



**Forum Aogoi sulla responsabilità
professionale medica in Europa**

Errore e castigo

■ **Congresso Sigo 2007**

Ginecologi ancora più vicini alle donne. La relazione annuale del presidente Monni all'assemblea Aogoi

■ **L'intervista**

Giorgio Vittori, neopresidente Sigo: progetti e obiettivi in vista del "Figo 2012"

■ **Lettera aperta**

La crisi tra Aogoi e Agui nuoce al prestigio della ginecologia italiana. Antonio Chiantera invita al dialogo

■ **Pma**

Problemi e paradossi della Legge 40: aspettando nuove linee guida...



Riconoscerla in tempo.

Ecchimosi, emorragie interne improvise, incontrollabili. L'alterata attività dei fattori della coagulazione, causata dallo sviluppo di anticorpi, non sempre si riconosce a prima vista e, per questo, può indurre una diagnosi errata. Sono casi rari, ma riconoscerli immediatamente

è vitale, ed è possibile con un semplice test di laboratorio (aPTT)⁽¹⁾; accertata la diagnosi, va subito iniziata la terapia o consultato il Centro di Emostasi e Trombosi o il Centro Emofilia di riferimento. È dimostrato che la prognosi del paziente dipende dalla rapidità dell'intervento⁽²⁾.

Per saperne di più visitare www.each2registry.org

1. Boggio LN, Green D. Rev Clin Exp Hematol 2001; 5(4): 389-403
2. Santagostino E et al. Br J Haematol 1999; 104: 22-26

Editoriale di Giovanni Monni

E adesso cosa succederà? Niente scisma, siamo ginecologi

Probabilmente saprete già come sono andate le cose nell'assemblea Sigo dell'ottobre scorso a Napoli. Comunque se ne parla ampiamente nelle pagine successive di questo numero a cui il lettore poco documentato può fare eventualmente riferimento. Ora mi pare più importante parlare di ciò che significa questo strappo tra Aogoi e Agui in seno alla Sigo. In altri termini mi sembra importante togliere le incrostazioni del pettegolezzo e andare al cuore del problema cercando di dare significato ai fatti.

È necessario anzitutto sgombrare il campo da alcune asserzioni che rivelano solo nervosismo e incomprendimento. Sicuramente i fatti di Napoli e gli articoli sull'ultimo numero di *GynecoAogoi* non volevano essere degli "attacchi del tutto gratuiti agli universitari", né tanto meno volevano "mettere in discussione ruoli e competenze", come è stato scritto nell'ultimo numero di *Ginecorama*. Al contrario, proprio nel rispetto delle parti, l'Aogoi ha voluto dare concretezza ad alcune sue strategie su cui si discute all'interno dell'Associazione da alcuni anni. L'assemblea Sigo di Napoli è sembrata il momento politicamente (dal punto di vista associativo) più corretto per portare all'attenzione dei ginecologi italiani quelle strategie, anche perché coincideva con il cambio della presidenza (un ospedaliero subentrava all'universitario) e, conseguentemente, la possibilità di formulare nuove proposte programmatiche all'interno della Sigo. È evidente che per dare incisività al nuovo progetto era necessario un confronto aperto ma sereno. Solo così sarebbe stato possibile "rifondare" in qualche modo la Sigo su nuove basi che tenessero conto non solo dei cambiamenti avvenuti nella società civile e nel mondo ospedaliero, ma che dessero anche concretezza alle richieste dei medici che lavorano negli ospedali e sul territorio. Sono problemi che da anni agitano le acque dell'Aogoi e che sono stati portati all'attenzione dei ginecologi italiani e delle autorità politiche a più riprese. Basti leggere gli editoriali di *GynecoAogoi* degli ultimi tre anni, gli interventi di vari soggetti politici sulle stesse pagine o scorrere l'elenco delle manifestazioni pubbliche organizzate dall'Aogoi. Di che cosa si è parlato? Non certo della luna. Ma, in generale, di norme di "civiltà sanitaria" adottate a larghissima maggioranza in Europa. Si è parlato soprattutto delle difficoltà con cui lavorano molti ospedali italiani, della mobilità del posto di lavoro, della mancanza di carriera che ha costretto le nuove generazioni di ginecologi a ricercare in alcune tecniche diagnostiche (quali colposcopia,



Giovanni Monni
Presidente AOGOI

► Segue a pagina 9

Indice numero 8/9 - 2007



AOGOI
Campagna
iscrizioni
2008

Iscriviti!
Nella homepage
del sito
www.aogoi.it
le modalità e la
scheda di iscrizione

Attualità

- 4 **"Donna e ambiente" Napoli 2007**
Ginecologi a congresso ancora più vicini alle donne
- 5 **Dai successi ottenuti, gli impegni per il futuro**
di Giovanni Monni
- 6 **Il futuro è nelle nostre mani**
intervista a Giorgio Vittori
- 7 **Sgombriamo il campo dagli equivoci**
Napoli e il "dopo Napoli"
- 8 **"L'armonia nasce dalle differenze"**
di Valeria Dubini

In evidenza

Lettera aperta del segretario nazionale Aogoi ai colleghi universitari

10 **La formazione in ginecologia: dal "sapere" al "saper fare"**
di Luigi Frigerio e Paolo Scollo

Ultimora

Aborto, RU-486 e cure per i pretermine: il ministro scrive al Ccs

12 **Legge 40: in attesa delle nuove linee guida**

12 **Diagnosi preimpianto: i punti salienti della sentenza di Cagliari**

14 **Un sorriso per la sanità**
di Eva Antoniotti

15 **Le professioni sanitarie crescono**
di Lucia Conti

16 **Carriera in salita per le donne medico**
di Ester Maragò

Focus on Forum Aogoi

18 **Responsabilità professionale medica in Europa**

19 **L'esperienza degli altri Paesi**

20 **Gli interventi**
Ignazio Marino, Cesare Cursi, Antonio Tomassini, Livia Turco, Franco Marini, Amedeo Bianco

22 **Responsabilità medica**
Sistemi giuridici a confronto

23 **I frutti della politica sanzionatoria**
di Carmine Gigli

24 **La colpa professionale medica**
di Pier Francesco Tropea

Professione

26 **Dopo anni di silenzio, il consultorio fa notizia**
di Maurizio Orlandella

27 **Accrescere il benessere della donna**
di Francesca Fiorillo

28 **La Fesmed si trasforma nella linea della continuità**
di Carmine Gigli

29 **Aogoi Regioni**

Rubriche

29 **Scienza in breve** • 30 **Lettere / Mondo** • 31 **Congressi**



NUMERO 8/9 - 2007
ANNO XVIII

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Giovanni Monni
Direttore Scientifico
Felice Repetti

Comitato Scientifico

Giovanni Brigato
Antonio Chiantera
Valeria Dubini
Carlo Sbiroli

Direttore Responsabile

Eva Antoniotti
Direttore Editoriale
Arianna Alberti
email: gyncoaoogoi@hcom.it

Pubblicità

Publiem srl
Centro Direzionale Colleoni
Palazzo Perseo 10
20041 Agrate (Milano)
Tel. 039 6899791
Fax 039 6899792

Editore

Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228

Progetto grafico

Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Stampa

Tecnostampa srl
Via Le Brece, 60025 Loreto (Ancona)

Abbonamenti

Anno: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane spa Sped. in abb. postale
D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 n.

46) Art. 1, comma 1, DCB Ancona
Finito di stampare: dicembre 2007
Tiratura 5.000 copie

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

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

"Donna e Ambiente" Napoli ottobre 2007

Ginecologi a congresso ancora più vicini alle donne

I luoghi della vita delle donne non sono costituiti solo dallo spazio fisico in cui esse svolgono le loro attività ma anche da tutte quelle componenti che determinano implicazioni di tipo sociale, psicologico, affettivo e naturalmente sanitario. Intorno alla donna, insomma, si manifestano gli elementi che possono aiutare a comprendere il suo stato di salute in un'ottica olistica che è quella che il ginecologo mette in campo per essere vicino alle sue pazienti in ogni aspetto che influenzi il loro benessere. Tutto questo è sintetizzato nel titolo del Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui che si è tenuto a Napoli dal 14 al 17 ottobre nella suggestiva cornice della Mostra d'Oltremare.

"Donna e ambiente" è stata così l'occasione per ribadire che il ginecologo dei nostri giorni deve essere in grado di seguire le diverse necessità della donna secondo le implicazioni sociali ed ambientali in cui essa vive. Un aspetto della professione ben compreso anche dal ministro della Salute Livia Turco che, durante il suo collegamento in videoconferenza in apertura dei lavori, si è complimentata con gli organizzatori: "So che una delle vostre fondamentali esigenze - ha sottolineato il ministro - è quella di lavorare in un contesto di serenità, di superare la medicina difensiva, di non sentirvi posti sul banco degli imputati, voi che siete invece i custodi della nostra salute".

La vicinanza e la disponibilità dimostrata dal ministro a porsi in ascolto delle proposte dei ginecologi è stata particolarmente apprezzata da Antonio Chiantera - presidente del Congresso insieme con Antonio Cardone - cui è spettato il compito di fare gli onori di casa rivolgendo "un grazie affettuoso al ministro, noi abbiamo capito il suo impegno per noi. Crediamo fermamente che il ministro saprà mantenere quello che oggi ci ha promesso". L'apertura dell'evento si è caratterizzata per un'atmosfera niente affatto ingessata, quasi informale e piena di calore, nella quale si sono avvicinati i rappresentanti delle istituzioni e

"State organizzando un congresso importantissimo, ambizioso - ha detto Livia Turco ai ginecologi riuniti a Napoli - Siete ambiziosi e nello stesso tempo ci siete vicini, siete ogni giorno a contatto non soltanto con la salute delle donne ma con la vita delle persone"



delle università partenopee, dal presidente della Provincia Dino Di Palma al rettore dell'Università di Napoli "Federico II", Guido Trombetti, dal direttore dell'Arsan Mario Pedicini a Teresa Amato, assessore all'Innovazione della Campania, intervenuta in rappresentanza del governatore Antonio Bassolino, dal presidente dell'Ordine dei medici di Napoli Giuseppe Scalera al sindaco della città Rosa Russo Iervolino: "Forse parlo anche con un po' di nostalgia come vedova di un medico - ha detto il primo cittadino partenopeo - ma credo che non ci sia professione più pesante e affascinante della vostra, perché viviamo in un momento in cui la scienza in tutti i campi sta facendo dei rapidissimi cambiamenti che impongono un grande sforzo di adeguamento". Il sindaco ha dato a tutti i partecipanti il benve-

nuto nella sua città: "Napoli ha un senso molto vivo della maternità, nella tradizione di questa città c'è un antico rispetto per la donna in attesa, per il bambino. Il ministro vi ha chiamati i medici delle donne e questo è un grande complimento. Voi ginecologi ci siete vicini in tutto l'arco della nostra vita, siete presenti in una serie di eventi che segnano la nostra esistenza, soprattutto l'evento più significativo nella vita di una donna: la maternità. E proprio per la partecipazione che molto spes-



so abbiamo modo di riscontrare nel ginecologo alle vicende che riguardano non soltanto il corpo della donna e del bambino ma anche la sua personalità e psicologia, vi siamo particolarmente grate". Una visione della professione a tutto tondo che è stata sottoli-

za epidemiologica, secondo una serie di criteri che comprendono l'osservazione e la dimostrazione della possibile correlazione tra il fattore ritenuto scatenante e la reazione di tipo biologico, con l'esclusione di fattori confondenti.

A Napoli si è parlato anche di procreazione medicalmente assistita, una pratica in costante



neata anche dal presidente uscente della Sigo, Antonio Ambrosini: "Il titolo del congresso richiama anche il ruolo sociale che il ginecologo oggi è richiamato a ricoprire. Per il ginecologo ambiente significa non soltanto tutto ciò che può incidere sull'insorgenza o l'evoluzione di una patologia ma anche il contesto e gli eventi sociali che nel corso della vita possono interessare una donna - donna che oggi vive una dualità sociale che la porta a cercare di conciliare la propria vita affettiva e familiare con la ricerca della realizzazione professionale. Questo per ribadire che il ginecologo non è un medico di organi o di apparato ma un medico di genere e il medico della donna intesa in senso olistico e sociale".

E torniamo all'importanza del binomio donna-ambiente, sottolineata da molti dei tantissimi interventi che hanno composto il programma del Congresso 2007, straordinariamente ricco di spunti e approfondimenti. A partire dalle considerazioni fatte sugli studi sugli inquinanti ambientali e l'evoluzione della gravidanza con i rischi prenatali correlati. Si tratta di studi che hanno avuto un forte impulso sin dagli anni Sessanta, dopo la scoperta dell'associazione tra malformazioni congenite ed esposizione materna in gravidanza alla talidomide. È un campo molto complesso in cui occorre ancora molto lavoro. L'attribuzione di un rischio teratogeno, infatti, presuppone sia una plausibilità biologica che un'eviden-

za epidemiologica, secondo una serie di criteri che comprendono l'osservazione e la dimostrazione della possibile correlazione tra il fattore ritenuto scatenante e la reazione di tipo biologico, con l'esclusione di fattori confondenti. A Napoli si è parlato anche di procreazione medicalmente assistita, una pratica in costante



precisato Monni – che prevede una rivisitazione delle sue linee guida alla luce delle nuove evidenze scientifiche”.

Un'anteprima di grande valore scientifico è stata la presentazione ai ginecologi della neuropelviologia, una tecnica messa a punto da Marco Possover, ginecologo del St. Elisabeth di Colonia, che permette di visualizzare e di stimolare i nervi delle pelvi. “I plessi nervosi che si trovano in questa zona – ha spiegato Possover – trasmettono informazioni molto importanti tra cui dolore, attività sessuale, stato della vescica e dell'intestino. Quindi, per prima cosa i nervi durante un intervento devono essere visualizzati, cosa che la chirurgia tradizionale in genere non permette. Al contrario, con la tecnica laparoscopica le strutture nervose si possono ingrandire fino a 15 volte, visualizzando così anche nervi di pochissimi millimetri”.

Decisamente sconcertanti le conclusioni dei ginecologi in tema di contraccezione. Nel nostro paese non esiste ancora una cultura contraccettiva ben radicata. Così dei 210 milioni di gravidanze che ogni anno ci sono attualmente nel mondo, ben il 38 per cento non è stato pianificato mentre il 22% si risolve in un aborto. Emilio Arisi, presidente della Società italiana per la contraccezione, ha sottolineato l'importanza della “contraccezione d'emergenza”, termine che ha ormai sostituito quello di “pillola del giorno dopo”, una pratica che – farmacologica o no – ha lo scopo di mettere la donna al riparo da gravidanze non desiderate.

Questi sono solo alcuni dei tanti argomenti trattati a Napoli, talmente tanti che sarebbe impossibile trattarli tutti in queste pagine; molti daranno spunto per articoli e approfondimenti anche nei prossimi numeri della rivista per continuare ad arricchire di informazioni la professione del ginecologo che, come hanno giustamente detto Antonio Cardone e Antonio Chiantera, presidenti del Congresso di Napoli, ha un ruolo fondamentale nella vita della donna, un ruolo che non riguarda solo la salute ma anche la sfera intima, psicologica e affettiva, dall'infanzia alla postmenopausa.

Alcune immagini del congresso di Napoli.

Il saluto del ministro Livia Turco in videoconferenza.

I presidenti del congresso Antonio Chiantera e Antonio Cardone

In basso, il presidente Aogoi Giovanni Monni e la sede congressuale

Il discorso del presidente Aogoi Giovanni Monni al Congresso nazionale

Dai successi ottenuti, gli impegni per il futuro

“**I**llustrissime autorità, care colleghe, cari colleghi, porto a voi tutti il saluto di benvenuto del mondo ospedaliero ed extraospedaliero non universitario iscritto all'Aogoi, la più antica e rilevante società italiana di ostetricia e ginecologia con oltre 5000 iscritti.

Innanzitutto voglio ringraziare gli organizzatori dell'83° Congresso Sigo, 48° Congresso Aogoi e 15° Congresso Agui. Sono sicuro che la partecipazione di tantissimi ginecologi e di illustri docenti italiani e stranieri garantiranno un grande successo al Congresso, che è già iniziato con cinque corsi pregressuali che hanno suscitato un'attenta e vivace discussione.

Il congresso Sigo dal titolo “Donna e Ambiente” affronta i più attuali e interessanti argomenti dell'ostetricia e ginecologia. Come sempre il Sigo rappresenta un importante appuntamento che ci permette di incontrarci e confrontarci sulle problematiche della nostra professione sul piano clinico, scientifico e umano, oltre ad essere un'occasione per scambiarsi riflessioni e definire le linee che dovremo seguire per il prossimo futuro.

Tutti sappiamo che all'enorme sviluppo nel campo medicoscientifico-tecnologico non corrisponde spesso un progresso “dell'uomo e per l'uomo”. I danni prodotti all'ambiente sono un esempio tra i segni più drammatici ed evidenti di questa contraddizione, ed è proprio per questo motivo che abbiamo dedicato al rapporto tra ambiente e salute della donna il tema del nostro congresso. I dati degli studi e delle ricerche nazionali e internazionali sono allarmanti, l'impatto sulla salute umana è assai preoccupante. Le conseguenze reali e temibili del degrado ambientale sulla salute umana in generale, e femminile nel particolare, sono una vera e propria emergenza ecologica.

Riguardo alla vita societaria, come presidente dell'Aogoi non posso che rallegrarmi per aver superato la quota di 5000 iscritti, un segnale inequivocabile di apprezzamento per le iniziative e le proposte avanzate dall'Ao-



goi che ci dà la carica giusta per fare e ottenere sempre di più e sempre meglio.

In questi 12 mesi il Consiglio direttivo Aogoi ha raggiunto diversi e notevoli traguardi. Innanzitutto la sicurezza delle strutture e la gestione del rischio clinico. Lavorare in sicurezza e tranquillità è uno dei principali obiettivi per ogni professionista e la responsabilità civile e penale del ginecologo è uno dei nodi più urgenti da sciogliere. Oggi il ginecologo è costretto a pagare inaccettabili premi assicurativi e la crescita esponenziale del contenzioso medico-legale ha innescato quel pericoloso meccanismo della medicina difensiva che va a detrimento non solo dei medici ma soprattutto delle pazienti. Per questo motivo l'Aogoi ha dedicato molta parte della sua attività di formazione alla sicurezza e alla gestione del rischio clinico. Un grande traguardo, di conseguenza, è stato quello di aver stipulato la polizza assicurativa per un milione di euro con la compagnia Llyod's

di Londra per tutti i ginecologi iscritti all'Aogoi. Tale polizza offre tutti quei servizi di tutela legale e assicurativa e ha portato questo Consiglio direttivo ad un impegno economico fino a ora mai realizzato. È la prima volta in Italia che una società scientifica ottiene una convenzione di questo genere senza costi aggiuntivi sulla quota associativa. L'Aogoi ha inoltre rafforzato il confronto con le istituzioni nel difendere le istanze della categoria e per portare all'attenzione delle istituzioni le problematiche legate alla salute femminile. A tal proposito voglio ricordare a tutti che il 2 ottobre di quest'anno l'Aogoi ha realizzato un altro grosso successo: abbiamo infatti promosso e organizzato un importante Forum sul tema della responsabilità professionale medica in Europa. L'incontro si è svolto in una sede altamente prestigiosa come il Senato della Repubblica davanti alle massime autorità italiane tra cui la seconda carica dello Stato, il presidente del Se-

nato Franco Marini, il ministro della Salute Livia Turco, il presidente della commissione Sanità del Senato Ignazio Marino, il senatore Giuseppe Scalera, l'onorevole Pino Pisicchio e tanti altri parlamentari e politici non meno importanti, illustri giuristi e magistrati, il presidente della Federazione dell'Ordine dei medici Amedeo Bianco, diversi rappresentanti di altre società mediche italiane e i rappresentanti di cinque società europee. Le istituzioni presenti hanno annunciato un impegno nel voler depenalizzare la colpa medica trovando soluzioni più idonee per i contenziosi medico-legali, istituendo le cosiddette “Camere di conciliazione” che renderanno il rapporto medico-paziente certamente più sereno.

La presenza al governo della sanità di un ministro donna, la senatrice Livia Turco, ha sicuramente facilitato il nostro compito e i nostri rapporti istituzionali. Il ministro ha infatti messo la salute della donna, del nascituro, del bambino e della coppia al centro di molte iniziative con diversi soci e dirigenti Aogoi sempre in prima fila nelle diverse commissioni ministeriali, parlamentari e nell'Istituto superiore di sanità nonché in tantissimi convegni e incontri che si sono svolti quest'anno. Mi riferisco alla riqualificazione dei diritti delle partorienti e dei neonati, alla parto-anestesia, alle problematiche relative alle nascite dei prematuri tra la 22ª e la 25ª settimana, agli studi per ridurre i tagli cesarei, alle azioni in favore delle adolescenti, delle donne immigrate e di quelle che subiscono violenza, al vaccino contro l'Hpv per le adolescenti inserito recentemente nella Finanziaria, alle nuove Linee guida sulla Pma che il ministro deve promulgare entro il prossimo dicembre e che vede molti soci Aogoi partecipare in diverse Commissioni parlamentari.

Tutti ci auguriamo, come ginecologi al servizio della salute della donna, che la recentissima sentenza del Tribunale civile di Cagliari – che mi ha visto protagonista sulla diagnosi preimpianto della Legge 40 dando ragione alla donna e ribadendo il suo diritto alla salute e all'informazione sulla salute, prevalente costituzionalmente sulla Legge 40 – possa essere uno sprone di cambiamento delle Linee guida di prossima emanazione ministeriale e di altri punti controversi della legge sulla Pma. Vo-



glio ricordare l'intensa attività editoriale dell'Aogoi, innanzitutto la rivista mensile *GynecoAogoi*, sempre più interessante e densa di utilissime informazioni, che raggiunge 10.000 ginecologi e istituzioni, e poi le tante altre nostre riviste, libri, atti di congressi, nuove linee guida e molteplici corsi di aggiornamento medico-scientifico. A tal proposito ne cito due di altissimo livello come il Corso di chirurgia pelvica, organizzato al Cardarelli di Napoli da Fabio Sirimarco, e il Corso di medicina perinatale di Villasimius.

Non posso non menzionare il Progetto Menopausa Italia che da oltre 10 anni produce preziose informazioni epidemiologiche, cliniche e comportamentali della popolazione femminile in epoca perimenopausale.

Oggi l'Aogoi è senza dubbio diventata l'interlocutrice principale del mondo politico e istituzionale italiano e a livello internazionale ha creato un'immagine scientifica sempre più positiva, con pubblicazioni di alto livello, con la partecipazione dei nostri iscritti a congressi internazionali e nei *board* di numerose società scientifiche internazionali. L'Aogoi è riuscita, con un enorme lavoro organizzativo, a portare a Roma il Congresso mondiale Figo 2012 e sarà determinante a Città del Capo 2009 dove porteremo tanti giovani ginecologi a confrontarsi con la ginecologia internazionale, per eleggere il prossimo presidente Figo che ci auguriamo possa essere il mio caro e fraterno amico Luis Cabero Roura. Durante il prossimo triennio a presidenza ospedaliera della Sigo ci impegneremo a fondo per realizzare nelle nostre strutture gli "ospedali di insegnamento", i futuri luoghi della didattica medica, che rappresenteranno quel modello integrato di insegnamento clinico, di ricerca medica e di assistenza, recuperando il ruolo formativo del sistema sanitario nazionale lasciato da sempre alle Università durante la formazioni post laurea. È un progetto ambizioso a cui l'Aogoi tiene moltissimo e che ha già ricevuto l'assenso di diverse società europee. Per ultimo, come avete letto su *GynecoAogoi*, stiamo riflettendo sulla possibilità che un giorno si possa creare un nuovo soggetto ginecologico chiamato, per esempio, "Collegio italiano di ostetricia e ginecologia" che comprenda tutte le diverse anime ospedaliere ed extra-ospedaliere non universitarie della ginecologia italiana, con identici obiettivi e strategie, in modo che ogni componente, con pari dignità, possa tutelare meglio i propri iscritti con una più efficace salvaguardia delle problematiche della salute della donna, del nascituro e della coppia in generale. Ringrazio ancora i presenti e auguro a tutti un proficuo lavoro e un piacevole soggiorno a Napoli. ■

Intervista al neopresidente Sigo

Il futuro è nelle nostre mani

Il congresso mondiale di Roma 2012 e la collaborazione con l'Ebcog sul fronte internazionale, ma soprattutto la creazione di condizioni migliori per i giovani ginecologi nel nostro Paese. Giorgio Vittori, nuovo presidente Sigo, espone le priorità dell'associazione per il prossimo triennio

In occasione del Congresso di Napoli, si è svolta l'assemblea nazionale della Sigo che ha provveduto a eleggere i nuovi organi direttivi. La carica di Presidente è stata affidata, per il prossimo triennio, a Giorgio Vittori, direttore della Divisione di ginecologia dell'Ospedale San Carlo di Roma, a cui abbiamo chiesto di illustrare le priorità dell'associazione.

Quali sono i progetti e gli obiettivi principali della Sigo per il prossimo triennio?

Quando ho accettato la candidatura ho chiesto il sostegno di tutti per impostare e avviare alcuni progetti che riguardano la comunità della ginecologia italiana e quindi ora credo che sia arrivato il momento per mettersi a lavorare, insieme con gli altri colleghi del Direttivo, agli obiettivi del prossimo triennio di servizio: innanzitutto la struttura stessa della Sigo, con il necessario aggiornamento dello Statuto e del Regolamento, e contemporaneamente, oltre alle iniziative nazionali, i progetti internazionali, in primis il Congresso mondiale Figo 2012 e il progetto europeo in collaborazione con l'European Board and College of Obstetrics and Gynecology (Ebcog).

Nella pratica quotidiana, quali sono, dal suo punto di vista, le difficoltà più urgenti da affrontare?

La situazione nazionale della ginecologia italiana è divenuta assai complessa per varie cause, tra cui il contenzioso medico-legale, la tendenza alla medicina difensiva e soprattutto le diminuite risorse a disposizione per mantenere adeguati livelli di qualità assistenziale. Nel 1995 sono stati introdotti i Drg e pochi mesi dopo è iniziato il federalismo regionale anche in sanità. Sappiamo che le prestazioni che riguardano la ginecologia e ostetricia sono più del 15% di tutte le prestazioni sanitarie effettuate in Italia (dati del ministero della Salute), ma sappiamo an-



Giorgio Vittori

che che lo stesso intervento o prestazione ostetrico-ginecologica viene rimborsato, forse troppo poco, in misura diversa tra le varie regioni e unità operative, anche se, in teoria, le pazienti italiane hanno sempre diritto alla migliore assistenza possibile in base alle evidenze scientifiche e alle migliori possibilità assistenziali. In questi giorni, ad esempio, la Regione Lazio ci chiede di effettuare un intervento delicato come il raschiamento in regime ambulatoriale (Apa) con anestesia generale prevedendo un rimborso di 400 euro per la struttura che lo effettua. Da qualche mese le uniche prestazioni ginecologiche che sono ap-

“Un augurio per un sereno 2008 a tutti i ginecologi italiani e alle loro famiglie e un ringraziamento a tutti coloro che hanno proposto e sostenuto la mia candidatura per un incarico prestigioso come Presidente della Sigo”

prezzate dai manager, perché interessanti dal punto di vista economico, sono quelle oncologiche: meno del 5% della ginecologia e ostetricia, mentre tutte le procedure conservative dell'integrità genitale femminile,

così collegate alla situazione sociale femminile di questi anni (1^a gravidanza a 35 anni e desiderio di prole anche nella 5^a decade di vita) non sono adeguatamente considerate. I percorsi diagnostico terapeutici dedicati alla donna sono impostati dalla ginecologia del territorio, proseguono nelle strutture assistenziali quando necessario e devono essere aggiornati periodicamente in armonia con l'evolversi dell'evidenza scientifica. È quindi necessario ristabilire il dialogo tra le istituzioni e le varie componenti del complesso mondo della comunità ginecologica, al fine di ridare valore e specificità alla nostra vita professionale. È anche necessario sostenere il percorso istituzionale di iniziative volte a migliorare l'immagine e la percezione della specifica professionalità dei ginecologi, come nel caso dell'endometriosi.

Come si armonizzano queste specificità italiane con l'attività internazionale della Sigo?

Oggi abbiamo a disposizione gli stimoli necessari per iniziare a lavorare su progetti concreti utili alle varie componenti della ginecologia. Abbiamo, o meglio ci siamo creati, l'occasione che capita una volta nella vita: ospitare il Congresso mondiale dei ginecologi a Roma nel 2012. Ospitare può essere inteso in senso letterale ovvero assistere a un importante evento che avverrà a casa nostra e parteciparvi solo formalmente. Ospitare può anche essere l'opportunità per comunicare, confrontarsi, costruire relazioni e costruire degli obiettivi. Il futuro è nelle nostre mani, se le sapremo ben utilizzare. Inoltre, il

progetto di collaborazione con l'Ebcog si propone di offrire a giovani specializzandi o da poco specialisti l'opportunità di frequentare i migliori centri europei di ostetricia e ginecologia o di portare a termine un proget-

to di ricerca specifico. È una grande opportunità per i giovani colleghi, ma è anche un'occasione per la ginecologia italiana di entrare dalla porta principale nell'Europa composta da 27 Stati con moneta unica, formazione professionale compatibile e soprattutto liberi di esercitare la professione in ognuno di essi.

Sono tutti progetti ambiziosi, soprattutto tenendo conto dell'attuale momento della ginecologia italiana.

Tutti comprendiamo che l'unica possibilità di realizzare questi progetti è quella di armonizzare e razionalizzare le nostre forze. Non farlo contribuirebbe a rendere la ginecologia italiana meno influente a livello nazionale e ancora più assente a livello internazionale. È una responsabilità importante, soprattutto nei confronti dei colleghi più giovani che, oltre ad avere già ora grandi difficoltà a trovare posti di lavoro in Italia, vedranno poco valorizzata la propria specifica professionalità e maggiori difficoltà a trovare lavoro in Europa. Non farlo renderebbe gli attuali direttori di Unità operative, alle prese con budget forse impossibili, quasi incompatibili con la qualità della assistenza, sempre più deboli e ricattabili, quindi sempre meno capaci di fare valere la propria professionalità.

Certamente non desideriamo divenire "inquilini morosi del Sistema sanitario". ■

Il nuovo Direttivo Sigo per il triennio 2008-2010

Le nuove cariche elette nel corso dell'Assemblea della Sigo svoltasi lo scorso 16 ottobre 2007

Presidente

Giorgio Vittori

Vice Presidente

Antonio Cardone

Segretario

Fabio Sirimarco

Consiglieri

Giuseppe Cali

Aniello Di Meglio

Alessandro Melani

Domenico De Aloysio

Tesoriere

Emilio Arisi

Revisore dei conti effettivo

Ugo Montemagno

Vito Trojano

Revisore dei conti supplente

Giuseppe Canzone

Collegio dei probiviri

Mario Campogrande

Giampaolo Mandruzzato

Carlo Sbiroli

Giuseppe Benagiano

Un po' di cronistoria

Sgombriamo il campo dagli equivoci

Dal 1995 la Sigo rappresenta le due anime della ginecologia Italiana tra loro confederate: l'Aogoi, associazione dei ginecologi Ospedalieri, e l'Agui, associazione dei ginecologi Universitari.

