

12 FEBBRAIO SCIOPERO NAZIONALE DEI GINECOLOGI E DELLE OSTETRICHE

**ADESIONE
OLTRE IL 90%**

Tutte le associazioni sindacali e professionali della ginecologia italiana hanno aderito compatte al primo "sciopero delle sale parto". Appuntamenti in tutte le Regioni e una manifestazione nazionale a Palermo. La mobilitazione per sensibilizzare l'opinione pubblica e le forze politiche è stata un successo al di là delle migliori aspettative

■ NAS E CESAREI

I risultati dell'indagine di controllo campionario presentati dal Ministero sono "inattendibili" e "fuorvianti".
La lettera dell'Aogoi a Balduzzi

■ COLPA "LIEVE"

La Cassazione applica le nuove norme e depenalizza la colpa lieve.
Medici più tutelati?
Il dubbio rimane

■ DONNE IN MEDICINA

Il sorpasso è dietro l'angolo, ma la leadership al femminile ancora lontana. E le società scientifiche, come immaginano un futuro in rosa?

Formula innovativa!

{
tocoatrienoli
+
acido clorogenico
+
berberina
}

↓ LDL
= ↓ TRIGLICERIDI
↓ GLICEMIA

=
TRIXY

Scoperta la vera sinergia per un metabolismo in equilibrio



Il mix vincente di 3 principi attivi naturali nella modulazione delle vie metaboliche di colesterolo, trigliceridi e zuccheri. Tutto questo è **TRIXY**

NATHURA.COM


NATHURA[®]
Nutrizione Scientifica

cgp.it

PRIMO PIANO

12 febbraio sciopero nazionale dei Ginecologi e delle Ostetriche: adesioni oltre il 90%

Le associazioni sindacali e professionali della ginecologia italiana hanno aderito compatte in tutta Italia al primo sciopero indetto dalla categoria. L'iniziativa di mobilitazione per sensibilizzare l'opinione pubblica e le forze politiche è stata un successo al di là delle migliori aspettative

Sciopero nazionale dei ginecologi e delle ostetriche
Contro il contenzioso medico legale e per la sicurezza nei Punti nascita

12 febbraio

Basta con l'incontrollato e ingiustificato contenzioso medico legale. Vogliamo lavorare con serenità e per il benessere delle donne.

Fesmed Federazione sindacale medici dirigenti - Aogoi Associazione ostetriche ginecologi ospedalieri italiani - Sigo Società italiana di ginecologia e ostetricia - Agui Associazione ginecologi universitari italiani - Agite Associazione ginecologi territoriali - Sige Società italiana di ecografia ostetrica e ginecologica e metodologie diagnostiche - Aio Associazione italiana di ostetricia.

Con l'adesione di: Anco-Enco Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Cimo Anmi Coordinamento Italiano Medici Ospedalieri - Associazione Sindacale Medici Dirigenti - Samai Assoprof Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionisti dell'Area Sanitaria - Cucca Italia Terapia della sterilità e Fecondazione assistita - Cio Collegio Italiano dei chirurghi

5 "Un successo che ci conforta sulla scelta degli obiettivi"
Antonio Chiantera

"Pronti con nuove iniziative"
Vito Trojano

La vera novità di questo sciopero
Carmine Gigli

6 Lo sciopero dei ginecologi e le risposte dei partiti

Agite e lo sciopero del 12 febbraio
Giovanni Fattorini

Le ostetriche Aio insieme ai ginecologi italiani
Antonella Marchi

Palermo: la manifestazione nazionale
Giuseppe Ettore
Agite a Palermo
Francesca Cappello

6 Le iniziative in tutti i capoluoghi di regione

IN EVIDENZA

11 Perché l'indagine dei Nas non fotografa affatto la realtà delle sale parto italiane

La lettera dell'Aogoi al ministro della Salute Renato Balduzzi

PROFESSIONE

12 Ufficio nazionale Aogoi di tutela medico-legale: si parte con le sedi di Milano e Roma
Vania Cirese

13 Depenalizzazione della colpa lieve: medici più tutelati?
Pier Francesco Tropea

14 Se la ginecologia è donna Femminilizzazione della professione e leadership al femminile
Carlo Sbiroli

15 Il futuro della ginecologia ha un cuore, anzi un cervello di donna
Romano Forleo

16 Mortalità materna: al via il progetto dell'Iss
Serena Donati e Sabrina Senatore

17 Tromboembolia venosa: la saga continua
Emilio Arisi
Il caso francese riaccende il dibattito sulla pillola di terza e quarta generazione

