

## 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 materno 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. **✓**

## 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. **✓**

## "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**



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

## ► 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 intimata 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. **■**