In altri Paesi esiste un'unica società che rappresenta la ginecologia nel suo complesso, ma in Italia le due componenti hanno sempre mantenuto una loro distinta identità.

Come è ovvio, la componente ospedaliera è numericamente maggioritaria, anche perché negli anni l'Aogoi si è aperta anche ai ginecologi extraospedalieri e territoriali, raggiungendo oltre 5.000 iscritti verso i circa 300 dell'Agui.

Proprio per garantire una tutela della minoranza vi sono alcune regole che governano le rappresentanze all'interno della Sigo: alcune sono previste specificatamente dallo Statuto, altre sono regole non scritte ma rispettate in tutto questo tempo.

Lo statuto della Sigo prevede esplicitamente che vi sia un'alternanza tra Ospedalieri e Universitari per quanto riguarda il Presidente: questo deve rappresentare le due associazioni e alternarsi a ogni votazione, che avviene ogni tre anni.

All'interno del direttivo, composto di 4 membri, viene invece mantenuta una distribuzione che non è rigidamente prevista dallo Statuto ma è regolata da una consuetudine, frutto di accordi concordati negli anni.

In seno a questo organismo sono 2 i rappresentanti universitari e 2 gli ospedalieri: per consuetudine il posto di Tesoriere viene ricoperto da un ospedaliero.

Non si può non sottolineare che il contributo economico è ovviamente proporzionato al contributo numerico, motivo per cui la figura del tesoriere rappresenta il contributore maggiore all'interno della Società.

Nelle regole non scritte, ma fondamentali per un rispetto reciproco, è anche previsto che il Presidente venga proposto dalla società che esso rappresenta, mentre la nomina del vicepresidente deve avvenire contestualmente alla designazione dell'intero direttivo, e dunque deve rappresentare una scelta concordata tra le due società.

Questa premessa un po' noiosa serve a far meglio comprendere i motivi di frizione che hanno poi condotto alla clamorosa rottura di Napoli. Ci sono stati anni in cui, pur nelle posizioni talvolta diverse, pur nelle discussioni qualche volta anche accese, le due società hanno dialogato serenamente cercando di non far prevalere gli interessi dell'una o dell'altra parte.

Ma nel corso dell'ultimo triennio è accaduto qualcosa di diverso e via via si è teso a ignorare le rego-

prestigioso evento scientifico, e il raggiungimento di questo obiettivo sembrava davvero di difficile realizzazione. In effetti è facilmente intuibile l'importanza di ospitare nella propria nazione un congresso di questa portata: significa prestigio scientifico per le proprie società, possibilità di partecipar-

re ad un evento importantissimo per tutto il mondo ginecologico del nostro Paese, un riconoscimento di fronte al mondo intero di inestimabile valore. Tutto questo, però, a fronte di un faticoso

genze dell'Aogoi, che hanno creduto in questo progetto e lo hanno portato avanti con convinzione e tenacia, investendo mezzi ed energie, tessendo relazioni politiche e societarie, per raggiungere questo risultato.

In realtà, una parte del mondo universitario non credeva possibile conseguire questo obiettivo e per questo probabilmente ha preferito tenersi un po' in disparte.

Inaspettatamente, invece, il risultato è arrivato, e tutti ne abbiamo gioito perché è evidente che questo rappresenta un grande successo della Ginecologia italiana nel suo insieme agli occhi di tutto il mondo.

Forse l'Aogoi si aspettava un riconoscimento di questo sforzo,

Cui prodest?

Le polemiche sterili e le posizioni rigide non giovano a nessuno. L'unitarietà e la coesione della nostra Società sono tanto più necessarie ora: il vertice mondiale del 2012 è alle soglie



ASSEMBLEA SIGO

"Napoli" e il "dopo Napoli"

L'elezione del presidente e del Direttivo all'assemblea della Sigo, svoltasi lo scorso 16 ottobre nell'ambito del congresso nazionale, è avvenuta non per acclamazione, come di tradizione, ma con voto a scrutinio segreto. Un'evenienza questa che era stata anticipata su queste pagine nell'articolo "Il perché di un voto" a firma del direttivo Aogoi nel numero pregresso della rivista.

La componente ospedaliera e quella universitaria non sono riuscite a ricomporre le loro divergenze prima dell'assemblea, ove si sono vissuti momenti di tensione fino al voto, avvenuto a ora tarda, del nuovo vertice Sigo - subito contestato, come ovvio date le premesse, da una parte degli universitari.

Il "dopo Napoli" è proseguito in un'alternanza di aperture e inasprimenti, culminati nell'atto di citazione e istanza per l'annullamento del voto che il presidente Agui Massimo Moscarini ha presentato contro l'Aogoi e la Sigo e il neoeletto presidente Giorgio Vittori per presunte irregolarità nel corso della votazione di Napoli. Un "colpo basso" a suon di carta bollata, per di più inaspettato perché pensavamo di essere pervenuti a un chiarimento, come spiega questo articolo che, anche attraverso una breve cronistoria dei fatti, ci aiuterà a comprendere meglio le ragioni di questa situazione, altrimenti destinata ad apparire (come potrebbe far comodo a molti) il risultato di sterili polemiche o peggio di particolarismi e personalismi.

Siamo però fiduciosi che la comune consapevolezza dell'importanza della posta in gioco (la credibilità innanzitutto) alle soglie di un appuntamento importantissimo quale è il congresso FIGO del 2012, ci porterà a superare questa crisi, ritrovando quell'armonia di intenti e di vedute, quel clima "di pacifica e leale collaborazione" in cui per anni hanno lavorato le due associazioni. "Lo dobbiamo ai nostri soci, lo dobbiamo ai nostri giovani, lo dobbiamo anche a noi stessi perché non abbiamo trascorso questi anni a lavorare per la divisione, ma per la crescita della nostra specialità", come scrive il segretario nazionale Antonio Chiantera nella lettera aperta pubblicata a pagina 9 - un segnale forte, un richiamo alla "possibile riconciliazione" per recuperare (mutatis mutandi) il 'senno perduto d'Orlando'.

le e a perseguire un'alterazione dei rapporti di forza che alla fine ha condotto alla frattura a cui tutti abbiamo assistito. Certamente un punto sostanziale di frizione ha riguardato l'ambizioso progetto di portare in Italia il Congresso mondiale della Federazione Internazionale dei Ginecologi e Ostetrici: non era mai accaduto che in Italia si svolgesse questo

percorso in salita: chi si è un po' occupato di problematiche societarie sa quanto sia difficile aggiudicarsi la possibilità di accogliere congressi di rilievo, e quanto lavoro politico e di convincimento di tutti i membri questo comporta.

Ebbene, l'aggiudicazione italiana del "FIGO 2012" è stata in gran parte frutto del lavoro delle diri-

mentre invece questo successo nell'ambito della Sigo non ha sortito un ricompattarsi di tutte le forze, ma piuttosto una frizione, un accentuarsi delle divisioni e una rincorsa ad accaparrarsene il merito. In effetti molti ginecologi Italiani, il giorno dopo il successo riportato a Kuala Lumpur sono stati inondati di mail trionfalistiche a nome di colleghi

che neppure erano presenti nella delegazione. Perché questo comportamento? Perché non riconoscere come realmente sono andate le cose?

Da qui sembra essersi innescato un disaccordo e una corsa a dimostrare la propria "supremazia", che ha certamente contribuito ad esacerbare gli animi: ecco allora scardinarsi le regole e pubblicare sul sito Agui il nome del futuro vicepresidente Sigo ben molti mesi prima dell'assemblea che avrebbe dovuto indicarlo. Perché?

Poi, tra le tante piccole scaramucce susseguitesse, ecco arrivare il giorno in cui una decisione del direttivo Sigo, che avrebbe visto in minoranza la componente universitaria, viene presa arbitrariamente dal Presidente in carica che si arroga il diritto di togliere la possibilità di voto a un membro ospedaliero e di far valere doppio il suo voto.

Dovevamo tacere e incassare in silenzio? Far calpestare le regole che ci siamo dati e non reagire? Certo che no. Anche perché la decisione riguardava la scelta di una sede per il congresso Sigo che era stata correttamente richiesta: che risposta avremmo dato ai nostri colleghi che in piena regola avevano lavorato per ottenere un risultato più che legittimo?

E per la prima volta la frattura è arrivata talmente avanti da dovere ricorrere agli avvocati per riportare alle "regole".

Ovviamente l'intervento degli avvocati riporta all'ordine e si torna alla decisione caldeggiata dall'Aogoi, che viene presa all'unanimità perché non è possibile fare altrimenti, ma non riesce a ricomporre il conflitto.

Così si arriva alla vigilia dell'elezione del direttivo Sigo e non si trova l'accordo tra le società, anche perché la componente universitaria, (forse per evitare di trovarsi un'altra volta in minoranza?!), se ne viene con una piccola innovativa proposta: oltre ai 2 membri e al vicepresidente, l'Agui inserisce anche il Tesoriere tra le proprie richieste, e questo senza una previa discussione o chiarimenti di sorta, così, quasi casualmente...

L'accordo non si trova, ma questo è quanto viene portato anche in assemblea dove pochi però sono in grado di cogliere la sostanza del problema: la proposta di nominare tesoriere Andrea Tranquilli, al di là dell'assoluto rispetto per la persona, significa in un colpo solo scardinare le regole che hanno in tutti questi anni governato la nostra società, e mettere cronicamente in minoranza la componente ospedaliera.

Chi ha detto che a Napoli si è assistito ad un "golpe" forse ignora che nei colpi di Stato è una minoranza che si impone con la forza sulla maggioranza, mentre qui è la maggioranza che del tutto legittimamente si è affermata. Quello però che molti non sanno è quanto è accaduto dopo: dopo Napoli, molti dei protagonisti della vicenda (Ambrosini, Moscarini, Chiantera, Monni...) si ritro-

vano a Shanghai, tra il 7 e l'11 novembre 2007, per il "2nd Asia Pacific Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility". In quest'occasione si ha modo di parlare, discutere e, tra un brindisi e l'altro, sembra essere tutto chiarito e trovato un accordo per superare l'impasse, esattamente come tutti i nostri iscritti vorrebbero, e come del resto era il mandato preciso della nostra dirigenza là presente. **Le foto qui a fianco testimoniano il clima amichevole che sembrava essersi ricreato.**

Tutto chiarito dunque!? Ebbene, a sole 72 ore dalle foto che vedete, in sede Aogoi e in sede Sigo arriva di nuovo carta bollata: come qualcuno ha detto "non bastano le denunce delle pazienti, adesso ci mettiamo anche a denunciarci tra noi!".

La denuncia a firma del presidente dell'Augui, Prof. Massimo Moscarini, è rivolta al precedente Presidente Sigo, all'Aogoi e al neo-eletto Presidente Sigo, e riguarda delle presunte irregolarità che sarebbero avvenute nel corso della votazione di Napoli. Lo sconcerto raggiunge il massimo.

Ma a che gioco giochiamo? Davanti all'assemblea e sulle pagine di *Ginecorama* ci viene mostrato il volto dolente di chi si è sentito sopraffatto (vedi l'articolo del presidente Agui Moscarini "Andare oltre il Congresso Sigo di Napoli: Unicum suum... ma tutti insieme"), e nei fatti ci si muove con un'aggressività senza precedenti e con una precisa volontà di rottura.

E allora, quale credibilità posso avere gli impegni presi, quale

credibilità le parole spese e coloro che le hanno spese?

La dirigenza di questa associazione crede a questo punto di dovere, pur dolorosamente, andare avanti per la sua strada: risponderemo alle accuse rivolteci, peraltro rivolte anche al Past President



della Sigo Prof. Ambrosini, e continueremo a svolgere il nostro lavoro. Non siamo per la doppietta, non siamo per gli atteggiamenti farisaici e preferiamo a questo punto essere attaccati per la nostra ruvida schiettezza: pensiamo di interpretare anche il pensiero dei nostri soci, anche se sappiamo che molti sono preoccupati e non vorrebbero che si fosse giunti a questo punto.

Per questo abbiamo voluto proporvi questa cronistoria perché tutti potessero capire e giudicare il nostro operato con serenità.

Oggi gli universitari si propongono come vittime della nostra arroganza e scelgono l'Aventino, non partecipando ai nostri congressi anche se già concordati. Vogliamo dunque che tutti sappia-



no l'antefatto di questa scelta, che tutti siano consapevoli di quanto scellerata sia una corsa al "tanto peggio tanto meglio", non collaborando ai preparativi del congresso Figo 2012.

Sappiamo perfettamente che anche molti degli iscritti Agui non sono soddisfatti di queste scelte di cui non si vedono i vantaggi per la ginecologia italiana.



Abbiamo fatto quanto possibile per una ricomposizione, vorremmo che tutti lo sapessero, ma ci siamo trovati di fronte all'ennesima delusione.

Crediamo che oggi, dopo questo chiaro gesto di rottura, una ricomposizione sia sempre più difficile, anche se non impossibile: non ritiriamo le nostre offerte di pacificazione e siamo disposti a mettere in discussione molte cose. Ma la

base di questa discussione deve essere limpida e sul tappeto devono esserci chiare garanzie e concrete assicurazioni.

Crediamo in tal modo di interpretare al meglio il pensiero e il sentire di tutti i nostri soci e contiamo sul contributo di tutti perché sappiamo che nei momenti difficili si può andare avanti soltanto se si è uniti.

Alcuni momenti del Congresso di Shanghai (7-11 novembre 2007)

In alto: Antonio Chiantera tra Antonio Ambrosini (a sinistra) e Massimo Moscarini

Brindisi per la ritrovata sintonia. Nella foto in alto, da sinistra: Luis Cabero Roura, Antonio Ambrosini, Antonio Chiantera, Massimo Moscarini e Giorgio Vittori

In basso, da sinistra: Antonio Ambrosini, Antonio Chiantera, Massimo Moscarini e Giorgio Vittori

L'ultima, da sinistra: Antonio Ambrosini, Antonio Chiantera, Massimo Moscarini e Giovanni Monni con Tao Duan, vicepresidente della società cinese di ostetricia e ginecologia all'inaugurazione del congresso

di Valeria Dubini

"L'armonia nasce dalle differenze"

Ma cosa è successo davvero a Napoli? Nell'assemblea convulsa che ha preceduto l'elezione del consiglio direttivo della Sigo sono stati in molti a chiedersi cosa stava realmente accadendo, al di là del dispiacere e dello stupore che stava andando in scena

Stupore e dispiacere, sentimenti espressi nei commenti successivi da tutti, e in particolare dalla base, sentimenti autentici dai quali certamente ripartire, perché non c'è dubbio che il dato di fatto è che a nessuno di noi piace che la ginecologia italiana si presenti divisa.

Ripartiamo da qui con la consapevolezza che il primo vero punto di partenza non può essere un facile 'unanimità', ma piuttosto un riconoscersi reciproco nella nostra interezza e per quel-

li che siamo oggi.

Riconoscersi oggi vuole dire però riconoscere il percorso che la cultura ginecologica ha fatto in questi anni in Italia.

Forse vent'anni fa era facile distinguere l'ospedaliero, molta pratica poca capacità speculativa, dall'universitario che sapeva parlare, scrivere, studiare, cercare di dare un assetto comprensibile ai fenomeni clinici che osservava.

Certo 20 anni fa non esisteva Internet e la consapevolezza della forza dell'epidemiologia in medicina e dunque dell'Ebm; allora anche casistiche minime potevano rappresentare un riferimento da sostenere. Certo 20 anni fa cercare un articolo sull'*index medicus* richiedeva dei tempi e una possibilità di delega che gli ospedalieri non avevano e gli universitari invece sì. Non si tratta di un complesso di Edipo, troppo facile liquidarlo

così e forse anche "fuori del tempo". Domandiamoci come i giovani vedano oggi la nostra realtà culturale. Ho l'impressione che sostanzialmente la vedano purtroppo poco e guardino giustamente molto all'estero, dove da tempo tutte le risorse collaborano con l'obiettivo di un'integrazione. Lo sappiamo, i giovani fuggono da una professione molto rischiosa ed ormai poco attraente e poco remunerativa: credo però che se chiedete loro chi vedono come riferimento culturale in questo momento così complicato, vi citeranno molti colleghi ospedalieri, che alla pratica quotidiana hanno saputo unire conoscenze culturali e capacità di ragionamento, insieme ai colleghi universitari che davvero credono alla loro funzione di insegnamento.

E questo perché in questo nuovo contesto non basta dire che

l'insegnamento è appannaggio degli universitari e l'assistenza è una componente "ancillare": bisogna comprendere e riconoscere che i cambiamenti tecnologici hanno offerto nuove risorse culturali a chi dell'assistenza e della pratica clinica ha sempre fatto tesoro, e hanno invece ridimensionato chi credeva di potere lavorare solo sul proprio prestigio personale, sulle proprie intuizioni, su piccole discutibili casistiche.

E allora? Come si riporta un equilibrio oggi?

L'Università non può che tornare ad una ricerca seria, ben fatta, e gli ospedalieri proseguano nel loro percorso di acculturamento e di ricerca clinica: non faranno certo paura a chi davvero naviga in un terreno di ricerca speculativa.

E l'insegnamento sia fatto di queste due competenze: la competenza clinica, mai scevra di riferimenti culturali, e quella della ricerca pura.

Riconosciamo che questo già da tempo accade nella formazione di molte nuove leve.

Si prosegua di pari passo, solo così possiamo fare il bene della ginecologia, dei nostri giovani e del nostro Paese.

Il Figo 2012 in Italia rappresenta un grande risultato per tutti noi. Rivendichiamo il nostro impegno profondo e convinto per il conseguimento di questo scopo, ma mai abbiamo pensato di essere bastevoli a noi stessi: siamo consapevoli che questo è un risultato da attribuire a tutta la ginecologia italiana e lavoriamo perché se ne presenti l'immagine migliore.

C'è un tempo per tutto: c'è stata la rottura, ci sarà la ricomposizione.

Ma questa volta facciamo in modo che si costruisca davvero qualcosa di nuovo, fondato su solide basi che tengano conto delle profonde trasformazioni a cui siamo andati incontro negli ultimi anni: nessuno si arroccò su posizioni ormai logore ma si riparta uniti nel reciproco rispetto e riconoscimento.

La sfida di oggi è essere capaci di costruire una grande "orchestra", ovvero, per dirla con un grande direttore come Riccardo Muti: "imparare a stare in una società dove l'armonia nasce dalla differenza, dove il merito vince sul privilegio, e il vantaggio di tutti coincide con il vantaggio dei singoli".

Lettera aperta del segretario nazionale Aogoi ai colleghi universitari

“Abbiamo perso di vista l'essenziale”

“Le nostre divisioni rischiano di indebolirci e di portarci su una strada senza ritorno” afferma Antonio Chiantera in questa lettera aperta ai colleghi universitari. Un forte appello a non gettare al vento il faticoso e fruttuoso lavoro di anni e recuperare un dialogo aperto e leale, senza preconcetti o recriminazioni

Milano, 3 gennaio 2008

Carissimi colleghi universitari,

è con profondo dolore e rammarico che prendo carta e penna per esprimervi alcune riflessioni riguardo alla situazione venutasi a creare tra le nostre associazioni.

In tutti noi vi è amarezza di fronte alla frattura palesatasi nel corso dell'assemblea convocata, in un clima già rovente, per l'elezione del consiglio direttivo della SIGO e proprio alla soglia di un importante appuntamento, ovvero il congresso mondiale FIGO che, nel 2012, si terrà per la prima volta in Italia.

Già di per sé questo dovrebbe essere fattore di unità e dovrebbe spingere tutti quanti a riflettere sulla direzione da prendere.

Mai come in questo momento, infatti, la nostra immagine all'esterno è di prestigio e di forza e mai come in questo momento le nostre divisioni rischiano di indebolirci e di portarci su una strada senza ritorno.

È più che evidente quanto sia necessario che da entrambe le parti ci si impegni con forza, determinazione e serietà nel compiere passi rivolti al superamento di questa situazione: è necessario che il mondo della ginecologia ci veda ancora una volta uniti nel momento in cui ci si cimenta nella difficile prova di porre la ginecologia italiana al vertice mondiale.

Lo dobbiamo ai nostri soci, lo dobbiamo ai nostri giovani, lo dobbiamo anche a noi stessi perché non abbiamo trascorso questi anni a lavorare per la divisione, ma per la crescita della nostra specialità.

Questo non significa annacquare le polemiche o insabbiare le discussioni, significa recuperare un terreno di costruttività, condizione senza la quale non si va da nessuna parte.

Ci sono stati anni in cui, pur nelle posizioni talvolta diverse, pur nella discussione che non può e non deve mancare in qualunque buon matrimonio, siamo riusciti a dialogare senza far prevalere gli interessi di una parte o dell'altra, sono stati anni di pacifica e leale collaborazione vissuta insieme ad uomini come Danesino, come Montemagno, come Romanini.

Oggi quegli anni sembrano lontani e questo nonostante la nostra credibilità sia andata via via crescendo e la nostra disciplina affermandosi sempre di più.

Certo ci sono state incomprensioni: come interpretare altrimenti la necessità di ricorrere, 72 ore dopo, alla carta bollata per chiarire questioni che sembravano essere state ampiamente chiarite durante la comune permanenza al congresso di Shanghai dal 7 all'11 novembre 2007.

Non sappiamo cosa sia successo all'indomani del congresso di Shanghai ma, forse, questi fatti nuovi sorti dopo gli “accordi cinesi” con un po' più di buona volontà avremmo potuto risolverli per altre vie che non quella giudiziaria. Come interpretare alcune piccole prevaricazioni volte a mettere in minoranza una parte maggioritaria dell'associazione che, in questi anni, ha contribuito senza risparmiarsi alla crescita della Società comune, con i suoi numeri, la sua vitalità e le sue risorse?

Le posizioni si sono irrigidite e si è perso di vista l'essenziale: l'essenziale è il riconoscersi l'un con l'altro; solo questa può essere la base indispensabile di una possibile riconciliazione che, sicuramente, non può basarsi su operazioni di boicottaggio di nessun valore scientifico. Sappiamo fin troppo bene che quando un matrimonio fallisce le responsabilità non sono mai da una parte sola e vanno ricercate da

ambidue i coniugi.

Allora, se questa è la strada, percorriamola a cominciare da oggi e, se è necessario, se si ritiene che la responsabilità di questo vicolo cieco sia anche della divergenza sorta tra i dirigenti delle nostre società, si faccia insieme un passo indietro e si lasci la possibilità di ricucire il discorso tra altri e diversi interlocutori, purché onesti e credibili.

Pur dolorosamente, per il bene e per il futuro delle nostre associazioni, sono disposto a farmi da parte, a condizione che anche dall'altra parte vi sia uguale disponibilità apicale: al fine di riaffermare una reale volontà di mettere da parte ogni questione e di riaprire, tra diversi interlocutori, un dibattito a tutto campo, senza preconcetti o recriminazioni che, individuando punti condivisibili e sostenibili, ricomponga l'immagine unitaria della ginecologia italiana. Non deve essere un gesto puramente formale, come disgraziatamente è avvenuto a Shanghai, ma concreto e sostanziale che consenta di aprire un dibattito franco e leale a tutto campo, che si ponga come obiettivo essenziale di riaffermare e rilanciare l'immagine della nostra società anche, se necessario, con una sostanziale riforma del nostro statuto.

Un abbraccio affettuoso.



Antonio Chiantera
SEGRETARIO NAZIONALE A.O.G.O.I.

► Da pagina 3

Editoriale di Giovanni Monni

E adesso cosa succederà?

Niente scisma, siamo ginecologi

isteroscopia, ecografia ecc.) il mezzo per procurarsi il pane quotidiano ed avere un qualche ruolo nel mondo della Sanità. Si è guardato con preoccupazione al ritardo di preparazione dei nostri specialisti rispetto al correre della storia. All'affanno con cui le Scuole di Specializzazione universitarie

preparano le nuove leve di ginecologi che poi saranno impiegati negli ospedali. Le responsabilità non appartengono ovviamente a questa o a quella componente della ginecologia italiana. Sicuramente a questo stato di cose hanno contribuito molti anni di mancate scelte, un lungo periodo in cui per

totale assenza di coraggio o per calcolo non si è voluto portare all'attenzione dell'opinione pubblica il disagio ospedaliero. Molte di queste cose erano affiorate all'interno del direttivo Sigo negli ultimi due anni e spesso avevano costituito motivo di vivaci discussioni. Molti non le avevano valutate nella giusta dimensione o volutamente vi era stata data scarsa importanza. Negli ultimi tempi, poi, il dibattito su questi temi si è trasformato in una vera e propria “discussione

politica”, dove l'Aogoi e l'Agui non sono riusciti a trovare un terreno comune su cui dialogare. E, se è vero che non sempre è agevole far coincidere priorità e obiettivi, è altrettanto vero che gli universitari si sono spesso irrigiditi sulle loro posizioni. Conseguentemente hanno perso di vista i problemi che agitano il mondo ospedaliero e ancor più quello dei ginecologi che esercitano sul territorio. D'altra parte neppure il ceto politico si è mai appassionato a questi problemi. Salvo qualche

eccezione, nessun politico si è mai impegnato a fondo per difendere la nostra professionalità. Credo che se si lascerà che le cose proseguano in questo modo non si andrà da nessuna parte. Sono convinto invece che è il momento di rimboccare le maniche e ripensare ad una Sigo al passo con i tempi, che diventi soprattutto palestra di discussione e di soluzione dei veri problemi che assillano la ginecologia italiana, sia essa universitaria che ospedaliera.

di Luigi Frigerio e Paolo Scollo*

Primario ospedaliero di Bergamo
* Primario ospedaliero di Catania

Dal "sapere" al "saper fare"

La formazione in ginecologia e ostetricia in Italia necessita di un radicale rinnovamento.

Lo testimonia anche la discussione apertasi durante il Congresso di Napoli tra ospedalieri e universitari.

Ma la chiave sta nel dare agli ospedali un ruolo centrale nell'ambito dell'insegnamento qualificato

La recente contrapposizione, nata durante il Congresso Sigo di Napoli, ha innescato un'ampia discussione sui rapporti fra medici ospedalieri e universitari. Uno dei temi cruciali posto al centro dell'assemblea Nazionale Aogoi del 16 ottobre 2007 è quello degli assistenti in formazione nell'ambito della nostra disciplina. La prospettiva di inserimento dei giovani medici nel mondo professionale risulta oggi difficoltosa e la stessa possibilità di imparare praticamente un lavoro nelle cliniche universitarie italiane, già intasate dai medici strutturati, appare un'impresa indubbiamente difficile. La Comunità Europea, con il Trattato di Roma del 1993 (Art. 4), ha stabilito il *training log-book* per documentare i livelli di apprendimento raggiunti dagli assistenti in formazione. Lo European Board and College of Obstetrics and Gynaecology prevede per ogni giovane specializzando l'esecuzione in due anni di 200 ecografie ostetriche, 100 parti fisiologici, 40 parti operativi e 40 tagli cesarei. Secondo tale direttiva, l'assistente deve eseguire in due anni 50 colposcopie, 25 isteroscopie, 100 ecografie ginecologiche, 40 laparoscopie diagnostiche, 20 laparoscopie operative e 40 isterectomie. In Germania la compilazione del *log-book* è rigorosa e obbligatoria per 5 anni. Chi non esegue le prestazioni stabilite non può diventare specialista nell'ambito della nostra disciplina. In Francia il programma formativo dipende dai singoli ospedali, mentre in Irlanda e nel Regno Unito il *log-book* è obbligatorio dopo il primo biennio (di fatto la specialità qui dura 7 anni). In Italia la compilazione del *log-book* rappresenta un evento del tutto virtuale, escludendo solo rare eccezioni. Inutile negare che la riforma sanitaria nel nostro Paese non potrà prescindere in futuro dal nodo centrale degli assistenti in formazione in ospedale.

Un tempo, lo specializzando veniva considerato forza lavoro servile a costo zero da utilizzare per mansioni ancillari. La certificazione europea del titolo di medico specialista richiede oggi un cambiamento radicale. L'Italia

deve adeguarsi agli standard europei. La mancata applicazione della normativa comunitaria sulla formazione dei giovani medici, con la trasformazione delle attuali borse di studio universitarie in contratti di lavoro per assistenti in formazione, è uno dei motivi che sostiene l'attuale disagio. Il problema non è secondario perché negli ospedali italiani scarseggiano specialisti in discipline importanti come la pediatria, l'anestesiologia, la cardiologia e l'ostetricia. Molti professionisti preferiscono lavorare in ambito privato oppure optano, come fanno tanti pediatri, per la medicina di base che offre migliori garanzie economiche a fronte di impegni lavorativi assai più contenuti. E allora che fare? Sappiamo che



Tra i vari Paesi dell'Unione Europea si registra una gran differenza rispetto all'attenzione alla pratica clinica per la formazione dei giovani medici: un quadro assai articolato cui dedicheremo analisi approfondite nei prossimi numeri di questa rivista

le prestazioni specialistiche vengono erogate soprattutto in ambito ospedaliero dove i pazienti si rivolgono più frequentemente per le diagnosi e la cura delle malattie. Nel nostro Paese esistono molti ospedali ad alta specializzazione che potrebbero contribuire a formare nuovi specialisti di cui abbiamo urgentemente bisogno. La legge italiana (368/99 Titolo VI) sulla formazione dei medici specialisti al Capo I, Art. 38 recita che "In nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo". Questa norma contrasta con le regole europee oggi in vigore. La formazione pratica da noi

viene generalmente posticipata dopo l'ingresso dello specialista in ospedale con un ritardo formativo di 5 anni. Lo specializzando non potrà essere lasciato alla mercè di se stesso, ma dovrà lavorare accanto a colleghi più anziani ed esperti. L'assistente in formazione deve imparare il mestiere non dai libri, ma dall'esempio e dalla pratica quotidiana in ospedale. Questo purtroppo attualmente non accade. Responsabile di questa situazione è soprattutto l'Università che detiene il monopolio della formazione. Eppure l'Università ha bisogno dell'Ospedale perché la legge europea sulla formazione prevede la compilazione di un elenco preciso delle prestazioni erogate e degli interventi eseguiti. Le

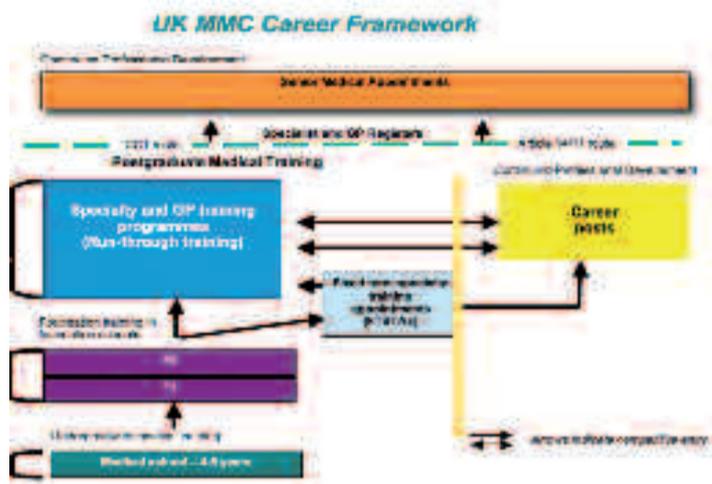
università si convenzionano con gli ospedali dotati di casistiche numerose e complesse per favorire la formazione dei giovani medici. Tuttavia solo raramente e per brevi periodi di tempo gli specializzandi vengono inviati presso le strutture ospedaliere convenzionate capaci di svolgere un ruolo formativo.