19 Obbligo pubblicità dati su nomine Dg e accreditamento strutture

20 Aio: Dalla formazione frontale alla "learning organization"
Gianfranco Sfregola

21 Le "Giornate Aogoi di chirurgia ginecologica interregionali"
Davide De Vita

22 Il ginecologo che voleva bene alle donne
L'addio a Mauro Buscaglia: quattro amici e colleghi lo ricordano così

AGGIORNAMENTI

22 Il Progetto GW3
L'indagine epidemiologica sulla diffusione dei condilomi genitali da HPV promossa da Aogoi e Agite

RUBRICHE

22 Libri
a cura di Carlo Sbiroli

25 Posta

28 Meditazioni

a cura di Giuseppe Gragnaniello

29 Fatti & Disfatti

a cura di Carlo Maria Stigliano

Comitato Scientifico

Antonio Chiantera
Valeria Dubini
Felice Repetti
Carlo Sbiroli
Carlo Maria Stigliano
Direttore Responsabile
Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: gynecoagoi@hcom.it
Pubblicità
Edizioni Health Communication srl
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461, Fax 06 59446228

Editore

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

Ufficio grafico

Daniele Lucia
Barbara Rizzuti
Stampa
Union Printing
Viterbo
Abbonamenti
Annuo: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa - Spedizione in
abbonamento postale - D.L. 353/03
(Conv. L. 46/04) Art. 1, Comma 1

Roma/Aut. n. 48/2008

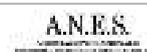
Finito di stampare: febbraio 2013
Tiratura 8.000 copie. Costo a copia: 4 euro

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



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

SCIOPERO GINECOLOGI: ADESIONE OLTRE IL 90%

Fronte compatto di tutte le associazioni sindacali e professionali della ginecologia italiana

Lo sciopero nazionale di 24 ore proclamato dalla Fesmed, a cui hanno aderito tutte le associazioni della ginecologia e molte altre sigle professionali, è stato un successo. A partire dai numeri. L'adesione dei medici dipendenti del Ssn che operano nei punti nascita, nei consultori familiari e negli ambulatori ostetrici del territorio – se si escludono i colleghi prececati per garantire le urgenze – ha superato la soglia del 90%! Senza dimenticare il grande numero di ostetriche e di medici appartenenti ad altre specialità che hanno voluto protestare insieme a noi con la formula dello sciopero di solidarietà.

Abbiamo incardinato la nostra protesta su due punti: la richiesta di garanzie per poter lavorare al meglio in strutture sicure e moderne, e questo per noi medici, ma soprattutto per le nostre assistite. E nuove norme di legge per il contenzioso medico legale con tariffe controllate per le polizze assicurative.

Sul primo punto la nostra denuncia riguarda essenzialmente la mancata applicazione delle disposizioni previste nel Piano nazionale per i punti nascita (risalente al dicembre 2010), che prevedeva precise indicazioni per la loro qualità e messa in sicurezza. Dalla chiusura di quelli troppo piccoli, alla guardia ginecologica e pediatrica attiva h24, ad un numero sufficiente di ostetriche nei reparti e alla predisposizione di sale operatorie vicino alle sale parto. Ebbene, da allora non è stato fatto nulla! E in molte regioni si va avanti ancora con la pronta disponibilità e gli straordinari. E poi la richiesta di impegni precisi di Governo e Regioni per nuove regole in campo assicurativo. Oggi, se un ginecologo si vuole assicurare accade che le compagnie o non stipulano le polizze o propongono premi elevatissimi che possono arrivare fino a 30mila euro l'anno. Cifre



I principali interlocutori della nostra protesta sono state le forze politiche. A loro abbiamo rivolto tre richieste, per noi ineludibili: certezza del finanziamento per la sanità; impegno ad applicare immediatamente la riforma dei punti nascita, approvata ormai due anni fa; garanzia di misure cogenti sulla responsabilità professionale in sanità

spropositate che non si possono nemmeno scaricare dalle tasse. Per i giovani colleghi che entrano nel mondo del lavoro (dopo almeno 12 anni di studi) sarà impensabile avere le risorse per pagare certi premi. E infatti, stanno scendendo bruscamente le iscrizioni per alcune specializzazioni.

Le modalità del nostro sciopero nazionale hanno garantito la continuità delle prestazioni indispensabili, ai sensi di

quanto previsto all'articolo 1 della Legge 146/90 e negli Accordi sui servizi pubblici essenziali in caso di sciopero della dirigenza medica e veterinaria del Ssn. Mentre non è stato dato corso alle attività programmate, il che ha portato a un totale di circa 1.100 interventi rinviati nei reparti di ostetricia e ginecologia. Lo stop ha riguardato anche l'attività dei consultori familiari e di tutti gli ambulatori ostetrici del territorio, che non hanno ef-

fettuati esami clinici, visite specialistiche ed ecografie.

