la convenzione europea dei diritti umani i cittadini prima di ricorrere a Strasburgo devono dare modo al proprio Stato di rimediare agli errori

**N**iente da fare per la coppia vittima dello scambio di embrioni all'ospedale Pertini di Roma. Il 10 ottobre scorso la Corte europea dei diritti umani ha dichiarato inammissibile il ricorso da loro presentato. Per i giudici di Strasburgo i ricorrenti non hanno esaurito tutte le possibilità offerte dalla legislazione italiana per ot-

tenere il riconoscimento di una violazione dei loro diritti. La notizia dello scambio venne diffusa lo scorso aprile dopo la denuncia presentata alla Procura di Roma da una delle coppie sottoposte al percorso di fecondazione assistita, che lamentava un episodio di scambio nel laboratorio il 6 dicembre del 2013. Nel ricorso presentato dalla cop-

pia, indicata solo con le lettere X e Y, viene sostenuto che lo Stato italiano ha violato il loro diritto al rispetto della vita privata e familiare protetto dall'articolo 8 della Convenzione europea dei diritti umani perché a causa di un errore di un ospedale pubblico i loro embrioni sono stati impiantati in un'altra donna. Inoltre, secondo i ricorrenti le

leggi italiane non garantiscono la protezione del loro status di genitori biologici nonostante il test del Dna abbia dimostrato che il loro e quello dei gemelli, nati il 3 agosto, sia compatibile. che lamentava un episodio di scambio nel laboratorio il 6 dicembre del 2013.

La Corte di Strasburgo ha però rigettato il ricorso, per non esaurimento dei rimedi interni da parte della coppia. Secondo la Convenzione europea dei diritti umani, prima di portare un ricorso a Strasburgo, i cittadini devono dare modo al proprio Stato di rimediare ai propri errori. **Y**

**Per i giudici di Strasburgo i ricorrenti non hanno esaurito tutte le possibilità offerte dalla legislazione italiana per ottenere il riconoscimento di una violazione dei loro diritti**





**Una sentenza che cambia la giurisprudenza italiana in materia di malpractice sanitaria**

## Tribunale di Milano: "Spetta al paziente provare l'errore del medico"

Così una sentenza dello scorso luglio riguardante il Policlinico di Milano per un caso di paralisi di corde vocali. Nel dispositivo, richiamando la legge Balduzzi, viene qualificata la responsabilità del medico ospedaliero come 'extracontrattuale da fatto illecito' e non 'contrattuale'. Per fare causa al sanitario ci saranno cinque anni di tempo e non più dieci

**C**ambia la giurisprudenza in materia di malpractice sanitaria. Una sentenza dello scorso luglio del Tribunale di Milano, riguardante un caso di paralisi di corde vocali avvenuto nel 2008 al Policlinico di Milano e risarcito con 44mila euro, ha stabilito che ricade sul paziente l'onere di provare la colpa del medico, e che per agire in giudizio ci sono cinque anni di tempo e non più dieci. È questa per i giudici la conseguenza della legge Balduzzi che qualifica la responsabilità del medico ospedaliero come 'extracontrattuale' da fatto illecito (ex art. 2043 c.c.) sancendo, dunque, che l'obbl-

**La sentenza ripercorre tutte le tappe dell'articolato sistema di responsabilità civile in ambito sanitario dopo la legge Balduzzi delineandone l'ambito applicativo sulla base dell'interpretazione dell'art. 3 S**

gazione risarcitoria del medico possa scaturire solo in presenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano (che il danneggiato ha l'onere di provare). Viene quindi meno sia la responsabilità contrattuale (articolo 1.128) del camice bianco, che si basava sulla teoria del 'contatto sociale', che quella dell'ospedale basata sull'idea di contratto obbligatorio atipico di 'assistenza sanitaria' perfezionabile già con la sola accettazione del malato in ospedale.

"Tale inquadramento della responsabilità medica e il conseguente regime applicabile, unito all'evoluzione che nel corso degli anni si è avuta in tema di danni non patrimoniali risarcibili e all'accresciuta entità dei risarcimenti liquidati - si legge nella sentenza - ha indubitabilmente comportato un aumento dei casi in cui è stato possibile ravvisare una responsabilità civile del medico ospedaliero (chiamato direttamente a risar-

cire il danno sulla base del solo 'contatto' con il paziente se non riesce a provare di essere esente da responsabilità ex art. 1218 c.c.), una maggiore esposizione di tale categoria professionale al rischio di dover risarcire danni anche ingenti (con proporzionale aumento dei premi assicurativi) ed ha involontariamente finito per contribuire all'esplosione del fenomeno della 'medicina difensiva' come reazione al proliferare delle azioni di responsabilità promosse contro i medici".

Esattamente quei problemi che l'ex ministro della Salute, Renato Balduzzi, aveva provato a risolvere con il suo decreto legge. "Compito dell'interprete - si legge infatti nella sentenza - 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. Nell'art. 3 comma 1 della legge Balduzzi il Parlamen-

to Italiano, in sede di conversione del decreto e per perseguire le suddette finalità, ha voluto indubbiamente limitare la responsabilità degli esercenti una professione sanitaria ed alleggerire la loro posizione processuale anche attraverso il richiamo all'art. 2043 c.c."

"Sembra dunque corretto - conclude il dispositivo - interpretare la norma nel senso che il legislatore ha inteso fornire all'interprete una precisa indicazione nel senso che, al di fuori dei casi in cui il paziente sia legato al professionista da un rapporto contrattuale, il criterio attributivo della responsabilità civile al medico (e agli altri esercenti una professione sanitaria) va individuato in quello della responsabilità da fatto illecito ex art. 2043 c.c., con tutto ciò che ne consegue sia in tema di riparto dell'onere della prova, sia di termine di prescrizione quinquennale del diritto al risarcimento del danno". **Y**



### Sentenza Tribunale Milano

## "Non è la prima, ma la direzione è quella giusta"

Questa sentenza è importante anche perché per la prima volta l'esimente prevista dalla Balduzzi si applica anche al medico dipendente della struttura privata. Ritengo che con queste sentenze i giudici stiano indicando la via da seguire per affrontare la questione della responsabilità medica, adesso tocca alla politica intervenire per disciplinare la materia

**Carmine Gigli**  
Presidente Fesmed

**L**a sentenza del Tribunale di Milano del 17 luglio 2014, pubblicata a metà ottobre, è stata accolta da molti come un punto di svolta della giurisprudenza sulla responsabilità medica. In realtà si è trattato di un passo in avanti sulla

via che alcuni giudici hanno cominciato a percorrere per riaffermare che il medico non è debitore del paziente per la mancata guarigione o per l'inatteso miglioramento, ma ne assume la responsabilità qualora abbia disatteso le regole dell'arte medica. Se vogliamo, una valorizzazione del giuramento d'Ippocrate e dei pre-

cetti deontologici.

Chi segue con attenzione la questione della responsabilità medica sa che la prima articolata sentenza in questa direzione è stata quella del Tribunale di Varese, 29 novembre 2012, n. 1406, la quale ha affermato che "L'art.3 l. n.189 del 2012 - prevedendo che nei casi in cui il medico non risponda penal-

mente, comunque sia tenuto all'obbligazione civile del risarcimento, ai sensi dell'art. 2043 c.c. - suggerisce l'adesione al modello di responsabilità civile medica come disegnato anteriormente al 1999, in cui, come noto, in assenza di contratto, il paziente poteva richiedere il danno iatrogeno esercitando l'azione aquiliana".

Successivamente, il Tribunale di Torino con sentenza 26 febbraio 2013 ha statuito che "Il fatto che, in materia di responsabilità medica, 'resti fermo' l'obbligo di cui all'art. 2043 cod. civ., secondo il disposto di cui all'art. 3 l. n. 189/2012, non può che significare che tale obbligo sia dato per scontato nei casi penalmente rilevanti, ove

Sentenza Tribunale Milano

# Aogoi: Un segnale molto incoraggiante

Vito Trojano

**L'**Aogoi accoglie in maniera estremamente positiva questa sentenza che rappresenta un segnale molto incoraggiante di un cambiamento culturale in seno alla magistratura, talvolta aprioristicamente schierata dalla parte del paziente.

Credo che a questo diverso orientamento giurisprudenziale nel campo degli errori medici abbia contribuito non poco anche la nostra Associazione. L'Aogoi infatti è stata tra le prime società scientifiche a dare vita a un ampio dibattito sul fronte della responsabilità professionale che negli

anni, attraverso una serie ben articolata di iniziative, ha coinvolto istituzioni, giuristi, studiosi italiani e stranieri ed esperti del settore. La nascita del primo Network Europeo da noi promosso ha come obiettivo prioritario proprio quello di contribuire a una Direttiva europea sulla responsabilità professionale.

Questa importante sentenza del tribunale di Milano, che riconduce la responsabilità del medico nell'alveo della responsabilità da fatto illecito e implicitamente chiama in causa la responsabilità della struttura per deficit organizzativi, potrà senz'altro avere delle ripercussioni positive in

termini di prevenzione del rischio e potrebbe rappresentare un freno alla medicina difensiva.

Ora si impone una riflessione forte al Legislatore, come ha affermato il collega parlamentare Benedetto Fucci. E il suo auspicio, da noi condiviso, è che la politica intervenga subito in modo organico per dare una configurazione più chiara all'intera disciplina. **Y**



Vito Trojano

**“La sentenza potrebbe avere ripercussioni positive in termini di prevenzione del rischio e costituire un possibile freno alla medicina difensiva”**



**Il Dpr attuativo della legge Balduzzi, ora all'esame della Conferenza Stato Regioni, definisce sia i requisiti minimi delle polizze assicurative per la responsabilità professionale sanitaria sia le modalità di costituzione e accesso al Fondo di garanzia**

## FONDO NAZIONALE DI COPERTURA PER LE PROFESSIONI SANITARIE

### Aogoi: “Senza un impegno prioritario da parte del Ministero, obbligati a un'azione giudiziaria in difesa dei nostri iscritti”

**C**on una lettera alla Direzione generale del Ministero della Salute, il 16 ottobre scorso, il presidente Aogoi ha chiesto “informazioni urgenti sullo stato dell'arte del Dpr che vede applicato l'articolo 3 della legge Balduzzi sulla obbligatorietà assicurativa, che nello specifico vede l'attuazione di una limitazione dei massimali assicurativi e la creazione di un fondo nazionale di copertura per le professioni sanitarie.” Tale argomento, sottolinea Trojano nella missiva, “rappresenta per noi una priorità assoluta affinché, soprattutto i giovani medici possano esercitare la loro professione con

maggiore serenità e con costi assicurativi contenuti”.

“In mancanza di un impegno prioritario da parte del Ministero – conclude il presidente Aogoi – questa Associazione si vedrà obbligata a procedere con azione giudiziaria in difesa dei propri iscritti”.

Pronta la risposta del Ministero della Salute che - nella consapevolezza della forte attesa da parte dei professionisti per il provvedimento – ha rassicurato il presidente Aogoi sul suo “impegno prioritario” nel seguire l'iter dei lavori affinché si concluda il prima possibile.

### La risposta del Ministero della Salute

### “Consideriamo prioritario seguire l'iter del provvedimento”

Così il Direttore generale del Ministero della Salute Rossana Ugenti in risposta alla missiva del presidente Trojano. Ecco il testo della lettera

**“C**on riferimento alla richiesta di informazioni in ordine allo stato dell'arte dello schema di Dpr in attuazione dell'art. 3 comma 2, del Dl 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, si rappresenta quanto segue.

L'articolo 3 della legge n. 189 del 2012 ha previsto la costituzione di un apposito Fondo di garanzia, demandando ad un atto regolamentare la determinazione dei casi e delle modalità con cui il professionista possa essere agevolato nel sostenere una polizza. Allo stesso decreto è stata deman-

data la disciplina dei requisiti uniformi per i contratti di assicurazione. Si tratta di un testo moto complesso, che deve tener conto delle disposizioni di rango legislativo esistenti in materia assicurativa, i cui lavori sono stati pertanto affidati ad un tavolo tecnico appositamente costituito; nell'iter dei lavori è emersa la necessità di apportare alcune modifiche alla norma primaria, che sono state introdotte dall'articolo 27 del decreto legge n. 90 del 2014, convertito con modificazioni dalla L. 11 agosto 2014, n. 114. Sul testo predisposto dal tavolo sono stati successivamente acquisiti i pa-

ri del Ministero dell'Economia e delle Finanze e del Ministero dello Sviluppo economico e sono state sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate. Il 23 settembre u.s. lo schema di decreto è stato trasmesso alla Conferenza Stato Regioni per il prescritto parere.