Si privilegia oggi il "sapere" sul "saper fare". In realtà lo specializzando deve soprattutto "saper fare", sviluppando gli aspetti pratici dell'operatività. Occorre perciò dare agli ospedali responsabilità e capacità di operare nell'ambito di un insegnamento qualificato. La "borsa di studio per medico in addestramento" dovrà essere sostituita dalla "borsa di studio per assistente in formazione". La preparazione degli specializzandi potrà in tal modo coinvolgere il Sistema sanitario nazionale, rompendo il monopolio formativo dell'Università. Si dovrà aumentare il numero dei docenti per la formazione dei futuri specialisti, utilizzando la disponibilità di medici ospedalieri qualificati. Dobbiamo allinearci al modello europeo con criteri di certificazione rispettosi delle regole comunitarie. Si dovranno accreditare i reparti di insegnamento e si dovrà stabilire un'anagrafe che faciliti la pianificazione dei medici in formazione. La certificazione del *log-book* dovrà avvenire secondo criteri di trasparenza delle competenze acquisite. Le Regioni, nell'ottica della programmazione, svolgeranno un ruolo decisivo per garantire il rapporto di collaborazione fra Università e Ospedale. Tutti riconoscono che si deve cambiare e il cambiamento sta proprio nella figura dell'assistente in formazione che è l'equivalente del *resident* statunitense. Questa nuova figura deve trovare un suo statuto di posizione nel Sistema sanitario nazionale. Il nodo degli specializzandi resta così centrale nell'ambito di una riforma del sistema sanitario che si rivolga al contratto di impiego dei medici. Intanto il problema del rinnovamento degli ospedali esiste e dovrà essere velocemente risolto nell'interesse di medici e pazienti.

La formazione medica in ospedale Cosa accade nei maggiori paesi europei

GRAN BRETAGNA

Il sistema britannico è stato modificato a partire dal 2005 e da quest'anno è attivo il nuovo programma *Modernising medical careers*. Già per il conseguimento della laurea presso una *Medical school* è prevista una forte presenza dell'esperienza ospedaliera, soprattutto negli ultimi anni di studio: schematicamente, dopo un biennio accademico in cui tuttavia pratica e teoria sono mescolate (si adotta un metodo detto *Problem-based learning*), si segue infatti un triennio in cui è prevalente la pratica clinica in ospedale. I *junior doctors* usciti dalla *Medical school* seguono quindi due anni di formazione in ospedale (*Foundation house officer*). Durante il primo anno, si viene assegnati a rotazione a tre o quattro posti in diverse specialità ospedaliere; la formazione prevede almeno tre mesi di medicina generale e tre mesi di chirurgia generale mentre nel secondo anno si possono approfondire anche altre specializzazioni come pediatria, medicina d'emergenza, ostetricia, psichiatria, eccetera. Dopo i due anni di *Foundation house officer*, si procede al conseguimento della specializzazione attraverso un percorso formativo che prevede l'inserimento in una struttura di cura per una durata da 3 a 8 anni.



SPAGNA

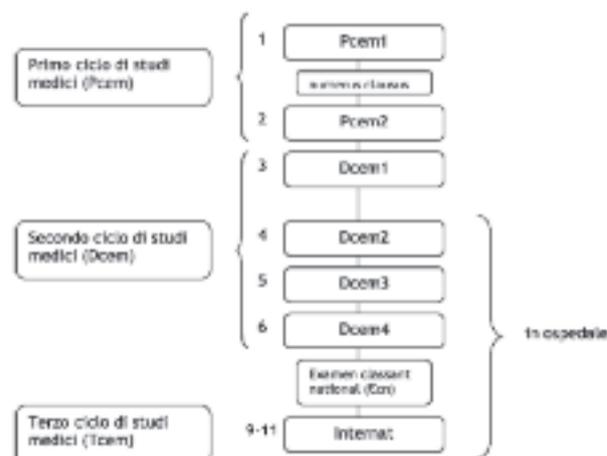
In Spagna il conseguimento della specializzazione, ad eccezione di poche specialità (*Medicina familiare, spaziale, del lavoro, dello sport, legale*; per *Medicina preventiva e Stomatologia* è previsto un regime transitorio), può avvenire soltanto mediante pratica ospedaliera effettuata in qualità di *Medico residente* iscritto nel Registro degli specializzandi. L'ammissione a tale percorso prevede il superamento di un esame. I medici residenti sono soggetti a valutazione annuale formulata da un Collegio giudicante in ciascun Centro ospedaliero.

GERMANIA

In Germania, il nuovo sistema di studi in Medicina, in vigore dal 2004, ha eliminato l'internato obbligatorio post-lauream quale requisito per l'acquisto dell'abilitazione. I criteri pratici della formazione sia universitaria che di specializzazione sono demandati ai singoli *Laender* con la previsione, su base federale, di un minimo di sei anni di studi universitari comprendenti 48 settimane continuative di pratica clinica in strutture di cura e tre mesi di tirocinio infermieristico. In ogni caso è previsto che il medico specializzando sia inquadrato come assistente o *junior doctor* con rapporto di *lavoro full time* nella struttura ove consegue la specializzazione.

FRANCIA

In Francia, gli studi di medicina durano da nove a undici anni e prevedono una formazione pratica maggiore via via che si va avanti con gli anni di studio. Dopo un primo biennio accademico, il secondo ciclo di studi della durata di quattro anni (*Deuxième cycle des études médicales, Dcem*) prevede un primo anno teorico e altri tre, detti dell'esternato, condotti in una struttura ospedaliera universitaria associata alle facoltà di medicina; generalmente ogni anno si seguono quattro stage di tre mesi in un servizio di specialità: alcuni stage, come pediatria o ginecologia, sono obbligatori, altri possono essere scelti all'inizio di ogni anno o trimestre. Al termine del sesto anno, previo il superamento dell'esame di abilitazione (*Examen classant national, Ecm*), si è ammessi al terzo ciclo di studi, detto dell'Internato che si svolge interamente in Centri ospedalieri dove viene conseguita la specializzazione oltre che proseguendo gli studi anche mediante il lavoro ospedaliero. Lo specializzando viene inserito come interno nella struttura ospedaliera, è direttamente coinvolto nell'attività terapeutica, può effettuare prescrizioni, è tenuto a prestare le guardie ma deve avere sempre la possibilità di rivolgersi a uno specialista senior per prendere le decisioni. L'Internato dura da tre a sei anni a seconda delle specializzazioni.



ultimora

Aborto, RU-486 e cure per i pre-termini: il ministro chiede il parere del Ccs

Lo scorso 8 gennaio Livia Turco ha inviato al presidente del Consiglio superiore di sanità una lettera in cui chiede all'organismo di esprimersi sui temi "caldi" legati a interruzione di gravidanza e maternità

■ L'uso della RU-486 è compatibile con la legge 194? Si possono formulare indicazioni scientificamente fondate e condivisibili sulla definizione di possibilità di vita autonoma del feto? E quali sono gli interventi di assistenza idonei per i nati molto pre-termini? Sono questi i quesiti che il ministro della Salute Livia Turco ha sottoposto al Consiglio superiore di sanità in una lettera inviata al suo presidente, Franco Cuccurullo, lo scorso 8 gennaio. L'intervento del ministro sembra la naturale conseguenza della crescente attenzione che il dibattito sul tema dell'aborto ha sollevato in questi ultimi tempi. Un'attenzione che ha portato la stessa Livia Turco più volte a precisare la sua posizione in merito: "ritengo che la legge 194 sia una legge saggia, lungimirante, quanto mai attuale e soprattutto capace di coniugare responsabilità della donna e responsabilità del medico di fronte a decisioni di massima importanza" ha ribadito il ministro nella lettera indirizzata al Ccs. Il testo del quesito al Ccs formulato dal ministro sull'argomento è il seguente: "in relazione a quanto contemplato dall'art. 7 della legge 194 del 1978 che recita: 'quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a dell'art. 6 (che recita: 'quando la gravidanza o il parto comportano un grave pericolo per la vita della donna') e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto', chiedo di formulare un parere, alla luce delle attuali conoscenze scientifiche e delle evidenze ad oggi dimostrate, sulla possibilità di estendere a tutto il territorio nazionale specifiche indicazioni sulla definizione di possibilità di vita autonoma del feto". Ma a spingere il ministro a richiedere il pronunciamento del massimo organo di rappresentanza istituzionale della comunità scientifica italiana è anche il fatto che nelle prossime settimane l'Aifa terminerà l'iter dell'autorizzazione

all'immissione in commercio del farmaco abortivo RU-486 attraverso la procedura di mutuo riconoscimento prevista dalla normativa europea e vincolante per tutti i Paesi dell'UE. Sulla compatibilità della registrazione, commercializzazione e impiego della RU-486 con la legge 194, il direttore generale dell'Aifa Nello Martini si era già espresso positivamente in una missiva indirizzata al ministro lo scorso 7 novembre in cui precisava che l'impiego del farmaco non ha effetto induttivo o facilitante delle procedure abortive. "Infatti - si legge nella lettera di Martini citata dalla stessa Livia Turco - la pillola RU-486 sarà autorizzata per l'impiego esclusivamente in ospedale, secondo le procedure e le modalità previste dalla 194". Tuttavia è lo stesso direttore generale dell'Aifa a sollecitare il ministro a chiedere il parere del Ccs sull'argomento, in modo che il Cda dell'Agenzia possa eventualmente procedere all'atto definitivo della Autorizzazione alla immissione in commercio (AIC) della RU-486. Per questo il ministro ha chiesto all'organo presieduto da Cuccurullo "anche sulla base di quanto osservato dal Direttore dell'Agenzia italiana del farmaco, di formulare un parere sulle modalità di impiego di tale farmaco nel pieno rispetto della legge 194 del 1978". Infine Livia Turco si è voluta anche soffermare sulla necessità di formulare indirizzi per gli operatori sanitari in materia di assistenza neonatale per i nati con molto anticipo rispetto al termine naturale e in generale sulla gravidanza e il parto. "In relazione alla opportunità di individuare protocolli per le cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse - è il testo dell'ultimo quesito formulato dal ministro - chiedo di esprimere un parere per definire gli ambiti temporali e le modalità di assistenza più idonee a garantire la tutela della salute e la dignità del neonato e della madre in linea con le più aggiornate evidenze scientifiche".

A tre anni dall'entrata in vigore della legge, i dati evidenziano la necessità di una riforma di Lucia Conti

LEGGE 40

Il dibattito continua, in attesa delle nuove linee guida

La sentenza di Cagliari, i dati sul calo di natalità legata alla Pma, gli annunci del ministro Turco sulla revisione delle linee guida. La legge 40 è sempre al centro di un difficile dibattito, nel quale intervengono politica, scienza, magistratura, associazioni di genitori, società civile. Con opinioni contrapposte, tra le diverse classi di appartenenza, ma anche all'interno di ciascuna di esse. Così, mentre la commissione Igiene e Sanità del Senato e la commissione Affari Sociali della Camera lo scorso 17 ottobre hanno chiamato a rapporto il ministro della Salute Livia Turco per riferire sullo stato di applicazione della legge 40, le Società specializzate in procreazione medicalmente assistita (Sia, Siams, Sidr, Sierr, Si-

fes-Mr e Sios) scrivono una lettera ai massimi rappresentanti delle istituzioni per sollecitare una modifica della Legge 40, che ha provocato – a detta degli esperti – tutti gli effetti negativi temuti: diminuzione delle gravidanze, aumento degli insuccessi, aumento delle complicanze e delle gestazioni multiple, migrazione delle coppie verso i centri esteri.

Criticità già spesso evidenziate dall'Aogoi, secondo la quale è necessario anche sciogliere un paradosso interno alla Legge: il divieto della diagnosi preimpianto nonostante sia poi possibile l'aborto terapeutico fino al quinto mese di gravidanza.

Ma gli appelli non finiscono qui. Una lettera arriva al ministro della Salute anche da parte del-

le associazioni di pazienti, che chiedono, tra l'altro, una maggiore garanzia di possibilità di accesso alle tecniche di fecondazione assistita e il riconoscimento della sterilità e dell'infertilità come una malattia a tutti gli effetti.

Richieste che hanno ottenuto il sostegno di sette parlamentari – Giuseppe Astore (IdV), Luigi Cancrini (PdCi), Daniela Dioguardi (Rc), Tommaso Pellegrino (Verdi), Donatella Poretti (RnP), Emanuele Sanna (Ulivo) e Katia Zanotti (Ds) –, che nel corso di una conferenza stampa svolta lo scorso 17 ottobre a Roma hanno invitato il ministro a procedere con l'aggiornamento delle linee guida sulla legge 40. A tale riguardo, le Società specializzate hanno avanzato le

loro proposte, che dovrebbero prevedere:

- la possibilità di inseminare più di tre ovociti, ponendo un limite massimo in base all'età della paziente e alle caratteristiche del liquido seminale;
- la possibilità di crioconservare l'ovocita fecondato con presenza dei due pronuclei ancora chiaramente distinti (come previsto nella legge svizzera e tedesca) e lasciarne in coltura per il successivo sviluppo a embrione un numero ottimale per ottenere una gravidanza anche con lo scopo di ridurre l'incidenza di gravidanze multiple nelle donne a maggior rischio;
- la garanzia che l'ovocita fecondato e crioconservato in nessun caso sarà destinato a scopi di ricerca;
- la definizione di infertilità anche per quei casi legati a problemi di patologie virali o genetiche trasmissibili al concepito, allo scopo di permettere alle coppie con queste particolari patologie di accedere a trattamenti che riducono quasi a zero il rischio riproduttivo;
- la diagnosi sull'embrione, soprattutto nei casi in cui la coppia sia portatrice di particolari patologie;
- la crioconservazione degli embrioni non adatti all'impianto fino al momento in cui sia eventualmente possibile sottoporli a terapie efficaci, capaci di rimuovere l'ostacolo al loro trasferimento in utero.

Insomma, il dibattito sulla legge 40 non si ferma ma anzi si complica, senza trovare una soluzione condivisa. Una cosa sembra chiara: la legge 40 non soddisfa la maggioranza e va ripensata attraverso un ampio confronto

che tenga conto delle diverse posizioni.

E la sentenza di Cagliari ha dato un forte scossone a questo dibattito. Per questa vicenda il ministro della Salute, Livia Turco, è stata convocata nelle settimane scorse in commissione Igiene e Sanità del Senato per dare spiegazioni a riguardo. "La legge 40 è una norma nazionale votata dal Parlamento, in cui è espressamente vietata la diagnosi preimpianto, adducendo anche ragioni scientifiche", ha osservato Cesare Cursi, vicepresidente della commissione, affermando che "pur comprendendo il dramma dei genitori le sentenze non possono modificare la legge nazionale, che deve essere applicata da tutti. In particolare modo dai magistrati".

"L'elaborazione delle linee guida è in corso", ha ribadito il ministro Turco, assicurando che si terrà conto anche di fatti significativi come la sentenza del tribunale di Cagliari, che "ha richiesto un approfondimento". "Il mio sforzo – ha aggiunto Turco – è quello di fare linee guida che siano giuridicamente inattaccabili, nel senso di una interpretazione corretta della legge". Intanto, dal Meeting internazionale di Scienza della riproduzione umana organizzato lo scorso ottobre a Mykonos dal Polo scientifico di Rimini dell'Università di Bologna in cooperazione la Yale University, emerge che avere un figlio in Italia con la procreazione medicalmente assistita costa molto di più da quando è entrata in vigore la legge 40: circa 18.400 euro in cicli con trasferimento a fresco e 51.400 euro con congelamento degli ovociti. Rispettivamente il 15% e ben il 70% in più del 2003, anno prima della legge 40.

La diagnosi preimpianto è legittima, a queste condizioni

I punti salienti della sentenza emessa dal Tribunale civile di Cagliari il 24 settembre 2007

Successivamente all'approvazione della legge n. 40 del 2004 sulla procreazione medicalmente assistita (Pma), la questione della liceità della diagnosi genetica preimpianto è divenuta controversa, poiché il disposto normativo non è del tutto chiaro. Manca infatti, nella legge, un divieto espresso. Il problema è complicato dal fatto che la stessa legge contiene una norma (l'art. 14) la quale riconosce alla coppia che abbia fatto ricorso alla Pma il diritto di essere informata sul numero e, dietro esplicita richiesta, sullo stato di salute degli embrioni prodotti e destinati al trasferimento in utero.

Le Linee guida ministeriali stabiliscono che "ogni indagine relativa alla salute degli embrioni creati in vitro, ai sensi dell'art. 14 comma 5, dovrà essere di tipo osservazionale". Deve valutarci se questa disposizione, che ha carattere amministrativo, sia conforme alla legge n. 40: in caso contrario deve essere disapplicata dal Giudice, cioè deve essere considerata

priva di effetti.

La dottrina giuridica è divisa sull'interpretazione delle disposizioni della legge n. 40, che infatti sono state lette in due sensi diametralmente opposti: accanto ad autori che hanno letto nell'art. 13 della legge la regola dell'illiceità penale della diagnosi genetica preimpianto, vi sono altri autori che, invece, hanno affermato la praticabilità dell'accertamento diagnostico in questione, se espressamente richiesto dagli interessati. I giudici non si erano finora espressi sul problema. Neanche la Corte Costituzionale ha mai preso posizione: la Corte, cui lo stesso Tribunale Civile di Cagliari aveva sottoposto la questione nel 2005, non è entrata nel merito poiché ha ritenuto che il Tribunale non avesse indicato in modo rituale le norme di legge ritenute incostituzionali. Perciò la Corte Costituzionale, senza entrare nel merito, si è limitata a dichiarare formalmente inammissibile la questione proposta; che pertanto lo stesso Giudice di Cagliari o un al-

tro Giudice avrebbero sempre potuto riproporre (n.d.r.: non sono pertanto fondate le dichiarazioni riportate dalla stampa secondo cui il Tribunale Civile di Cagliari avrebbe violato la pronuncia della Corte Costituzionale: non c'era la possibilità di alcuna violazione, non essendosi la Corte mai pronunciata nel merito del problema della liceità della diagnosi genetica preimpianto).

La recentissima sentenza del Tribunale Civile di Cagliari non ha riproposto la questione alla Corte, ma, sulla base di un'ampia e rigorosa motivazione, ha interpretato la legge n. 40 affermando direttamente la liceità della diagnosi genetica preimpianto e la conseguente illegittimità delle linee guida, che ha conseguentemente disapplicato. In particolare, il Tribunale ha affermato che la diagnosi genetica preimpianto è legittima a queste condizioni: a) se è richiesta dai soggetti interessati, indicati nell'art. 14, 5° comma, l. n. 40/2004; b) se ha per oggetto gli embrioni destinati all'impianto nel

grembo materno; c) se è finalizzata all'accertamento di eventuali malattie degli embrioni e a garantire a coloro che abbiano avuto legittimo accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita un'adeguata informazione sullo stato di salute degli embrioni da impiantare.

Il Tribunale di Cagliari ha rilevato che la mancanza di un espresso divieto della diagnosi genetica preimpianto è estremamente significativa e non può ritenersi frutto di una svista, poiché il legislatore ha formulato le norme in questione con grande precisione, approntando a tutela dell'embrione una fitta rete di specifici divieti e di dettagliati obblighi. In particolare, il Tribunale ha escluso che il divieto della diagnosi genetica preimpianto possa individuarsi nell'art. 13 laddove esso recita che è vietata "qualsiasi sperimentazione su ciascun embrione umano", e laddove stabilisce che "la ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano è consentita a condizione che si perseguano

finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute ed allo sviluppo dell'embrione stesso, e qualora non siano disponibili metodologie alternative".

Il Giudice del Tribunale Civile di Cagliari Maria Grazia Cabitza ha chiarito che queste disposizioni vogliono vietare la ricerca clinica tendente a fini scientifici generali (essendo prevalente in questo ultimo caso la tutela dell'embrione), ma non vogliono anche vietare gli esami sul singolo embrione che abbiano soltanto lo scopo di accertare il suo stato di salute per informare la coppia, ai sensi dell'art. 14 della legge, e di tutelare la salute della donna. In questo specifico caso non è prevista per l'embrione una tutela assoluta (come quando si vieta la sperimentazione a fini scientifici), ma viene invece effettuato un bilanciamento dei contrapposti interessi, che vede prevalere i diritti costituzionalmente garantiti della coppia, ed in particolare quelli della donna, destinata ad accogliere nel suo grembo l'embrione prodotto.

Il Tribunale si sofferma, al riguardo, sulle norme della legge n. 40

Firenze: un altro giudice dice sì alla diagnosi genetica preimpianto

Ancora una volta un tribunale civile è chiamato a risolvere una questione legata alla legge 40/2004 e ancora una volta, come era già successo a Cagliari lo scorso settembre, la sentenza è "contra legem". Infatti, il giudice fiorentino Isabella Mariani, accogliendo il ricorso di una coppia milanese e stabilendo che le linee guida che vietano la diagnosi preimpianto degli embrioni sono inapplicabili perché contro la legge stessa e contro la Costituzione, ha emesso un'ordinanza, con valore di sentenza, che stravolge le linee guida applicative della legge sulla fecondazione assistita. Dunque la diagnosi preimpianto non solo si può, ma si deve fare se c'è il rischio di trasmettere una grave malattia genetica ed inoltre – è sempre la sentenza di Firenze ad affermarlo – è lecito rifiutare il numero obbligatorio di tre embrioni se una gravidanza gemellare può compromettere la salute della donna. Ma ripercorriamo i punti salienti della vicenda che hanno portato a questa importante decisione del tribunale civile di Firenze. Questa volta a sollevare la questione è una coppia di trentenni di Milano che dopo tre anni di tentativi non riusciti, sospettando un'infertilità,

sceglie il centro Demetra di Firenze per la Pma. Ad una prima diagnosi di infertilità si aggiunge quella di una grave malattia genetica, l'esostososi. La madre si scopre così portatrice di una malattia genetica che provoca l'accrescimento della cartilagine delle ossa con il 50% di probabilità di trasmetterla al nascituro. A questo punto la coppia chiede, come garanzia e per evitare qualsiasi rischio di aborto in corso di gravidanza, di conoscere preventivamente lo stato di salute dell'embrione, attraverso la diagnosi genetica. Interpretando alla lettera la legge 40, i responsabili del centro però si vedono costretti a negare la possibilità di poter utilizzare lo strumento diagnostico della diagnosi genetica ed inoltre prospettano alla coppia tutte le limitazioni che la legge 40 impone e che non sarebbero confacenti, per alcuni aspetti, allo stato di salute della donna. La coppia non si arrende e attraverso internet entra in contatto con l'associazione Madre Provetta che offre una consulenza "bioetica" e un'assistenza legale. A questo punto inizia l'azione legale fondata "sulla considerazione – spiega l'avvocato della coppia – che la legge 40 non stabilisce

espressamente il divieto di diagnosi preimpianto, sono le linee guida a stabilirlo dicendo che le indagini preventive non possono essere di natura genetica ma solo osservazionale cioè morfologica". Divieto questo – secondo il legale – che incide su un diritto soggettivo assoluto qual è quello dell'autodeterminazione, incide sul diritto alla procreazione cosciente e responsabile e al consenso informato. Si arriva così alla vigilia di Natale con la sentenza del giudice che sostiene l'illegittimità delle linee guida e prende altre due iniziative contrarie alla legge: condanna il centro ad eseguire la diagnosi e stabilisce la crioconservazione degli embrioni malati che la legge vieta. Inoltre stabilisce che il medico deve seguire le regole della migliore scienza ed esperienza con specifico riguardo alla salute della donna e nell'affermare ciò ristabilisce l'ordine gerarchico previsto dalla Costituzione e dalla legge 194 che antepone la salute della donna a quella del nascituro, a differenza di quanto sostenuto dalla legge 40/2004. L'ordinanza non è revocabile, vale quanto una sentenza e se il centro Demetra non ricorre in appello diventa definitiva.

che prevedono il diritto all'informazione e sottolinea che l'impianto in utero è un vero e proprio trattamento sanitario il quale, come tale, deve essere preceduto da una adeguata informazione su tutti gli aspetti rilevanti, compreso il numero e lo stato di salute degli embrioni destinati all'impianto: ciò sia per consentire ai futuri genitori di prepararsi psicologicamente ad affrontare eventuali problemi di salute del nascituro, sia in funzione della tutela della salute gestazionale della donna. Ricorda infatti il Tribunale che "l'impianto dell'embrione nel grembo materno comporta sempre un certo rischio per la salute della gestante e, cosa che qui maggiormente rileva, che detto rischio è influenzato, oltre che dal numero degli embrioni destinati all'impianto, dallo stato di salute degli stessi. In relazione agli embrioni portatori di gravi malattie genetiche [...] la comunità scientifica è infatti concorde nel ritenere che aumenti in maniera considerevole sia il rischio di una prosecuzione patologica della gravidanza sia il rischio di aborto spontaneo, e quindi la possibilità che si verifi-

chi una lesione dell'integrità fisica o psichica della gestante sotto entrambi i profili, essendo noto che anche dal fatto stesso dell'interruzione della gravidanza possono derivare conseguenze pregiudizievoli per la salute della donna". Il Tribunale trova la conferma della sua tesi circa la legittimità della diagnosi genetica preimpianto alla luce dei principi costituzionali, ricordando la regola posta dalla Corte Cost. secondo cui tra due tesi contrapposte il Giudice deve scegliere sempre quella che maggiormente rispetti tali principi. Nella specie, la tesi favorevole alla praticabilità della diagnosi genetica preimpianto si impone perché **soltanto essa rispetta i principi costituzionali del diritto alla salute e alla piena consapevolezza dei trattamenti sanitari, nonché il principio di uguaglianza**, tutti coinvolti nel caso di specie. Con riguardo, in particolare, al principio costituzionale di uguaglianza, il Tribunale ricorda come il "diritto vivente" abbia costantemente affermato la liceità della diagnosi genetica prenatale tradizionale (villocentesi-amniocentesi) e rileva che il

divieto della diagnosi genetica preimpianto comporterebbe una lesione inammissibile di tale principio di uguaglianza, perché tratterebbe in modo ingiustificatamente differenziato e sperequato situazioni che sono invece analoghe. Affermato il diritto alla diagnosi genetica preimpianto dell'embrione, il Tribunale passa ad affermare che, di conseguenza, le Linee guida, in quanto norme di carattere amministrativo, sono illegittime per contrasto con la legge n. 40, e devono essere pertanto disapplicate. Il Tribunale conclude accogliendo quindi la domanda e dichiara l'obbligo del medico e della struttura sanitaria di procedere alla diagnosi genetica preimpianto sull'embrione "destinato ad essere trasferito nell'utero della signora X, al fine di poter accertare lo stato di salute dell'embrione stesso; dispone che l'accertamento diagnostico sia effettuato, anche con tecniche invasive, secondo metodologie che, in base alla scienza medica, offrano il maggior grado di attendibilità della diagnosi ed il minor margine di rischio per la salute e le potenzialità di sviluppo dell'embrione".

Monni al Bmj: "Mi aspetto che le nuove Linee guida tengano conto della sentenza"

La notizia della sentenza del Tribunale di Cagliari è stata ripresa anche dal Bmj. Nell'articolo, che qui vi proponiamo, il presidente Aogoi Giovanni Monni esprime la sua soddisfazione per la pronuncia a favore della coppia sarda che due anni fa si era rivolta al Servizio di Ostetricia e ginecologia dell'Ospedale Microcitemico di Cagliari, da lui diretto, chiedendo di eseguire la diagnosi genetica preimpianto in quanto portatrice di betatalassemia

Italian court upholds couple's demand for preimplantation genetic diagnosis

Fabio Turone

The battle on assisted reproduction and prenatal diagnosis in Italy took a new turn last week, when the gynaecologist Giovanni Monni, head of the obstetrics and gynaecology department in the Ospedale Microcitemico in Cagliari, Sardinia, was ordered by the local court to provide preimplantation genetic testing to a couple carrying the gene for thalassaemia, which is common on the island. Dr Monni, the current president of the Italian Association of Hospital Gynaecologists, had unwillingly obeyed the controversial law approved in 2004, which, through guidelines, forbids preimplantation genetic diagnosis, even though he personally supported the couple's request for it (BMJ 2004;328:9, doi: 10.1136/bmj.328.7430.9). "I am very glad of the court's decision," he told the BMJ. The law contains several points that

have been opposed from the beginning by almost all gynaecologists. These include the stipulations that assisted reproduction techniques can be used only by sterile heterosexual couples in a "stable relationship"; that embryos cannot be frozen, which means that a maximum of three fertilised eggs must be immediately implanted in the womb; and that sperm and eggs cannot be donated. In addition only the non-invasive "observation at the microscope" is allowed as a form of preimplantation testing. The constitutional court had rejected in November 2006 a similar request for preimplantation genetic diagnosis by the same couple. The ban on genetic testing, the court argued, was contained in the guidelines defined by the health ministry and not in the law itself. Consequently the law itself was not at variance with the constitutional right to health. After that pronouncement the couple went back to the lower court and sued Dr Monni and the hospital and received the recent favourable judgment. Meanwhile, the couple at the centre of the controversy started treatment for in vitro fertilisation and preimplantation diagnosis at a private centre in Istanbul, with expenses paid for by two anonymous donors. Now the woman, Simona, who had two abortions in the past, is already pregnant, but she has said that she will implant the embryos frozen in Italy as soon as possible, after the end of her present pregnancy, if they do not carry the genes for thalassaemia. Many specialists have predicted that the law would have several adverse consequences. They said it would reduce success rates, increase the number of multiple pregnancies, and result in many Italian couples travelling abroad for treatment. The first official data support these predictions (BMJ 2007;335:62 doi: 10.1136/bmj.39272.373634.DB). Moreover, many couples seem to be circumventing the ban on the freezing of embryos.

According to journalistic reports, more and more couples are being allowed to freeze their embryos by refusing to implant them all in a written statement to the hospital. With the theme of abortion in the background, the law remained unchanged even after the centre-left coalition led by Romano Prodi was elected in 2006, because of the many, strong interventions by the Catholic hierarchies. The secretary general of the Italian Catholic bishops' conference, Giuseppe Betori, has spoken out publicly against the recent court's decision, and the daily newspaper Avvenire, which is closely aligned with the Vatican, had on its front page an editorial that compared preimplantation diagnosis to eugenics and cited Hitler's myth of the purity of the race (26 Sep, pp 1-2, www.avvenire.it).