In tutti i capoluoghi di provincia, grazie alla preziosa mobilitazione dei segretari regionali di Aogoi, Agite e Aio, sono state organizzate conferenze stampa, incontri e dibattiti, ospitati principalmente nelle sedi degli Ordini dei medici. Il clou della giornata di mobilitazione è stato a Palermo, che ha ospitato una grande manifestazione nazionale. **Y**

Un successo che ci conforta sulla scelta degli obiettivi

Antonio Chiantera
Segretario nazionale Aogoi

La dirigenza nazionale dell'Aogoi ringrazia le colleghe e i colleghi, le ostetriche e gli ostetrici, per la grande adesione che hanno dato allo sciopero del 12 febbraio 2013 che ha interessato i punti nascita e le altre strutture di ostetricia e ginecologia. E per il senso di responsabilità che hanno dimostrato, garantendo in



tutti i casi le urgenze e le prestazioni indifferibili. Un grazie particolare ai segretari regionali Aogoi e a quelli delle nostre società affiliate: Agite e Aio, che hanno organizzato insieme a noi gli incontri e le conferenze stampa in tutti i capoluoghi italiani.

Grazie a tutti voi, dopo anni, finalmente siamo riusciti a dare l'immagine di una classe medica che non è divisa, come ci è stato spesso rimproverato, ma coesa e con delle richieste chiare.

Il grande successo riportato dalla manifestazione ci conforta sulla scelta degli obiettivi e sugli strumenti che abbiamo utilizzato per portarli avanti: adesso aspettiamo le risposte della classe politica pronti a riprendere la lotta se non saranno adeguate e tempestive.

L'attenzione che i mass media ci hanno riservato in questa circostanza dimostra quanto sia importante la compattezza della ginecologia italiana nell'esprimere il suo profondo disagio anche attraverso una forma di protesta inusuale per la nostra categoria.

Sciopero nazionale dei ginecologi e delle ostetriche Contro il contenzioso medico legale e per la sicurezza nei Punti nascita

12 febbraio

Basta con l'incontrollato e ingiustificato contenzioso medico legale. Vogliamo lavorare con serenità e per il benessere delle donne.

Fesmed Federazione sindacale medici dirigenti - Aogoi Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani
Sigo Società italiana di ginecologia e ostetricia - Agui Associazione ginecologi universitari italiani - Agite Associazione ginecologi territoriali - Sieog Società italiana di ecografia ostetrica e ginecologica e metodologie biofisiche - Aio Associazione italiana di ostetricia.

Con l'adesione di:

Aaroi-Emac Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Cimo Asmd Coordinamento Italiano Medici Ospedalieri - Associazione Sindacale Medici Dirigenti - Sumai Assoprof Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria - Cecos Italia Terapia della sterilità e Fecondazione assistita - Cic Collegio italiano dei chirurghi

La vera novità di questo sciopero

Carmine Gigli
Presidente FESMED

medici, come tutti coloro che esercitano delle professioni intellettuali, non aderiscono facilmente alle forme di lotta collettiva, la propria visione personale della questione spesso prevale sulla logica del gruppo e della categoria. Questo comportamento è ancora più accentuato negli appartenenti alle branche chirurgiche. Per motivi che sarebbe lungo analizzare, costoro partecipano agli scioperi in misura inferiore rispetto agli altri specialisti. Infine, i ginecologi, tra tutti, sono i meno propensi a scioperare, poiché alle motivazioni che hanno in comune con le altre specialità chirurgiche aggiungono quel particolare rapporto che li lega alle loro pazienti private: c'è sempre una donna che deve partorire, oppure che san-

Giornali, radio e televisioni hanno dato grande rilievo allo sciopero dei ginecologi e delle ostetriche, hanno illustrato le motivazioni della protesta, hanno sottolineato che era la prima volta per lo "sciopero delle sale parto". Ma a tutti è sfuggita la vera novità del fatto. La notizia importante, per noi e per tutto il mondo sindacale è stata che, per la prima volta, i ginecologi hanno scioperato e lo hanno fatto in maniera compatta



guina o che comunque non può essere abbandonata. Quindi, il fatto che per la prima volta i ginecologi abbiano scioperato compatti in tutta Italia costituisce la vera novità di questa vicenda e, cosa ancora più notevole, non hanno avuto timore a farlo da soli, senza gli altri medici degli ospedali e del territorio, assumendosi la responsabilità di esporsi in prima persona.