Nella consapevolezza della forte attesa da parte dei professionisti per il provvedimento, questo Ministero considera prioritario seguire il successivo iter dei lavori, affinché si concluda il prima possibile.”



Carmine Gigli

**Questa sentenza ha dato un vero scossone all'orientamento tradizionale, definendo la responsabilità del medico dipendente come “extracontrattuale da fatto illecito” e non “contrattuale”**

la condotta del medico sia qualificabile nei termini della colpa “non lieve” e del dolo; dunque, che l'art. 2043 c.c. sia la norma che disegna i criteri per la individuazione della responsabilità

del medico pubblico dipendente e della struttura pubblica nel quale questi opera (a tali soggetti, operatori del Servizio Nazio-

► Segue a pagina 20

► Segue da pagina 19

nale, è dedicata la novella in esame, non essendo ipotizzabile un diverso regime di responsabilità tra il medico e la struttura".  
Tralascero le sentenze in senso contrario, espresse anche dalla Cassazione civile, per arrivare a quella che reputo più significativa: la sentenza n. 10261/2014

del Tribunale di Milano, che è stata pubblicata anche sul sito Fesmed.  
Questa sentenza ha dato un vero scossone all'orientamento tradizionale, definendo la responsabilità del medico dipendente come responsabilità extracontrattuale. Infatti secondo il Giudice di merito (dott.ssa Flamini), l'art. 3 della legge 189/2012 "...sia da interpretare

nel senso di ricondurre la responsabilità risarcitoria del medico (al pari di quella degli altri esercenti professioni sanitarie) nell'alveo della responsabilità da fatto illecito ex art. 2043 c.c. (con tutto ciò che ne consegue, principalmente in tema di riparto dell'onere della prova, di termine di prescrizione e del diritto al risarcimento del danno)".  
Di conseguenza, prosegue il

Giudice, "in tema di responsabilità contrattuale, il danneggiato ha l'onere della prova degli elementi costitutivi di tale fatto illecito, del nesso di causalità del danno ingiusto e della imputabilità soggettiva", accogliendo in tal modo le tesi dell'avv. Giovanni Pasceri, procuratore dei colleghi coinvolti nel procedimento.  
Questa sentenza è importante

anche perché per la prima volta l'esimente prevista dalla Balduzzi si applica anche al medico dipendente della struttura privata. Ritengo che con queste sentenze i giudici stiano indicando la via da seguire per affrontare la questione della responsabilità medica, adesso tocca alla politica intervenire per disciplinare in maniera organica questa intricata materia. **Y**

Rc sanitaria. Rapporto ANIA

# Malpractice, il grande caos

**L**e Regioni scelgono il "fai da te" e le compagnie assicuratrici arretrano.

Scelta drastica per le regioni italiane che preferiscono l'autoassicurazione o addirittura la non assicurazione per fronteggiare i rischi di responsabilità civile nei casi di malasanità. Valle d'Aosta e la Provincia di Bolzano sono le uniche a puntare completamente sul mercato assicurativo per rimanere indenni dagli effetti degli errori medici, mentre tutti gli altri gli enti locali gestiscono per proprio conto le richieste di risarcimenti con schemi regionali o affidati alle singole Asl. Nei rari casi in cui si rivolgono ad un assicuratore, è soltanto per coprire i sinistri di maggiore entità, cioè quelli di importi superiori ai 250-500 mila euro. È quanto emerge dal dossier Ania "Malpractice, il grande caos", presentato a fine luglio a Roma dal presidente dell'Ania Aldo Minucci, del direttore generale Dario Focarelli e del direttore centrale del settore vita, danni e servizi, Roberto Manzato. Lo studio evidenzia che nel corso del 2012 sono state registrate 31.200 denunce di sinistri, segnando un lieve calo (-0,8%) nel confronto con il 2011. Una diminuzione più marcata (-8%) rispetto al 2010, anno in cui le richieste di risarcimento raggiunsero un vero e proprio exploit.

Complessivamente il bilancio tecnico del ramo continua a evidenziare un significativo squilibrio, con un rapporto sinistri a premi pari al 122% nel 2012, anche se meno marcato rispetto al decennio scorso.

**Esempio emblematico di abbandono** dello strumento assicurativo è quello della Sicilia: la polizza in essere, disdetta a fine 2013, è scaduta dal primo luglio scorso lasciando prive di protezione le Asl locali, senza che venisse costituito uno specifico fondo. Bisogna comunque segnalare che dal 14 agosto è entrato in vigore l'obbligo di assicurazione dai rischi di r.c. professionale per i medici, tranne che per i dipendenti del Ssn.

Il minore ricorso alle assicurazioni comporta un più debole sistema di garanzie: i risarcimenti sono più lenti e meno equi e il personale sanitario corre rischi maggiori.

Tuttavia i cambiamenti del sistema sono stati rapidissimi. Basti pensare che un'indagine parlamentare sugli errori medici conclusa all'inizio del 2013 mostrava che il 72,2% delle Asl italiane risultava ancora coperto da una polizza. Trasformazioni così radicali sono dovuti all'aumento nei costi dei risarcimenti e alla difficoltà a stimare i rischi. Allo stato attuale il mercato della r.c. sanitaria è dominato da un assicuratore statunitense che detiene una quota di mercato superiore al 50%.

**Cala del 4,3% la stima dei premi nelle strutture, ma cresce del 3,6% quella totale. In Toscana, Liguria, Puglia, Basilicata e Sicilia le compagnie escono di scena, sostituite da forme di autoassicurazione o non assicurazione. Nelle altre regioni prevale un sistema misto in cui si ricorre a una polizza soltanto per coprire i sinistri di importo maggiore. Ecco il quadro aggiornato dell'ultimo Rapporto Ania**

euro di premi incassati, cioè, le compagnie ne hanno pagati (o stimano di pagarne) 173 sotto forma di risarcimenti. Tuttavia, mentre fino al 2005 il disavanzo tecnico aveva assunto valori particolarmente elevati, con un rapporto tra sinistri e premi giunto a superare il 310%, negli ultimi anni lo squilibrio è risultato più contenuto. In particolare per il 2012, secondo le valutazioni preliminari, il loss ratio si è attestato al 122%.

"Gli assicuratori italiani intendono tornare a svolgere pienamente il proprio ruolo nella copertura dei rischi medici - ha sottolineato il presidente dell'Ania Aldo Minucci - dando certezze ai pazienti vittime di eventi avversi e ai medici che svolgono la loro attività. Per far questo però occorre rimuovere le cause di fondo che hanno reso ingovernabile il fenomeno della malpractice. In particolare è necessario intervenire per: circoscrivere la responsabilità dei medici e delle strutture sanitarie; attuare idonee misure di gestione del rischio attraverso la nomina di un risk manager in tutti gli ospedali; porre un tetto ai danni non patrimoniali con l'approvazione delle tabelle di risarcimento dei danni biologici; definire linee guida mediche validate anche per contrastare il fenomeno della medicina difensiva che pesa per oltre l'11% sulla spesa sanitaria".

**Ma quali sono le criticità da risolvere? Il Rapporto Ania le ha messe nero su bianco:**

**Approccio atipico dei tribunali italiani** nel definire i casi malasanità. Per effetto delle sentenze della Corte di Cassazione succedutesi dal 1999 ad oggi medici e strutture sanitarie sono stati considerati assoggettabili ad una responsabilità contrattuale, ciò che comporta l'inversione dell'onere della prova (posta a carico dei sanitari), la dilatazione dei tempi di prescrizione da 5 a 10 anni. Ed anche una sorta di garanzia di risultato sulle cure prestate. Se queste non sortiscono l'effetto sperato si può essere chiamati a risponderne. Nella gran parte dei paesi europei, invece, vengono indennizzati soltanto i danni causati dagli errori medici, che il paziente deve provare di aver subito. Normalmente ad un medico che si attiene alle linee guida professionali non è imputabile alcunchè;

**Mancanza di linee guida mediche** validate a livello nazionale e riconosciute dai giudici. Nel recente decreto Balduzzi (2012) vi è una specifica previsione in tal senso ma non è stata seguita da norme interpretative in grado di fare ordine tra i differenti protocolli e codici professionali in vigore per i sanitari, al fine di escludere la loro responsabilità;

**Mancanza di un tetto alla risarcibi-**

lità dei danni non patrimoniali. Il decreto Balduzzi imponeva l'adozione delle medesime tabelle previste per i sinistri nella r.c. auto (per il danno biologico) ma il relativo decreto, in discussione da sei anni e già passato al vaglio di numerosi dicasteri, deve ancora essere approvato dal Consiglio dei Ministri;

**Mancanza di procedure di risk management** omogenee a livello nazionale per prevenire i sinistri. Gli studi condotti sul campo mostrano che oltre il 50% degli "eventi avversi" sono evitabili utilizzando lo strumento della prevenzione;

**Carenza di basi statistiche sui sinistri.** L'agenzia pubblica Agenas ha il compito di raccogliere e classificare le richieste di risarcimento ma non sempre le Asl sono state finora diligenti nel trasmettere i dati cosicché quella banca dati è ancora largamente incompleta. La rilevazione dell'Ania rappresenta tuttora la fonte informativa più importante sul mercato assicurativo della malpractice però è, in parte, frutto di stime perché non tutte le compagnie straniere operanti in Italia mettono a disposizione i propri dati. L'Ivass (il regulator assicurativo) potrebbe assumere iniziative per consolidare e rendere pubbliche le informazioni del settore, anche per le compagnie operanti in Italia in libertà di stabilimento o libera prestazione dei servizi;

Mancanza di chiare regole impartite alle regioni che decidono di coprire per proprio conto il rischio di malasanità. Manca, in particolare, un obbligo a costituire fondi appropriati, sul modello delle riserve assicurative. Tutto ciò espone gli enti locali, a causa del lungo iter dei sinistri prima di venire risarciti, al rischio di accumulare nel tempo impegni ingenti di ammontare pari se non superiore a quelli che negli anni passati hanno messo a soqquadro i bilanci regionali che hanno fatto ricorso a prodotti finanziari derivati;

**Diffuso ricorso alla medicina difensiva** da parte dei sanitari al fine di limitare i rischi legali connessi alle richieste di risarcimento. Secondo la principale ricerca condotta in materia, e che risale al 2010, la medicina difensiva pesa per circa l'11,8% nella spesa sanitaria complessiva. Un onere di circa 13 miliardi che potrebbe essere significativamente ridimensionato affrontando le cause che hanno dilatato il fenomeno della malpractice medica.

Sconsolante è infine il confronto con le principali esperienze estere. In molti paesi, tra i quali Usa, Gran Bretagna, Francia, Nuova Zelanda e Irlanda, riforme organiche in materia sono state decise tra il 2000 ed il 2003 ed il fenomeno della medical malpractice non rappresenta più un'emergenza.



A fine 2012 la stima dei premi nelle coperture assicurative di ospedali e strutture sanitarie per la prima volta ha mostrato un decremento, segnando -4,3% a 288 milioni nonostante i presumibili significativi aumenti tariffari resi necessari per fronteggiare le continue perdite del ramo. Includendo anche le polizze sottoscritte direttamente dai medici (255 milioni, +14%) nel 2012 sono stati incassati premi per complessivi 543 milioni (+3,6% rispetto all'anno precedente).