The next step will be the publication of new guidelines. The law states that the guidelines have to be updated every three years by the health ministry, and the first revision is due by the end of 2007. "I expect the new rules will take the court's decision into account," said Dr Monni.

BMJ 2007;335:687 (6 October)

BMJ

Una campagna per festeggiare in anticipo i 30 anni di Ssn di Eva Antoniotti

Un sorriso per la sanità

Il prossimo anno il Servizio sanitario pubblico compirà tre decenni, essendo stato istituito dalla legge 833 nel 1978. Primo atto dei festeggiamenti è stata la campagna di comunicazione lanciata dal Ministero della Salute con lo slogan "Pane, amore e sanità"

Un atto di orgoglio del Servizio sanitario nazionale. È questo il senso ultimo della campagna di comunicazione realizzata da Oliviero Toscani per il ministero della Salute. Originale, come sempre, la scelta del grande fotografo che in un'epoca di bellezze siliconate ha invece scelto un volto rotondetto e ingenuo. Il rinvio è, probabilmente, alle immagini ottimiste dei film del dopoguerra, come d'altronde lo slogan che accompagna la foto: *Pane, amore e sanità*. Come capita spesso per i lavori di Toscani, non sono mancate le polemiche. Le infermiere hanno lamentato un'immagine troppo stereotipata, i medici hanno protestato per non essere stati effigiati, i perfezionisti hanno rilevato che la croce bianca in campo rosso (riprodotta sulla cuffietta della modella) richiama più la Svizzera che la salute pubblica. Moltissimi poi hanno sottolineato il costo della campagna, che, va detto, sta più in acquisizioni di spazi pubblicitari e affissioni che non nell'onorario del celebre fotografo. Polemiche che però non toccano il significato ultimo di questa iniziativa del ministero della Salute che ha voluto ricordare alle cittadine e ai cittadini italiani, con un moto di orgoglio, il valore del Ssn.

"Dobbiamo far riflettere i cittadini su quanto la sanità può fare - ha detto la ministra Livia Turco nel presentare alla stampa la campagna di promozione del Ssn - e non possiamo consentire che il servizio pubblico venga riconosciuto solo, come avviene per settimane sui giornali, per casi di malasanità. Il nostro è un sistema davvero equo e solidaristico. In ogni caso vogliamo assicurare che non abbiamo dimenticato i problemi che esistono, come le liste d'attesa. Sappiamo che dobbiamo migliorare il sistema - ha aggiunto Tur-

co - ma non si migliora se non si è consapevoli del valore del servizio". Al suo fianco il presidente del Consiglio Romano Prodi ha invitato a superare i luoghi comuni perché i risultati ottenuti dal servizio pubblico sono stati rilevanti ed anche più elevati rispetto a quelli garantiti dai sistemi di altri Paesi. Riuscendo anche a contenere la spesa, visto che per la sanità si spende in Italia complessivamente l'8,9% del Pil (di cui il 76,6% a carico del sistema pubblico) mentre ad esempio negli Stati Uniti si arriva a spendere il

Per la sanità in Italia si spende complessivamente l'8,9% del Pil, di cui il 76,6% a carico del sistema pubblico mentre negli Usa si arriva a spendere il 15,3% del Pil, ma il servizio pubblico copre solo il 45,1% di questi costi



Il Ssn in cifre

103.658 medici e 230.251 infermieri operano nelle strutture di ricovero del Ssn
47.022 medici di medicina generale assistono in media 1.080 residenti ciascuno
7.459 pediatri di libera scelta assistono in media 1.080 bambini ciascuno
62.145 persone si rivolgono in media ogni giorno ai Pronto Soccorso
23 milioni circa sono gli accessi annui ai Pronto Soccorso

15,3% del Pil (ma il servizio pubblico copre solo il 45,1% di questi costi).

Superata nel 1978 la logica per categorie delle vecchie mutue, il nostro Ssn eroga a tutti assistenza sanitaria con risultati positivi visto che, come si ripete da anni, è stato giudicato al secondo posto in una classifica internazionale stilata dall'Oms. Con questa organizzazione sovranazionale è stata recentemente stipulata una convenzione affinché monitorizzi il nostro sistema sanitario, la qualità e l'equità delle sue prestazioni. Secondo le in-

Una campagna con qualche polemica

La campagna "Pane, amore e sanità" voluta dal ministero della Salute per "veicolare un messaggio di ottimismo e fiducia nel Servizio sanitario nazionale anche in occasione del prossimo trentennale dell'istituzione del Ssn" - come si legge in un comunicato di fonte ministeriale - ha campeggiato nel mese di ottobre sulle pagine dei quotidiani e nei grandi manifesti murali affissi in tutte le città italiane.

Nel mondo della sanità non sono però mancate le polemiche, per lo più centrate proprio contro l'idea di fondo della campagna di comunicazione, ovvero l'ottimismo raffigurato dal sorriso rassicurante della modella. Insomma non è mancato chi ha sottolineato come la situazione della sanità italiana non sia sempre così positiva, ricordando i più tristi episodi di malasanità o i deficit regionali. Anche per questo il ministero della Salute ha commissionato un'indagine, realizzata da Swg, condotta su un campione di 1.400 soggetti di età superiore ai 16 anni, dalla quale è emerso che la maggioranza delle persone esposte alla campagna ha colto l'invito ad una riflessione positiva sul sistema della sanità italiana.

Per la precisione il 64% del campione intervistato ha recepito l'accezione positiva del messaggio proposto e il 72% ha associato l'immagine utilizzata al Ssn.

Particolarmente gradito il taglio innovativo della campagna: il 63% degli intervistati ha apprezzato la capacità di attirare l'attenzione e l'allegria, il 59% l'impatto grafico e il 58% l'originalità e la gradevolezza.

dicazioni del ministero, infatti, la qualità è insieme alla sicurezza, la sfida dell'attuale fase del Ssn, la quarta della sua storia che segue la fase di creazione, quella di avvio dell'aziendalizzazione e quella di definizione dei Livelli essenziali di assistenza. E proprio sui temi della qualità e della sicurezza, infatti, è incentrato il ddl, messo a punto dal ministero della Salute e approvato poi in Consiglio dei ministri, che dovrebbe "ammodernare" il servizio pubblico in occasione del suo trentesimo compleanno. **Y**

Nuovi ruoli e nuove normative a partire dal 2008 di Lucia Conti

Le professioni sanitarie crescono

■ Per infermieri, ostetriche, fisioterapisti, tecnici di laboratorio il 2007 ha rappresentato un anno importante e grandi novità stanno per arrivare anche con il 2008. Prima tra tutte, l'istituzione degli Ordini delle professioni sanitarie non mediche. Ma dal mondo medico arriva un richiamo a fare chiarezza sugli ambiti di competenze all'interno dei quali esercitare le specifiche autonomie professionali

Formazione universitaria, crescente assunzione di responsabilità anche dirigenziali, presto l'istituzione degli Ordini. Le professioni sanitarie in Italia sono in una fase di forte sviluppo, sostenuto non solo dalle attività interne delle Federazioni di professionisti, ma anche da provvedimenti legislativi, approvati o in via di approvazione, che vanno dall'accordo Stato-Regioni sulle funzioni di coordinamento all'istituzione di un Comitato nazionale di Scienze infermieristiche ed ostetriche presso il ministero della Salute. Un'evoluzione per queste professioni che porta però dei cambiamenti all'interno del sistema sanitario e dei rapporti di cooperazione con le altre figure professionali sanitarie, quali i medici. È quindi fuor di dubbio che sia necessario un confronto aperto e proficuo tra tutte le professionalità, per evitare che all'interno dei complessi meccanismi organizzativi della sanità non vi sia confusione di ruoli né conflitti nei servizi, bensì collaborazione per creare migliori condizioni di lavoro per tutti e prestazioni di qualità ed efficientemente erogate.

Va fatta chiarezza sugli ambiti di competenze all'interno dei quali esercitare le specifiche autonomie professionali. O quanto meno, occorre provarci.

Un passo in questo senso è stato rappresentato dal convegno organizzato dall'Anaa Assomed lo scorso 18 ottobre a Roma, dal titolo *Il medico e le professioni sanitarie: collaborazione o competizione*. Il primo atto da intraprendere, secondo Carlo Lusenti, segretario nazionale del sindacato più rappresentativo della Dirigenza medica ospedaliera, è quello di aprire un tavolo permanente di confronto per proporre regole di collaborazione tra le varie professioni sanitarie. "Le modalità lavorative stanno cambiando - ha detto Lusenti - e c'è il rischio che i nuovi modi di operare siano affidati ad una sorta di darwinismo organizzativo che porterà ad anni di conflitto. Temo questa deriva non orientata: brucia risorse, peggiora il clima e rende difficile lavorare insieme



"Sarebbe stolto e oscurantista per i medici rifiutare la sfida dei nuovi saperi e delle nuove competenze. Ma il fenomeno va governato affinché non diventi fonte di incertezze e conflitti nei servizi"

me. È invece nell'interesse del paziente e del Ssn che tutte le categorie lavorino in modo condiviso, con pari dignità e coordinamento".

Un invito al dialogo è arrivato

anche da Amedeo Bianco, presidente della Federazione nazionale dei medici chirurghi e odontoiatri (Fnomceo): "La soluzione alle criticità poste dai rapporti tra la professione del

medico e le altre professioni sanitarie, vecchie e nuove, richiede a tutti l'esercizio di un grande equilibrio, rifuggendo dalle suggestioni di neo corporativismi così come da impossibili fughe in avanti. Sarebbe stolto e oscurantista per i medici rifiutare la sfida dei nuovi saperi e del-

le nuove competenze. Ma il fenomeno va governato affinché non diventi fonte di incertezze e conflitti nei servizi, anche contenendo le spinte a nuove professioni in ambito sanitario, già oggi oggettivamente troppe. Va dunque fatta chiarezza sugli ambiti di competenze, scoraggiando fenomeni erosivi delle attività riservate agli atti medici". Così come, secondo il presidente Fnomceo, va chiarito che "il modello organizzativo dei servizi, sempre più complesso anche in ragione delle tante professionalità che in esso intervengono, necessita più che mai di un chiaro baricentro gestionale che costituisca un obiettivo limite alle autonomie di tutti. I medici - ha osservato Bianco - legittimamente rivendicano questi ruoli, che devono però sviluppare all'interno di modelli operativi e funzionali fondati sulla cooperazione, condivisione e rispetto delle autonomie e responsabilità di tutte le professioni".

Certo è che un confronto sarà necessario, e anche presto. Perché il sistema sanitario sta entrando in una fase di cambiamento e occorre che questo avvenga su basi chiare. A livello legislativo, sono già molti i provvedimenti che interessano le professioni sanitarie. Ma ora oc-

corre armonizzare questi provvedimenti all'interno dell'intero sistema salute.

Il ministero della Salute, infatti, ha molto preso a cuore il percorso per la valorizzazione delle professioni sanitarie concretizzato in molteplici occasioni, tra cui la quantificazione dei fabbisogni formativi per il 2007, la campagna informativa *Infermiere. Protagonista nella vita vera* per promuovere le iscrizioni ai corsi di laurea in infermieristica, la stipula dell'Accordo Stato-Regioni per l'istituzione della funzione di coordinamento, l'istituzione del Comitato Nazionale per le scienze infermieristiche ed ostetriche, la proroga della delega per l'istituzione degli Ordini professionali.

E se il 2007 ha rappresentato un anno importante per questi professionisti, grandi novità stanno per arrivare anche con il 2008. Prima tra tutte, l'istituzione degli Ordini delle professioni sanitarie non mediche: infermieri, ostetriche, fisioterapisti, tecnici di laboratorio.

Il Disegno di legge a riguardo ha seguito un iter un po' travagliato, fino alla decisione di prorogare al 4 marzo 2008 i termini per l'attuazione della delega al Governo finalizzata a predisporre uno o più decreti legislativi per istituire gli Ordini delle

Professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione. Lo slittamento è stato giustificato con la necessità di collegare l'istituzione dei

nuovi Ordini alla riforma delle professioni. L'obiettivo finale, ha detto Patta, è "di regolamentare compiutamente l'esercizio professionale degli operatori sanitari, contrastando l'abusivismo a tutela dei pazienti". Intanto, comunque, gli infermieri e le ostetriche hanno incassato l'istituzione di un Comitato nazionale presso il ministero della Salute, insediato lo scorso 11 ottobre. "Il Comitato - spiega il ministero in una nota - ha il fine di promuovere lo sviluppo delle professioni sanitarie infermieristiche e di ostetrica nel Ssn favorendo un'omogenea e concreta applicazione della Legge n.251/00 in tutte le strutture sanitarie, su tutto il territorio nazionale". Tra le varie funzioni, il Comitato avrà il compito di elaborare proposte per la riorganizzazione del lavoro, in regime di dipendenza o autonomo, degli esercenti le professioni infermieristiche e di ostetrica e per ridefinire un nuovo rapporto con la dirigenza medica, con la dirigenza veterinaria, con gli esercenti delle altre professioni sanitarie e con gli operatori tecnici ed amministrativi al fine di una ottimizzazione dell'uso delle risorse umane e delle loro specifiche competenze. **Y**

Le ostetriche potranno prescrivere esami diagnostici

Il Consiglio dei Ministri ha approvato lo scorso 23 ottobre il decreto legislativo di recepimento della direttiva n. 36 del 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.

Tra le novità introdotte dalla nuova normativa vi è la facoltà per le ostetriche di prescrivere gli esami utili per seguire la gravidanza fisiologica oggi individuati da un decreto ministeriale (DM 10/09/1998). Tale importante innovazione - già in essere in altri Paesi comunitari - è stata intro-

dotta su proposta del ministro della Salute Livia Turco, che sul punto aveva precedentemente chiesto un pronunciamento del Consiglio Superiore di Sanità.

"La facoltà di prescrizione per l'ostetrica - ha sottolineato Livia Turco - si inserisce come punto qualificante del 'Piano d'Azione materno infantile', con l'intento di incrementare il livello di qualità, la sicurezza e l'umanizzazione del percorso nascita. Grazie a questo provvedimento - ha aggiunto - l'Italia recupera il ritardo nel riconoscimento della facoltà di prescrizione all'ostetrica, che era già stato previsto dalla precedente direttiva comunitaria n. 155 del 1980 e conferma l'impegno nella valorizzazione di tutte le professioni sanitarie per una migliore tutela della salute dei cittadini".

Convegno nazionale Fnomceo "Medicina e sanità declinate al femminile" di Ester Maragò

Carriera in salita per le donne medico

Per superare le criticità legate ai percorsi di carriera delle donne medico, la Fnomceo ha organizzato nella Reggia di Caserta il convegno "Medicina e sanità declinate al femminile". Un'occasione per puntare i riflettori sulla situazione delle dottoresse italiane e formulare proposte per sviluppare le competenze di questa sempre più ampia componente del mondo medico.

I dati snocciolati nel corso della kermesse rosa sono eloquenti: il 55% degli immatricolati nell'anno accademico 2006/2007 e il 61% degli iscritti ai corsi di laurea in medicina e chirurgia sono donne. Non solo, i camici rosa conquistano la laurea in media a 26 anni, prima dei colleghi uomini, e con voti d'eccellenza: su 100 laureati con lode ben 78 sono donne. Soprattutto, il 52% degli specializzati tra il 1997 e il 2005 appartiene all'altra metà del cielo, mentre nel solo anno accademico 2005 la presenza di donne ha toccato il 57%.

Ma ogni medaglia ha il suo rovescio. Le posizioni apicali rimangono riserva maschile: secondo i dati elaborati dalla Fnomceo, nelle Aziende sanitarie solo a un esiguo 3% di donne è affidata la Direzione generale e a un 4,5% la direzione amministrativa; i camici rosa con incarico di direttore di struttura complessa sono appena il 10%, di struttura semplice il 29%. Nelle università le donne non superano il 9% dei professori ordinari (appena l'8,3%). Il quadro non cambia nelle specialità mediche: le iscrizioni all'albo riguardano soprattutto pediatria, ostetricia e ginecologia, odontostomatologia e igiene della medicina preventiva. E va da sé che è più facile trovare primari donne in pediatria che nei reparti di chirurgia, ortopedia o neurochirurgia. In sostanza, si creano delle specializzazioni di genere che rispettano il luogo comune, o sarebbe meglio definirlo il pregiudizio, secondo cui le donne devono occuparsi di quelle aree che più si avvicinano al loro ruolo istituzionale nella società. Eloquente è poi il dato sulla rappre-

Le donne medico sono sempre più numerose nelle corsie ospedaliere e in nettissima maggioranza nelle Università. Hanno professionalità e grinta da vendere, eppure ancora non riescono ad infrangere quel "soffitto di cristallo" che le separa dai vertici. Quando si parla di "fare carriera" i camici rosa rimangono i grandi esclusi: a loro più che le "stanze dei bottoni" sono riservate le "anticamere" e spesso neanche quelle. Le cause principali? Barriere culturali e un'organizzazione del lavoro che rende difficile gestire professione e vita familiare. Ecco perché qualcosa deve cambiare

Ecco perché qualcosa deve cambiare

sentatività femminile negli organismi direttivi degli Ordini dei medici: è scarsissima. Dai dati presentati da Maurizio Benato, vicepresidente nazionale della Federazione, è emerso che la percentuale media delle donne sul totale degli eletti non arriva al 15%. Su 103 Ordini, l'unica "presidentessa" è Roberta Chervesani, di Gorizia. Appena cinque donne sono vicepresidenti; 13 rivestono la carica di segretario, 11 di tesoriere, 145 sono consiglieri e 108 revisori dei conti; tra gli odontoiatri 3 sono le presidentesse e 39 le consigliere.

Unica eccezione, sul fronte locale, è il dato dell'Ordine di Sassari a cui va la palma della provincia con la più alta rappresentanza rosa: ben il 54%. Provincia che peraltro si colloca nella Regione con la più alta presenza di personale medico femminile: in Sardegna il 45% del personale dipendente è donna. Quali sono i motivi di questo blocco ai vertici? Arcinoti: le donne, e non solo quelle medico, si arenano nelle secche di retaggi culturali tutt'altro che estinti e soprattutto in un'organizzazione del lavoro che penalizza chi è chiamata a gestire oltre alla propria attività professionale anche quella familiare.

Criticità segnalate dalle professioniste presenti al congresso. Molte le testimonianze rese dalle donne nel corso della tavola rotonda moderata dalla giornalista Rai Carmen Lasorella. Tra le tante quella di **Maria Paola Landini**, preside della facoltà di Medicina dell'Università di Bologna. Una delle poche che è riuscita ad infrangere il soffitto di cristallo: "Quando decisi di candidarmi come Preside, nes-

suno mi prese sul serio. Mi additavano come 'quella con la sottana'. Poi fui eletta con il 70% dei consensi e dopo un anno di durissimo lavoro sono diventata 'quella con gli attributi', un'espressione che, ancora una

volta, richiama modelli maschili". Su un punto, tutti i camici rosa hanno convenuto: per cambiare il corso degli eventi occorre che le donne facciano la loro parte diventando sempre più propositive e partecipative.

"Non dobbiamo più uniformarci a stili maschili ma esaltare le nostre caratteristiche con orgoglio. Dobbiamo lavorare molto sul fronte dei servizi che le Aziende devono offrire per consentire alle donne di essere madri e professioniste, penso all'utilità degli asili nido sul posto di lavoro" ha sottolineato **Paola Muti**, direttore scientifico dell'Istituto Regina Elena di Roma. "A parità di titoli e di competen-



Donne al comando della sanità: la sfida del ministro Turco

"Il tema della presenza delle donne nelle posizioni apicali è davvero la sfida più grande e coraggiosa che mi sento di condividere profondamente". Così il ministro della Salute **Livia Turco** si è espressa in merito alle scarse opportunità che le dottoresse hanno di occupare ruoli dirigenziali all'interno delle strutture sanitarie italiane lo scorso 18 ottobre in occasione dell'assegnazione dei "Bollini rosa" 2007.

I "Bollini rosa" mirano a realizzare, sulla base di requisiti specifici identificati dall'Osservatorio, una guida che raccolga l'elenco degli ospedali ordinati in base al grado di attenzione nei confronti delle donne ricoverate. Un'iniziativa che ha ricevuto il plauso del ministro che ha sottolineato come essa aiuti ad evidenziare alcuni temi che sono di grande rilevanza come quello del-

l'umanizzazione dell'assistenza: "Individuare i requisiti per ospedali 'a misura di donna' - ha commentato **Livia Turco** - significa che l'umanizzazione non è una variabile dipendente dalla maggiore o minore sensibilità degli operatori ma diviene un indicatore concreto e preciso della loro stessa professionalità e delle finalità stesse dei servizi". Il ministro ha anche sottolineato l'importanza del tema della produzione scientifica "di genere", perché "significa che l'approfondimento, lo studio relativo alle evidenze di genere nelle patologie diviene non solo elemento costitutivo della formazione degli operatori ma anche 'valore' della loro stessa professionalità".

Riguardo alla scarsa presenza delle donne nelle posizioni decisionali all'interno del sistema sanitario, **Turco** si è detta convinta che "l'innovazione e il cambiamento che l'approccio di genere comporta ha bisogno della presenza delle donne nei luoghi decisionali della sanità, è condizione essenziale per il raggiungimento di obiettivi 'di sistema'".

Bollini rosa 2007

il programma speciale di segnalazione degli ospedali basato sul loro livello di "women friendship" ideato dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (O.N.Da.).



ze è necessaria un'alternanza di genere" ha affermato **Annarita Frullini**, consigliere Omceo a Pescara.

E sull'idea delle quota rosa anche nel settore sanitario? Non ci soddisfano fino in fondo, ha affermato **Roberta Chersevani**, ma se appaiono indispensabili per permettere l'ingresso delle donne nelle stanze dei bottoni, perché no! E allora come possono le donne medico uscire dalla fase di stallo?

Un suggerimento è arrivato da **Jane Dacre**, vicepresidente del Royal College of Physicians of London. Sono stati tre gli ostacoli che hanno sbarrato la strada ad un aumento della presenza ai vertici dei camici bianchi: meccanismi di assimilazione a schemi di comportamento maschili, barriere strutturali alla carriera e la promozione di una fuorviante "finta equità" che di fatto non ha consentito alle donne di ingranare veramente la marcia. "I fattori necessari per sostenere un cambiamento reale - ha detto Dacre - sono invece favorire il lavoro part time, migliorare le condizioni di lavoro (asili nido) e diritti, affi-

nare la rete collaborativa in cui le donne eccellono per presentare opinioni ed istanze alle istituzioni".

Le organizzatrici del convegno - **Roberta Chersevani, Antonella Agnello, Patrizia Biancucci, Lorenza Sassi e Teresita Mazzei** - hanno invece messo nero su bianco le soluzioni da adottare, consapevoli che "non basta più parlare di pari opportunità, ma bisogna promuovere azioni concrete". E il punto di partenza è la creazione di un Osservatorio nazionale della Fnomceo per monitorare e analizzare le criticità della professione. L'obiettivo finale: rivedere l'organizzazione del lavoro per garantire alle donne piena equità di trattamento.

Bisogna quindi agire sul fronte legislativo e contrattuale per apportare le modifiche necessarie a favorire la donna come madre e come medico. Servono orari flessibili, un corretto impiego del part time, accessi periodici alle attività professionali, alla formazione e all'aggiornamento. Ma anche più servizi sociali, come ad esempio asili nido nelle strutture ospedaliere.

E i Consigli provinciali dell'Ordine? Si dovranno impegnare, e realmente, per aprire le "stanze dei bottoni" anche alle donne.

Una risposta a tutti coloro che temono l'invasione rosa nel mondo della medicina è arrivata da **Amedeo Bianco**. "Gli Ordini dei medici - spiega Bianco - sono preoccupati, è vero, ma perché a questa trasformazione della professione al femminile corrisponde un sistema anchilosato, rigido, inadeguato che non riesce a cogliere tutte le potenzialità di questo fenomeno. La nostra preoccupazione, dunque, non è quella di alzare i muri. Vogliamo invece capire dove sono le barriere, quelle visibili e quelle invisibili, dove sono i ritardi culturali, le arretratezze nella formazione, le rigidità del lavoro. Insomma tutti quegli ostacoli che rischiano di tenere lontano in modo indebito le donne da alcune attività professionali". Ed è proprio per questo che la Fnomceo ha fortemente voluto il convegno nazionale di Caserta: "per individuare le strategie utili a favorire le donne nella professione". **Y**

La classifica dei "Bollini rosa"

L'elenco delle strutture che nel 2007 hanno ricevuto almeno un Bollino rosa è stato presentato in una conferenza stampa presso il Senato della Repubblica. Dopo aver esaminato le richie-

ste inviate all'Osservatorio dagli ospedali, il Comitato Ospedalonna ha attribuito uno, due o tre bollini a seconda delle caratteristiche delle strutture.

In particolare l'attribuzione di 1 Bollino rosa riconosce la presenza di almeno un reparto di

ostetricia e ginecologia e/o di un reparto che curi una specifica patologia con forte orientamento femminile.

L'attribuzione di 2 Bollini rosa è prevista per le strutture ospedaliere che oltre ai requisiti precedenti abbiano in atto pro-

grammi di ricerca specifici su patologie femminili e nei cui Comitati Etici vi siano almeno tre donne.

L'attribuzione di 3 Bollini rosa è invece prevista per gli ospedali con le caratteristiche sopra descritte che riservino partico-

lare attenzione alle esigenze delle donne di diverse etnie, che prevedano donne in posizioni apicali, personale di assistenza prevalentemente femminile e che sotto il profilo architettonico sottolineino la centralità della paziente.



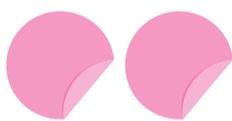
19 OSPEDALI

NORD

1. Istituto Nazionale dei Tumori I.R.C.S.S. - Milano
2. GB Morgagni - L. Pierantoni - Forlì
3. A. O. Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi - Varese
4. Fatebenefratelli e Macedonio Melloni - Milano
5. Maria Vittoria - Torino
6. A. O. Spedali Civili - Brescia
7. A. O. O.I.R.M. - Sant'Anna - Torino
8. Istituto Europeo di Oncologia - Milano
9. A. O. Istituti Ospitalieri - Cremona
10. A. O. Universitaria - Policlinico di Modena
11. Franz Tappeiner - Merano
12. Ente Ospedaliero Ospedali Galliera - Genova
13. Policlinico Mangiagalli e Regina Elena I.R.C.C.S. - Milano
14. Asl 4 Chiavarese - Chiavari
15. A. O. Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano
16. Azienda Ospedaliera - Verona
17. Azienda Ospedaliera - Padova

CENTRO

18. A. O. Sant'Andrea - Roma
19. A. O. Universitaria Policlinico Tor Vergata - Roma



8 OSPEDALI

NORD

1. Fondazione S. Maugeri - Pavia
2. S. Giovanni Battista - Torino
3. A. O. Ospedale San Carlo - Milano
4. Azienda Ulss 5 Ovest Vicentino - Arzignano (Vicenza)
5. Ospedale Bolognini - Seriate
6. I.R.C.S.S. Policlinico San Matteo - Pavia

SUD

7. Villa Sofia Cto - Palermo
8. A. O. Civico e Benfratelli - G. Di Cristina, M. Ascoli - Palermo

O.N.Da

Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna



17 OSPEDALI

NORD

1. A. O. Ss. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo - Alessandria
2. Multimedita Holding S.p.A. - Castellanza
3. Ospedale di Circolo - Melegnano
4. Ospedale S. Polo - Monfalcone
5. Ospedale di Gorizia
6. Ospedale S. Antonio - Padova
7. Azienda Ospedaliera - Lodi
8. Ospedale di Vallecamonica - Esine
9. Ospedale generale Sant'Orsola Fatebenefratelli - Brescia
10. Ospedale di Vimercate
11. P.O. Cardinal Massaia - Asti
12. A.O. Ospedale Civile - Legnano

CENTRO

13. Zona Territoriale 8 U.O. Ostetricia e ginecologia - Civitanove Marche

SUD

14. ASUR Marche Z.T 4 Principe di Piemonte - Senigallia
15. Ospedale S. Francesco - Nuoro
16. Azienda Ospedaliera - Cosenza
17. A. O. G. Brotzu - Cagliari

a cura di Stefano Simoni

Errore e castigo

Sempre più medici sul banco degli imputati. Aumentano, infatti, le denunce per errori sanitari, a cui il medico è chiamato a rispondere in sede giudiziaria e spesso anche penale. È molto facile, di fronte a qualcosa che non ha funzionato nel corso di una prestazione sanitaria, limitarsi alla colpevolizzazione dell'operatore direttamente coinvolto, che in realtà è

solamente uno degli ultimi anelli della catena organizzativa sanitaria. Spesso vittima a sua volta di un sistema che non funziona e che non gli permette di operare nelle condizioni più idonee a garantire la sicurezza del paziente. Affidiamo ai medici la tutela del bene supremo, la nostra salute, ma la legislazione attuale non sembra mostrare troppa comprensione per i loro errori arrivando a

perseguirli con norme del codice penale che non tengono conto della loro funzione sociale. Oltretutto, l'aumento del contenzioso civile e penale ha prodotto effetti ancora più negativi, primo tra tutti quello della cosiddetta "medicina difensiva" ovvero il trincerarsi del professionista dietro una grandissima quantità di esami diagnostici e strumentali, costosi e non sempre necessari.

Su queste problematiche da tempo l'Aogoi ha concentrato la sua attenzione e il suo impegno, svolgendo negli anni un grande lavoro sul piano politico oltretutto professionale. Un lavoro portato avanti con grande passione da tutta la Dirigenza e in primis dal segretario nazionale Antonio Chiantera cui, in particolare, va il merito di aver organizzato questo evento di assoluto rilievo.

Per cercare di fornire un indirizzo al dibattito sul tema della responsabilità professionale medica, di grande attualità in Italia ma anche nel resto d'Europa, l'Aogoi ha organizzato, con il patrocinio del Senato della Repubblica, un forum internazionale dal titolo "Responsabilità professionale medica in Europa: sistemi giuridici a confronto". Nel corso della giornata di studio sono stati affrontati a 360 gradi temi quali gli errori, la responsabilità e, come detto, la "medicina difensiva". Giuristi, studiosi italiani e stranieri ed esperti del settore hanno spiegato ai partecipanti, tra i quali molti deputati e senatori, come in diversi paesi europei esistono da tempo soluzioni capaci di limitare a pochi casi estremi il ricorso al tribunale. Sono state illustrate le strategie e le norme introdotte altrove e che hanno permesso di ridurre il peso economico ed anche emotivo di un sempre più frequente ricorso ai tribunali contro medici e strutture sanitarie, che rischia di compromettere il rapporto di fiducia che dovrebbe legare medico e paziente. Ciò che ormai è del tutto acquisito è che, pur non potendo eliminare totalmente la possibilità di errore implicita in ogni attività umana, pure l'aggiornamento professionale e la buona organizzazione del lavoro possono ridurre notevolmente la possibilità che l'errore produca gravi danni ai pazienti. Nel caso si creino situazioni critiche e si arrivi dunque ad un contenzioso, la soluzione sembra potersi trovare nelle cosiddette "camere di



Da destra: Franco Marini, Yves Ville, Giovanni Monni, Cesare Corsi, Bojan Popovic, Paolo D'Agostino

conciliazione", strumenti extra giudiziari dove trovare un accordo tra medici e pazienti. Questa ipotesi è stata formulata dallo stesso ministro della Salute **Li-
via Turco** nel corso del suo intervento e, pochi giorni dopo, si è riversata fattivamente nel testo del Ddl sull'ammodernamento del Ssn collegato alla finanziaria 2008. Con l'introduzione delle camere di conciliazione, secondo il Ministro, si potrebbe ridurre il contenzioso di circa il 70%.