Fatto ancor più rilevante, i ginecologi non hanno scioperato per un aumento salariale, il mo-

► Segue a pagina 6

Pronti con nuove iniziative

Vito Trojano
Presidente Aogoi

Consapevole delle sue responsabilità e del suo ruolo, Aogoi continuerà a stimolare e a ricercare possibili momenti di confronto e di discussione con i dirigenti politici della Sanità allo scopo di affrontare i nodi dell'organizzazione delle strutture e della protezione professionale degli operatori, oggi esposti a rischi inaccettabili ed insopportabili. A questo riguardo, abbiamo deciso di dar subito corso a due importanti iniziative. La prima è l'attivazione di un'indagine



nazionale finalizzata a verificare, sulla base della mappatura dei punti nascita che abbiamo completato in collaborazione con la Commissione parlamentare d'inchiesta, il reale stato di applicazione delle linee d'azione previste dal Piano punti nascita: struttura per struttura. La seconda è l'apertura delle prime due sedi dell'Ufficio nazionale Aogoi: un progetto ambizioso finalizzato ad offrire ai nostri iscritti il miglior supporto di tutela medico legale per una difesa tempestiva e specializzata. Sempre riguardo la responsabilità medica, la nostra Associazione si sta concentrando anche su un grande progetto di respiro europeo, che vi illustremo a breve più nel dettaglio. Si tratta della costituzione di un gruppo di lavoro internazionale altamente qualificato che avrà il compito di condurre una ricerca finalizzata a delineare una più moderna disciplina della responsabilità medica, da introdurre nell'ordinamento italiano in linea con le attuali tendenze europee. Il nostro massimo auspicio è che questo importante lavoro possa successivamente condurre a una proposta di Direttiva europea da noi sostenuta per l'armonizzazione della responsabilità medica nei paesi dell'Unione.



12 febbraio

Basta con l'incontrollato e ingiustificato contenzioso medico legale. Vogliamo lavorare con serenità e per il benessere delle donne.

tivo è stato più nobile e apprezzabile. Anche se alcuni commentatori hanno preferito ridurlo a un motivo economico-assicurativo, in realtà la molla che ha portato alla protesta è stato un desiderio di giustizia e di etica. Giustizia per i propri diritti calpestati ed etica per il malessere che si prova ad esercitare la nostra professione senza poter offrire le giuste garanzie alle donne e ai neonati.

La protesta è stata forte e la risposta non è mancata. Un problema ignorato dai più è diventato oggetto di discussione fra la gente comune e molti partiti politici si sono affrettati ad inserirlo nei loro programmi

dere si adoperi per mettere in cantiere i provvedimenti adeguati. È necessario che il nuovo Governo inizi al più presto un percorso che, attraverso atti successivi e coordinati, riesca a raggiungere il risultato di ridurre ai minimi termini il problema del contenzioso sanitario, sottraendolo alla speculazione da parte di tutti i soggetti che oggi ne traggono ingiustificati guadagni, ai danni del Ssn e dei medici. Nello stesso tempo, le Regioni devono procedere alla messa in sicurezza dei punti nascita, in tutto il territorio nazionale.

Non ci stancheremo di ripetere che non è nostra intenzione sottrarre degli strumenti di tutela ai cittadini che rimangono realmente vittime di errori sanitari e che la nostra lotta viene condotta nell'interesse dei cittadini onesti, del Ssn e dei medici. **Y**

Lo sciopero dei ginecologi e le risposte dei partiti

Ecco come quasi tutti i partiti che si sono presentati al voto hanno "interpretato" le nostre richieste per una nuova normativa sulla responsabilità professionale. Dopo la formazione del nuovo governo saremo pronti a collaborare a tutti i progetti che consentiranno di ottenere la sicurezza dei punti nascita

Pochi giorni dopo il nostro sciopero abbiamo avuto modo di constatare che diversi partiti avevano inserito nei loro programmi elettorali delle scelte di indirizzo che vanno nella direzione da noi richiesta:

- la messa in sicurezza dei punti nascita in tutto il territorio nazionale;
- il problema del contenzioso medico-legale in campo sanitario.