La stima dei sinistri denunciati alle imprese di assicurazione italiane nel 2012 è risultata pari a 31.200 (di cui 19.500 relativi a polizze stipulate dalle strutture sanitarie), con una lieve riduzione (0,7%) rispetto all'anno precedente. Il rapporto tra sinistri e premi (loss ratio) per le varie generazioni di sinistri si attesta al 173%. Per ogni 100

# Ginecologia oncologica: approvata in Affari Sociali

## Risoluzione Fucci per rafforzare la formazione

**A**ttivare il governo per favorire l'avvio presso le università o aziende ospedaliere "di percorsi formativi in ginecologia oncologica e per valutare possibili interventi di competenza volti a rendere l'ordinamento didattico della Scuola di specializzazione in ginecologia ed ostetricia congruente sia con i mutati bisogni di salute della popolazione femminile sia con lo sviluppo delle conoscenze, competenze e tecnologie in oncoginecologia". Con queste parole Benedetto Fucci, capogruppo di Forza Italia nella Affari Sociali della Camera, ha spiegato il senso di una sua risoluzione in materia di ginecologia oncologica approvata il 14 ottobre scorso, all'unanimità in Commissione. Il testo è il frutto di una condivisione con l'Aogoi e le altre società scientifiche. Il governo si impegna così a ad effettuare un attento monitoraggio sui risultati della qualità della formazione anche con riguardo a specifiche competenze nel campo della ginecologia-oncologica con specifico riferimento al tema della formazione e a

Dopo tanti anni di empasse, la Risoluzione sulla ginecologia oncologica è stata finalmente votata all'unanimità. L'Aogoi, che ha contribuito alla stesura del testo, grazie all'impegno del collega parlamentare Fucci ha ottenuto un risultato importante: il governo è ora impegnato ad effettuare un attento monitoraggio sul tema della formazione e della ricerca, istituendo presso le università o aziende ospedaliere specifici percorsi

quello ad esso collegata della ricerca. Verranno quindi garantite tutte le iniziative di competenza per favorire l'attivazione presso le università o aziende ospedaliere di percorsi formativi in ginecologia oncologica.

"I tumori ginecologici rappresentano una delle principali cause di mortalità femminile e sono un problema sensibile sia per le pazienti che per la responsabilità professionale degli operatori sanitari. Infatti otto diagnosi di tumore all'ovaio su dieci - aggiunge Fucci - giungono quando il cancro è ormai in fase avanzata. In tali casi la sopravvivenza delle pazienti è in media solo del 30 per cento, mentre tale dato si inverte radicalmente se la malattia viene diagnosticata in tempo. Alla luce di questi dati ritengo che oggi dalla Camera sia giunto un segnale che va davvero nella giusta direzione".

Il testo della risoluzione approvato dalla Commissione

### Monitoraggio sull'applicazione dei criteri per la formazione e l'esercizio della professione nella specialità medica della ginecologia oncologica

**La XII Commissione, premesso che:**

**I tumori ginecologici rappresentano una delle principali cause di mortalità femminile, accanto a quelli al polmone, e rappresentano un problema sensibile sia per le pazienti che per la responsabilità professionale degli operatori sanitari,**

**otto diagnosi di tumore all'ovaio su dieci giungono quando il cancro è ormai in fase avanzata e in questi casi la sopravvivenza delle pazienti è in media solo del 30 per cento, mentre tale dato si inverte radicalmente se la malattia viene diagnosticata in tempo,**

**la ginecologia oncologica, ai sensi del decreto ministeriale del 29 gennaio 1992, è inserita nell'«elenco delle alte specialità mediche» per le quali sono in vigore (al fianco di altri settori come quelli della cardiologia medico-chirurgica, dei trapianti d'organo e delle malattie vascolari) una serie di criteri e standard organizzativi e gestionali del massimo livello;**

**premessa al citato decreto ministeriale è che l'articolo 5 della Legge 23 ottobre 1985, n. 595, definisce le cosiddette «alte specialità» come: «Le attività di diagnosi, cura e riabilitazione che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale specificatamente formato»;**

**il decreto ministeriale 10 agosto 2005 individua le Scuole di specializzazione di area sanitaria definendone nel dettaglio il profilo specialistico, gli obiettivi formativi ed i percorsi didattici,**

**l'ordinamento didattico della Scuola di specializzazione in**

**ginecologia ed ostetricia prevede l'acquisizione, da parte dei medici specializzandi, di specifiche competenze in campo oncologico (aspetti diagnostici, chirurgici e medici delle neoplasie genitali femminili e della mammella) e, tra le attività professionalizzanti obbligatorie, prevede lo svolgimento di almeno 50 interventi di alta chirurgia, di cui il 10 per cento come primo operatore, compresi quelli afferenti alla ginecologia oncologica,**

**molti giovani medici appassionati di questa importante e delicata branca della medicina si impegnano nel seguire percorsi individuali ad esempio iscrivendosi a corsi privati certamente di qualità e autorevolezza scientifica,**

**oltretutto, aspetto nella pratica non secondario, il seguire questi percorsi individuali comporta un esborso economico personale che può essere non indifferente vista la soglia ormai sempre più elevata di ingresso nella professione dopo il compimento della specializzazione (ormai si parla stabilmente di una forbice tra 30 e a volte perfino 35 anni) e vista l'impossibilità di avere un reddito adeguato essendo oggi vietato esercitare la professione già durante la specializzazione,**

**l'articolo 43 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, ha istituito presso il MIUR l'Osservatorio nazionale della formazione medica specialistica con il compito di:**

- determinare gli standard per l'accreditamento delle strutture universitarie e ospedaliere per le singole specialità;
- determinare e verificare i requisiti di idoneità della rete formativa e delle singole strutture che le compongono;

**c. effettuare il monitoraggio dei risultati della formazione;**  
**d. definire i criteri e le modalità per assicurare la qualità della formazione, in conformità alle indicazioni dell'Unione europea, l'Osservatorio nazionale della formazione medica specialistica è attualmente coinvolto nel tavolo tecnico istituito presso il MIUR per la modifica del citato decreto 10 agosto 2005,**

**allo stesso tempo ad occuparsi di formazione (oltre che di ricerca, monitoraggio, valutazione e innovazione) è l'AGENAS, ente pubblico non economico nazionale, che svolge una funzione di supporto tecnico e operativo alle politiche di governo dei servizi sanitari di Stato e Regioni,**

**impegna il Governo:**

**ad effettuare un attento monitoraggio sui risultati della qualità della formazione anche con riguardo a specifiche competenze nel campo della ginecologia-oncologica;**

**con specifico riferimento al tema della formazione e a quello ad esso collegata della ricerca, ad attuare tutte le iniziative di competenza per favorire l'attivazione presso le università o aziende ospedaliere di percorsi formativi in ginecologia oncologica;**

**a valutare l'opportunità di una modifica del citato decreto ministeriale 1° agosto 2005, al fine di rendere l'ordinamento didattico della Scuola di specializzazione in ginecologia ed ostetricia congruente sia con i mutati bisogni di salute della popolazione femminile sia con lo sviluppo delle conoscenze, competenze e tecnologie in oncoginecologia.**



**L'obiettivo di realizzare percorsi formativi istituzionalizzati per gli specialisti in ginecologia oncologica è oggi più vicino. Premiata grazie alla Risoluzione Fucci una battaglia che l'Aogoi porta avanti da anni**

# Qualità, Sicurezza e Risorse: la ginecologia italiana tra presente e futuro

**“Siamo riusciti a ricondurre il confronto sui temi scientifici, sociali, di programmazione sanitaria e di categoria nell'alveo della 'sanità reale'. Il dibattito sui molteplici argomenti affrontati nelle sessioni congressuali infatti non ha mai perso di vista quelle che sono le criticità di fondo del nostro Ssn e le emergenze che dovrà affrontare nei prossimi mesi (non anni), se vogliamo che continui a definirsi universalistico”**

**È questo per il presidente Aogoi Vito Trojano** “il miglior risultato delle quattro giornate di Cagliari”: un congresso dai toni asciutti, all'insegna della concretezza, dell'hic et nunc, “forte di una visione comune tra le varie anime della ginecologia ospedaliera, universitaria e territoriale su quelle che sono le priorità della Ginecologia italiana e il futuro della specialità al servizio della salute femminile”. Le premesse di un confronto serrato sulle tante sfide legate alla sostenibilità economica e all'appropriatezza della nostra sanità universalistica sono apparse chiare fin dalla cerimonia di apertura dei lavori. Una cerimonia poco cerimoniosa che ha subito ceduto il passo agli interventi dei presidenti delle società scientifiche, dei presidenti del Congresso e dei rappresentanti della politica che sono andati subito al cuore del problema: i ri-

sparmi nella sanità pubblica sono possibili, forse è persino possibile, razionalizzando le risorse ed eliminando gli sprechi, garantire le stesse prestazioni ai cittadini pazienti, ma come si può rispondere alla sfida dell'innovazione senza una crescita delle risorse?

**Non c'è innovazione a costo zero.** Se spending review deve essere fatta in sanità i risparmi dovranno restare in sanità, perché per reggere la sfida dell'innovazione, come ha ricordato l'On. **Pierpaolo Vargiu**, presidente della Commissione Affari Sociali della Camera “un sistema sanitario deve crescere del 2 per cento l'anno altrimenti rischia di perdere questa sfida”. Insomma non ci può essere innovazione a costo zero, la medicina di genere in questo senso ne è un esempio emblematico: si entra nel campo della medicina del futuro, una medicina dell'innova-

zione, personalizzata. Ma il passo necessario che deve precedere una riflessione su quale tipo di priorità dare alla sfida dell'innovazione, sottolinea Vargiu, è quello di ripensare al nostro attuale, del tutto carente, sistema di misurazione e di valutazione della misurazione delle tecnologie sanitarie. Si tratta di un presupposto indispensabile per fornire, sulla base delle evidenze, elementi di valutazione sull'utilità e l'efficacia delle nuove tecnologie, farmaci o dispositivi. Aspetto quest'ultimo, l'impatto farmaeconomico, sottolineato dal direttore generale Aifa **Luca Pani**, che ha illustrato le due importanti iniziative scientifiche e comunicative dell'Agenzia italiana del Farmaco: “Farmaci e gravidanza” e “Farmaci e pediatria”, destinate agli operatori sanitari e alle mamme, sull'impiego dei farmaci nelle donne – prima del concepimen-

to, in gravidanza e durante l'allattamento al seno – e nella popolazione pediatrica.

Se riusciremo a far sì che nel nostro paese metta le radici una vera “cultura della valutazione in sanità” – che prenda in considerazione sia gli aspetti clinici che quelli economici, organizzativi, etici e sociali – è stato detto - ci doteremo di uno strumento che ci consentirà di limitare sprechi e inefficienze, in nome di una ormai irrinunciabile appropriatezza.

**La formazione** è un altro tema chiave affrontato dai rappresentanti delle società scientifiche e dai politici presenti all'apertura dei lavori, il collega parlamentare **Benedetto Fucci** e l'assessore alla sanità della Regione Sardegna **Luigi Benedetto Arru**, che ha portato il saluto del Presidente della Regione Pigiariu. “La formazione non può essere lasciata all'iniziativa e alla buona volontà del singolo ma deve essere gestita e tutelata dalle società scientifiche che indicheranno alla politica tempi e modi con cui deve essere fatta” - ha affermato Fucci citando ad esempio la risoluzione da lui presentata in Commissione Affari Sociali sulla ginecologia oncologica, fortemente sollecitata dall'Aogoi e dalla Sigo, che dopo pochi giorni dal Congresso ha raccolto l'approvazione unanime di tutte

le forze politiche.

“La formazione è la mission dell'Agui e sono lieto che questo Congresso ne abbia fatto sia uno dei temi portanti” ha detto il suo presidente **Nicola Colacurci** sottolineando come per la prima volta l'Agui partecipi a pieno titolo al congresso Sigo. La formazione è un patrimonio comune. “Se, in piena sintonia, riusciremo a migliorare la formazione dei giovani, ciascuno per le proprie competenze e nelle proprie sedi lavoro, raggiungeremo il nostro scopo: avere una nuova generazione di ginecologi migliore della nostra”.

Per l'Assessore Arru, investire in formazione, prevenzione del rischio clinico, dare soluzione ai problemi assicurativi e medico legali sono “le parole d'ordine” del prossimo quinquennio. Parole che solo una forte alleanza tra società scientifiche e politica potrà tradurre in fatti concreti. Tutti concordi sul fatto che “un approccio coordinato” tra tutti i livelli di governo, società scientifiche ed operatori della sanità è fondamentale per riorganizzare i modelli esistenti in termini di sostenibilità, qualità ed efficienza ma anche “per sviluppare azioni strategiche per la salute delle donne in tutte le fasi della sua vita”, come evidenziato anche dal ministro della Salute





**Beatrice Lorenzin** nella sua lettera di saluto al congresso, in cui ha definito la promozione e la tutela della salute delle donne "un obiettivo strategico e prioritario, nonché un investimento per il miglioramento dello stato di salute del Paese".