Di questa crescente cultura che oppone medico e paziente, mettendo in primo piano sempre la "colpa medica", i ginecologi so-

no tra le categorie professionali maggiormente colpite, come ha ricordato il presidente Aogoi **Giovanni Monni** in apertura dei lavori. "Il ginecologo infatti - ha affermato Monni - è da sempre protagonista della prevenzione, della gravidanza, della sala parto e degli interventi chirurgici, cui negli ultimi anni si sono aggiunte nuove tematiche e nuove tecniche: la diagnosi prenatale, la procreazione medicalmente assistita e le molte problematiche legate alla violenza contro le donne e allo sviluppo della presenza di immigrati sul nostro territorio. Essendo tutti terreni assai delicati e spesso anche con

relevantissime implicazioni psicologiche, non sorprende che proprio i ginecologi siano tra i più coinvolti nei contenziosi giudiziari e anche tra i più attivi nel ricercare soluzioni positive al problema".

Il punto

Dopo aver ascoltato i relatori, dopo aver assistito alla presentazione dei vari modelli stranieri, alla fine, la domanda può essere questa: quali sono gli obiettivi a cui punta un sistema di responsabilità medica? E ancora: quali sono gli obiettivi e le esigenze che accomunano questi

Partecipanti, relatori e moderatori

- F. Marini - *Presidente del Senato*
- L. Turco - *Ministro della Salute*
- I. Marino - *Presidente XII Commissione permanente Igiene e Sanità del Senato*
- P. Pisicchio - *Presidente II Commissione permanente Giustizia della Camera*
- A. Tomassini - *Presidente Commissione Parlamentare d'inchiesta sull'efficienza e l'efficacia del Ssn*
- A. Finocchiaro - *Presidente Gruppo Parlamentare "L'Ulivo"*
- C. Corsi - *V. Presidente XII Commissione permanente Igiene e Sanità del Senato*
- P. Bodini - *Membro XII Commissione permanente Igiene e Sanità del Senato*
- S. Aleo - *Professore Facoltà di Giurisprudenza - Università degli Studi di Catania*
- A. Bianco - *Presidente Fnomceo*
- P. D'Agostino - *Cattedra di Diritto Penale - Università di Torino*
- L. Del Sasso - *Presidente Siot (Soc. Italiana Ortopedia e Traumatologia)*
- E. Deutsch - *Germania - Università di Göttingen*
- W. Dunlop - *Inghilterra - Presidente Ebcog (European Board and College of the Obstetrics and Gynecology)*
- I. Frongillo - *Sostituto Procuratore presso la Procura di Napoli*
- C. Gigli - *Presidente Fesmed*
- E. Leo - *Direttore Struttura Complessa di chirurgia presso l'Istituto Tumori di Milano*
- M. Maisto - *Consulente Legislativo e Public Affairs*
- A. Marra - *Presidente di Sezione Corte d'Appello di Milano*
- G. Melotti - *Presidente Acoi*
- G. Monni - *Presidente Aogoi*
- D. Palmieri - *Studio Legale Mushi e Associati, Milano*
- I. Pidevall Borrell - *Delegato Aeds (Asociación Española de Derecho Sanitario)*
- B. Popovic - *Slovenia - Consulente legale della Federazione Europea dei Medici Dirigenti*
- G. Valea - *Consigliere Sezione Civile Corte d'Appello di Catanzaro*
- Y. Ville - *Francia - Primario di oncologia ginecologica e ginecologia e ostetricia, Parigi*
- Al forum prenderanno parte:
- G. Benagiano - *Ordinario di Ginecologia, Università degli Studi La Sapienza, Roma*
- A. Castellano - *Direttore Uoc di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Civ. "S. Paolo", Civitavecchia*
- A. Chiantera - *Segretario Nazionale Aogoi*
- V. Cirese - *Avvocato specializzato in Diritto Amministrativo, Tributario, Internazionale e del Lavoro*
- G. Ettore - *Direttore Uoc di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale "Garibaldi-Nesima", Catania*
- N. Natale - *Vice Presidente Sigo*
- C. Sbiroli - *Past President Aogoi*
- F. Sirimarco - *Direttore Uoc di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale "Caldarelli", Napoli*
- G. Scalera - *Membro VII Commissione Permanente Istruzione Pubblica, Beni Culturali della Camera dei Deputati*
- R. Tersigni - *Presidente Cic - Collegio Italiano dei Chirurghi*
- P. Todaro - *Colonnello Medico, Capo Dipartimento di Patologia Urologica e Ginecologica, Policlinico Militare di Roma*
- P. F. Tropea - *Membro Upigo (Union Professionnelle Internationale des gynécologues et Obstétriciens)*
- G. Vittori - *Primario di Ginecologia, Ospedale San Carlo di Roma, neopresidente Sigo*

Le problematiche assicurative

“Creare un meccanismo di monitoraggio nazionale”

Un ruolo fondamentale in questo scenario è svolto dalle assicurazioni e **Paolo D'Agostino**, professore di diritto penale, ha incentrato il suo intervento proprio su questo tema. “La responsabilità professionale è argomento complesso – ha esordito D'Agostino – perché si riverbera e assume rilevanza in diversi settori dell'ordinamento: penale, civile e amministrativo. In più aggiungiamo l'inadeguatezza delle norme e dell'assetto normativo oggi esistente la cui soluzione passa attraverso una profonda riforma dell'ordinamento per determinare un sistema più consona alle esigenze che si evidenzieranno. Quando si parla di assicurazioni si parla di rischi, quando si parla di responsabilità medica parliamo di un rischio sconosciuto. Non lo conosce nessuno: non lo conosce la categoria medica e non lo conoscono le società medico-scientifiche che riconoscono le complicità legate alla propria attività professionale ma manca in questo momento in Italia un monitoraggio del fenomeno. Non lo conoscono infine gli assicuratori che fanno del business in questo settore”. Argomento delicato – ha proseguito D'Agostino – è anche il rapporto tra l'assicurazione e le cosiddette “riassicurazioni”, ovvero quel fenomeno

per cui le compagnie assicurano il loro rischio assunto sui mercati internazionali i quali a loro volta si riassicurano e così via. “Siamo di fronte così ad una situazione per la quale il rischio che parte da un ospedale qualunque viene polverizzato nel resto del mondo. Vale a dire un sistema per cui nessuno perde tantissimo ma tutti perdono qualcosa. Questo sistema è particolarmente in uso in Inghilterra dove com'è noto c'è un tipo di legislazione, la *criminal law* molto diversa dalla nostra *civil law*. Questo meccanismo è evidente che presenta lacune vastissime e franchigie elevate che le strutture non sanno gestire perché gli enti pubblici hanno l'esigenza primaria del risparmio. Se le assicurazioni fossero la soluzione al problema del rischio questo non esisterebbe perché tutti hanno un'assicurazione”.

Soluzioni? Secondo D'Agostino quello che si può fare “è creare un meccanismo di monitoraggio nazionale su regole comuni che si suddivide in un monitoraggio regionale con il coinvolgimento delle società medico-scientifiche sia nell'attività di monitoraggio che nell'attività di gestione dei rischi”. Insomma creare uno strumento in grado di far sapere “chi fa cosa contro chi e dove. Accendere la luce sul fenomeno spegnerà l'acuirsi dei problemi e contemporaneamente ci consentirà nell'arco di 3-5 anni di stilare un rapporto con il mondo assicurativo consapevole e preciso”.

Il **sistema francese** recentemente ha apportato dei cambiamenti con la legge di Bernard Kouchner (ministro con incarico alla sanità nel Governo di Lionel Jospin) dove il risarcimento del danno provocato in ambito sanitario e involontariamente tende, almeno nel settore pubblico, a non coinvolgere direttamente il medico. Abbiamo poi il **sistema belga** che prevede una responsabilità sia civile che penale e un elemento, non particolarmente co-

nosciuto da noi, che è il procedimento di mediazione col paziente per cercare di arrivare ad una soluzione rapida e positiva prima di giungere in tribunale. Nel **sistema scandinavo**, definito classicamente “no fault system”, il rischio medico viene fiscalizzato, e dunque è poi lo Stato che ha l'obbligo di indennizzare le vittime di errori medici. Questi sistemi hanno una rilevanza esclusivamente civile e il risarcimento è affidato interamente alla struttura pubblica. Il

medico dunque in via di principio non viene coinvolto. Il sistema pubblico si finanzia con un'assicurazione obbligatoria che poi gestisce tutta la procedura e provvede ai risarcimenti.

Il Rapporto Europeo

Anche il **Consiglio d'Europa**, resosi conto della rilevanza di tale problematica, ha commissionato uno studio comparativo di sistemi di responsabilità nel 2005: “Rapporto responsabilità medica negli Stati membri”.

Il rapporto ha cercato di sviscerare i problemi specifici degli operatori insieme ai problemi dell'utenza. Nel secondo passaggio ha provato a individuare gli strumenti di garanzia effettiva dei pazienti e, al tempo stesso, a verificare eventuali abusi di azioni legali. Nonostante le indubie differenze tra Paesi, il punto di arrivo è che la salvaguardia dei pazienti non può essere risolta con la semplice azione legale. Il rapporto del Consiglio d'Europa nel valutare le differenze fra i vari sistemi si è incentrato su tre diverse aree: l'onere della prova, il consenso informato e i sistemi alternativi di risoluzione del conflitto.

Onere della prova

Generalmente, come sottolineato nel rapporto, l'onere della prova grava sul paziente anche se ora questo carico sembra si stia spostando sempre più progressivamente verso il medico. Ciò è dovuto al fatto che l'avanzamento della scienza e delle tecnologie porta il magistrato a considerare la prova estremamente difficile, quindi a spo-

stare l'onere a carico del professionista. Da qui l'abuso delle denunce sul piano penale con il solo scopo di accelerare il procedimento risarcitorio con tutto quanto ne consegue: esposizione pubblica del medico, danno all'immagine non solo al singolo ma alla figura professionale, sfiducia del cittadino nel sistema sanitario, aumento del numero di contenziosi e conseguente ingolfamento dei tribunali.

Consenso informato

Il consenso informato è diventato sempre più importante. Un elemento comune a tutti i Paesi è il cambiamento nel rapporto medico-paziente: il paziente non accetta più il giudizio assoluto e viene meno la “visione paternalistica” della figura del medico. Possono esserci delle differenze sul contenuto o sull'ampiezza dell'informativa, però il consenso informato è ormai prassi in tutta Europa.

Sistemi di risoluzione dei conflitti

Comparando i vari sistemi giuridici, si può notare come gli aspetti più interessanti che emergono sono i sistemi di assicurazione “no fault” che non individuano i singoli responsabili ma dove è il sistema, attraverso forme di assicurazione, che provvede al risarcimento. Questo impianto è interessante anche perché si è visto che il coinvolgimento diretto del medico non ha portato a risultati positivi ed anzi ha fatto aumentare il numero di cause. Un altro degli aspetti che vengono sottolineati dal rapporto è l'ipotesi di creare dei tribunali che abbiano una preparazione specifica sulle tematiche sanitarie. ■

vari sistemi?

In modo estremamente sintetico si può dire che ovunque in Europa ci si è mossi per creare un sistema di responsabilità medica in grado di tutelare i pazienti danneggiati dal punto di vista risarcitorio e allo stesso tempo prevedere interventi strutturali che migliorino la qualità delle prestazioni che vengono offerte. E proprio questi due temi, diversamente sviluppati nei Paesi europei, sono stati il filo conduttore del Forum svoltosi a Roma. Non affrontare questi due punti porta ad avere un sistema dove l'operatore sanitario non riesce a svolgere con serenità la propria professione e si rifugia nella medicina difensiva. Perché è chiaro che se il medico vive male la sua professione, al punto da sentirsi dalla parte opposta della barricata rispetto al paziente, non si potrà avere un sistema sanitario che funziona. Uno dei punti dolenti del sistema italiano, è stato detto, è che l'errore medico ha una rilevanza sia penale che civile. Ci sono stati medici che per aver commesso degli errori sono stati paragonati al pirata della strada, piuttosto che all'omicida preterintenzionale. Dunque uno degli elementi da correggere nel nostro sistema è quello relativo alla diretta chiamata in causa del medico. Su questo punto sicuramente si stanno facendo progressi, e proprio il ddl sull'ammodernamento rende la struttura sanitaria in cui il sanitario opera corresponsabile con il professionista, anche a livello giuridico. Ma certamente occorre trovare soluzioni di sistema più radicali. Ecco allora che il confronto con altri sistemi che hanno cercato di eliminare questo aspetto può essere utile.

L'esperienza degli altri Paesi

L'evoluzione del sistema della responsabilità in Francia

“La prevenzione come risposta alla medicina difensiva”

Yves Ville, primario di oncologia ginecologica e ginecologia ostetrica, ha affrontato il tema degli screening delle diagnosi prenatali e delle azioni legali intente a seguito di questa problematica. “Il sistema francese – ha esordito Ville – è tale che la responsabilità dei medici non si basa sul risultato ma sull'appropriatezza della gestione delle risorse utilizzate per arrivare al risultato”. La discrepanza fra aspettative del paziente e ciò che viene fornito dal medico, analizzando il quadro della situazione

legale e legislativa, è dunque il punto da cui partire. “Secondo la nostra legge – ha spiegato il ginecologo francese – per poter intentare una causa di responsabilità medica deve esserci un nesso di causalità fra l'azione del medico e il pregiudizio arrecato. In Francia la responsabilità medica persiste per 10 anni che nel caso della medicina prenatale diventano 28 perché è una responsabilità che sorge quando il bambino ha 18 anni. Dunque quando una persona diventa maggiorenne può intentare un'azione legale contro il medico per eventuali errori avvenuti in gravidanza. Se un individuo subisce un danno in una struttura pubblica il risarcimento è

sostenuto dallo Stato mediante l'organizzazione nazionale responsabile del finanziamento tramite un bilancio apposito che fornisce l'indennizzo in 4 mesi. Quando l'errore si verifica in una istituzione privata allora è la struttura, il medico o l'assicurazione che devono fornire l'indennizzo sempre in 4 mesi. La legge sottolinea anche il diritto ad essere informati e questo ha creato anche un altro motivo di causa di contenzioso giudiziario perché la norma dice che i pazienti devono essere informati completamente dei rischi che possono essere previsti e le conseguenze che possono essere intraprese. Questo è sicuramente qualcosa di nuovo in Francia. La



stessa legge definisce anche la colpa che può essere di due tipi. Il primo legato all'azione medica per cui deve esserci un nesso diretto tra l'azione del medico e la mancanza di risultato; il secondo, la colpa legata alla

manca di informazione dove il medico deve portare l'onere della prova”. Infine Ville ha parlato del rapporto con le assicurazioni. “È difficile oggi trovare una buona polizza assicurativa poiché soltanto una compagnia assicurativa in Francia accetta di assicurare gli ostetrici e ginecologi che effettuano analisi prenatali. La maggior parte dei medici si rivolgono alle assicurazioni americane che però sono costose e quasi mai accettano il principio della responsabilità

Nelle prime due immagini

Antonio Chiantera e Giovanni Monni con il presidente del Senato Franco Marini. In basso il presidente Aogoi Monni con il senatore Antonio Tomassini

che dura 28 anni. A questo punto, non praticando la medicina difensiva la prevenzione è fondamentale e in Francia ci stiamo impegnando su questo”.

Responsabilità medica in Slovenia

“In Slovenia – ha esordito **Bojan Popovic**, consulente legale della Federazione europea dei medici dirigenti – abbiamo tre tipi di responsabilità: civile, penale e amministrativa disciplinare. Per quanto riguarda la conciliazione e la mediazione c’è un disegno di legge che è allo studio”. Vediamo dunque la responsabilità civile. Nel diritto sloveno è “importante distinguere tra me-



sabile in ogni grado di colpa. La logica del diritto sloveno per questa distinzione è che ogni medico autonomo è un gestore dei servizi e deve essere responsabile come qualsiasi altra istituzione sanitaria. Nel diritto sloveno è riconosciuta la responsabilità dolosa e colposa, viceversa la responsabilità obiettiva secondo la giurisprudenza slovena non esiste. La colpa deve essere provata. Le assicurazioni, infatti, non risarciscono i danni per incidenti dove la colpa o il dolo non sono provati”. Bojan Popovic nel suo intervento ha poi affrontato il concetto di responsabilità penale per cui “nel diritto sloveno c’è un delitto specifico per la professione medica: si chiama difficoltà medica colposa causata dalle violazioni delle regole dell’arte che provocano un aggravamento della salute del paziente escludendo morte”. La morte rientra nel reato di omicidio colposo non previsto per la professione medica. Per quanto riguarda invece la responsabilità amministrativa o disciplinare c’è un tribunale disciplinare presso la Camera dei medici slovena che è competente

sia per i medici dipendenti che per quelli autonomi, accanto al quale operano le Commissioni disciplinari degli ospedali. Il tribunale disciplinare è organizzato in due istanze ed è competente per processare un principio delle violazioni, le violazioni delle regole dell’arte risultanti nell’aggravamento della salute o nella morte del paziente e violazioni della deontologia medica. Il diritto sloveno prevede il procedimento della conciliazione e non sono rari i casi presentati in tribunale che finiscono con una conciliazione tra medico e paziente. Per quanto riguarda le sanzioni del tribunale disciplinare queste sono di tre tipi: ammonizione pubblica, formazione aggiuntiva obbligatoria, sospensione dell’esercizio della professione medica. In pratica però i tipi di sanzione sono due, l’ammonizione e il recesso del contratto di lavoro che però gli ospedali non mettono in pratica senza l’intervento della Camera dei medici. Infine il rappresentante della

Ignazio Marino

“La sanità è l’unica disciplina dove all’aumento della tecnologia aumentano i costi e i rischi”

Il legislatore, dunque il politico, ha un ruolo centrale nel dibattito sulla responsabilità medica e a lui si rivolgono le istanze dei medici che si sentono vittime di un sistema vessatorio che troppo spesso vede nel professionista un capro espiatorio che paga per errori non sempre dovuti alla sua azione. Alla politica il forum organizzato dall’Aogoi ha chiesto risposte e i politici, ognuno a seconda del proprio ruolo, non si sono sottratti. “La crescita degli incidenti – ha esordito Ignazio Marino presidente della XII commissione Igiene e sanità di Palazzo Madama – è un fatto comune a tutti i Paesi industrializzati, è qualcosa che deve essere considerato con attenzione ma non è peculiare solamente del nostro, o al massimo di altri due o tre Paesi. Stiamo parlando di un fenomeno che si registra in tutto il mondo occidentale, dove ci sono dati sull’attività all’interno delle nostre strutture”. Secondo Marino il problema è legato ad una peculiarità della sanità “credo – ha continuato il presidente della XII commissione – che la sanità sia l’unica disciplina dove all’aumento della tecnologia aumentano i costi e i rischi. Credo anche però che sia possibile mettere in atto una serie di azioni per limitare i rischi e di conseguenza gli errori: riunione settimanale dove gli errori anche quelli senza incidente vengono esaminati e discussi al fine di migliorare tutti i sistemi di sicurezza e fare in modo che l’errore non si ripeta più; unità di rischio clinico; commissioni di conciliazione, cioè delle organizzazioni all’interno nelle quali risolvere l’incidente. Se si segue questa via – ha concluso Marino – si mette un freno all’azione giudiziaria”.

Slovenia ha ricordato come “per i medici subordinati ci sono anche commissioni interne organizzate presso gli ospedali che sono competenti per processare le violazioni della disciplina del lavoro e le eventuali violazioni della disciplina professionale”.

Responsabilità medica in Spagna

“Il diritto alla salute come diritto in quanto tale è alla base di molti ricorsi”

“Il concetto di responsabilità medica non lo abbiamo inventato noi ma è antico di due mila anni. Quello che è cambiato è il

Cesare Corsi

“Evitiamo che la classe medica operi una selezione evitando i casi più complessi”

Ex sottosegretario alla Salute nel precedente Governo, attuale membro della XII commissione Igiene e sanità del Senato, Cesare Corsi conosce la sanità e i suoi meccanismi regolatori e sa che spesso dietro il desiderio di giustizia c’è una sorta di persecuzione nei confronti del medico per cui fermo restando l’interesse superiore, da tutti riconosciuto, che è il bene del cittadino, da avvocato Corsi sa che “la responsabilità medica è spesso legata ad episodi di cronaca che chiedono soluzioni. Tra le azioni per limitare l’errore medico si colloca un’esigenza che è quella del cittadino che mira ad ottenere un esito positivo nel ricorso alle cure mediche. Aspettative alimentate anche e soprattutto dai notevoli progressi che ha fatto la medicina. Al cittadino va spiegato che non sempre la semplice denuncia comporta per il sanitario una serie di conseguenze. È un fatto che i medici siano oggetto di una più attenta critica da parte dei pazienti che spesso sfocia in denuncia. Il rischio se non governato può far sì che la classe medica operi una selezione evitando così i casi più complessi al fine di evitare il danno, creando comunque danni per la sanità pubblica. Il professionista alza le mani e questo va evitato. La maggior parte delle cause intentate si risolvono con assoluzione del medico ma il danno d’immagine spesso lede anche la dignità dell’uomo. Per questo motivo vanno incoraggiate tutte le iniziative promosse da alcune istituzioni sanitarie pubbliche e private, dagli Ordini professionali e dalle associazioni di tutela dei cittadini, tendenti a istituire camere di conciliazione per venire a soluzioni stragiudiziali delle vertenze insorte tra medico e paziente. Le camere di conciliazione sono uno strumento importante per arrivare alla riduzione del contenzioso ma serve far capire al cittadino che l’istituto della conciliazione è pensato nel suo interesse e del professionista che trova uno strumento in grado di garantirlo. La giustizia ordinaria da una parte soddisfa la richiesta del cittadino che si sente ingiustamente danneggiato e dall’altra salvaguarda l’immagine del medico e delle strutture fino a quando l’accertamento dei fatti non ha messo in luce le effettive responsabilità”.

concetto di colpa e di punizione”. Da questo assunto è partito **Ignazio Pidevall Borrel**, delegato della Asociación Española de

Antonio Tomassini

“Non è possibile che un evento di malasanità diventi un biglietto della lotteria”

Antonio Tomassini nella passata legislatura ha preceduto Ignazio Marino alla guida della XII commissione del Senato, è un medico ginecologo e nel suo intervento ha illustrato i punti salienti del suo disegno di legge in materia. “Il mio disegno di legge ha lo scopo di attenuare la pressione sul medico, accelerare i risarcimenti e garantire i sanitari. Bisogna tornare all’obbligo di assicurazione degli enti perché questa è una disposizione che in Italia non rispetta nessuno, prevedere l’arbitrato, l’azione diretta, l’elenco dei periti e limitare il penale alle negligenze e imperizie ma non l’imprudenza sulla quale non si può fare nulla perché può essere valutata solo a posteriori”. Il disegno di legge prevede anche il concetto di lite temeraria che in Italia non è prevista: “Un principio – come ha spiegato lo stesso Tomassini – secondo cui il paziente deve avere il coraggio di sostenere l’accusa”. Nel disegno di Tomassini sono anche previste le unità di rischio preventive che possono diminuire le fonti di rischio e “un fondo sociale di risarcimento, inoltre dobbiamo riconoscere le professioni usuranti e il fenomeno di burn out. Infine è ora di mettere un tetto al risarcimento perché non è possibile che un evento di malasanità diventi un biglietto della lotteria del cittadino”. Insomma un provvedimento a questo punto è necessario non per dare una protezione ai medici ma per ridare serenità ai cittadini oltre che un risparmio importante al Ssn. Riuscendo a diminuire la pressione si darà più libertà ai pazienti, più libertà ai medici, più garanzie a tutti per una corretta alleanza tra pazienti e chi li cura.

Derecho Sanitario (Aeds), parlando di come funziona la responsabilità medica in Spagna. “Oggi gli Usa sono il numero 1 per quanto riguarda le cause per negligenza medica. In Spagna negli anni ‘70 la giurisprudenza era piuttosto scarsa per quanto riguarda la responsabilità medica. Poi è via via aumentata e oggi siamo arrivati ad un punto per cui negli ultimi 10 anni vi è stata una profonda modifica anche in dottrina. Per esempio per quanto riguarda i requisiti per la responsabilità relativa per colpa, in caso di assenza di un consenso informato, mentre in passato si riteneva che il paziente dovesse provare di non essere stato informato, oggi abbiamo una giurisprudenza consolidata che va esattamente in senso con-

Livia Turco

Una legge per gli errori in medicina

trario: è sempre il medico che deve dimostrare il consenso informato. Diversi fattori sono responsabili dell'aumento di litigiosità che sperimentiamo oggi. Il legislatore spagnolo, conscio di tutto questo, ha richiesto ai professionisti del settore di contrarre una polizza per la responsabilità civile e le associazioni professionali hanno promosso controlli per la verifica. Questa copertura è dunque consigliabile perché il ricorso può essere effettuato sia contro il professionista che contro il medico dipendente e può essere importante individuare o isolare la propria difesa dalla difesa del centro della struttura sanitaria che può avere degli interessi in conflitto con gli interessi del medico". Il fenomeno della responsabilità è diventato inarrestabile in tutto il mondo occidentalizzato, anche in Spagna, nonostante il "ritardo" nella partenza e le cause oggi sono aumentate al punto da allarmare i professionisti del settore. "Questo cambiamento - ha tentato di spiegare Ignasio Pidevall Borrel - si è registrato in coincidenza di una maggiore percezione del diritto alla salute come diritto in quanto tale. La responsabilità medica è legata allo sviluppo del concetto di responsabilità che sta diventando oggettiva per cercare di soddisfare, in qualche caso, la richiesta sociale di risarcimento dei danni derivati da una terapia sanitaria". Ignasio Pidevall Borrel ha invitato poi a riflettere su un altro punto: "sebbene la responsabilità civile dei medici abbia una conseguenza sulla reputazione dei professionisti, la prevenzione delle conseguenze di un eventuale risarcimento danni prende in esame soltanto gli aspetti economici mentre non si considera il danno d'immagine. Nella maggior parte dei sistemi ci si protegge rivolgendosi a delle com-

Le norme per la responsabilità professionale dei medici e la sicurezza delle cure entrano nel Ddl "Interventi per la qualità e la sicurezza delle cure" collegato alla legge Finanziaria 2008 e presto saranno operative. Il Ddl, fortemente voluto dal ministro della Salute Livia Turco, si propone di realizzare un governo clinico per prevenire i fattori di rischio e garantire un'efficace governance del rischio. La situazione è tale per cui non c'è più tempo da perdere in quanto "la crescita del contenzioso medico-paziente - ha motivato il ministro della Salute intervenendo nel corso della giornata di studio organizzata al Senato dall'Aogoi - determina un impatto crescente sui comportamenti dei cittadini e degli operatori della sanità, con riverberi che non si limitano a quelli, pur rilevanti, di natura economica ma comportano conseguenze assai più negative sul rapporto di fiducia tra medico e cittadino, per la crescita della medicina difensiva e la mancanza di serenità degli operatori".

Le misure previste nel Ddl mirano alla cosiddetta "messa in sicurezza del paziente - prosegue il ministro nell'illustrazione del prov-

vedimento - allo scopo di mettere sotto controllo i fattori di rischio e ridurre il margine di errore potenziale presente in ogni prestazione". Quali sono gli strumenti messi in atto dalla Turco? È sempre lo stesso ministro ad illustrarli: "Le norme, maturate dalle esperienze positive già in atto in alcune Regioni, introducono le unità di gestione del rischio per favorire la segnalazione degli eventi sentinella e dei sospetti errori di diagnosi e terapia, mappare la sicurezza dei processi, garantire procedure di controllo affidabili, riconoscere e individuare i fattori di rischio e metterli progressivamente sotto controllo. E, ancora, per le apparecchiature ed i dispositivi medici, procedure più stringenti per il collaudo, la manutenzione e le verifiche periodiche di sicurezza. Con questi strumenti si intende agire sul terreno della prevenzione, fare tutto ciò che la tecnologia e l'esperienza clinica oggi ci consentono per evitare il più possibile il verificarsi di nuovi errori". Nell'illustrazione del provvedimento il Ministro, per quanto riguarda la promozione della prevenzione degli errori, chiama a raccolta tutti i protagonisti ovvero Governo, Regioni, Asl e operatori sanitari in modo tale che ognuno per le proprie competenze, secondo un programma condiviso di interventi e di linee guida, operi nella prevenzione. Oltre

alla prevenzione c'è però un altro aspetto che sta a cuore del ministro e che è stato inserito nel Ddl: la tutela dei cittadini e degli operatori coinvolti. "Quando infatti si sospetta che un errore ci sia stato, è bene garantire al cittadino un risarcimento in tempi ragionevolmente brevi, evitando gli lunghe trafilate giudiziarie dall'esito incerto e molto onerose, tanto sul piano economico che psicologico. Ed evitare al contempo di incrementare un clima conflittuale che un lungo contenzioso alimenta, con inevitabili ricadute sulla serenità degli operatori sanitari. Il Ddl su questo punto estende la responsabilità civile per la condotta del personale medico e non medico alla struttura sanitaria di appartenenza, prevedendo quindi la relativa copertura assicurativa o, in alternativa, la introduzione di forme di garanzia equivalenti. Si prevede inoltre che le Regioni provvedano a regolare le definizioni stragiudiziali delle vertenze, con l'introduzione di camere di conciliazione alle quali il paziente che ritiene di avere subito un danno può accedere gratuitamente ottenendo un giudizio celere, imparziale e autorevole. Non è giusto - ha concluso il Ministro - che situazioni che hanno spesso la loro genesi nella collettività vengano poi scaricate sui singoli individui e vissute privatamente da questi".

pagnie assicurative disponibili sul mercato ma non è raro che un professionista debba essere protetto da diverse compagnie e quindi debba contrarre polizze diverse". Un istituto recente in Spagna è quello delle corti arbitrali mediche che permettono di evitare il processo ma anche di arrivare ad una transazione su questioni che non sono ancora state portate all'attenzione del giudice. Ignasio Pidevall Borrel ha provato a suggerire un modus operandi per limitare le cause: "Controlliamo la pratica medica molto attentamente e anche i motivi dei ricorsi, informiamo i pazienti della pratica in questione e cerchiamo di mediare con loro, in questo modo eviteremo che molte cause prive di un fondamento solido vengano portate dinanzi ad un giudice. Accanto a questa misura di natura giudiziaria ci sono misure di natura professionale come l'aggiornamento costante, la standardizzazione dell'anamnesi, l'osservanza rigorosa dei requisiti d'informazione, la condivisione delle esperienze e via dicendo".