Tra i temi di confronto che dovranno essere affrontati in questa dimensione comune istituzioni-società scientifiche c'è il grande tema della **responsabilità professionale** sanitaria, con i "corollari" del contenzioso medico legale, della medicina difensiva e degli elevati costi assicurativi, "che potranno trovare adeguata soluzione solo attraverso un intervento legislativo organico in materia", come ha ricordato il presidente Aogoi **Vito Trojano** rilanciando dal palcoscenico del congresso nazionale il suo messaggio: "Serve subito una legge per contenere i costi delle polizze". **"Una causa su 10 è contro noi"** - ha ricordato. Ogni anno ci sono 30mila cause per presunta malpractice e le richieste di risarcimento raggiungono cifre insostenibili sia per il singolo professionista che per la struttura sanitaria. Questo ha portato ad una crescita enorme dei costi delle polizze di assicurazione per i medici. Dal 2011 ad oggi sono aumentate dell'oltre 5%. Fonte di ulteriore preoccupazione per Trojano è che i più colpiti da questo fenomeno sono soprattutto i giovani camici bianchi che pagano fino a 7mila euro l'anno di premio assicurativo. "Per questo chiediamo alle istituzioni competenti di intervenire al più presto con provvedimenti che fissino dei paletti ai costi massimi dei premi delle polizze. L'obbligo assicurativo previsto per gli ospedali pubblici deve inoltre valere anche per le strutture private e convenzionate. Infine è necessario avviare un fondo di solidarietà per le categorie più a rischio come noi ginecologi". Una richiesta raccolta dalla Presidente della Commissione sanità Emilia **Grazia De Biasi**, intervenuta ai lavori congressuali, e dall'On. Fucci che hanno assunto l'impegno di approvare al più presto un provvedimento contro il caropolizze. "Speriamo che alle parole seguano al più presto anche i fatti - ha concluso Trojano - contenere il contenzioso medico-legale ridurrebbe anche il ricorso alla medicina difensiva" che, sempre per restare nell'ambito della coperta cortissima in

sanità, "costa ogni anno oltre 12 miliardi all'intero sistema sanitario nazionale". Su questi temi si è soffermato anche il presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi **Nicola Surico** che ha ringraziato la politica per aver coinvolto le società scientifiche nell'iter di elaborazione di una legge sulla responsabilità professionale, accogliendo l'invito ad addivenire ad un testo unico. Ma ora, che si è in dirittura d'arrivo, avverte Surico "bisogna accelerare perché la classe medica sta soffrendo" e, quanto a ginecologi e ai chirurghi, è bene ricordare che "non vanno tranquillamente né in sala parto né in sala operatoria".

**Un altro terreno comune**, in cui le competenze del mondo scientifico devono essere affidate al mondo della politica affinché possano diventare al più presto legge dello Stato, è quello che riguarda i temi dalle forti implicazioni giuridiche ed etico-deontologiche, che investono da vicino una "professione di frontiera" come quella del ginecologo. È il caso della legge sulla **fecondazione eterologa**, che andrà in discussione nella Commissione Sanità del Senato. Come si sa, i ginecologi italiani sono a favore delle linee guida sulla fecondazione eterologa realizzate dalla Conferenza delle Regioni ma "serve quanto prima una nuova legge che regoli, in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, tutte le procedure di procreazione medicalmente assistita". È necessario che le strutture sanitarie pubbliche siano messe nelle condizioni di poter svolgere regolarmente la Pma e perciò "servono investimenti e risorse adeguati per garantire gli stessi diritti e opportunità a tutti gli aspiranti genitori italiani". **"La futura legge sulla Pma** dovrà migliorare le attuali norme e stabilirne di nuove" - hanno sottolineato in una nota i presidenti di Sigo e Aogoi esprimendo la presa di posizione ufficiale dei ginecologi italiani dal loro congresso nazionale. "Esistono infatti una serie di problemi di natura amministrativa, politica, etica e morale da risolvere. Così come per l'aborto anche per l'eterologa va riconosciuto e garantito al ginecologo il diritto all'obiezione di coscienza. Inoltre bisognerà creare un registro nazionale dei donatori di gameti". E Sigo e Aogoi sono pronte a collaborare con le istituzioni per la stesura di un nuovo regolamento. Secondo quanto annunciato dal Ministro Lorenzin tutta la Pma, sia omologa che eterologa, sarà inserita nei livelli essenziali di assistenza entro la fine del 2014. "La sentenza della Corte Costituzionale, che ha bocciato il divieto dell'eterologa nel nostro Paese, ha contribuito a riaprire il dibattito su questi temi così importanti per il benessere femminile - ha affermato il presidente Sigo **Paolo Scollo**. Adesso il nostro auspicio è che anche la **sterilità** sia considerata una

**Il miglior risultato della quattro giorni di Cagliari: una visione comune sulle priorità della Ginecologia italiana e il futuro della specialità. Per ottimizzare le cure e le risorse servono un nuovo sistema di rete ospedaliera, una nuova medicina di territorio e modelli avanzati di integrazione tra ospedale e territorio. La riorganizzazione e sicurezza del percorso nascita e la responsabilità medica sono e restano le nostre priorità. L'Italia in media spende meno degli altri Paesi europei per la sanità. Offriamo le migliori professionalità e un grande lavoro di ricerca clinica. Agli operatori della sanità è stato chiesto troppo, se non si restituisce valore e dignità alla classe medica non si reggerà più il peso e le sfide di un sistema di cure che vuol continuare ad essere equo, solidale e universalistico.**



malattia e, quindi come tale, inserita nei Lea. Nel nostro Paese il 15% delle coppie non riesce a metter al mondo un figlio". Scollo si è poi soffermato sul forte impegno della Sigo nel campo della **prevenzione**, "che passa attraverso stili di vita sani che devono essere condotti fin dall'adolescenza; bisogna ricordare ai nostri giovani che fumo, alcol, eccesso di peso, uso di steroidi e doping possono compromettere anche la loro capacità futura di diventare genitori". E anche questa forte azione nel campo della prevenzione - che copre ambiti che vanno dalla contraccezione ai tumori della sfera della ginecologica - è parte integrante del nostro lavoro quotidiano ha concluso Scollo, ricordando come nel caso dei tumori ginecologici femminili "è stato registrato un aumento del 30 per cento nell'azione di prevenzione nei primi dieci mesi di quest'anno".

**Gli altri temi affrontati** nel corso delle sessioni dagli oltre 2.500

ginecologi giunti in Sardegna, oltre a quelli proposti come approfondimento alle pagine seguenti, sono quelli della sessualità nelle adolescenti, la menopausa, le novità in contraccezione, l'oncologia ginecologica, le emergenze in sala parto e la violenza di genere.

Di particolare interesse in questa quattro giorni il dibattito su aspetti cruciali di nuova cultura sanitaria, quali un **nuovo sistema di rete ospedaliera**, una nuova medicina di territorio e modelli avanzati di integrazione ospedale territorio, da cui potrebbero derivare anche notevoli risparmi in termini di ospedalizzazione e per la cura dei pazienti. Temi dibattuti anche nell'ambito della Tavola Rotonda "Consultori in Italia: Quale futuro?" a cui ha partecipato anche la senatrice **De Biasi**.

Seguitissime poi le tre sessioni che il segretario nazionale Aogoi **Antonio Chiantera** ha voluto dedicare alle **problematiche medico legali e assicurative**, e che

lo hanno visto protagonista, con a fianco la responsabile Ufficio legale Aogoi **Vania Cirese**. Molto vivace, in particolare, è stata la discussione che ha animato la sessione **"Perizie & Periti: analisi e commenti"**. Un tema caldo, anche in considerazione che "gli errori dei Ctu vanno a fuorviare le risultanze e possono avere conseguenze più gravi di quelli dei medici". "È fondamentale - ha ricordato **Chiantera**, invitando tutti a mettersi al lavoro - mettere a punto gli elenchi di periti e consulenti da proporre al più presto a tutte le Corti d'Appello".

**Un ringraziamento unanime** è andato ai presidenti del Congresso, **Giovanni Monni, Giovanni Urru, Salvatore Dessole e Gian Battista Melis**, ciascuno dei quali, nel proprio ambito di competenza, ha dato un valore aggiunto a questo Nazionale Sigo 2014, che premia il lavoro dei ginecologi sardi che ha dato un grande contributo clinico e scientifico alla ginecologia italiana. **Y**

## La medicina di genere: il punto di vista del ginecologo

**Elsa Viora**  
Vice presidente Aogoi

Con il termine "medicina di genere" si intende la distinzione in campo medico delle ricerche e delle cure in base al genere di appartenenza, non solo da un punto di vista anatomico, ma anche secondo differenze biologiche, funzionali, psicologiche e culturali. A differenza del "sesso" che sottolinea solo la caratterizzazione biologica dell'individuo, il termine "genere" (gender) infatti intende le categorie "uomo" e "donna" non solo in base a differenze biologiche, ma anche secondo fattori ambientali, sociali e culturali. Le molte iniziative che si stanno realizzando nell'ambito della medicina di genere dimostrano l'attualità del tema e la necessità di in-

**"I ginecologi possono/devono rappresentare il motore per accrescere la sensibilità del mondo scientifico su questo tema". Questo il take home message della sessione congressuale dedicata alla medicina di genere che, tra i temi affrontati, ha portato all'attenzione dati e prospettive legate a un nuovo campo di ricerca per valutare l'outcome feto-neonatale e le complicanze della gravidanza in rapporto al sesso del feto**

terventi costruttivi per ridurre le disuguaglianze di genere nell'approccio a patologie comuni ai due sessi e il carico economico che ne deriva sulla società. Nella sessione che il Congresso di Cagliari ha dedicato a questo tema, è stato ampiamente ribadito che la medicina di genere non è una nuova specialità medica ma è trasversale a tutte le specialità. È stato inoltre evidenziato il concetto che vi sono delle differenze di genere nelle patologie e che queste

differenze vanno affrontate in modo razionale e scientifico. Appare quindi fondamentale l'apporto di tutte le specialità, ma anche il ruolo del ginecologo come "medico della donna" per antonomasia, che segue la donna in tutte le fasi della sua vita, dall'adolescenza alla contraccezione alla maternità e dopo l'età fertile. Uno specialista che ha la possibilità di valutare altre patologie e

► **Segue a pagina 24**

## ► Segue da pagina 23

indirizzare ad una assistenza appropriata.

I ginecologi possono/devono rappresentare il motore per aumentare la sensibilità del modo scientifico verso questo tema. E in questo l'Aogoi si è fatta e si fa parte attiva.

Il nuovo quesito che ci si è posti è se la medicina di genere possa essere applicata fin dalla vita prenatale. Numerosi studi sono stati pubblicati negli ultimi anni su questo argomento allo scopo di valutare se esista una differenza nell'outcome fetoneonatale e nelle complicanze della gravidanza a seconda del sesso del feto.

Il Presidente della International Society for Gender Medicine (IGM) è il professor Marek Glezermann, un ginecologo che ha fatto molti studi sull'argomento. Nel 2010 ha pubblicato uno studio sulla valutazione dell'esito della gravidanza in rapporto al sesso del feto. Ha esaminato 66.3867 gravidanze singole di cui il 51,8% con neonati maschi e il 48,2 con neonate femmine. Complessivamente non sono risultate differenze significative nelle maggiori complicanze (parto pretermine e restrizione della crescita fetale) fra le gravidanze con neonati maschi o femmine, ma emerge che nelle gravidanze con feti maschi è più alta l'incidenza di parto pretermine (media 29 settimane) e in quelle con feti femmine è maggiore il rischio di restrizione della crescita fetale.

Sempre lo stesso gruppo, nel 2012 ha pubblicato uno studio sulla incidenza dei traumi da parto nelle gravidanze a termine in rapporto al sesso del neonato. Sono state considerate 118.280 gravidanze singole a termine e un trauma è risultato presente nel 24% dei parti. Come percentuale complessiva non si evidenziano differenze di genere, ma nei maschi è maggiore il rischio di traumi dello scalpo, mentre nelle femmine è maggiore il rischio di fratture della clavicola. È stata anche valutata l'eventuale correlazione fra natimortalità e sesso del feto. Sono stati inclusi nello studio, pubblicato nel 2012, 77.120 parti con una percentuale di nati morti pari a 0,15%, di cui 39 neonati maschi e 59 neonate femmine. Non sono state rilevate differenze nella natimortalità, ma nei maschi vi è un rischio maggiore (RR 2,1) di distacco intempestivo di placenta con conseguente morte endouterina, mentre nelle femmine vi è un rischio maggiore (RR 3,7) di "insufficienza placentare", termine che consideriamo desueto, ma che è stato utilizzato dagli stessi autori per definire l'insieme delle situazioni cliniche accomunate da un "malfunzionamento" della placenta che possono condurre ad un esito fetoneonatale infausto.

Un altro argomento certamente

interessante che è stato affrontato nel corso della sessione è quello della crescita del feto: da tempo noi, ginecologi e ostetriche, ci chiediamo (e molto spesso sono le donne a domandarcelo) se i bambini, maschi e femmine, crescono nello stesso modo durante la vita intrauterina. Le nostre risposte fino ad ora si basavano essenzialmente sulle piccole differenze del peso rilevato alla nascita, ma è possibile confrontare le curve di crescita dei feti maschi e femmine, ottenute con l'esame ecografico. Gli studi che nei decenni precedenti avevano valutato la crescita in utero con il sesso fetale non sono giunti a conclusioni univoche in quanto i risultati ottenuti sono stati talora contrastanti.

Uno studio pubblicato nel 2013 su 12.132 gravidanze singole, di cui 6.478 gravidanze con feto maschio e 5.654 gravidanze con feto di sesso femminile, sovrapponibili per quanto riguarda le altre caratteristiche della popolazione (parità, complicanze quali ipertensione ed età gestazionale al parto), riporta che il sesso fetale influenza la crescita dei parametri biometrici rilevati con l'esame ecografico.

Tali effetti sono più evidenti sulla biometria dell'estremo cefalico e molto meno sul femore, alcuni di questi effetti sono evidenti già alla fine del secondo trimestre e si manifestano in modo diverso nelle varie settimane di età gestazionale. Le ragioni per cui il sesso fetale influenza i diversi parametri biometrici non sono chiare, certamente sono coin-

volti sia fattori genetici che fattori ambientali. Il limite maggiore dello studio, segnalato dagli stessi autori, è il fatto che sono state utilizzate curve trasversali e non longitudinali.

Molto probabilmente, l'uso di modelli specifici legati al sesso del feto potrebbero migliorare l'accuratezza della valutazione della crescita ed eventualmente della stima del peso.

Un aspetto della medicina di genere "in utero" che potrebbe essere molto interessante è quello della percentuale di Dna fetale libero circolante nel sangue materno, materiale utilizzato per un nuovo test di screening (NIPT - Non Invasive Prenatal Testing), più efficace cioè con minori falsi positivi e falsi negativi, rispetto ai test ora utilizzati. Un lavoro pubblicato da Peter Johansen a maggio 2014 pone l'ipotesi che il sesso fetale possa essere un fattore da considerare nei complessi calcoli che sottendono all'esito del test del Dna fetale.

In conclusione, gli studi fino ad ora pubblicati segnalano un'influenza del sesso fetale nella crescita intrauterina e nelle maggiori complicanze della gravidanza: questo certamente offre interessanti prospettive per la conoscenza di

tali processi fisio-patologici, anche se non hanno al momento una ricaduta sul piano assistenziale. Ma non dobbiamo dimenticare quale è il ruolo fondamentale del ginecologo come medico a cui la donna si rivolge nelle diverse fasi della vita (contraccezione, gravidanza, menopausa, screening tumori) e quindi quello che ha un'opportunità unica di creare una vera rete con gli altri specialisti per una assistenza migliore possibile alle donne che si rivolgono a noi. **Y**



## CODICE ROSA: una bella storia che nasce dall'offerta formativa Aogoi

**Valeria Dubini**  
Consigliere SIGO

La storia che ho potuto raccontare al congresso nazionale di Cagliari è, per una volta, una storia bella: un percorso virtuoso nel quale l'associazione dei ginecologi ospedalieri ha svolto un importante ruolo di promozione.

La storia del codice rosa, infatti, nasce dalla formazione che l'Aogoi ha offerto in varie zone di Italia, e che la Toscana ha scelto di utilizzare con sistematicità investendo tutte le Asl, al fine di offrire in tutti gli ospedali un'assistenza di base in risposta alla violenza di genere. **Gli strumenti sono stati la cartella Aogoi**, che tutti conoscano e che è stata prodotta dal

**Non è rosa come un fiocco rosa ma come una "rosa" è fragile e ha bisogno di essere protetta: è un percorso riservato a tutti i casi sospetti o dichiarati di maltrattamento, violenza domestica o sessuale, che riguarda donne, anziani, bambini, uomini...tutti coloro che si vengano a trovare in una situazione di "fragilità"**

gruppo di contrasto alla violenza costituitosi nel 2001, il manuale prodotto dalla nostra associazione e molto impegno.

In una Asl della Toscana, a Grosseto, si creano le condizioni per una forte sinergia tra le forze dell'ordine e l'ospedale e la formazione vede coinvolti in prima persona questura, procura, carabinieri a fianco dei sanitari. Ne nasce un'idea, che diventa un percorso e che la Regione sposa in pieno promuovendo nel 2011 un protocollo d'intesa

che dà l'avvio al protocollo regionale denominato "codice rosa".

Non è rosa come un fiocco rosa ma come una "rosa" fragile che ha bisogno di essere protetta: è un percorso riservato a tutti i casi sospetti o dichiarati di maltrattamento, violenza domestica o sessuale, che riguarda donne, anziani, bambini, uomini... tutti quelli che si vengano a trovare in una situazione di "fragilità". Il centro del progetto è rappresentato dal Pronto Soccorso: si

# Congresso



Alcuni scatti della cerimonia inaugurale e, in basso a sinistra, la consegna delle medaglie d'oro Aogoi



## La Fondazione Confalonieri Ragonese presenta a Cagliari le prime LG Sigo-Aogoi-Agui

In occasione del Congresso nazionale la Fondazione ha presentato all'Assemblea dei Soci le prime Linee Guida che caratterizzano il nuovo corso della Fondazione

Il Prof. Fabio Sirimarco, Presidente della Fondazione, dopo aver ringraziato gli estensori dei Documenti scientifici per l'impegno e la professionalità dimostrata, ha presentato le due Linee guida su "Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio" e la "Gestione multidisciplinare dell'emorragia post-partum". "È con grande orgoglio e soddisfazione che i Ginecologi italiani possono finalmente disporre di Linee-guida condivise

dalla Sigo, Aogoi e Agui" – ha detto Sirimarco nel corso della sessione annunciando che è "in via di ultimazione l'elaborazione di altre tre Linee-Guida, e precisamente: Induzione al travaglio di parto; Il parto pretermine e La gestione della gravidanza plurima".

Il Presidente ha infine precisato che "le Linee guida rappresentano il risultato di un lavoro collettivo di esame su specifiche condizioni, allo scopo di fornire al

professionista e alle Istituzioni raccomandazioni sul processo decisionale. Esse, per definizione, non sono vincolanti e non devono condurre ad un comportamento clinico obbligatorio; devono piuttosto, attraverso lo studio sistematico della produzione scientifica esistente, fornire un supporto decisionale a scelte che comunque tengano conto delle condizioni e necessità del paziente, del contesto nel quale si opera e delle risorse disponibili".

## Le disfunzioni sessuali maschili: anche il ginecologo può avere un ruolo determinante

■ Presentate a Cagliari le Raccomandazioni Aogoi finalizzate a individuare percorsi diagnostico-terapeutici di base dei disturbi sessuali maschili, partendo dal disagio femminile

Anna Gallicchio

Il tema delle "patologie sessuali maschili: cosa deve sapere e fare il ginecologo" è stato al centro di una interessante Tavola Rotonda nell'ambito del Congresso Nazionale di Cagliari. Ad illustrare l'innovativo approccio alle disfunzioni sessuali maschili, centrato sulla coppia anziché sul singolo individuo, il Segretario Nazionale Chiàntera e il Presidente Trojano, moderatori dell'incontro che ha messo in luce come il contributo del ginecologo, medico di fiducia della donna, possa essere determinante nell'individuare precocemente questi disturbi e come sia importante che "l'anamnesi sessuale diventi parte integrante dello strumentario diagnostico".

A determinati disturbi maschili corrisponde infatti un particolare tipo di disturbo femminile o viceversa: è evidente come certe "coppie di disturbi" (ad esempio eiaculazione precoce e anorgasmia) possano spesso impedire l'atto sessuale completo inficiando la capacità procreativa, come ha spiegato Giuseppe De Placido, Direttore della Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia dell'Università degli studi di Napoli "Federico II", nella Lettura Introduttiva "Disfunzioni sessuali maschili e infertilità di coppia: un approccio clinico

integrato". Per questo nell'approccio ai disturbi sessuali la prospettiva di coppia può essere più utile nell'inquadramento clinico.

Così come è emerso nell'ambito della Tavola Rotonda – a cui hanno preso parte Fabio Parazzini, Roberto Bernorio, Maurizio Guida e Ferdinando Pellegrino – molto può essere fatto dal ginecologo con la sua paziente per affrontare e trattare le problematiche maschili. L'importante è favorire il dialogo e stimolare l'approccio medico per individuare le nuove soluzioni terapeutiche. In quest'ottica i ginecologi Aogoi hanno elaborato alcune semplici Raccomandazioni (che saranno pubblicate a breve sul sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it)), finalizzate a individuare percorsi diagnostico-terapeutici di base dei disturbi sessuali maschili, partendo dal disagio femminile. Queste Raccomandazioni per i ginecologi

includono anche opportune "Rassicurazioni" per le donne, utili quando si affrontano tematiche così delicate e complesse come la vita intima e l'interazione di coppia. È sempre necessario chiarire alla coppia che non si deve individuare un "colpevole", ma semplicemente fare un corretto inquadramento diagnostico del disturbo, per poi condividere eventuali indicazioni terapeutiche, ovviamente anche con l'uro-andrologo.

Queste Raccomandazioni per i ginecologi includono anche opportune "Rassicurazioni" per le donne, utili quando si affrontano tematiche così delicate e complesse come la vita intima e l'interazione di coppia. È sempre necessario chiarire alla coppia che non si deve individuare un "colpevole", ma semplicemente fare un corretto inquadramento diagnostico del disturbo, per poi condividere eventuali indicazioni terapeutiche, ovviamente anche con l'uro-andrologo.

presume infatti che più o meno tutte le vittime, anche quelle che non hanno la forza di denunciare, prima o poi arrivino proprio al Pronto Soccorso da sole o, non di rado, accompagnate dai loro stessi persecutori.

Nel DEA si deve prevedere una stanza dedicata, la "stanza rosa", che è importantissima perché la persona che vi accede può essere protetta, curata, visitata, ricevere tutto quello che è necessario senza essere sbalottata da una parte all'altra dell'ospedale. La stanza rosa rappresenta una prima risposta della struttura, che richiama l'idea di un "nucleo protettivo" e dà immediatamente la percezione che in quella struttura c'è un'attenzione e un ascolto al problema.

Il punto di forza del progetto è l'attivazione, in tutti i casi di sospetta violenza, di una task force, dedicata e formata: il concetto è quello di una squadra formata da personale so-

cio-sanitario, magistrati, ufficiali di Polizia giudiziaria, specializzata e tempestiva nell'azione, che ha come impegno specifico quello della tutela delle fasce deboli della popolazione.

Il progetto dal 2011 è andato via via espandendosi, coinvolgendo pezzo per pezzo tutte le Asl, in una sorta di "effetto domino", come lo ha definito Vittoria Doretti che ha costituito la prima struttura a Grosseto, che si è completata a gennaio 2014.

Pur tra molte difficoltà e resistenze, il progetto, che vede un referente regionale e dei referenti presenti in ogni Asl, ha la finalità di mettere in rete le risorse, evitare risposte frammentate, contaminare le varie culture (sanitaria, giudiziaria, sociale) e costruire una visione omogenea dei problemi.

Inoltre consente una raccolta dati che costituisce una sorta di osservatorio regionale: nel 2013 sono state circa 3mila le perso-

ne assistite e nel primo semestre 2014 siamo già intorno a 2mila.

Una storia virtuosa dunque, dove l'impegno della nostra associazione è stato in grado di portare "consapevolezza" e le persone, con il loro impegno, sono riuscite a trasformarla in "organizzazione".

La formazione dunque dà frutti concreti, e già si parla di estendere il progetto ad altre regioni: auguriamoci che così possa essere e che l'effetto domino non si arresti, auguriamoci che tutto questo possa essere una risposta vera che porti all'emersione del sommerso, alla prevenzione dei drammi che leggiamo poi sui giornali, ad un cambiamento culturale vero.

Riconosciamo che in tutto questo l'Aogoi ha avuto un ruolo importante, ha avuto la sensibilità di portare avanti una battaglia che sembrava impossibile e di questo tutti noi dobbiamo essere orgogliosi.