Franco Marini

"Non mancherà l'impegno del Senato con la vostra Associazione"

"Ho la piena consapevolezza sia della rilevanza del tema trattato che della necessità di un intervento di carattere legislativo che riesca a stabilire per il nostro Paese regole più europee" ha affermato il presidente del Senato Franco Marini nel suo intervento in apertura dei lavori dopo aver ringraziato il senatore Corsi per l'impegno profuso nell'organizzazione della giornata di studio. "Oggi sarà presente il presidente della XII commissione Ignazio Marino e il ministro della Salute, Livia Turco, quindi credo che un passo in avanti nella conoscenza e nel coordinamento ce lo possiamo porre come obiettivo serio. Naturalmente l'approfondimento e la conoscenza dei problemi precede sempre la capacità di legiferare e che ci sia bisogno di regole meno preoccupanti per la vostra professione io ne sono assolutamente convinto" ha proseguito Marini, assicurando che "non mancherà l'impegno del Senato nei rapporti con la vostra associazione".



Amedeo Bianco

Sviluppiamo la formazione continua in sicurezza

Cominciamo con il dire che le buone politiche per la sanità passano attraverso più politiche. La sicurezza delle cure è un obiettivo irrinunciabile e qualificante di ogni politica indirizzata al conseguimento dell'efficacia e della qualità delle organizzazioni sanitarie. Siamo di fronte ad uno scenario cambiato per cui lo sviluppo ver-

ticale delle conoscenze e delle competenze che si distribuiscono su più profili professionali, non solo medici, afferiscono direttamente alla responsabilità gestionale delle aziende. Cambia di conseguenza anche il ruolo dei cittadini che chiedono più qualità, più efficacia e più sicurezza alle prestazioni. Intorno a questo sistema si muovono, dentro e fuori, più attori con propri ambiti di autonomia e di responsabilità creando un universo di domande e bisogni ai quali non sempre si riesce a rispondere correttamente. Gli errori latenti, quelli che appartengono all'area organizzativa e gestionale dei processi clinici, devono però essere cor-

retti. In questa prospettiva, rivisitare il fattore umano dell'evento indesiderato o dell'errore ci consente di poter ragionare in modo diverso allargando lo spettro di attenzione al fenomeno. Sempre più il fattore umano è considerato l'ultimo anello, il medico insomma rischia di restare con il cerino in mano in una situazione di carenze organizzative e gestionali. Occorre raggiungere una visione moderna dell'errore e dei difetti del sistema, solo così potremo approcciare in modo nuovo la famosa lettura dell'errore come strumento per migliorare. Come va affrontato il problema? Facendo cultura, facendo forma-

zione sulla sicurezza. La cultura dell'errore è un sottosistema cognitivo che può essere tranquillamente oggetto di formazione specifica. Cominciamo con il dire che nei curricula degli studenti dovrebbe esserci un numero di crediti formativi universitari dedicati alla cultura della sicurezza e alla prevenzione del rischio. Insegniamo cosa vuol dire rischio clinico, insegniamo a leggere le statistiche, negative e positive, insegniamo cosa vuol dire comunicazione. Per quanto riguarda la formazione continua, uno dei progetti obiettivi deve essere quello di riservare, per i prossimi tre anni, un certo numero di crediti formativi a livel-

lo di Ecm alla formazione continua in sicurezza. Un'ultima cosa sulla sanzione. Sanzione deve innanzitutto significare restituire competenze cognitive a chi ha basse performance. Questa deve essere la cultura civile e moderna della punizione. Un professionista costa tantissimo alla collettività e perderlo in questo modo è sbagliato. Dobbiamo realizzare politiche di buona pratica clinica, sviluppare serie politiche di *technology assessment* che oggi, ad eccezione di qualche Regione, non si fanno e sviluppare forme alternative alle assicurazioni in modo da mettere in atto e valorizzare la conciliazione.

La responsabilità medica nel sistema giuridico inglese

“La gestione del rischio clinico unica strada per ridurre i costi” Parlando dell’Inghilterra occorre innanzitutto tenere a mente la distinzione tra *common law*, modello di ordinamento giuridico di matrice anglosassone fondato su leggi non scritte e sviluppatosi attraverso i precedenti delle decisioni giurisprudenziali, e *civil law*, modello dominante a livello mondiale fondato su leggi scritte. Fatta questa premessa e tornando al modello di responsabilità medica nel sistema giuridico inglese possiamo dire che questo si basa sul principio di Bolam-Bolitho risalente al 1957 per cui il medico può difendersi dalle accuse di negligenza se dimostra di aver operato secondo la pratica comunemente accettata al momento dei fatti. Chi è dunque responsabile in Inghilterra? A rispondere è William Dunlop, presidente dell’European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (Ebcog), che ha spiegato come sotto sua Maestà “esiste un Servizio sanitario nazionale che protegge i medici e gli operatori che operano nel Servizio stesso, per cui esiste un regime di indennità del Ssn”. Per chi lavora nel privato invece come funziona? “Chi lavora nel privato deve trovare da solo la propria tutela. Stesso discorso per chi lavora nel Ssn ma con un contratto specifico e gode di una certa tutela. Recentemente – ha spiegato William Dunlop – è stato creato un nuovo organo chiamato «Servizio per i contenziosi». Questo organo è stato istituito proprio per cercare di ridurre il costo delle cause legali”. Tra i compiti e gli obiettivi di quest’organo, minimizzare i costi, assicurare che gli indennizzi arrivino a coloro che ne hanno realmente diritto, tutelare il Ssn in modo che non vi sia un’interruzione del

Responsabilità medica Sistemi giuridici a confronto

FRANCIA

Il sistema di risarcimento civile

- La responsabilità del medico è di tipo contrattuale
- Prescrizione trentennale del diritto al risarcimento
- Obbligazione di mezzi e non di risultato (ad eccezione di alcune categorie come i chirurghi estetici)
- La responsabilità deriva sempre da colpa del medico: può essere fondata su negligenza e imprudenza, atto illecito, violazione del consenso informato

Dipendenti da strutture pubbliche e private

- Il medico privato e il medico dipendente da struttura privata sono legati da un regime contrattuale con il paziente
- Il medico della struttura pubblica non ha un rapporto contrattuale diretto con il paziente
- Le strutture pubbliche sono soggette alla giurisdizione amministrativa e rispondono dell’operato dei propri dipendenti

Responsabilità extracontrattuale

- Prescrizione decennale
- Comprende anche i danni con determinati da atto medico

La legge Kouchner 4 marzo 2002

- Ha rinnovato l’intero sistema della colpa medica, apportando modifiche al codice civile, al codice della sicurezza sociale e al codice delle assicurazioni
- Mantiene il sistema basato sulla colpa ma introduce un sistema di risarcimento pubblico
- Introduce anche una tutela indennitaria (solo per le strutture pubbliche) per infortuni non riconducibili direttamente a un comportamento colposo, nel caso non sia individuabile un responsabile (es. infezioni nosocomiali)
- L’indennizzo è però concesso so-

lo nel caso di conseguenze gravi

Altre novità introdotte dalla legge Kouchner

- Obbligo di assicurazione per le strutture sanitarie e per gli operatori sanitari liberi professionisti
- Il pubblico dipendente non ha obbligo di assicurarsi in proprio
- Istituisce l’ufficio centrale tariffazione con incarico di stabilire le condizioni di assicurazione cui sono tenute le compagnie di assicurazione

Il procedimento per il risarcimento

- Il paziente può ottenere i documenti medici che lo riguardano e richiedere una perizia di parte
- Se intende richiedere i danni contatta l’*ombudsman* (organismo collegiale per risolvere le controversie) della struttura sanitaria per ricercare una soluzione transattiva

Se non si raggiunge un accordo il paziente può agire in giudizio

Responsabilità penale

- Il medico può essere perseguito civilmente e penalmente
- Se in sede penale non è accertata la responsabilità del sanitario non è possibile proseguire in sede civile
- Il sistema è incentrato esclusivamente sulla colpa, la cui dimostrazione è a carico del paziente.

REGNO UNITO

Linee generali

- Non esiste una disciplina legislativa specifica
- Trattandosi di un sistema di *common law* l’elaborazione è quasi solo giurisprudenziale
- Il medico è ritenuto responsabile se viola il dovere di cura
- Il dovere di cura non sorge solamente sulla base di un contratto, ma sussiste ogni qualvolta ci sia una richiesta di cure

Valutazione della negligenza

- La negligenza del medico è valutata secondo il c.d. *bolam test* con riguardo alla natura dell’attività esercitata e al livello medio di conoscenze che possono essere richieste al medico
- Perché non ci sia negligenza è

fondamentale che il medico abbia seguito una *approved practice*, analoga alle nostre linee guida

- Il medico, inoltre, ha un preciso onere di aggiornamento

La procedura di risarcimento

- Il contenzioso tra il medico, dipendente pubblico, e il paziente viene gestito dal *National health service*
- Il medico non viene coinvolto direttamente ma rimane responsabile disciplinarmente
- Il medico privato risponde in proprio secondo i principi generali

Responsabilità penale

- Il medico può essere penalmente perseguito ma solo in casi gravi
- Dal 2000 ci sono stati solo 11 rinvii a giudizio ma il fenomeno è in crescita
- È allo studio una riforma del reato di omicidio colposo per escludere i medici.

BELGIO

Linee generali

- Non esiste una disciplina legislativa specifica
- La responsabilità è sempre fondata sulla dimostrazione della colpa del medico

La commissione regionale di conciliazione e indennizzo

istituita in ciascuna regione

- Ha competenze per le dispute relative a infortuni medici, infezioni iatrogene e nosocomiali e per ogni altro contenzioso tra utenti e professionisti della salute, strutture sanitarie o produttori di materiali sanitari
- Ha lo scopo di comporre le liti ed è presieduta da un magistrato
- Vi partecipano rappresentanti delle persone malate, dei medici, delle strutture sanitarie e delle imprese di assicurazione
- La commissione può essere adita da chiunque ritenga di aver subito un danno imputabile ad attività medica
- Il ricorso alla commissione sospende l’azione giudiziaria
- La commissione deve esprimersi entro sei mesi, il giudizio può essere contestato solo in casi de-

terminati

Il sistema penale

- Il nuovo codice penale del 1994 prevede tre gradazioni di colpa:
- La colpa semplice (per imprudenza, negligenza e imperizia)
- Violazione intenzionale di un obbligo di legge
- *Faute caractérisé* introdotta dalla l. 2000-647 del 10 luglio 2000 consiste nell’aver esposto qualcuno a un rischio che si sarebbe dovuto conoscere, pur in assenza di intenzionalità

Responsabilità penale

- Attualmente viene punita anche per colpa lieve
- Da tempo si discute se limitare l’azione penale ai soli casi di colpa grave.

SVEZIA

E PAESI SCANDINAVI

Linee generali

- È un sistema largamente improntato sulla responsabilità senza colpa (*no fault compensation*)
- Il risarcimento viene assicurato a prescindere dall’individuazione di un colpevole
- Il medico rimane responsabile disciplinarmente

Il vecchio sistema svedese

- Il sistema di risarcimento svedese, interamente pubblico, vietava il ricorso al giudice
- Ritenuto troppo costoso e non adeguato agli standard democratici del giusto processo è stato in parte modificato

Il nuovo sistema svedese

- Rimane sempre un sistema di *no fault*
- Il paziente deve limitarsi a dimostrare che l’evento dannoso era prevedibile ed evitabile
- La richiesta di risarcimento deve essere presentata entro tre anni da quando il paziente ha saputo del danno e comunque entro dieci anni
- L’onere del risarcimento ricade sulla struttura pubblica che riconosce solo i danni strettamente conseguenti all’evento
- Il personale medico ha comunque l’obbligo di sottoscrivere l’assicurazione pubblica e quindi contribuire al fondo per i risarcimenti.

servizio a causa di questi costi, incoraggiare i miglioramenti e assistere i pazienti per far sì che possano essere ascoltati in

caso di lamentele. Parlando di tematiche che sono più vicine ai ginecologi Dunlop ha anche ricordato che “il Servizio sani-

tario inglese sta affrontando cause per 6,5 mld di sterline a causa di errori grossolani al momento del parto”.

Soluzione possibile per cercare di ridurre i costi dovuti alle negligenze stesse? “La gestione del rischio clinico”. Y

Quattro errori su dieci causati da mancato intervento

È la paura di sbagliare che da sempre causa danni, soprattutto se ad averla è chi tutela la nostra salute. Infatti, secondo quanto emerge dall’esame di 1.286 sentenze della Corte di Cassazione (dal 1995 al 2006), condotto dall’Università di Bari e presentato al convegno ‘Risk management in Sanità: gestione e prevenzione del rischio’, quattro errori medici su 10 sono causati dal mancato intervento del medico che preferisce “astenersi” per paura di

sbagliare. Il 34 per cento degli errori medici provoca danni di tipo neurologico ai pazienti. E fra le discipline mediche, al primo posto per frequenza di errori c’è l’ostetricia (32 per cento), seguita da ortopedia (9,5 per cento), chirurgia generale (8,5 per cento), anestesia (7,5 per cento) e terapia d’urgenza (6,5 per cento). “Dal nostro studio – ha spiegato Alessandro Dell’Erba, professore associato di Medicina Legale all’Università degli Studi di Bari - si

può rilevare come la ritardata prestazione (5 per cento), l’errata prescrizione, la trascrizione e la somministrazione di un farmaco (1,5 per cento) si attestino su percentuali decisamente più basse rispetto alla prestazione inadeguata (43,2 per cento) o addirittura omessa (39,7 per cento). Il numero dei sinistri, secondo i dati dell’Ania (l’Associazione nazionale imprese assicuratrici) - in dieci anni è passato dai 9.484 del 1994 ai

27.953 del 2004. Anche il numero degli incidenti denunciati a carico dei medici è aumentato passando da 3.154 nel 1994 a 11.932 nel 2004”. Secondo l’esperto, l’omessa prestazione trova spesso la propria causa in un atteggiamento ‘difensivo’ da parte del medico “che, per il timore di sbagliare, evita di intervenire. Commettendo in tal modo un errore. Abbiamo svolto questa analisi come primo tassello del ‘Progetto Clinical Risk

Management’ della Puglia. Nella nostra Regione non esiste né un sistema di monitoraggio né una rete regionale per la gestione del rischio clinico: la nostra iniziativa ha l’obiettivo di mettere a punto un sistema organico per la rilevazione dei sinistri e degli eventi sentinella che avvengono nelle unità del Servizio sanitario regionale (Ssr). Si potranno in tal modo evidenziare tempestivamente le criticità ed elaborare le azioni correttive specifiche.

Carmine Gigli Presidente Fesmed

I frutti della politica sanzionatoria



Molti sono ancora convinti che punendo il medico che ha commesso l'errore diminuiranno gli errori in campo sanitario. Il Codice di Hammurabi, come si legge nella famosa stele conservata al museo del Louvre, già prevedeva sanzioni penali e anche economiche per l'errore medico. Il principio della politica sanzionatoria trova sostenitori ancora oggi, sebbene dopo 4 mila anni di politica sanzionatoria nei confronti dei medici che hanno sbagliato si debba constatare che gli errori non sono affatto diminuiti e che per di più si continuano a commettere gli stessi errori.

La politica sanzionatoria adottata nei confronti di chi è rimasto coinvolto in un errore sanitario non serve dunque ridurre gli errori: può appagare il desiderio di rivalsa di chi ne è rimasto vittima, tacitare la coscienza sociale, perché il colpevole ha pagato, ma non serve a evitare che l'errore si ripeta. Perché l'errore non viene analizzato, si colpisce la persona e non la causa.

Questo provoca una serie di ricadute molto gravi. Oltre a negare il fatto e a non collaborare alla ricerca delle cause dell'errore, l'interessato, e con lui coloro che gli stanno vicino, tende ad assumere un atteggiamento difensivo nella professione, non esponendosi in tutte quelle circostanze che richiedono delle decisioni coraggiose, se non eroiche. E la professione del medico richiede anche questo, altrimenti rischia di sfociare in una burocratica routine. Si tratta di un rischio pericolosissimo perché mina le basi del progresso della scienza medica: la ricerca e l'innovazione. E quando la medicina non progredisce, il danno ricade su tutta la collettività. Oggi in Italia, come tutti sappiamo, i medici che sbagliano vengono sottoposti a processi penali, con il rischio della prigione, vengono condannati a risarcire indennizzi per cifre che non guadagneranno in tutta la loro vita lavorativa, vengono licenziati dal posto di lavoro che hanno occupato per anni, vengono espulsi dall'Ordine professionale, perdendo la possibilità di svolgere l'unica professione che conoscono, in alcuni casi vengono portati alla disperazione sino al suicidio. Nonostante questo gli errori non diminuiscono.

■ La politica sanzionatoria adottata nei confronti di chi è rimasto coinvolto in un errore sanitario non serve a ridurre gli errori. I medici che sbagliano vengono sottoposti a processi penali, con il rischio della prigione, vengono condannati a risarcire indennizzi per cifre che non guadagneranno in tutta la loro vita lavorativa, perdono il lavoro e la dignità. Ma il problema – evitare che l'errore si ripeta – rimane irrisolto

Il processo penale

Guardiamo come vengono giudicati in Italia gli errori dei medici, a cominciare dal processo penale. Come nel resto del mondo, lo Stato italiano affida ai medici la tutela del bene supremo di ogni cittadino, la cura della sua salute. Ma se il medico sbaglia, le leggi del nostro Paese non mostrano nessuna comprensione per l'errore che ha commesso. Sembra incredibile, ma per la legge italiana il "consenso informato" rilasciato dal cittadino al chirurgo sembra essere l'elemento più importante, il solo che può fare la differenza tra l'azione di chi usa il bisturi per salvare una vita e la coltellata del rapinatore al cittadino indifeso.

Solo il consenso! E se dovesse risultare imperfetto, o incompleto, se non dovesse rispondere a tutte le capziose modalità che vengono richieste dalle sentenze della Suprema Corte di Cassazione? In quel caso la differenza si annulla. I capi d'imputazione sono

gli stessi per il chirurgo e per il malfattore: lesioni gravi, perdita di funzione di un organo, omicidio colposo.

E se gli sforzi del medico per salvare una vita non sortiscono il risultato sperato? Lo si accusa di omicidio colposo! Incredibilmente, la stessa accusa di omicidio colposo viene rivolta al camionista ubriaco che ha fatto una strage sull'autostrada, al giovane che si è messo alla guida dopo aver assunto droga e ha travolto l'ignaro ciclista e... al medico che ha commesso un errore, mentre si prodigava a curare il paziente.

Dobbiamo cominciare a pensare a delle leggi che tengano conto della funzione sociale del medico, del fine ultimo che muove le sue azioni, al fatto che la sua azione è rivolta al bene del singolo e della comunità. Se quando si verifica un evento avverso non diamo il giusto valore al fatto che il medico agiva per il bene di quella persona e non per danneggiarla, inevitabilmente spingeremo sempre di più i medici verso la "medicina difensiva". Quell'insieme di pratiche che mortificano la missione del medico e minano alla base il rapporto fiduciale con il cittadino.

Rifugiarsi nella "medicina difensiva" significa:

- eccedere in esami diagnostici
- evitare interventi rischiosi
- non intervenire su pazienti a rischio
- non sperimentare
- non cercare l'innovazione.

La conseguenza è che la scienza medica non progredisce e tutta la Società ne subisce un danno. Le lesioni che derivano da un errore professionale medico do-

vrebbero essere perseguite penalmente solo nei casi di provata gravità e se il medico ha commesso delle gravi mancanze deontologiche.

È ormai assodato che nella stragrande maggioranza dei casi il processo penale viene utilizzato a scopo vendicativo contro il medico o, più frequentemente, per accelerare il processo civile ed ottenere un indennizzo più elevato.

Il processo civile

Nel processo civile è convinzione di molti che girano troppi soldi. Soldi per l'indennizzo, soldi per gli avvocati, soldi per i periti, soldi per le spese di giudizio, etc. Leggendo le sentenze viene spontaneo chiedersi: quante volte un medico deve risarcire un danno? Oggi i medici vengono condannati a pagare:

- il danno biologico e l'invalidità permanente
 - il danno esistenziale
 - il danno morale
 - il danno patrimoniale
 - il danno all'immagine
 - la perdita di chance
 - i danni subiti dai genitori, dai fratelli, dai nonni, dagli zii, etc.
- Non ho ancora letto di danni riconosciuti al vicino di casa, ma prima o poi succederà. Mi chiedo: se l'accusa di omicidio colposo per il medico è la stessa che viene rivolta al camionista ubriaco, perché l'errore del medico ha un prezzo enormemente più alto?

La tutela assicurativa

Il vigente Contratto di lavoro, sottoscritto il 3 novembre 2005, sancisce il dovere dell'Azienda di "garantire" un'adeguata copertura

assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti della presente area, ivi comprese le spese di giudizio (...) per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave" (1).

Un altro elemento di rilievo è che il Ccnl dispone che le Aziende esercitino una trattenuta pro-capite, per la copertura di ulteriori rischi (compresa la colpa grave) non coperti dalla polizza generale aziendale.

Aver ottenuto che sia posto in capo alle Aziende il compito di garantire "un'adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile", costituisce motivo di legittimo orgoglio per la Fesmed, la quale annovera tra i propri associati i medici che operano nelle specialità più frequentemente coinvolte in contenziosi medicolegali, quali sono i chirurghi e i ginecologi.

Purtroppo anche questo non funziona come dovrebbe, non poche Aziende non hanno ancora un'assicurazione aziendale, oppure, ne hanno stipulato una che non fornisce ai dipendenti la polizza che li tuteli dal rischio di rivalsa in caso di colpa grave.

Per non parlare di tutti quei sotterfugi per far risultare che è stata stipulata una polizza e poi a ben guardare si scopre che è una scatola vuota, piena di franchigie, di mancata tutela del pregresso e del postumo, senza nessuna garanzia per i medici che si trasferiranno in un'altra azienda o andranno in pensione. Una giungla di furbetti.

Quello che chiediamo è che con l'impegno di tutte le Regioni, in tutte le Aziende sanitarie venga garantita un'omogenea e generalizzata tutela assicurativa, che protegga l'operato dei dipendenti in tutte le circostanze che si possono verificare durante lo svolgimento dell'attività professionale. Questo si potrebbe realizzare anche attraverso la costituzione di un fondo di solidarietà nazionale per il danno iatrogeno, com'è già avvenuto in altri paesi europei.

Gestione del rischio: responsabilità e funzione del sindacato

La conseguenza di questo approccio giustizialista all'errore medico, come già detto, è che i medi-

ci continuano a difendersi negando l'errore e cercando di occultarlo. Non vengono studiate le cause che portano a sbagliare e gli errori si ripetono. I risultati sono drammatici. Ci sono voluti 8 o 9 morti per accorgersi che il gas che arrivava non era quello giusto, altrettanti per accorgersi che i trapiantati morivano per un'infezione legata alla struttura. È stato impiantato un numero spaventoso di valvole cardiache difettose prima di accorgersi che qualcosa non andava.

Allora, dobbiamo concludere che il sistema punitivo basato sulle sanzioni non funziona. Dobbiamo cambiare l'approccio all'errore, dobbiamo riconoscere che gli esseri umani possono sbagliare e di conseguenza, guardare agli errori come all'effetto di fattori che sono presenti nel sistema e che favoriscono il verificarsi dell'errore.

Se seguiamo questa strada e ricerchiamo sistematicamente gli errori che vengono commessi in campo sanitario, che nella maggior parte dei casi sono errori ricorrenti, possiamo eliminare le tecniche potenzialmente pericolose e se questo non è fattibile, possiamo ricercare delle appropriate "barriere di protezione", che consentano di evitare il ripetersi dell'errore. Visto sotto quest'ottica, l'evento avverso, deve portare a ricercare non tanto chi ha sbagliato ma, come e perché i sistemi di sicurezza non hanno funzionato e si è giunti all'errore.

Per questo motivo la Fesmed, insieme alle altre Organizzazioni sindacali ha voluto che il Contratto di lavoro della dirigenza medica prevedesse l'introduzione in tutte le Aziende sanitarie di "programmi di risk-management", per la valutazione del "rischio sanitario", per analizzare gli eventi avversi, che si verificano nelle Aziende, con l'intento di risalire alle

cause strutturali e organizzative che li hanno prodotti, ma soprattutto per poter ricercare i rimedi più opportuni per prevenirli.

Tutto questo è rimasto lettera morta nella maggioranza delle Aziende e anche in quelle dove il risk management è stato introdotto, spesso si è trattato solo di un'operazione di facciata. Prova ne sia il fatto che quando si verifica un evento avverso importante i direttori generali, lungi dal preoccuparsi della ricerca delle cause che hanno portato all'evento, si preoccupano di prendere le distanze con quanto è avvenuto, promettere ai media che ci saranno punizioni esemplari ed in alcuni casi licenziare i medici coinvolti, ancora prima che si accerti l'esatto verificarsi dei fatti.

Si potrebbero citare gli esempi di Lucca, di Empoli e tanti altri, ma basta aprire il giornale per accertare che questa è realtà quotidiana. In compenso nessun direttore generale viene licenziato o finisce in tribunale per non aver provveduto a sostituire l'apparecchiatura obsoleta, perché non ha fatto riparare quella rotta, perché non sostituisce il personale mancante e costringe a turni massacranti. Ma se le carenze di personale si possono imputare ai direttori generali ed alle Regioni, a chi se non agli stessi medici dobbiamo le enormi pressioni che vengono esercitate sulla nostra categoria, le indicazioni contraddittorie, le attese spropositate che vengono riposte nella medicina, non più tardi di ieri illustri colleghi promettevano una vita lunga almeno 120 anni. Tutto questo non può che portare alla delusione delle aspettative e al desiderio di rivalsa. Solo una corretta comunicazione può riportare un po' di ordine.

Quello che chiediamo è che nelle Aziende vengano istituiti gli Uffici per la gestione del rischio. Che ci si preoccupi di ricercare

Cos'è la Fesmed

La Federazione Sindacale Medici Dirigenti (Fesmed) è un'organizzazione sindacale accreditata dall'Agenzia per la Rappresentanza Sindacale delle Pubbliche Amministrazioni (Aran) come "maggiormente rappresentative" sul piano nazionale della dirigenza medica e veterinaria. In tale veste è firmataria del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro e partecipa alle trattative e alle consultazioni istituzionali a livello nazionale, regionale e aziendale, sulle questioni che interessano a qualsiasi titolo la dirigenza medica.

Da sempre convinta che il ruolo di un'organizzazione sindacale non si esaurisca nella trattativa per il Contratto di lavoro e che questo non deve riguardare solo la parte economica, ma deve servire per favorire l'introduzione nelle Aziende sanitarie ed ospedaliere di tutte quelle norme che possono migliorare l'ambiente di lavoro e con esso la qualità dell'assistenza.

Sono federate alla Fesmed: Acoi (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani), Anmdo (Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere), Aogoi (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani), Sedi (Sindacato Endoscopisti Digestivi Italiani), Sumi (Sindacato Unitario Medici Italiani).

effettivamente le cause degli eventi avversi, che si individuino appropriate barriere protettive per i procedimenti più rischiosi. Che le Aziende si preoccupino di in-

trovare e far rispettare le barriere protettive. E se nonostante tutto questo dovesse verificarsi egualmente un evento avverso, dal direttore generale al medico, all'in-

Nota

(1) Ccnl 2002-2005, del 3 novembre 2005. Gazzetta Ufficiale n. 264/2005. Articolo 21 - Copertura assicurativa

1. Le aziende garantiscono una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti della presente area, ivi comprese le spese di giudizio ai sensi dell'art. 25 del CCNL dell'8 giugno 2000 per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.
2. Le aziende ed enti provvedono alla copertura degli oneri di cui al comma 1 con le risorse destinate a tal fine nei bilanci, incrementate con la trattenuta di misura pro-capite da un minimo di € 26,00 mensili (già previsti dall'art. 24, comma 3 del CCNL dell'8 giugno

2000) ad un massimo di € 50,00, posta a carico di ciascun dirigente per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale. La trattenuta decorre dall'entrata in vigore della polizza con la quale viene estesa al dirigente la copertura assicurativa citata.
3. Le aziende ed enti informano i soggetti di cui all'art. 10 del CCNL 8 giugno 2000 di quanto stabilito ai sensi del comma 2.

4. Sono fatte salve eventuali iniziative regionali per la copertura assicurativa attuate anche sulla base delle risultanze della Commissione istituita ai sensi dell'ex art. 24 del CCNL 8 giugno 2000.
5. Le aziende attivano sistemi e strutture per la gestione dei rischi, anche tramite sistemi di valutazione e certificazione della qualità, volti a fornire strumenti organizzativi e tecnici adeguati per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti nell'ottica di diminuire le poten-

fermiera, ognuno risponda per le sue mancanze e solo per quelle. A tale proposito dobbiamo constatare che la cultura della verbalizzazione degli errori, definita anche "sistema di reporting", potrebbe essere difficile da realizzare con la legislazione vigente, perché ogni ammissione del medico potrebbe essere utilizzata contro l'interessato, a tutti i livelli: disciplinare, civile, penale e dell'ordine professionale. Anche con il rischio di essere sospesi dall'esercizio della professione.

La Fesmed è convinta che i medici potranno collaborare con maggiore libertà alla ricerca delle cause dell'errore sanitario se saranno liberati dalla paura di vedere utilizzati, nei procedimenti giudiziari, i risultati delle indagini eseguite a fini sanitari. A tale scopo la Fesmed auspica l'introduzione di una norma legislativa, com'è avvenuto in altri paesi, che impedisca di utilizzare per scopi giudiziari la documentazione raccolta ai fini di prevenzione del rischio clinico. **Y**

zialità di errore e, quindi, di responsabilità professionale nonché di ridurre la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie, consentendo anche un più agevole confronto con il mercato assicurativo. Al fine di favorire tali processi le aziende ed enti informano le organizzazioni sindacali di cui all'art. 9 del CCNL dell'8 giugno 2000.

6. Sono disapplicati i commi da 1 a 4 dell'art. 24 del CCNL 8 giugno 2000.

Nota esplicativa dell'art. 21 - Le parti, a titolo di interpretazione autentica, chiariscono che l'espressione "ulteriori rischi" del comma 2 può significare tanto la copertura da parte del dirigente - mediante gli oneri a suo carico - di ulteriori rischi professionali derivanti dalla specifica attività svolta quanto la copertura dal rischio dell'azione di rivalsa da parte dell'azienda o ente in caso di accertamento di responsabilità per colpa grave.

La colpa professionale medica di Pier Francesco Tropea

Un capitolo che impone una revisione critica

Dopo anni di segnalazioni e richieste dei medici rimaste inascoltate presso una opinione pubblica pilotata da una malevola disinformazione di parte e di fronte ad una classe politica colpevolmente sorda e disinteressata a tale problematica, sembra oggi aprirsi una prospettiva più favorevole alla comprensione del problema, come dimostrano le dichiarazioni del ministro della Salute, rese note in videoconferenza nel corso del recente Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui di Napoli, e le risultanze del Forum sulla responsabilità professionale del medico, svoltosi a Roma il 2 ottobre 2007 alla presenza di molte personalità politiche di assoluto ri-

lievo. In attesa di una auspicabile definizione di tale problematica, che attende una soluzione legislativa ormai non più rinviabile, come riconosciuto anche dalle autorità politiche di diffe-

denuncia giudiziaria contro il medico, comporta inoltre conseguenze disastrose sul piano patrimoniale e sul prestigio professionale del sanitario incriminato. Si parla ormai apertamente di una nuova realtà sanitaria rappresentata dalla nascita di una medicina difensiva, caratterizzata dalla scelta del medico in direzione di un atto terapeutico privo di rischi ma non sempre ottimale per il paziente. Tale situazione avrà conseguenze

denuncia giudiziaria contro il medico, comporta inoltre conseguenze disastrose sul piano patrimoniale e sul prestigio professionale del sanitario incriminato. Si parla ormai apertamente di una nuova realtà sanitaria rappresentata dalla nascita di una medicina difensiva, caratterizzata dalla scelta del medico in direzione di un atto terapeutico privo di rischi ma non sempre ottimale per il paziente. Tale situazione avrà conseguenze

largamente prevedibili nel medio termine: una progressiva deresponsabilizzazione dei medici, soprattutto nelle piccole e medie strutture sanitarie, non sufficientemente dotate di mezzi tecnici adeguati in ragione di insufficienze amministrative di cui i sanitari non possono e non debbono rispondere e una disaffezione dei neolaureati nei riguardi di alcune Specialità considerate ad alto rischio professionale.

za, indicando nel contempo gli argomenti suscettibili di discussione e di eventuali modifiche normative. Converrà premettere che, di fronte a un evento avverso cui segua una iniziativa giudi-

ziaria contro il medico, il magistrato valuta, con l'ausilio di un perito all'uopo nominato, se la prestazione sanitaria abbia o meno i caratteri della "speciale difficoltà" e ciò in quanto in tale evenienza il medico è dichiarato esente da responsabilità, salvo che si documenti l'esistenza del dolo o della colpa grave. Più volte, in precedenti contributi resi noti in varie occasioni, abbiamo sottolineato il sempre più raro ricorso da parte dei giudici all'art. 2236 c.c. che riconosce al medico tale forma di esenzione di responsabilità, e ciò in ragione del progresso della scienza medica in termini di disponibilità di mezzi tecnico-strumentali, il che ha reso routinaria la gran parte degli interventi chirurgici, in passato catalogati come difficili. Ma ancor più importante risulta, a nostro avviso, l'elemento della negligenza, quale dato che esclude automaticamente il richiamo del medico all'art. 2236 c.c. (che contempla l'ipotesi della prestazione sanitaria difficile), nel senso che la limitazione di responsabilità prevista dal suddetto ar-

titolo attiene all'imperizia, ma non all'imprudenza e alla negligenza, delle quali il medico risponde anche in caso di colpa lieve. In tali circostanze l'elemento della negligenza viene infatti a possedere una sua efficacia causale autonoma, ragion per cui l'evento dannoso sarebbe diretta conseguenza della negligente gestione del caso clinico da parte del medico (Corte di Cassazione, Sez. Unite, n. 13533, ottobre 2001). In una recente pronuncia (27 febbraio 2007, n. 549) il Tribunale di Bari ha precisato che la diligenza richiesta al sanitario non è quella generica del "buon padre di famiglia", ma quella specifica del debitore qualificato, prevista dal comma 2 dell'articolo 1176 c.c.. Altro dato, puntualmente richiamato dalla suddetta pronuncia, è quello relativo all'onere della prova, per la quale vale il principio del *res ipsa loquitur*, nel senso che al medico spetta il compito di dimostrare che l'insuccesso della prestazione non è dipeso da un proprio difetto di diligenza o perizia, mentre al paziente compete di provare l'aggravamento delle proprie condizioni rispetto al periodo antecedente la prestazione medica e la non difficile esecuzione dell'intervento. In pratica, il medico si trova oggi in una condizione di presunzione di responsabilità, ragion per cui egli deve dimostrare di aver impiegato la massima diligenza e perizia nell'eseguire la propria prestazione, così evitando ogni evento dannoso per il paziente. Proprio da tale condizione di inferiorità del medico rispetto al paziente in sede processuale deriva l'adozione di una linea sanitaria autodifensiva, che si traduce spesso nella rinuncia da parte del medico a

te non è del tutto certa, come nel caso in cui vi sia una incertezza nella diagnosi dell'affezione morbosa in atto". Orbene, qualunque medico fornito di esperienza chirurgica pluriennale, sa bene che in non rare evenienze cliniche caratterizzate da quadri complessi di non chiara definizione diagnostica, un intervento medico-chirurgico non esente da rischi, seppur basato sulla perizia ed esperienza dell'operatore, si può rivelare risolutivo per la vita e la salute del paziente. Non c'è dubbio che una sentenza come quella sopra citata non invoglia il medico ad assumere decisioni interventiste coraggiose nell'interesse del paziente. Ulteriore elemento di valutazione dell'operato del medico è costituito dal consapevole consenso prestato dal paziente all'atto terapeutico, ormai considerato dalla Giurisprudenza del tutto illegittimo e cioè *contra legem* se prestato senza consenso. La famosa sentenza della Corte di Cassazione (nota come sentenza Massimo) del maggio 1992, che ha condannato per omicidio preterintenzionale un chirurgo intervenuto senza specifico consenso (con conseguente decesso della paziente), ha rappresentato un precedente giurisprudenziale di particolare gravità per il medico, in quanto per quasi un decennio (e cioè fino al 2001, data di emanazione delle sentenze Barese e Volterrani), i giudici hanno considerato le lesioni conseguenti a un intervento praticato senza consapevole e specifico consenso come volontarie e non colpose, ponendo così alla stessa stregua in ambito processuale il bisturi del medico rispetto al coltello dell'aggressore. Dopo un animato dibattito tra i giuristi, la Corte di

minato. Per molto tempo, l'affermazione di una colpa medica omissiva si è basata su un criterio probabilistico esclusivamente statistico, in virtù del quale si giunge alla conclusione che l'intervento del medico, se attuato e non omissivo, avrebbe avuto una certa percentuale di successo, così evitando il danno al paziente. Questo orientamento decisamente colpevolista nei confronti del medico si è fortemente attenuato dopo la notissima sentenza della Corte di Cassazione a Sezioni Unite (n. 30328, luglio 2002), nella quale si afferma che il criterio probabilistico adoperato per affermare la colpa medica deve venir sostituito da un criterio "di credibilità razionale", attraverso il quale si può arrivare a sanzionare la condotta omissiva del medico del quale è configurabile la colpa soltanto "al di là di ogni ragionevole dubbio". In realtà ad una prima valutazione di questa importante pronuncia, che sembrerebbe del tutto assolutoria nei riguardi del medico, è seguita un'analisi obiettiva di tale problematica che deve tener conto di tutti i dati probatori a disposizione del Giudice che servono per affermare o escludere il successo di un atto terapeutico che in realtà è stato omissivo. Del tutto recentemente la Corte di Cassazione (Sez. IV pen. n. 24850, giugno 2007) è tornata ad occuparsi dell'argomento, stabilendo che "in tema di ricostruzione del rapporto di causalità, a fronte di una spiegazione causale del tutto logica, siccome scaturente e dedotta dalle risultanze di cause correttamente evidenziate, la prospettazione di una spiegazione causale alternativa e diversa, capace di inficiare o caducare quella conclusione, non

del criterio probabilistico, pur se suffragato da elementi di concretezza e non di astratta possibilità. Alla luce degli elementi suddetti, appare evidente che la posizione del medico in sede processuale penale si è notevolmente alleggerita, come dimostra il fatto che la maggior parte dei giudizi penali contro il medico si risolvono con un'assoluzione di quest'ultimo, spesso in fase istruttoria. Viceversa, in sede civile, l'errore medico, ove accertato, viene considerato con maggiore severità dalla Giurisprudenza, molto incline a pervenire ad un risarcimento del danno comunque occorso al paziente. A tale orientamento corrisponde una variegata tipologia di danno con svariate voci autonomamente risarcibili, il che ha condotto inevitabilmente ad una lievitazione delle cifre di risarcimento riconosciute dai giudici in favore del danneggiato. Oltre alle più classiche forme di danno (patrimoniale, morale, biologico) riconosciute come cause di risarcimento, in epoca abbastanza recente è stato ammesso dalla Giurisprudenza il cosiddetto danno esistenziale che, secondo una definizione della Corte di Cassazione civile (Sez. Unite marzo 2006 - Cass. civ. n. 13546 anno 2006) può derivare da "ogni pregiudizio che l'illecito provoca sul fare reddituale del soggetto, alterando le sue abitudini di vita e gli assetti relazionali che gli erano propri, e privandolo di occasioni per la espressione e la realizzazione della sua personalità nel mondo esterno". Eguale orientamento ritroviamo di recente in una pronuncia di merito più sopra citata (Trib. Bari, febbraio 2007, n. 549), nella quale si afferma che "il risarcimento del danno esistenziale va riconosciuto ogni qual volta che un fatto illecito abbia modificato la vita del soggetto, configurandosi come forma di tutela risarcitoria di tutte le attività cosiddette non reddituali dell'individuo (interazioni con familiari,

amici, partner, area emozionale psicologica di un individuo, nonché altre possibilità di provare piacere nel caso di attività o relazioni che aumentano lo stato di

benessere, l'autostima e la dignità di una persona)". Gli stessi Giudici tuttavia giungono a concludere in modo apparentemente discutibile che l'invalidità permanente non incide necessariamente sulla sofferenza morale del soggetto (e quindi sul danno esistenziale) in quanto "la sofferenza e il dolore possono avere una valenza anche di gran lunga superiore rispetto all'invalidità accertata". Altra voce di risarcimento del danno, differenziata rispetto ad altre voci di possibile riconoscimento economico, è quella della perdita di chance, evocata da una sentenza di merito di qualche anno fa, con la quale al malato, il cui aggravamento era nel caso specifico da attribuire ad una condotta medica omissiva, è stato riconosciuto un risar-

cimento per la perdita della chance di guarigione che l'errore sanitario aveva comportato. La possibilità in sede giudiziaria di tenere distinte tali tipologie di danno dal classico danno morale, e più genericamente dal danno non patrimoniale, ha sollevato una vivace querelle tra i giuristi, tutt'altro che sopita a giudicare dai contributi specifici in materia che continuano ad essere prodotti nella letteratura specialistica. Per concludere, la condizione professionale del medico risulta oggi particolarmente gravosa a causa del timore di conseguenze giudiziarie di incalcolabile portata legate a un evento avverso per il paziente, spesso non prevedibile. Gli operatori sanitari fanno, infatti, per pluriennale esperienza, che l'esito negativo di un atto terapeutico e segnatamente chirurgico può avvenire indipendentemente dalla condotta del medico (responsabilità *sans faute médicale* degli Autori francesi), al quale viene viceversa costantemente attribuita una colpa prima ancora che si dimostri un preciso e inequivocabile nesso causale tra l'intervento sanitario e il danno subito dal paziente. Vi è anche da aggiungere che la denuncia giudiziaria è spesso conseguente all'instaurarsi di un cattivo rapporto tra medico e paziente, quando non nasconde il desiderio di un risarcimento di un eventuale danno da parte di un'Assicurazione di cui il paziente conosca sia l'esistenza che l'obbligo di quest'ultima di intervenire economicamente in caso di sinistro, a garanzia del medico assicurato. Pertanto, la serenità del sanitario nell'espletamento delle proprie mansioni risulta notevolmente pregiudicata dal timore di conseguenze giudiziarie, queste ultime comportando un irreparabile danno al prestigio professionale del medico stesso. È quindi indispensabile che si proceda a una completa revisione della materia, escludendo innanzitutto la possibilità che il medico subisca un procedimento penale a causa di un evento avverso nella cui incidenza la colpa medica sia tutta da dimostrare, fatta eccezione per i casi in cui il sanitario sia incorso in un reato penale di cui deve ovviamente rispondere al pari di qualsiasi cittadino. A fronte di ciò, deve essere garantito al paziente il risarcimento di un danno conseguente a un atto medico e tale onere deve essere attribuito all'Ente o Struttura sanitaria di cui il medico risulta dipendente, senza che a far fronte a tale spesa sia chiamato in prima persona il sanitario, a sua volta, per normativa vigente, coperto dall'Assicurazione stipulata a tal uopo dall'Ente ospedaliero a tutela dei propri dipendenti. Adottando tale procedura, si eviterà una chiamata diretta in giudizio del medico di cui va a tutti i costi salvaguardata l'obiettività della condotta clinica e la dignità professionale, evitando il rischio di un disimpegno dell'operatore sanitario suscettibile di un danno per il paziente. ■



La denuncia giudiziaria è spesso conseguenza di un cattivo rapporto tra medico e paziente

farsi carico di un intervento che potrebbe avere un esito vantaggioso per il malato, presentando tuttavia consistenti rischi per il paziente. A radicare tale convincimento soccorre l'orientamento attuale della Giurisprudenza, comprovato da una recente pronuncia della Corte di Cassazione (Sez. IV pen., giugno 2007, n. 24859) nella quale si afferma con chiarezza che "il sanitario è obbligato ad astenersi dall'effettuare un intervento chirurgico rischioso, la cui utilità per il pazien-

Cassazione ha finalmente sancito la "colposità" delle lesioni conseguenti ad un atto medico-chirurgico, evidenziando la finalità terapeutica che guida costantemente l'operato del sanitario. In questi ultimi anni molti procedimenti giudiziari si sono imperniati sul nodo centrale della dimostrazione del nesso di causalità tra condotta medica ed evento dannoso, soprattutto in presenza di una omissione di un atto terapeutico, in genere chirurgico, da parte del sanitario inci-

può essere affidata solo ad una indicazione meramente probabilistica (cioè come accadimento possibile dell'universo fenomenico), ma deve connotarsi di elementi di concreta probabilità, di specifica possibilità, essendo necessario cioè che quell'accadimento alternativo, ancorché pur sempre prospettabile come possibile, divenga anche nel caso concreto, *hic et nunc*, concretamente probabile alla stregua delle acquisizioni processuali". Torna quindi ad affermarsi la validi-

di Maurizio Orlandella, Presidente nazionale Agite

Dopo anni di silenzio il consultorio fa notizia

Dopo un lungo silenzio stampa sul ruolo dei Consultori familiari, durato circa 10-15 anni, interrotto solo per parlare del loro supposto ruolo di "abortifici" previsto e smentito anche dalla Commissione d'inchiesta dell'allora ministro Storace, si impone all'attenzione mediatica un primo articolo-inchiesta di *Altroconsumo* nel numero di ottobre 2007 di *Salute*, in cui si valuta il servizio offerto dai Consultori italiani, analizzando 146 strutture di 6 grandi città italiane (Bologna, Milano, Torino, Roma, Napoli, Palermo). In breve tempo un articolo su *L'Espresso* e poi un altro sul *Corriere della Sera* del 15 novembre rilanciano alcune riflessioni sui Consultori, partendo dai dati riferiti dall'inchiesta originaria. Come Agite siamo certamente soddisfatti della attuale notiziabilità, al momento occasionale, dei Consultori, e senza alcuna vena corporativa o difesa preconstituita intendiamo alimentarla. Riportiamo nel riquadro alcuni dettagli dei diversi articoli: dati, legittime opinioni e quindi le nostre puntualizzazioni.

I Consultori ed i mezzi di stampa

L'utenza da anni si è già accorta del progressivo ridimensionamento dei servizi consultoriali. L'indagine di *Altroconsumo* apre nuove rilevazioni e segnala vari problemi: il numero di strutture rispetto agli abitanti; la limitata raggiungibilità architettonica (non rispetto norme di Legge n.626); la scarsa pubblicità e reperibilità telefonica; la riduzione del personale e degli orari di servizio. Nell'articolo de *L'Espresso* si entra anche nel merito della riduzione delle modalità operative previste nel Progetto obiettivo materno infantile (Pomi), anche in seguito alla ambulatorizzazione dei Consultori e ai ruoli diversi che le Regioni attribuiscono agli operatori. Il *Corriere della Sera* enfatizza il declino dei Consultori e l'inadeguatezza organizzativa

Altroconsumo, L'Espresso, Corriere della Sera, rendono notiziabili i Consultori. Le modalità di finanziamento dei Consultori e la necessità di un coordinamento dell'area sanitaria sono le priorità rilanciate da Agite



Il 16 Novembre 2007 a Roma, presso il Dipartimento delle Pari opportunità, si è concluso, con il lavoro dell'Assemblea nazionale e del suo Consiglio di Presidenza, il periodo di avvio dell'Associazione ginecologi territoriali (Agite). Si è arrivati ad una migliore definizione dello Statuto dell'associazione ed in questa occasione si è dato mandato al Presidente di interloquire con la stampa rispetto all'inchiesta sui Consultori familiari svolta da *Altroconsumo*, da cui prende spunto questo primo articolo

come nel caso della gestione della contraccezione d'emergenza.

Agite e i media: miglioriamo insieme i Consultori?

Ringraziamo certamente gli organi di stampa per l'interessamento al Consultorio e riteniamo che la segnalazione delle carenze debba essere solo un punto di avvio per una serie di indagini che siano in grado di individuare le responsabilità di tale situazione, la maggior parte delle quali certamente sono ben poco attribuibili agli operatori e in particolare ai ginecologi consultoriali.

Cosa richiede allora Agite alla stampa? Chiede di difendere i Consultori indagando maggiormente su:

1. Le modalità di finanziamento dei Consultori;
2. Il modesto riconoscimento del lavoro svolto dagli operatori dei Consultori;
3. L'abbandono, da parte di molte Regioni, dell'opera di aggiornamento degli operatori.

Il primo elemento che poniamo all'attenzione dei media, è la inadeguata modalità di finanziamento dei Consultori di cui non è stata fatta alcuna menzione. Agite, a precisa richiesta di informazione sui fondi per i Consultori, aveva ricevuto già nel marzo del 2007 dalla segreteria dell'Onorevole Donatella Poretti tale risposta: "I finanziamenti per la legge 194/1978 sono diretti al Fondo per i Consultori, istituito con la riforma del diritto di famiglia del 1975. Quando fu promulgata, nel 1978, la legge 194, era stato previsto un incremento del Fondo di 50 miliardi di lire e un ulteriore incremento di 200 miliardi di lire si è avuto con il DL 34/96. Ma dal 2001, con la riforma del titolo V della Costituzione, come per molte altre cose, è stato stabilito che fossero le Regioni a finanziare i Consultori. Nell'ultima Finanziaria invece non sono previsti specifici interventi per contrastare le interruzioni di gravidanza, ma viene istituito un Fondo sulle politiche per la famiglia, che tra le varie finalità pre-

vede una riorganizzazione della rete dei Consultori (art 1, comma 1251-52). La ministra delle Politiche per la famiglia, Rosy Bindi, ripartisce le risorse del Fondo con un decreto che tra l'altro stabilirà la fetta di soldi da destinare ai Consultori. Dopodiché il ministero delle Politiche per la famiglia ed il ministero della Salute dovranno stipulare un'intesa in sede di Conferenza unificata Stato-Regioni. Come si può facilmente notare, la tortuosità delle modalità di finanziamento dei Consultori è probabilmente la causa principale della progressiva riduzione del numero degli stessi, insieme alla mancanza evidente di vincoli alle Regioni affinché venga osservato il Pomi che, all'allegato 7, stabilisce il numero di un Consultorio ogni 20.000 abitanti e precisa i Lea anche per l'attività consultoriale. Il secondo elemento è che un Consultorio deve avere un'organizzazione efficace in cui si sia in grado di considerare adeguatamente le urgenze sanitarie e di accogliere, in modo appropria-

to, donne con gravidanze desiderate (ed eventuali problemi), o con richieste di interruzione volontaria della gravidanza, ma anche di poter garantire l'accesso e la risposta immediata alla domanda di contraccezione d'emergenza. Il livello di competenza del counselling dei Consultori, ancorché telefonico, deve essere adeguato e controllato, posto sotto responsabilità del medico. A tale personale deve essere garantita, come in tutti gli altri servizi del Ssn, la possibilità di un regolare sviluppo di carriera che consideri la specificità delle competenze professionali che, in molte Regioni, ora sono invece attribuite solo agli operatori dell'area psico-sociale. Il terzo elemento è l'aggiornamento degli operatori consultoriali, che è limitato essenzialmente ai medici che se ne fanno carico spesso con le proprie risorse e con l'attitudine alla frequentazione dei congressi. Il mondo delle infermiere/i e delle ostetriche ha già scarse risorse economiche proprie da indirizzare verso la formazione e l'aggiornamento specifico dei temi consultoriali. L'aggiornamento a partenza regionale (come da legge 194/78) o aziendale (Asl) è frequentemente ridottissimo e spesso indirizzato prevalentemente alla sola componente relativa alle tematiche psicosociali.

Le priorità in agenda

È necessario provvedere alla compilazione di una vera ed efficace Anagrafe dei Consultori (sedi, operatori ed orari di apertura) che tenga conto del carico di lavoro per ogni professione e che sia in relazione con gli obiettivi di prevenzione decisi per tutto il territorio nazionale. L'attività di iniziativa deve essere almeno il 40% delle attività degli operatori e deve essere svolta in maniera omogenea, predisponendo i finanziamenti necessari alle strutture. Allo stesso modo dovrebbe trovarsi il modo di penalizzare le Regioni che non osservano il Pomi in ogni sua parte. È necessario prevedere uno sviluppo di carriera anche per i ginecologi consultoriali ai quali è doveroso richiedere ed offrire una preparazione specifica, in questo caso medico-preventiva e quindi specificamente consultoriale. Anche la formazione comune con gli altri operatori sanitari (Mmg e Pls, ostetriche, ecc.) è necessaria e devono essere individuate tutte le carenze aziendali e regionali, evitando di addossare responsabilità agli operatori, così brutalmente abbandonati a se stessi negli ultimi anni. Nel prossimo numero di *GynecoAgoi* tratteremo delle iniziative dei nostri dirigenti per vedere riconosciuto al ginecologo il ruolo di dirigente di 2° livello. **Y**

di Francesca Fiorillo
Consigliera di presidenza Agite

Accrescere il benessere della donna, in tutte le fasi della vita

■ I consultori familiari promuovono e tutelano la salute materno-infantile, operano diversamente dai modelli sanitari classici, riconoscono nei determinanti sociali la causa di malattia, intervengono con un approccio integrato, multidisciplinare, realizzano una comunicazione orizzontale rappresentando un modello di welfare fondato sulla presa di coscienza, la partecipazione, per raggiungere un più soddisfacente obiettivo finale

Accrescere il benessere è possibile potenziando l'attività dei consultori, applicando integralmente e su tutto il territorio nazionale il Progetto Obiettivo Materno Infantile (Pomi) che rappresenta il punto di partenza di un'adeguata riqualificazione, attraverso una programmazione organizzativa e una progettazione strategica da realizzarsi mediante obiettivi, indicatori e azioni, già individuati.

In più, è necessario tener conto dei profondi cambiamenti culturali e socio sanitari che hanno investito la popolazione femminile negli ultimi anni e che hanno profondamente cambiato le scelte lavorative, riproduttive e i bisogni di salute delle donne. La salute sessuale e riproduttiva della donna, il percorso nascita e la prevenzione dei tumori degli organi sessuali restano endpoint primari, ma non possono essere gli unici.

Gli interventi di prevenzione e di tutela della salute della donna non possono essere limitati al solo ambito ginecologico e alla sola fase riproduttiva della vita. Le patologie cronico-degenerative, come il diabete, l'osteoporosi, le malattie cardiovascolari, l'incontinenza urinaria, le demenze, responsabili della disabilità e dell'emarginazione delle donne, rappresentano oggi un grosso problema di salute pubblica la cui importanza sarà sempre maggiore nei prossimi anni.

Data l'aumentata aspettativa di vita, la prevenzione è l'unica arma vincente, pertanto è improponibile che si realizzino politiche e azioni di tutela della salute della donna in età post fertile da conseguirsi con la collaborazione dei medici di medicina generale, del cardiologo, dell'ortopedico, dell'endocrinologo, ecc.

Resta solo da stabilire se deve es-

sere il consultorio a dover effettuare tali interventi di prevenzione, se il consultorio deve promuovere e tutelare la salute sessuale e riproduttiva della donna o se deve promuovere e tutelare la salute della donna in tutte le fasi della vita. È opportuno fare chiarezza.

Da una lettura attenta del Pomi si evince che la promozione e la tutela della salute delle donne in tutte le fasi della vita, la prevenzione delle principali patologie non solo ginecologiche e la presa in carico mediante l'offerta attiva devono essere le scelte operative dei consultori da perseguire con la collaborazione dei servizi sociali del Comune, delle associazioni di volontariato e con la consulenza di varie altre figure professionali come l'avvocato, il mediatore linguistico ecc.

Il rinnovamento organizzativo e operativo deve prevedere l'implementazione delle risorse umane ed economiche per il completamento del numero e della rete consultoriale, per il raggiungimento di un organico adeguato alla mole di lavoro, per la fornitura dei mezzi necessari agli scopi e deve prevedere la ridefinizione dei ruoli professionali con l'istituzione di figure dirigenziali di comprovata esperienza consultoriale che sappiano coordinare l'attività, monitorare il conseguimento degli obiettivi e fungere da collegamento con l'organizzazione distrettuale.

Il consultorio (I livello) deve pertanto operare integrandosi con le attività di diagnosi e cura degli ambulatori polispecialistici (II livello) e degli ospedali (III livello) con il nuovo obiettivo delle patologie cronico degenerative, ma il coordinamento nell'organizzazione dipartimentale dell'area materno infantile non deve più rimanere una parola vuota.

Visibili sulla carta

■ Per molto tempo la stampa non ha indagato sulla realtà dei consultori perché l'argomento non era d'attualità. Anche le donne, dopo lo slancio iniziale, hanno via via abbassato la guardia in difesa del consultorio. Ora se ne parla per il livello di disservizio. Ma parlarne è comunque utile. Perché gli operatori sono rimasti soli a difendere questi spazi ove si svolge un importante lavoro di prevenzione. E non è più tempo di continuare così

Una breve sintesi dei contenuti degli articoli pubblicati su *Altroconsumo*, *L'espresso* e *Corriere*. Il testo integrale è disponibile sulla home page del sito di Agite www.agite.eu

Altroconsumo

**Inchiesta su 146 consultori:
Poco aiuto alle donne**

Salutest n. 70 ottobre 2007

Partendo dalla premessa che il Consultorio Familiare è un servizio nato per tutelare la maternità e fornire un aiuto in tema di salute della donna e contraccezione, l'inchiesta ha considerato l'accessibilità, la trasparenza del servizio, la presenza di materiale informativo. Sono state condotte due prove pratiche: la correttezza della gestione della contraccezione d'emergenza e i tempi di attesa per l'effettuazione di una visita ginecologica. Le critiche di *Altroconsumo* si indirizzano su diversi punti: la diffusione sul territorio, inferiore alle necessità previste (nelle città considerate un consultorio ogni 57.000 abitanti), la scarsa valorizzazione e relativa scarsa conoscenza dei servizi, soprattutto da parte della popolazione che ne avrebbe maggior bisogno, la lentezza del servizio e la vetustà delle strutture.

Nella valutazione del comportamento del consultorio di fronte ad un'urgenza, che imporrebbe il superamento delle liste d'attesa e dove si verifica la validità delle consulenze telefoniche, l'argomento contraccezione d'emergenza evidenzia anche criticità organizzative.

corrispondenti a semplici sportelli o ancora ad altri tipi di servizi

- dalla proiezione nazionale dell'indagine di *Altroconsumo* effettuata sulle 6 città risulterebbe che a livello nazionale vi è un consultorio ogni 57mila abitanti, di cui un terzo di essi è poco accessibile
- ostetriche, ginecologi, assistenti sociali, psicologi, infermiere, pediatri, (molti) dirigenti medici: sui loro ruoli ogni legge regionale è diversa dall'altra
- per quanto vengano associati alla interruzione volontaria di gravidanza, solo un terzo delle certificazioni avviene in consultorio
- la contraccezione post aborto, in assenza di un rapporto con il consultorio, non troverebbe accoglienza adeguata in termini di prevenzione delle gravidanze indesiderate
- pochi operatori, spesso assorbiti anche da altre funzioni fuori dal consultorio. Senza un lavoro d'équipe, ogni operatore diventa così uno specialista che fa alcune ore di qua e altre di là. Una situazione che riduce il consultorio in una somma di ambulatori.

Corriere della Sera

Il declino dei consultori

di Alessandra Mangiarotti, Corriere della Sera del 5/11/2007

Pochi, lontani e spesso chiusi: il "declino" dei consultori. Sono solo un terzo di quelli previsti dalla legge.

L'articolo riporta i dati dell'indagine di *Altroconsumo*, ma con toni più marcati, quasi polemicamente pone l'accento, come suggerito fin dal titolo, sul declino dei consultori. Tra le criticità evidenziate, le inadeguatezze organizzative. Come per la gestione della contraccezione d'emergenza, solo 24 delle 53 strutture contattate hanno alzato la cornetta, la metà non si è fatta carico direttamente del problema.

L'espresso

Il consultorio? È un miraggio

di Roberta Carlini, L'espresso del 18 ottobre 2007

Fondi e personale insufficienti. I consultori risultano aperti solo raramente e difficilmente accessibili. Partendo dall'inchiesta di *Altroconsumo*, *L'espresso* indaga su altri elementi del servizio tralasciando queste conclusioni:

- i numeri dei consultori fanno riferimento alle strutture esistenti sulla carta, che spesso, se si va a vedere nel concreto, si rivelano chiuse o

È morto Umberto Nicolini

Umberto Nicolini ci ha lasciato: lo abbiamo salutato sorridente come sempre al convegno Aogoi Lombardia, dove era presente a dimostrare la sua supe-

riorità e la sua noncuranza rispetto alle scaramucce che stanno attraversando le nostre società.

Certo non avremmo mai pensato che non ci saremmo incontrati più. Intelligente, irriverente, mai banale, non sempre i suoi meriti sono stati riconosciuti dal mondo accademico ufficiale, come spesso succede alle persone

troppo libere di pensiero e troppo autonome.

Ci associamo al dolore di coloro che credono in una "ginecologia pensante", al di là delle etichette, per avere perso un riferimento grande, illuminato, dotato della rara capacità di rendere lievi le cose attraverso la preziosa lente dell'ironia.