## Chirurgia uro-ginecologica: aspetti medico-legali

**Davide De Vita**

Segretario regionale AOGOI

Nell'ambito della Tavola Rotonda: "Contenzioso medico-legale in Ostetricia e Ginecologia alla luce delle più recenti sentenze" è stato affrontato il tema "Aspetti medico-legali in chirurgia uro-ginecologica" - una problematica molto attuale ma su cui c'è poco o nulla in letteratura: sul database pubmed, a questa voce, compaiono solo due lavori.

Vi è quindi una discrepanza tra la piuttosto elevata incidenza di complicanze in chirurgia uro-ginecologica e lo scarso numero di lavori in letteratura. In realtà, i problemi medico-legali in uro-ginecologia sono iniziati già in epoca post-TVT (1996), come dimostrato ad esempio negli Usa, dal diffondersi di manifesti

■ 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

pubblicitari su quotidiani da parte di avvocati, che offrivano a pazienti operate di incontinenza urinaria (dal Marzo 1997 al January 1999 con sling ProteGen vaginal sling prodotte dalla Boston Scientific), consulenza legale per sostanziosi risarcimenti economici per le complicanze postoperatorie conseguenti. Sicuramente, le attuali ragioni sociali giustificano l'esigenza del malato a vedersi riconosciuto il ristoro del danno patito in termini di risarcimento economico da qualunque parte esso provenga (Struttura sanitaria, Assicurazione, Medico, ecc.) e d'altra parte sot-

topongono il chirurgo ad una pressione psicologica e tensione emotiva, non consona a un corretto operato. I disturbi del pavimento pelvico maggiormente trattati chirurgicamente sono la stress urinary incontinence (SUI) ed il prolasso degli organi pelvici (POP), ed esistono centinaia di interventi diversi riportati in letteratura - interventi che non raramente presentano complicanze intra e postoperatorie e recidive, che possono compromettere la qualità della vita nel lungo termine e costituire un onere finanziario per la paziente e il sistema sanitario.

► Segue a pagina 29

**AOGOI per te**

## "La colpa medica nella legislazione europea e italiana"

Il quadro della responsabilità professionale in chiave europea, le assicurazioni e la protezione del patrimonio sono stati i temi al centro della sessione "Aogoi per te": uno spazio per discutere e riflettere sui rischi a cui è sempre più esposta la delicata attività professionale medica e per ricordare, ancora una volta, a tutti i soci l'importanza di ricorrere tempestivamente a una consulenza altamente qualificata

**Vania Cirese**

Avvocato, Responsabile Ufficio Legale AOGOI

Il fenomeno della medical malpractice ha ormai assunto le dimensioni di una pandemia tanto che attualmente in Italia la problematica assicurativa ha un ruolo sempre più rilevante nell'attività professionale del medico perciò appare di assoluta necessità fornire ai medici una consulenza e tutela legale tempestiva e specializzata, atteso il continuo mutare di leggi e sentenze, molto spesso sfavorevoli alla classe medica. I profili della responsabilità professionale sono scanditi dall'intersecarsi delle disposizioni del codice deontologico, civile e penale e da molte interpretazioni giurisprudenziali disomogenee.

In Italia, in un anno, sono oltre 31mila le denunce dei cittadini per danni subiti in sanità, l'aumento dal 1994 al 2011 è stato addirittura del 200%. La richiesta media di risarcimento si aggira tra i 700 e i 1.300 milioni di euro e si stima che il costo economico della malpractice potrebbe giungere a circa 2 miliardi l'anno.

**I rischi sempre maggiori a cui è esposta la classe medica** nella delicata attività professionale sono correlati a un aumento esponenziale della conflittualità con i pazienti; difficoltà del mercato assicurativo a fornire coperture adeguate; mancanza dell'obbligo assicurativo per le strutture ospedaliere; assenza di monitoraggio, prevenzione e riduzione del rischio clinico; coinvolgimento personale dei medici in lunghi processi penali e civili; esposizione del patrimonio personale dei medici, aggredito anche da azioni esecutive dei pazienti e di rivalsa delle strutture. Inoltre, la durata dei processi penali e soprattutto civili, definiti appunto "long tail", portano le

compagnie assicuratrici a dover risarcire, in caso di condanna, somme molto superiori alle richieste iniziali, con conseguenti scompensi in sede di bilancio. A ciò si aggiungano l'immediata disdetta della polizza assicurativa al ricevimento della lettera di richiesta danni; la carenza di legali e Ct realmente esperti della materia nella gestione del contenzioso; la scarsa collaborazione, inerzia, conflittualità con la struttura in caso di contenzioso.

Gli effetti dell'errore medico siano essi collegati a imprudenza, imperizia o negligenza dei medici ovvero derivino da eventi imprevedibili o imprevedibili, hanno come conseguenza la perdita di fiducia dei pazienti e il deterioramento della relazione medico-paziente con la conseguente adozione di costose e inutili procedure di medicina difensiva da parte dei professionisti, nel tentativo di arginare il contenzioso o preconstituire difesa.

**Negli altri Stati membri** la situazione non è meno preoccupante. Nel **Regno Unito**, per 5.470 denunce tra il 2007/08, sono stati pagati risarcimenti per 633 milioni di sterline. In **Francia** nel 2013 sono state riscontrate 4.394 denunce con una richiesta media per sinistro di 98.915 euro e l'83% di sinistri liquidati. Va comunque ricordato che sia nel Civil Law che nel Common Law esistono istituti a livello nazionale per gestire i sinistri in Sanità, come la Nhs Litigation Authority in Uk e in Francia l'Oniam, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux. Inoltre, riguardo agli strumenti alternativi alla via giudiziaria, in **altri Paesi dell'Unione** (come Belgio, Danimarca, Francia, Lussemburgo, Spagna, Uk e Svezia) i costi della mediazione sono sostenuti dallo Stato o dalle strutture. Nel Regno Unito, per esempio, tutto è gestito dalla Nhsa e solo nel

► Segue a pagina 28

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

**Presentati al Congresso nazionale i dati dello studio osservazionale coordinato dall'Aogoi-Aio, che dà il via all'ambizioso progetto su tutto il territorio nazionale**

Alla luce dell'alta percentuale di morbidità-mortalità materno-fetale correlata alla placenta previa-accreta (PPA) - al fine di ottenere un miglioramento dell'outcome materno-fetale con un'accurata diagnosi prenatale ed un appropriato management multidisciplinare al momento del parto - l'Aogoi e l'Aio hanno condotto negli ospedali campani uno studio osservazionale, che, con una dettagliata e faticosa raccolta dati, ha confermato l'elevata incidenza di tale patologia nella regione. I dati inerenti questo studio osservazionale sulla PPA sono stati presentati in occasione del Congresso nazionale di Cagliari. Lo studio, che ha concluso la sua fase nella regione Campania, prevede una II fase che si estenderà a tutto il territorio nazionale. L'obiettivo è di "fotografare" l'approccio clinico alla placenta previa e accreta e, in prospettiva, definire criteri condivisi di diagnosi ecografica e ottimizzare il management della condizione.

**A questa fase preliminare hanno aderito 7 centri campani**

(P.O. di Battipaglia (Sa) P.O. Nocera Inferiore (Sa), Aorn Ruggi D'Aragona Salerno; Aorn Cardarelli Napoli, Aorn Moscati, Avellino; Ospedale Evangelico Villa Betania, Ponticelli, Napoli, Aorn Caserta) che nel periodo gennaio 2009 -maggio 2013 hanno assistito un totale di 188 casi di placenta previa e accreta. L'incremento di incidenza di PPA è in parallelo aumento con l'incidenza dei tagli cesarei in Campania che rappresentano il principale fattore di rischio per accretismo placentare, associato all'età materna superiore ai 35 anni. Sono state analizzate dettagliatamente ben 188 pazienti affette da tale problematica, sicuramente sottostimate; basti pensare che sono state escluse dallo studio altre 42 pazienti di cui non si è ancora in possesso della completa documentazione clinica, che porterebbero all'individuazione in Campania di 230 casi su 220mila parti in 4 anni di osservazione (55mila parti all'anno), con un'incidenza di circa 1-2 per 1000 parti. L'età media delle donne con diagnosi di placenta previa è stata pari a 32,9 anni (range-23-53); 21 donne (16,2%) non hanno riportato alcun progresso intervento sull'utero (sia esso taglio cesareo (TC), miomectomia o raschiamento uterino). Nella maggior parte dei casi la diagnosi di PPA era già nota al

momento dell'ingresso in ospedale per il parto: in 50 pazienti (26,6%) è stata eseguita una RMN. In tutti i casi il parto è stato espletato attraverso TC alla 34,3 settimana di gestazione (range 26-40). In 70 casi (37,2%) è stata eseguita una embolizzazione, immediatamente dopo il TC in 54 casi (28,7%) e prima dell'esecuzione del TC in 26 casi (13,8%). In 4 casi (5,6%), sui 70 in cui è stata eseguita una embolizzazione, è stata necessaria una re-embolizzazione per emorragia persistente. In 44 casi (23,4%) è stato necessario eseguire una isterectomia (in un caso subtotale). In questi casi sono state riportate 15 (34,1%, limiti di confidenza al 95% 20,6-60,9) lesioni vescicali, 3 lesioni ureterali (6,8%), 1 lesione intestinale (2,35%). Il tempo medio di ricovero è stato pari a 7,5 giorni (range 2-38). Un totale di 16 casi (8,5%) sono stati trasferiti in reparto di terapia intensiva. In 68 casi (36,25) è stato necessario eseguire una trasfusione (numero medio di unità 3,5 range 2-14). All'esame istologico un placenta accreta è stata diagnosticata in 29 casi (15,4%), 8 precreta (4,2%), 1 abrupto placentare (0,5%). I dati raccolti sul territorio campano, in cui si registra un'altissima percentuale di TC, confermano l'alta frequenza di placenta previa ed accreta. Seppure in 41 casi sia stato

► Segue a pagina 29

## AGITE al congresso Un bilancio del nostro 4° appuntamento nazionale

**Giovanni Fattorini**  
Presidente AGITE

**Quale bilancio possiamo trarre dopo l'89° Congresso della SIGO e quello che possiamo considerare il nostro 4° Congresso Nazionale?**

Il nostro obiettivo era di porre all'attenzione di tutti i colleghi alcuni aspetti strettamente legati alla realtà che ci ospitava e lo spazio che abbiamo lasciato alla "Sardegna" è stato ampiamente ripagato dall'attiva presenza di ginecologi sardi, dalla qualità dei loro contributi e dalla importante presenza ai lavori, coordinati da Luigi Mannu, del Presidente della Commissione Sanità della Regione, l'On. Raimondo Perra, che si è impegnato ad un maggior riconoscimento, anche sul piano istituzionale, della componente territoriale nella futura promozione dell'area materna infantile nell'Isola.

In questo contesto tutto "insulare" abbiamo tutti molto apprezzato l'acuta analisi della Prof.ssa M. Castiglioni che ci ha offerto una lettura originale e documentata sul "primato" nazionale nell'utilizzo dei Contraccettivi Ormonali da parte delle donne sarde che va oltre, comprendendolo, il luogo comune della presenza in Sardegna di un matriarcato antico dalle caratteristiche però molto singolari e per molti aspetti ancora da indagare. Ciò conferma quanto sia importante che questi aspetti, diciamo, antropologici, ma così strettamente legati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate dai servizi ambulatoriali e consultoriali, soprattutto in tema di **consulenza contraccettiva**, possano diventare materia di formazione per i ginecologi avviati ad una carriera

non chirurgica e non solo in Sardegna.

In questa occasione Silvana Sanna ha lasciato il suo incarico di Segretario Regionale per lasciare il posto alla Dr.ssa Liliana Pascucci. Ad entrambe un sincero ringraziamento e l'augurio a Liliana e ai futuri rappresentanti provinciali di poter guidare AGITE Sardegna ad un ulteriore sviluppo organizzativo e scientifico.