Un addio e un grazie di cuore!

di Carmine Gigli Presidente Fesmed

La Fesmed si trasforma nella linea della continuità

Il 20 novembre 2007 il Consiglio direttivo Fesmed ha approvato le modifiche al suo Statuto che sono state ratificate lo stesso giorno dall'Assemblea dei soci. Il verbale è già stato registrato e inviato all'Aran e ai Ministeri competenti

Questo è stato il primo passo del percorso che la Fesmed sta compiendo per assumere la struttura che le viene richiesta dal Ccnq del 24 settembre 2007 (1), il quale esige che nelle federazioni sindacali, come la Fesmed, l'intestatario delle deleghe sindacali sia la stessa organizzazione sindacale (Fesmed) e non le associazioni federate (Acoi, Anmdo, Aogoi, Sedi, Sumi). La Fesmed, modificando il suo statuto si è preparata ad accogliere le deleghe che le vengono trasmesse dalle associazioni federate e nello stesso tempo ha cambiato la sua struttura, orga-

nizzandosi in "articolazioni professionali", per approfondire specifiche tematiche mediche, specialistiche e territoriali, per promuovere il proselitismo al centro e alla periferia, per prestare una mirata assistenza ai soci che si riconoscono negli interessi della specifica articolazione. Proprio per questo motivo, da ora in poi la delega sottoscritta dagli associati indicherà anche l'articolazione professionale, al fine di identificare la tematica di interesse.

Questo passo ha già richiesto un tributo alla nostra Federazione. Infatti, sempre nella seduta del 20 novembre, il Consiglio direttivo ha dovuto registrare il recesso dalla Fesmed, dell'Anmco e della Femepa. Per queste associazioni non era possibile ottemperare alle richieste del Ccnq. Il passaggio successivo, sempre richiesto dal Ccnq, è stato compiuto dai Consigli direttivi di Acoi, Aogoi, Sedi, e Sumi, i quali hanno deliberato che:

- La titolarità delle deleghe sin-

dacali rilasciate dai soci al datore di lavoro, per la ritenuta sindacale sulla retribuzione, è trasferita per successione alla Federazione Sindacale Medici Dirigenti (Fesmed).

- Le future deleghe sindacali saranno intestate direttamente alla Fesmed.

Perché il percorso sia completamente compiuto, alle delibere dei Consigli direttivi dovranno fare seguito le ratifiche delle Assemblee dei soci, entro il 31 marzo 2008.

In pratica, Acoi, Aogoi, Sedi, e Sumi conservano la propria autonomia regolamentare, amministrativa e patrimoniale, con le specifiche finalità culturali e scientifiche, ma non sindacali, perché passano alla Fesmed.

Agli iscritti all'Aogoi e alle altre associazioni federate non si chiede di compiere alcun atto. Essi saranno contemporaneamente soci dell'Aogoi o della corrispondente associazione ed anche soci della Fesmed. I nuovi iscritti, invece, dovranno firmare una

doppia domanda d'iscrizione: una all'Aogoi ed una alla Fesmed. Su quest'ultima dovranno indicare l'articolazione professionale alla quale intendono aderire (Ostetricia e Ginecologia), in tal modo sarà possibile conteggiare separatamente i ginecologi dai chirurghi, dagli endoscopisti, etc.

A coloro che si chiederanno se tutto questo era necessario dirò semplicemente che non abbiamo potuto evitarlo.

È stata una sfida che la Fesmed ha raccolto e che intende portare a compimento con il vostro aiuto.

Le Confederazioni sindacali hanno ottenuto dall'Aran di sottoscrivere il già citato Ccnq, un patto che garantisce la sopravvivenza delle vecchie mastodontiche organizzazioni sindacali a discapito dei sindacati emergenti come il nostro. Noi vogliamo portare aria fresca nell'ambiente sindacale, spesso sclerotizzato nella difesa dei privilegi acquisiti e puntiamo alla valorizza-

zione ed alla tutela di chi è impegnato nelle attività a più elevato margine di rischio.

Il fatto che la Fesmed insieme alle associazioni federate riesca a svolgere un'attività scientifica e a fornire un'informazione specialistica di qualità, insieme ad una valida tutela sindacale, ha disturbato e disturba non pochi. Anche perché tutto questo viene fornito ad un costo più basso rispetto a quello della maggior parte dei sindacati medici. Le associazioni federate nella Fesmed, le quali assumono ora il titolo di "Soci fondatori", hanno risposto alla sfida e attraverso le decisioni prese dai rispettivi Consigli direttivi, hanno espresso la volontà di conservare le proprie specifiche finalità culturali e scientifiche e di affidare alla Fesmed la difesa dei diritti degli associati.

Il nuovo statuto della Fesmed può essere consultato e scaricato dal sito www.fesmed.it e sempre da questo sito potete inviare dei quesiti o richiedere dei chiarimenti.

In attesa che le assemblee dei soci ratifichino definitivamente tutti questi cambiamenti, la Fesmed si prepara ad una stagione sindacale caratterizzata dal rinnovo contrattuale, che si profila particolarmente complesso.

Dobbiamo presentarci alle trattative con tutte le carte in regola per poter far valere i nostri diritti. Con il vostro sostegno non saremo secondi a nessuno.

Nota

(1) Contratto collettivo quadro d'integrazione del CCNQ sulle modalità di utilizzo dei distacchi, aspettative e permessi nonché delle altre prerogative sindacali del 7 agosto 1998, sottoscritto il 24 settembre 2007. <http://www.aranagenzia.it>

Borsa di studio "Ugo Tropea"

L'Aogoi bandisce un concorso per l'assegnazione di una Borsa di studio intitolata a "Ugo Tropea", Primario Ginecologo e padre del Prof. Pier Francesco Tropea, già Primario Ginecologo di Reggio Calabria, da assegnare alle tre migliori Comunicazioni che verranno inviate alla Segreteria scientifica dell'8° Corso Aogoi di Aggiornamento Teorico Pratico in Medicina Embrio Fetale e Perinatale che si terrà a Villasimius dal 22 al 25 maggio 2008

La somma complessiva disponibile di 6.000 euro sarà suddivisa in parti uguali (2.000 euro ciascuno) a ciascuna delle comunicazioni proclamate vincitrici dalla Commissione giudicatrice.

I Titoli per partecipare al Concorso sono i seguenti:

1. Età dell'Autore del lavoro scientifico (1° Nome, se in collaborazione) non superiore ai 40 anni
2. Specializzazione o iscrizione alla Scuola di Specializzazione nella Disciplina ginecologica
3. Cittadinanza italiana.

Nella domanda i concorrenti dovranno indicare cognome, nome, luogo e data di nascita,

indirizzo e numero telefonico.

La domanda dovrà essere correlata da:

1. Certificato di Laurea (in carta semplice o dichiarazione sostitutiva del certificato ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000)
2. Certificato di Specializzazione o di Iscrizione alla Scuola di Specializzazione in Gi-

necologia e Ostetricia (in carta semplice o dichiarazione sostitutiva del certificato ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000).

3. Curriculum Vitae del 1° Autore.
4. Testo del Lavoro: carattere Times New Roman dimensione 12, interlinea singola, testo giustificato, formato Word (.doc) comprese ta-

belle, figure (formato JPG, TIF) e bibliografia.

- Le domande, corredate dai documenti sopra elencati, dovranno pervenire alla Segreteria scientifica dell'8° Corso Aogoi per email: pre-natalmonni@tiscali.it o per posta: su floppy disk al seguente indirizzo Servizio di Ginecologia e Ostetricia,

Diagnosi Prenatale e Preimpianto, Terapia Fetale, via Jenner sn, 09121 Cagliari, Tel. 070.6095546,) entro il 10 Aprile 2008.

- La Commissione Giudicatrice sarà composta dal Presidente Nazionale AOGOI, dal Segretario Nazionale AOGOI e dal Prof. Pier Francesco Tropea.

SCIENZA IN BREVE

**Tumore al seno:
un test sulla saliva**

Diagnosticare il tumore al seno rilevando specifiche proteine contenute nella saliva. È questo l'obiettivo del dispositivo, messo a punto dall'equipe dello University of Texas Health Science Center di Houston diretta da Charles Streckfus, che è stato illustrato sulle pagine della rivista *Cancer investigation*. La tecnica, che si basa su una cinquantina di proteine distintive del tumore rilevate confrontando i test della saliva di un gruppo sperimentale di donne sane con quelli di alcune pazienti affette da forme tumorali benigne o maligne, dovrà ora affrontare i normali trial clinici che ne valuteranno efficacia e sensibilità. Se i risultati saranno positivi, il test della saliva potrebbe divenire un utile strumento diagnostico e costituirebbe un valido aiuto per la diagnosi precoce della malattia. Tuttavia, come ha precisato Henry Scowcroft del Cancer Research UK, "questa pubblicazione è una dei tanti risultati precocemente lanciati come prova di principio che vengono pubblicati ogni anno, ma la ricerca ha osservato i campioni di un numero molto basso di soggetti; la tecnica potrebbe non rivelarsi affidabile quando verranno studiate più persone e non ci sono dati su quanto possa essere efficace nella pratica. Insomma c'è ancora molto lavoro da fare prima che questo metodo possa essere usato di routine".

Isterectomia associata all'obesità

Il sovrappeso e l'obesità accrescono il rischio di ricorso all'isterectomia: lo sostiene una ricerca pubblicata sul *British journal of obstetrics and gynaecology* (Bjog) che ha preso in esame 1.790 donne britanniche. Lo studio era basato sul Medical Research Council National Survey of Health and Development (NSHD) che coinvolge persone nate nella prima settimana di marzo del 1946 seguite fino all'età di 57 anni.

Secondo lo studio, le donne che erano sovrappeso all'età di 36 anni avevano tassi di isterectomia più elevati di quelle con peso normale. Le donne affette da obesità, inoltre, presentavano tassi più elevati delle normopeso dall'età di 43 anni. Anche le donne che avevano sperimentato il maggior incremento di peso tra l'età di 36 e di 53 anni hanno visto aumentare il rischio di isterectomia in età avanzata, secondo gli autori della ricerca.

Philip Steer, direttore della rivista Bjog, ha così commentato i dati: "Ci sono molte conseguenze negative sulla salute legate all'obesità e lo studio mostra che, specialmente dopo l'età di 36 anni, essere sovrappeso o obeso può associarsi a isterectomia in tarda età. Ci sono poi i rischi associati con l'isterectomia e questi sono incrementati se la paziente è obesa. Considerando una crescente prevalenza dell'obesità nella società, i risultati degli studi sono causa di grande preoccupazione".

(G.M.C)

Aogoi Regioni

AOGOI CALABRIA

Pasquale Vadalà nuovo segretario regionale

Si è svolto a Cetraro (Cs), il 28 settembre scorso, il Congresso regionale Aogoi della Calabria. L'assemblea, sotto la presidenza di Carlo Maria Stigliano, su delega del Presidente nazionale Monni, ha fatto il punto sulla situazione attuale dei rapporti nel mondo della ginecologia italiana, anche in vista degli imminenti impegni dell'ultimo Congresso Nazionale Sigo-Aogoi-Agui svoltosi a Napoli l'ottobre scorso. Il segretario uscente, Pasquale Pirillo, ha illustrato i grandi risultati raggiunti dall'Associazione in questi ultimi anni, in particolare è stata evidenziata la copertura assicurativa verso gli iscritti, di recente realizzazione.

Per quanto concerne la Calabria, è stato rilevato lo stato di malessere che attraversa il mondo sanitario per le mancate scelte della Regione, particolarmente dopo l'accorpamento delle Asl su base provinciale. Nel corso dell'assemblea si è proceduto all'elezione del nuovo segretario regionale, che è stato indicato all'unanimità come unico candidato e parimenti all'unanimità eletto per acclamazione, nella persona di Pasquale Vadalà, primario ostetrico-ginecologo degli Ospedali Riuniti di Reggio Calabria. Nell'accettare con spirito di servizio tale incarico, Vadalà ha tracciato le linee del suo programma tutto improntato all'allargamento del ruolo dell'Aogoi e alla tutela dei ginecologi calabresi.

AOGOI FRIULI-VENEZIA GIULIA

Rieletto segretario Carmine Gigli

In coda ai lavori del Congresso regionale Aogoi Friuli-Venezia Giulia "Incontro di aggiornamento in ostetricia e ginecologia", svoltosi a Villa Manin di Passariano, a Codroipo (Ud), si è tenuta il 15 settembre 2007 l'assemblea regionale dei soci Aogoi del Friuli-Venezia Giulia. L'assemblea, presieduta da Valeria Dubini in rappresentanza del presidente nazionale Aogoi, ha ascoltato la relazione del segretario regionale uscente Carmine Gigli che, tra le altre cose, ha ricordato come, oltre al Congresso attuale, la sezione regionale dell'Aogoi del Friuli-Venezia Giulia abbia organizzato tre convegni regionali nel 2005 e due nel 2006. Dopo l'approvazione del bilancio, l'assemblea ha anche rieletto per acclamazione nel ruolo di Segretario regionale Carmine Gigli riconfermando anche, alla guida di Aogoi Friuli-Venezia Giulia, l'intero gruppo che ha collaborato con lui nel precedente biennio.

AOGOI LAZIO

Antonio Castellano confermato per due anni

Alla presenza, di persona o per delega, di 57 soci, si è tenuta lo scorso 1° settembre presso l'Istituto Stella Maris a Santa Marinella, in provincia di Roma, l'assemblea dei soci Aogoi del Lazio che ha il compito di rinnovare le cariche sociali. Il Segretario uscente Antonio Castellano, che ha anche presieduto l'assemblea, ha illustrato ai presenti l'ampia ed esaustiva relazione su quanto fatto negli ultimi anni riportando anche le problematiche emergenti. Si è proceduto quindi alle elezioni condotte dalla Commissione elettorale presieduta da Felice Gagliardi, durante le quali il segretario uscente Antonio Castellano è stato riconfermato alla carica per acclamazione. Dopo aver ringraziato per la fiducia accordatagli, Castellano si è impegnato a realizzare quanto discusso nello spirito che ha sempre animato l'associazione.

AOGOI SARDEGNA

Giovanni Urru nuovo segretario regionale

Giovanni Urru è il nuovo segretario regionale eletto per acclamazione nel corso dell'Assemblea regionale Aogoi svoltasi, presso la biblioteca dell'Ospedale Microcitemico di Cagliari il 15 dicembre 2007. Urru succede a Gianfranco Marongiu che - come ha ricordato il presidente Aogoi Giovanni Monni - ha validamente diretto la Segreteria regionale per 15 anni, portando l'Aogoi da 8 a 180 iscritti, e che ha ora rimesso il suo mandato per essere cooptato nel Consiglio direttivo nazionale dell'Aogoi.

In coda ai lavori dell'Assemblea si è svolta una interessante Tavola rotonda, coordinata da G. Coco, G.F. Marongiu, G. Monni, A. Multinu, A. Succu, che è stata introdotta dalle relazioni scientifiche del segretario nazionale Antonio Chiantera, sulle problematiche medicolegali, e del neopresidente Sigo Giorgio Vittori, sul Drg in Day surgery e sul Progetto, molto caro all'Aogoi, degli Ospedali di insegnamento in Italia. I lavori si sono conclusi con l'intervento dell'assessore regionale alla Sanità, Nerina Diridin, che ha illustrato le problematiche politiche e sociali della ginecologia sarda, Ospedaliera e del Territorio, in relazione al nuovo Piano regionale sanitario. (Luigi Mannu, Responsabile Ginecologo Centro S. Camillo, Sassari)

- Il Giudizio della commissione è insindacabile.
- La proclamazione dei vincitori della borsa di studio avverrà in occasione del Corso nazionale Aogoi dal 22 al 25 maggio 2008 e i 3 lavori dovranno essere presentati la mattina di Domenica 25 maggio 2008 durante la sessione "Comunicazioni Orali".
- I vincitori della borsa di studio avranno inoltre la possibilità di frequentare, a titolo di aggiornamento professionale, previo accordi con il Direttore della Struttura, una Divisione o Centro Specialistico ginecologico di un Ospedale italiano per un periodo di tempo da concordare con il Direttore della Struttura stessa.



8° Corso

**di Aggiornamento Teorico Pratico in
Medicina Embrio-Fetale e Perinatale**



22 - 25 Maggio 2008
Villasimius, Cagliari, Atahotel Tanka Village Resort

PATROCINI:

WAPM	World Association of Perinatal Medicine
EAPM	European Association of Perinatal Medicine
MED-UOG	Mediterranean Ultrasound Obstetrics and Gynecology
SIEOG	Società Italiana di Ecografia Ostetrica-Ginecologica
SIMP	Società Italiana di Medicina Perinatale
SIOS	Società Italiana Ospedaliera per la Sterilità
SMIC	Società Medica Italiana per la Contraccezione

PRESIDENTI DEL CORSO Antonio Chiantera Gianfranco Marongiu Giovanni Monni	DIRETTORE DEL CORSO Giovanni Monni
---	--

Lettere



Cosa serve ai consultori

Un articolo come quello di Roberta Carlini (Il consultorio? È un miraggio, Espresso del 18 ottobre 2007) non so se può fare più bene o più male alla causa dei consultori, che sono senza dubbio pochi, o forse mal distribuiti, carenti in personale e attrezzature, trascurati se non dimenticati, spesso vilipesi. Lo stesso Michele Grandolfo dell'Istituto Superiore di Sanità, pur vicino da sempre a queste annose problematiche, non è nell'occasione molto tenero, risultandone un quadro ben diverso da quello elogiativo apparso un po' di tempo fa su queste stesse pagine a firma di Umberto Veronesi (4 gennaio 2006). Dalle sia pur incomplete statistiche riportate si vede che non è tutto oro quello che luccica, nemmeno in Emilia Romagna, dove comunque i consultori sono ben rappresentati. Mentre un'esperienza come quella di Trebisacce è unica nel suo genere e possibile solo nel contesto di quel territorio, improponibile ad esempio in una grande città. Non si tratta tanto di empowerment dell'offerta attiva, quanto capacità di adattarsi alle situazioni contingenti. Però è pur vero che in altri posti ci si adagia sull'attesa, facendosi forti del principio che "se mi ignorano, chi me lo fa fare?" In molte strutture invece, malgrado mille difficoltà, si fanno tante cose, spesso senza attese tanto lunghe così come scaturite dall'indagine. Sebbene solo una minima percentuale (non il 30 ma più realisticamente non più del 10 per cento) vi si rivolge, viene fornita tutta l'assistenza necessaria alla donna

che purtroppo chiede di interrompere una gravidanza. Continuare a tal proposito a fare un distinguo tra ginecologi obiettori e non è sbagliato. È ben codificato che l'obiezione non esime il ginecologo, anche se obiettore, dal fare il suo dovere per tutto quanto concerne il prima (leggi certificato) e il dopo (leggi contraccezione), come ribadito dalle società scientifiche, corroborate dal parere di esperti di diritto. Lo stesso discorso potrebbe farsi per la pillola del giorno dopo. Che dovrebbe essere somministrata, come tutti gli altri presidi anticoncezionali, dalla struttura stessa, giusto quanto dice la stessa legge istitutiva. Soprattutto alle fasce sociali più deboli, come i giovani, i senza lavoro e gli stranieri indigenti. Ovviamente, soldi permettendo! Che essendoci potrebbero consentire di adeguare finalmente gli organici a quelli che sono gli standard indicati dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (datato 1998!), mai o male applicato, che prevede un ampliamento dell'equipe stabile, nella quale non dovrebbe mai mancare l'ostetrica, oltre ad altre due figure infermieristiche. Come sarebbe opportuno anche avere a tempo pieno gli specialisti (ad es. un ginecologo per ogni consultorio), ora con l'orario diviso qua e là, non sempre per loro scelta o interesse personale. Giusto il riferimento al fatto che le regole e i comportamenti sono diversi da regione a regione. E non solo! Sarebbe meglio se fossero uguali su tutto il territorio nazionale. Cosa oggi ancora più difficile a causa del cosiddetto federalismo. Ma, soprattutto, dovrebbe essere riconosciuto ad ogni servizio la dignità che gli è propria per l'autonomia che lo caratterizza, cioè quella di strutture

operative semplici, con la responsabilità che ne deriva per chi lo dirige. Una minima ma giusta gratificazione.

Giuseppe Gagnaniello

Ginecologo consultoriale Asl Bari
Responsabile AGiCo (Associazione Ginecologi Consultoriali della Provincia di Bari), Vice fiduciario regionale FeSMeD

Gentile collega,

la percentuale di certificazione, divisa tra servizio ostetrico-ginecologico, medico di fiducia e consultorio, vede negli anni passare il medico di base da percentuali superiori al 60% a poco più del 30%. Il consultorio dal 10-15% di certificazione lvg del 1978, già da diversi anni si attesta sul 25-30% (invece del 10% a cui lei fa riferimento), dato in significativo aumento dal 1997 (dati desunti da Contraccezione Sessualità Salute Riproduttiva, rivista della SMIC n. 2 del settembre 2007). Molto deve esser fatto per restituire al ginecologo territoriale la possibilità di carriera e per questo concordiamo con quello che scrive riguardo la caratterizzazione dei consultori come struttura operativa. Riteniamo peraltro che, per la ricchezza e la complessità delle prestazioni offerte, i C.F. dovrebbero piuttosto assumere la caratteristica di strutture complesse, la cui direzione dovrebbe essere appannaggio esclusivo degli operatori appartenenti al servizio.

Maurizio Orlandella

Presidente Agite

Mondo



REGNO UNITO 1

Paura da test

I test genetici potrebbero risultare utili per prescrivere i farmaci più adatti ma possono anche essere usati per individuare i rischi associati allo sviluppo di determinate malattie. E questo alla gente fa paura. Lo rivela uno studio condotto da Brian Wynne, direttore associato di Cesagen, uno dei tre centri di ricerca della rete dell'Economic and social research council (Esrc) presso le università di Lancaster e Cardiff, nel Regno Unito. Lo studio, presentato a Londra durante il convegno "Genomics and society: today's answers, tomorrow's questions", è stato condotto attraverso 14 focus groups composti da anziani, giovani e genitori di bambini piccoli durante i quali sono state raccolte le opinioni su genetica, ricerca e nuove frontiere della medicina. "Contrariamente a quanto si è scritto e detto sulla medicina personalizzata - spiega Wynne - la gente teme che queste opzioni, promesse dai ricercatori, potrebbero avere un impatto negativo sulla propria vita. Sente che potrebbero mettere tensione in famiglia e fra i parenti e, potenzialmente, portare alla stigmatizzazione". Altra paura diffusa è che i risultati dei test possano limitare l'accesso a

polizze assicurative, forme di copertura medica o addirittura sulle possibilità di impiego, senza contare che molti credono che, dato l'elevato costo, questi test potrebbero non essere disponibili per tutti ma solo per le fasce di popolazione più abbienti.

IRLANDA

Fiction, amore e sanità

Le fiction tv presentano troppi amori in corsia tra medici e infermieri. E così "si tende a trasmettere un'idea di apparente inevitabilità delle passioni all'interno delle strutture sanitarie". Parola di Brendan Kelly, lo psichiatra irlandese dell'University College di Dublino che ha firmato un articolo apparso su *The Lancet* in cui presenta i risultati di un suo studio su 20 serial televisivi statunitensi ambientati in ospedale. Secondo l'analisi dello psichiatra, è soprattutto tra dottore e dottoressa che scoppia la scintilla amorosa, anche se molto diffusi risultano essere anche gli intrighi tra medico e infermiera. Kelly ha anche analizzato le caratteristiche con cui vengono rappresentati i personaggi sia di sesso maschile che di sesso

femminile: in questi telefilm il ricercatore ha individuato una preponderanza di medici di origini mediterranee, di aspetto fisico piacente e spesso con tragedie personali nel loro passato, mentre "le dottoresse e le infermiere tendono ad essere competenti, belle e determinate ma anche dotate di gran cuore".

REGNO UNITO 2

Salute e matrimonio

Il matrimonio va a rotoli e a risentirne è il cuore. Lo conferma scientificamente uno studio pubblicato sugli *Archives of internal medicine* condotto su 9.000 cittadini britannici. Pur ammettendo la scarsità dei dati a disposizione e quindi l'impossibilità di giungere a conclusioni univoche, Roberto De Vogli dell'University College of London, autore dello studio, rivela di aver notato un aumento del 34 per cento delle possibilità di un attacco cardiaco o di dolore al petto nelle persone che hanno relazioni sociali negative e ostili, senza differenze statisticamente significative tra uomini e donne o a seconda della classe sociale. E anche indipendentemente da altri fattori

di rischio: anche considerando obesità, fumo, alcol e storia familiare, infatti, le possibilità di avere un infarto sono comunque risultate maggiori del 23% rispetto al normale.

USA

235 riviste scientifiche contro la povertà

Un totale di 235 riviste scientifiche di 37 nazioni hanno partecipato all'iniziativa lanciata dal Council of science editors per attirare l'attenzione sui temi della povertà e dello sviluppo umano. In occasione di questo 2007 Global Theme Issue, lanciato ad ottobre 2007 su *Jama*, sono stati pubblicati contemporaneamente più di 1.000 articoli in rappresentanza di ricerche svolte in 85 paesi. Sette di questi articoli concernenti la ricerca e le politiche della salute a livello globale sono stati selezionati da una commissione composta da esperti dei National Institutes of Health e del Council of science editors per essere presentati al pubblico. Gli argomenti trattati includono la sicurezza del parto, Hiv/Aids, terapie per la malaria, insufficienza

alimentare e comportamento sessuale, interventi per aumentare la sopravvivenza infantile, la fuga di cervelli dai paesi in via di sviluppo e l'impatto dell'influenza sui bambini.

NUOVA ZELANDA

Medici ai funerali dei pazienti?

Un editoriale apparso sul *British Medical Journal* suggerisce l'opportunità che i medici vadano ai funerali dei loro pazienti e si rendano disponibili per fornire ai parenti tutte le informazioni che possano considerare preziose. Certo, non si tratta di dare consulenze professionali accanto alla bara del paziente defunto, quanto piuttosto di stabilire con i familiari un incontro umano che possa contribuire all'elaborazione del lutto. Anche se non tutti i medici potrebbero essere portati per la frequentazione dei funerali dei pazienti, l'editoriale firmato da Bruce Arroll e Karen Falloon dell'Università di Auckland in Nuova Zelanda, sottolinea come è proprio in quella occasione che i familiari cominceranno a sentire il senso di vuoto e la partecipazione del medico potrebbe risultare d'aiuto.

Congressi



CONGRESSO REGIONALE AOGOI A REGGIO EMILIA Reggio Emilia 11 aprile-12 aprile
 Segreteria organizzatrice
 Dott. Ezio Bergamini
 bergaminie@ausl.re.it

IX CONGRESSO EUROPEO DI SESSUOLOGIA - THERAPY, PREVENTION AND PROMOTION OF SEXUAL WELL-BEING Roma 13-17 aprile
 Segreteria organizzatrice
 AIM CONGRESS
 VIA A. RISTORI 38 00197 Roma
 Tel. 06.809681 Fax 06.80968229
 efs2008@aimgroup.it

CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN FISIOPATOLOGIA CERVICO-VAGINALE, COLPOSCOPIA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE Ascoli Piceno 14-17 aprile

Segreteria organizzatrice:
 Etrusca Convention
 Via Bonciario 6/D 06123 Perugia
 Tel. 075.5722232 Fax 075.5722232
 info@etruscaconventions.com

LE QUATTRO STAGIONI DELLA VITA: DALL'ADOLESCENZA ALLA TERZA ETÀ - LA QUALITÀ DELLA VITA Caserta 8-9 maggio 2008
 Segreteria organizzatrice
 S.E.L. Congressi
 Via Arangio Ruiz 107
 80122 Napoli
 Tel. 081.666733 Fax 081.661013
 info@selcongressi.it

8° CORSO AOGOI DI AGGIORNAMENTO TEORICO PRATICO IN MEDICINA EMBRIO-FETALE E PERINATALE VILLASIMIUS 22-25 maggio
 Segreteria organizzatrice:
 IMC srl

Viale Trieste 93 - 09123 Cagliari
 Tel. 070.273470 Fax 070.273306
 giorgia.imc@tin.it

SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO POST-UNIVERSITARIA IN CHIRURGIA PELVICA AOGOI Sede dei Corsi: Centro di Biotecnologie Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "A.Cardarelli", Napoli CALENDARIO CORSI 2008

- **Corsi Laparoscopia**
 24- 25- 26- 27 febbraio 2008
 18- 19- 20- 21 maggio 2008
 13- 14- 15- 16 luglio 2008
 23- 24- 25- 26 novembre 2008
- **Corsi Laparotomia**
 27- 28- 29- 30 gennaio 2008
 21- 22- 23- 24 aprile 2008
 22- 23- 24- 25 giugno 2008
 14- 15- 16- 17 settembre 2008
- **III Corso di Oncologia Ginecologica**
 7-8 marzo 2008

IX Congresso Nazionale SIGITE
 CON LA DONNA SEMPRE: DALLA PREMENOPAUSA ALLA QUARTA ETÀ
 Presidenti:
 D. Agostinelli, E. Cicinelli, M. Storti
 Presidenti onorari:
 M. Piva, S. Schwaizer, L. Sezzaggi, E. Tajani
Brindisi 18-21 giugno 2008
 RESORT HOTEL TENUTA MORENO



M.A.M.M.A AOGOI
 Movement Against Medical Malpractice and accident
 of Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

WWW.GINECOLOGIAFORENSE.IT

Questo modulo può essere utilizzato per richiedere l'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI". Dopo averlo compilato, dovete ritagliarlo ed inoltrarlo alla Segreteria nazionale AOGOI, via G. Abamonti, 1 - 20129 Milano, per posta, oppure via fax (02.29525521). In maniera più semplice, potrete compilare il modulo "on line", andando al sito



www.ginecologiaforense.it, nel settore "Help-desk", sotto l'icona "Help-desk on line", dove troverete un percorso guidato che vi aiuterà a compilare correttamente la richiesta di assistenza. E anche possibile telefonare alla Segreteria nazionale AOGOI (tel. 02.29525380) ed esporre a voce il problema.

SOCIO	nome _____	cognome _____	indirizzo _____	
	città _____	provincia _____	cap _____	sede di lavoro _____
	e-mail _____	mobile _____	telefono _____	fax _____

TIPO evento sanitario avverso atti della magistratura contenzioso amministrativo

EVENTO	_____

descrivere in modo sintetico l'evento per il quale si richiede assistenza

ASSISTENZA parere legale parere sindacale o amministrativo altro parere di esperto clinico verifica della linea difensiva già in atto

DESCRIZIONE	_____

descrivere in modo sintetico il tipo di assistenza richiesto

CONTATTO telefono e-mail fax mobile *Indicare la modalità con cui si preferisce essere contattati*

CONSENSO il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le condizioni generali di funzionamento del servizio di "tutela legale" pubblicate sul sito www.aogoi.it e sulla rivista dell'associazione "Gynecoogoi" data _____ il socio _____



Novità in farmacia



UNA DELICATA PROTEZIONE *naturale*

UNA NUOVA LINEA DI PRODOTTI PER L'IGIENE INTIMA

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




Intiley[®]
INTIMAMENTE NATURALE



Formulazioni innovative, efficaci e sicure, secondo Scienza e Natura