*Ma la ginecologia territoriale può integrare anche sul piano delle prestazioni più "invasive" quella ospedaliera? Noi lo crediamo. Ce lo hanno confermato con accenti diversi i relatori della Sessione dedicata a questo ambito. Anche l'aggiornamento sulla realizzazione del Percorso Nascita, ci riferiamo al noto accordo tra il Governo e le Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo per la promozione ed il*

*miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", illustratoci da A. Ghirardini del Ministero della Salute e da alcuni dei nostri Segretari Regionali, ha confermato quanto resti ancora da fare su un tema così rilevante, anche per quanto riguarda il contributo dei servizi territoriali.*

I risultati ancora preliminari del **Progetto di AGITE sulla Contraccezione d'Emergenza** presentati da M. Toschi e B. Del Bravo hanno consentito di confermare tutte le contraddizioni collegate alla sua prescrizione e alla necessità di svolgere, appunto, un'opera di chiarificazione e di sostegno nei confronti dei colleghi spesso confusi da informazioni contrastanti. Ed infine la **Tavola Rotonda dedicata al futuro dei Consulenti**. Questa iniziativa che abbiamo proposto anche quest'anno e che ha visto la partecipazione della Sen. E.G. De Biasi, Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato e dell'On. B. Fucci, Segretario della Commissione Affari Sociali della Ca-

mera, oltre al Presidente Aogoi Prof. V. Trojano, e coordinata da T. Bartolini, Direttrice di "Noi Donne", si propone di fare il punto, almeno una volta all'anno, sullo stato di salute di queste strutture. In grande sintesi: tutti hanno espresso il loro sincero apprezzamento per questa istituzione sanitaria e sociale che, peculiarità tutta italiana, rappresenta un punto di riferimento insostituibile per la promozione della salute riproduttiva di tutti i cittadini del nostro Paese. Le condizioni per un loro rilancio stanno nella determinazione della società civile e delle donne in particolare a non rinunciare a risultati già conseguiti in tema di diritti sessuali, nella capacità delle Società Scientifiche nell'articolare proposte politiche credibili e nuovi stimoli culturali, in ordine soprattutto alla formazione in particolare dei più giovani ed infine nella volontà politica dei decisori della Sanità Pubblica di non abbandonare una istituzione forse "minore", ma ancora ricca di valori e risorse.

E questo è ciò che come Società abbiamo chiesto ai nostri interlocutori. **✓**

mentre, oltre al Presidente Aogoi Prof. V. Trojano, e coordinata da T. Bartolini, Direttrice di "Noi Donne", si propone di fare il punto, almeno una volta all'anno, sullo stato di salute di queste strutture. In grande sintesi: tutti hanno espresso il loro sincero apprezzamento per questa istituzione sanitaria e sociale che, peculiarità tutta italiana, rappresenta un punto di riferimento insostituibile per la promozione della salute riproduttiva di tutti i cittadini del nostro Paese. Le condizioni per un loro rilancio stanno nella determinazione della società civile e delle donne in particolare a non rinunciare a risultati già conseguiti in tema di diritti sessuali, nella capacità delle Società Scientifiche nell'articolare proposte politiche credibili e nuovi stimoli culturali, in ordine soprattutto alla formazione in particolare dei più giovani ed infine nella volontà politica dei decisori della Sanità Pubblica di non abbandonare una istituzione forse "minore", ma ancora ricca di valori e risorse.

E questo è ciò che come Società abbiamo chiesto ai nostri interlocutori. **✓**

## COREMED un angelo custode per noi ginecologi!

**Maurizio Silvestri**  
Direttivo nazionale AOGOI

Nata da un'idea del professor Alfredo Damiani e di Get App, società specializzata nella creazione e sviluppo di applicazioni mobile e relativi modelli di business, il nuovo "canale informativo" medico si avvale del supporto del professor Giancarlo Di Renzo. L'Aogoi, con un suo comitato scientifico, collabora con il team e condivide il materiale inserito nell'applicazione. Attraverso CoreMed siamo in contatto con la nostra associazione scientifica: notizie, congressi e comunicati ufficiali compaiono rapidamente sull'app nella pagina area Aogoi della bacheca dove troviamo inoltre le news, l'area Aio, l'area Agite, le comunicazioni farmaceutiche e i sempre utili

**I ginecologi hanno un'opportunità in più per essere rapidamente aggiornati: è COREMED, un'applicazione gratuita disponibile su Apple store e Google Play che oltre 3mila di noi hanno già scaricato sul proprio telefonino o tablet**



consigli legali.

Nella specifica pagina Linee-guida consultiamo linee guida nazionali e internazionali. Con CoreMed possiamo essere informati sulle novità terapeutiche mentre dalla sessione Argomenti accediamo alle note cliniche e al trattamento di molte patologie.

**Quest'app è un utile ausilio** per la nostra memoria nel momento critico in cui non ricordiamo a quale patologia appartenga un sintomo, oppure il trattamento di una malattia. La ricerca è semplice e rapida: digitando la malattia, il sintomo o

il principio attivo del farmaco compare rapidamente quanto di più aggiornato è presente in letteratura, il nome commerciale del prodotto con la posologia del farmaco.

**Presto CoreMed si arricchirà anche di altre utilities** che saranno comunicate ai soci Aogoi attraverso la newsletter, ed è pronta a soddisfare le nostre richieste inserendo nuovi argomenti.

A breve diverrà anche un network tra tutti gli utilizzatori con possibilità di un confronto clinico su questi e molti altri temi che riguardano la nostra quotidianità assistenziale. **✓**

**Illustrate a Cagliari caratteristiche e potenzialità del nuovo "canale informativo" medico disponibile sul sito AOGOI**

## "Mettere in campo le competenze delle Ostetriche nella gestione autonoma del percorso nascita"

**Antonella Marchi**  
Presidente AIO

**S**i è da poco concluso questo importante appuntamento che quest'anno ci ha viste impegnate a rilanciare la nostra battaglia per la piena attuazione di quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 e per dirimere una serie di problematiche che condividiamo con

**Anche quest'anno abbiamo chiesto alle giovani Ostetriche di presentare le loro relazioni, per incoraggiarle ad entrare nel mondo scientifico e a confrontarsi con altre colleghe e con i ginecologi**

Aogoi e le altre Società, quali le assicurazioni, la medicina difensiva, il business della malasanità, la cattiva informazione da parte dei mass media, la

**► Segue a pagina 28**



## ► Segue da pagina 27

necessità di assumere Ostetriche nei contesti ospedalieri e territoriali. Abbiamo conquistato un ruolo professionale rilevante grazie all'emanazione di documenti quali il Profilo Professionale e le Normative n. 42/1999 e n. 251/2000 ed abbiamo acquisito un'importante preparazione teorica e clinica, che purtroppo non è stata ancora adeguatamente riconosciuta in molte regioni italiane. Grazie all'Associazione Italiana di Ostetricia, e soprattutto attraverso l'Osservatorio per i presunti abusi professionali, la categoria ha ripreso a credere fortemente nella propria identità professionale e ci siamo sentiti stimolati a ricompattarci. Come avvenuto al Sigo di Napoli, anche quest'anno abbiamo chiesto alle giovani Ostetriche di presentare le loro relazioni, per incoraggiarle ad entrare nel mondo scientifico e a confrontarsi con altre colleghe e con i ginecologi. E la nostra sessione, seppur breve, è stata proficuamente partecipata.

Sono stati affrontati i temi delle macro-aree gravidanza, travaglio-parto, puerperio disegnando le competenze peculiari delle Ostetriche nella gestione del percorso di fisiologia che reclamiamo con impegno, con competenza scientifica, per dimostrare la nostra credibilità professionale così come indicato nell'accordo Stato-Regioni. Infatti la razionalizzazione e riduzione dei punti nascita ha previsto la definizione delle risorse umane sulla base dei carichi di lavoro ma le Ostetriche non sono state assunte; ha previsto l'adeguamento delle reti consultoriali per poi favorire la continuità ospedale-territorio e quindi la dimissione protetta ed il sostegno a madre e neonato, ad oggi quasi ovunque disattesa e che invece ha prodotto abusivismo da parte di sedicenti professionisti non riconosciuti dal Ministero della Salute né dal mondo Scientifico Italiano.

Ciò che abbiamo più a cuore è di attuare quanto previsto dall'Accordo con l'istituzione di percorsi di fisiologia in cui l'Ostetrica sia la responsabile della promozione e della conduzione assistenziale per il mantenimento della stessa e conseguentemente sia fautrice di una organizzazione che comporti un costo inferiore della spesa sanitaria; per la riduzione dei tagli cesarei e quindi la creazione di un ciclo efficiente che sicuramente produrrà maggiore salute pubblica.

**È grazie alla costante presenza della "specialista della fisiologia",** che incoraggia e ascolta in modo empatico la donna e la famiglia, che sarà possibile promuovere e mantenere la salute.

Nella riorganizzazione dei punti nascita richiamata anche dall'Accordo Stato-Regioni del dicembre 2010, al fine di incrementare la qualità assistenziale delle ostetriche, è vincolante applicare quanto previsto dalle Direttive Europee, ovvero distinguere i percorsi assistenziali in fisiologici, in cui consolidare l'autonomia delle Ostetriche, da quelli patologici, in cui le ostetriche sono responsabili dei piani assistenziali su un percorso di cura delineato dallo specialista ginecologo.

L'aumento dei tagli cesarei è da ascrivere anche alla mancanza di ostetriche nei reparti e in sala travaglio e parto. Alcuni studi indicano che le donne in gravidanza devono essere informate che un sostegno emotivo continuo durante il travaglio di parto, effettuato da Ostetriche, riduce la probabilità di un taglio cesareo e di parto operativo e migliora la soddisfazione percepita dalle donne rispetto all'esperienza del parto. Infatti, le donne che ricevono un'assistenza continuativa da parte dell'Ostetrica hanno una minore probabilità di essere ricoverate in ospedale prima della nascita del bambino; una maggior probabilità di seguire programmi educativi durante il periodo prenatale; un ricorso meno frequente a farmaci per alleviare il dolore durante il travaglio poiché l'ostetrica aiuta la donna con il movimento del corpo, l'uso della voce, dell'acqua, dei massaggi e favorisce l'intimità dell'ambiente e della coppia; una minor probabilità di essere sottoposte ad interventi quali induzione farmacologica al travaglio, episiotomia, altre procedure ostetriche; una maggiore probabilità di avere un parto vaginale spontaneo; la riduzione del numero di neonati che necessitano di rianimazione.

Per questo, secondo AIO e come più volte rimarcato da Sigo e da Aogoi, è necessario applicare la riforma dei punti nascita che prevede un numero appropriato di ostetriche a seguire le donne nell'intero percorso nascita, ovvero in gravidanza, in travaglio di parto (prevenzione dal taglio cesareo) e nel puerperio; se tutto questo venisse applicato si assisterebbe anche alla riduzione del ricorso a figure non professionali e quindi alla diminuzione del fenomeno dell'abusivismo in ambito materno-infantile.

**I Paesi europei che hanno investito sulle ostetriche** in ospedale e pronto soccorso (per rispondere anche agli abusi) e sul territorio come ostetriche di comunità (domicili, consultori, scuole) hanno assistito ad un miglioramento della qualità assistenziale con aumento della fisiologia, riduzione della patologia e di tagli cesarei di contro alla riduzione della spesa sanitaria e registrato una grande soddisfazione lavorativa delle Ostetriche, poiché accrescono la responsabilità, l'autonomia professionale e l'opportunità di sviluppare relazioni significative con le donne assistite e le loro famiglie. Non si comprende perché in Italia non sia possibile prendere esempio dai paesi più virtuosi, a partire dal momento più importante nella vita di un essere umano: la sua nascita. **Y**



## AOGOI per te

## "La colpa medica nella legislazione europea e italiana"

## ► Segue da pagina 26

2% dei casi si procede giudizialmente. In Italia, al contrario, la procedura conciliativa non è una soluzione soddisfacente, sia per le spese fisse iniziali scoraggianti l'accesso sia perché il mediatore, che spesso non conosce la vicenda, non è in grado di orientare le parti.

**Quanto alle assicurazioni,** il punto è che nel nostro Paese le

troddurre la previsione di una responsabilità della struttura fondata su un titolo autonomo per "difetto di organizzazione" e violazione dell'obbligo di "sicurezza nella erogazione delle cure" - fatto distinto da quello che fonda la responsabilità del medico per propria negligenza, imprudenza, imperizia.

La struttura a mezzo del legale rappresentante, e non il medico, ha infatti l'obbligo di garantire la sicurezza delle cure predisponendo la dovuta organizzazione di mezzi e di persone. In caso di carenze strutturali,

ne-gestione del rischio clinico da parte delle strutture, bensì derivanti da complicanze insite nella patologia, nella metodica (non prevedibili né evitabili). Come del resto è previsto da altri paesi europei.

Ecco dunque che la comparazione della gestione del contenzioso medico-legale e della disciplina della responsabilità medica nei sistemi di civil law - common law può ispirarci al fine di tracciare le linee di una disciplina di settore più moderna e appropriata in Italia, anche prevedendo la responsabilità penale solo al superamento di una certa soglia di gravità della condotta errata ed eventualmente lasciando all'apprezzamento dell'autorità giudiziaria la differenziazione delle ipotesi e le fattispecie suscettibili di essere penalmente rilevanti.

**Le Istituzioni dell'Ue** devono contribuire sul piano legislativo e operativo all'omogeneità dei sistemi di monitoraggio e reporting degli eventi avversi, innanzitutto prevedendo: l'istituzione di un omogeneo sistema di clinical risk-management e assicurativo; un'uniformità di valutazione medico-legale dei danni negli Stati membri dell'Ue; un'Agenzia Europea per il monitoraggio del rischio clinico; un'Autorità Europea per la sicurezza delle cure (modello EFSA).

Concentrando gli sforzi a livello europeo potremo incidere in un futuro non troppo lontano sulle diverse regolamentazioni, a tutela sia dei medici che dei pazienti. Dopo le Direttive sull'assistenza sanitaria transfrontaliera, sul riconoscimento delle ricette e sul riconoscimento dei titoli, occorre perciò una Direttiva che dia vita ad un vero "Spazio Sanitario Europeo" di efficienza e sicurezza. **Y**

### Indispensabile introdurre la previsione di una responsabilità della struttura fondata su un titolo autonomo per "difetto di organizzazione" e violazione dell'obbligo di "sicurezza nella erogazione delle cure"

attuali polizze coprono solo la responsabilità professionale del medico per sua negligenza, imprudenza, imperizia e non già quella diretta e autonoma dell'ente stipulante per deficit organizzativo o carenze strutturali. Senza contare poi i sempre più frequenti casi di disdetta intima dalle compagnie assicurative in relazione ai sinistri, con nuove negoziazioni a condizioni estremamente gravose per i singoli professionisti (clausola claims made).

**Quanto al quadro giudiziario,** nella ricostruzione della vicenda non viene quasi mai preso in esame un disservizio o una disfunzione organizzativa e si continua ad aprire indagini, sempre e comunque, sulla colpa professionale del singolo medico o dell'equipe. Per questo, è più che mai indispensabile in-

organizzative, mancato approntamento del sistema di monitoraggio dei rischi ed eventi avversi, occorre prevedere una responsabilità autonoma in capo ai legali rappresentanti delle strutture (o loro preposti), con precisi obblighi e sanzioni per inadempimento. Occorre insomma un sistema sanitario che contempli diversi profili di responsabilità, che includa un vero e proprio sistema (nazionale/regionale/locale) di gestione del rischio clinico e preveda obblighi e sanzioni in caso di inadempimento.

È altresì necessaria l'istituzione (almeno a livello regionale) di un "Fondo vittime da alea terapeutica" per quei danni gravi ai pazienti, non imputabili né a negligenza, imprudenza, imperizia del medico, né a carenze strutturali e omessa prevenzio-

## Le ostetriche liguri collaborano con l'Ars per la programmazione di una Rete Regionale Ostetrica nell'area materno infantile

### La segretaria regionale AIO della Liguria Marina Tabò è la nuova Coordinatrice della rete Ostetrica regionale e consulente esterna della rete metropolitana

Il gruppo di lavoro, individuato dall'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Liguria, è composto dalle Coordinatrici delle U.O. di Ostetricia e Ginecologia delle Asl Liguri che hanno come obiettivo principale:

- la costituzione di una rete ostetrica regionale
- l'uniformità della assistenza
- strategie per la diminuzione dei tagli cesarei.

Nel corso di vari incontri finalizzati a migliorare l'offerta alle donne in gravidanza il gruppo di lavoro ha provveduto alla mappatura delle

strutture, all'identificazione dei carichi di lavoro e dei servizi offerti, alla rilevazione di criticità e dei punti di forza.

Da questo confronto, supportato da dati, è emerso che si registra una diminuzione della patologia e della medicalizzazione laddove è presente:

- l'ambulatorio della gravidanza fisiologica gestito esclusivamente da ostetriche
- la conduzione di Igiene Alimenti e Nutrizione (IAN) a conduzione prevalente ostetrica
- l'assistenza ostetrica in autonomia

per il travaglio ed il parto fisiologico.

Il gruppo ostetrico, con la condivisione e il supporto della dottoressa Enrica Orsi, funzionario Ars, si propone ora, di suddividere il lavoro in step finalizzati a:

1. garantire un'uniformità nella conduzione dei corsi IAN, con condivisione, integrazione e formazione comune
2. istituire ambulatori della gravidanza fisiologica su tutto il territorio
3. garantire autonomia all'assistenza ostetrica. **■**

# 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'obbligazione 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**

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



# Io mi accuso!

**Ho sbagliato, lo riconosco: avrei dovuto urlare con tutto il fiato che avevo in gola che era una vergogna, che un Paese che fa scappare o fa avviliti quelli bravi, quelli che studiano, che si sacrificano, che fanno bene il loro lavoro, è un posto iniquo: è un Paese senza futuro**

nostra famiglia, aspettando che qualcuno ci denunci magari perché l'apparecchio guasto da settimane non viene riparato ad opera del "bravo" manager dell'ASL, mentre noi assistiamo comunque la gente!

**Si può accettare tutto questo?** Come ho (abbiamo) potuto chiudere gli occhi mentre una parte (sì, una parte perché c'è tanta gente per bene, anche nel nostro Paese!) rubava, approfittava, ricattava, imbroglia, vessava, minacciava milioni di cittadini? Come è stato possibile subire che pochi furbi e senza scrupoli ci raggirassero a tal punto? Che politici ignoranti dovessero insegnare a noi come svolgere il nostro mestiere, come organizzare il nostro lavoro, come destinare le risorse nella sanità, loro che non sarebbero stati capaci di gestire un pollaio! Incapaci ma rapaci!

**Basta! Basta! Siamo professionisti,** abbiamo ruoli importanti nella società, godiamo di consenso tra i cittadini (le mele marce ci sono anche tra noi e purtroppo non poche, ma vale per tutte le categorie); dobbiamo farci sentire, occorre imporre al nostro Ordine di impegnarsi (finalmente) con una sola parola "d'ordine": RISPETTO! Esigiamo rispetto per il nostro difficile lavoro, occorre spiegare bene alla gente che la medicina è scienza probabilistica e non può dare certezze assolute, che noi siamo fatti di carne e ossa e non siamo computer, possiamo sbagliare; è doloroso ma è possibile, anche se le conseguenze a volte possono essere fatali. Quando si verifica un incidente d'aereo, i familiari dei superstiti non denunciano il pilota soltanto perché di solito muore anche lui: in caso di incidente occorre che facciamo harakiri anche noi per essere compresi e perdonati? Basta, basta: non se ne può più. Non me la sento di subire ancora. Ho sbagliato a farlo fin'ora e me ne pento! Ma per questo sono comunque colpevole. Merito di essere condannato! È vero, siamo in molti ad aver commesso lo stesso sbaglio e per questo, solo per questo motivo, mi appello alla clemenza... dei colleghi!

**E**bbene sì; sono colpevole! Condannatemi pure, ho sbagliato e mi assumo le mie colpe. Lo so, potrei cercare qualche attenuante, potrei sollecitare la vostra comprensione per il contesto entro il quale ho gravemente peccato, potrei riuscire forse ad attenuare il fio delle mie colpe, ma... ma ho a lungo e pesantemente sbagliato per cui merito la mia pena.

**I capi di imputazione?**

Innanzitutto aver tollerato che intorno a me personaggi senza coscienza, purtroppo a volte anche con lo stesso camice che indosso io, ricevessero una regolare paga (magari superiore a quella degli altri) per non fare scientificamente nulla; avere chiuso gli occhi davanti a situazioni in cui imbecilli amici dei potenti di turno facevano carriera mentre quelli bravi restavano indietro; avere sopportato che figure di modesta levatura fossero messi in posti di comando, sacrificando persone preparate ma prive di "appoggi"; avere visto furbi ma scarsamente capaci assurgere a ruoli di prestigio profumatamente remunerati solo per essere amici, parenti o cumparielli di qualche assessore; avere dato il mio voto alle elezioni (magari turandomi il naso) a politici incapaci (e magari rivelatisi corrotti); avere accettato di passare per sprovveduto ("fesso"?) di fronte ai 'furbi' che trovavano sempre la porticina giusta nel "palazzo" attraverso la quale risolvevano aumma aumma gli inconfessabili fatterelli loro...; non essermi ribellato di fronte allo strapotere dei politici che nelle ASL facevano il bello ed il cattivo tempo; non essermi incatenato ai cancelli dell'ospedale quando venivano acquistate costose apparecchiature e subodoravo mazzette; quando il fratello, il cugino, il figlio, l'amico, l'amante, il figlio dell'amante del politico in carica risultava vincitore di un



concorso "troppo" regolare; quando a taluni venivano lautamente finanziate con i soldi pubblici "ricerche" che sembravano piuttosto perdite di tempo e regali sottobanco; quando sindacalisti di ritorno diventavano presidenti di enti nel sottobosco della politica da cui avrebbero dovuto difendere i colleghi e tutelarli; quando organismi rappresentativi facevano acquistare ad amici, a familiari e persino a dipendenti a prezzi d'affarone case e palazzi di proprietà dell'ente; quando modesti avvocaticchi di provincia diventavano deputati e poi ricchi e riveriti potenti; quando il vitto degli ospedali era francamente scadente eppure aveva costi incredibili; quando non c'erano fondi per pagare adeguatamente il personale o sostituire apparecchiature usurate ma si acquistavano lussuose auto blu per i "dirigenti"; quando bisognava risparmiare sulla Sanità e si nascondevano le tangenti nei

cuscini dei divani; quando i direttori generali delle ASL ricevevano stratosferici premi annuali per aver raggiunto "gli obiettivi" (lo sfascio è sotto gli occhi, le ruberie pure...).

**Basta.** Non ce la faccio più! Ho sbagliato, lo riconosco: avrei dovuto urlare con tutto il fiato che avevo in gola che era una vergogna, che un Paese che fa scappare o fa avviliti quelli bravi, quelli che studiano, che si sacrificano, che fanno bene il loro lavoro, con passione nonostante tutto, con dedizione, spesso per una paga modesta, è un posto iniquo, è un Paese senza futuro! Ma non l'ho fatto (abbastanza), ho sperato che potesse cambiare, che forse sarebbe migliorato il clima; quando ho creduto che almeno un poco cambiava la musica vedendo qualche potente con la bava alla bocca in un'aula di tribunale, quando qualche grassatore sotto spoglie di politico finiva in manette o qualche

portatore di borse (piene di denari) andava in cella. Non è cambiato molto purtroppo! Sono cambiati (in parte) i suonatori, è vero, ma la musica...no! Non passa giorno che in questa nostra penisola non vengano alla luce ruberie grandi o piccole ai danni della collettività, che non si scopra che amministratori incapaci e felloni si mangiano (letteralmente) il Paese e organizzano anche delle grandi feste a spese nostre, che si fanno pagare le amanti (pardon: le escort) e gli stravizi. Che vergogna!

Lungi da me anche soltanto l'idea di apparire blasfemo: ma di fronte a questo schifo di persone, anche Gesù sulla croce avrebbe forse avuto un momento di smarrimento e di esitazione a sacrificarsi per salvare "questa" umanità!

E noi poveri... cristi che per poche decine di euro passiamo una notte in ospedale anche a Pasqua, Natale e Capodanno a rischiare di persona la rovina nostra e della



Bio-Oil® è l'olio dermatologico che aiuta a migliorare visibilmente cicatrici, smagliature e a uniformare il colorito della pelle in caso di discromie. Bio-Oil® è a base di oli naturali, vitamine e contiene l'innovativo ingrediente PurCellin Oil™. Per informazioni dettagliate sul prodotto e i risultati dei test clinici, visiti il sito [www.bio-oil.com](http://www.bio-oil.com) o contatti Chefaro Pharma Italia al numero verde 800-432722. Bio-Oil® è il prodotto specializzato nel trattamento di cicatrici e smagliature **N° 1** in Italia\*. €11,95 (60 ml), €19,95 (125ml).

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