In particolare, abbiamo apprezzato le seguenti linee programmatiche:

- 1.** Gli operatori della sanità devono veder riconosciuto, al pari della funzione sociale di promozione della salute per il bene dell'individuo e delle comunità, anche il rischio a ciò connesso che deve essere assunto dalla collettività in modo equo e giusto. Ciò porterà all'abbattimento delle pratiche di "medicina difensiva" che costano oltre 10 miliardi di euro ogni anno al Ssn. **(Scelta civica)**
- 2.** Rivoluzionare la sanità vuol dire anche ridurre la medicina

difensiva. "Per abbattere questa enorme spesa, valutata complessivamente intorno ai 14 miliardi di euro, bisogna rendere obbligatoria - e necessariamente a prezzi calmierati tramite intervento governativo - l'assicurazione dei medici e delle strutture sanitarie, per eventuali danni provocati al paziente. In tale modo si può garantire a quest'ultimo la certezza di esser risarcito se ha subito un torto e, contemporaneamente, si rendono i medici più sereni nello svolgere la loro professione".

(Rivoluzione Civile)

- 3.** Servono linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici scientificamente validi e verificati dalle società scientifiche. Deve anche essere finalmente introdotta una legge sul rischio clinico che imponga l'introduzione di strumenti per la prevenzione degli eventi avversi ed il loro monitoraggio che riveda i meccanismi di assicurazione, al fine di garantire la copertura a tutti i professionisti del Ssn e al contempo ne riduca i costi.

Il PD, consapevole del profondo disagio dei professionisti, intende orientare le sue politiche secondo alcune direttrici di intervento:

- le quattro A: assicurazione, autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali (questi ultimi per le strutture private), con la prima che diventa condizione necessaria e imprescindibile per le altre tre, costituendo, quindi, un obbligo. La tutela, comunque configurata, deve valere per tutto l'arco temporale in cui può essere esercitata un'azione risarcitoria (10 anni in civile);
- migliorare la sicurezza delle cure: attuando in ogni struttura funzioni dedicate alla prevenzione e gestione del rischio, lavorando sull'appropriatezza (le buone pratiche sulla base di linee guida accreditate), sviluppando procedure confidenziali di emersione e valutazione degli errori, incrementando politiche di formazione;
- attivare sistemi misti, risarcitori e indennitari, in maniera da tutelare le persone danneggiate, indipendentemente dal riconoscimento o meno di una responsabilità individuabile (no fault);
- creare un fondo per i grandissimi rischi e per le insolvenze, introducendo il

concetto della responsabilità oggettiva delle strutture sanitarie, siano esse pubbliche o private;

- dare piena e pronta attuazione al fondo di solidarietà per le categorie professionali più esposte al fine di contenere i premi assicurativi;

- mettere a punto tabelle univoche per la valutazione del danno, allo scopo di uniformare, secondo equità e giustizia, l'ammontare delle liquidazioni. **(Partito democratico)**

- 4.** Il partito è favorevole all'obbligo di assicurazione per professionisti e strutture sanitarie. (on. Lucio Barani, **Partito della libertà**)

- 5.** Proseguire nell'evoluzione dei consultori familiari in centri per la famiglia, quali luoghi che garantiscano la presa in carico globale della persona, della famiglia e delle donne non solo durante la gravidanza, ma anche dopo il parto. **(Maroni Presidente).**

Dopo la formazione del nuovo Governo saremo pronti a collaborare a tutti i progetti che consentiranno di ottenere la sicurezza dei punti nascita in tutto il territorio nazionale ed ai programmi che avranno l'obiettivo di riportare a livelli accettabili il problema del contenzioso medico-legale in campo sanitario, garantendo sempre la tutela ai cittadini realmente vittime di errori sanitari, nell'interesse del Ssn e nel rispetto della professione medica. (Carminè Gigli)

AGITE e lo sciopero del 12 febbraio

Giovanni Fattorini
Presidente AGITE

È stata la prima volta ed è stato un successo che credo nessuno, ma proprio nessuno poteva augurarsi più esteso, convinto, partecipato. Se è vero che il tema del contenzioso medico legale - tema che coinvolge tutti i ginecologi e che è diventato così drammatico da orientare molti colleghi, soprattutto i più giovani, a prendere in seria considerazione addirittura l'idea di cambiare specialità è stato il motivo trainante della adesione, le vere ragioni non si fermano a questa spiegazione. Intanto vanno riconosciuti i giusti meriti a chi ha ideato e costruito l'organizzazione della giornata di protesta basata su tre principi, che dovremo tenere bene a mente per le battaglie future.

L'ispirazione assolutamente e finalmente unitaria della convocazione delle iniziative di lotta. A parte naturalmente i colleghi di Aogoi vanno ricordate le oste-

Grazie ai circa 2 mila colleghi che operano nei Consultori e nelle strutture territoriali pubbliche e private e anche ai colleghi che esercitano la libera professione, Agite ha fatto la sua parte.

L'ispirazione unitaria dell'iniziativa ci ha permesso di svolgere un incisivo atto di protesta che ha posto alle forze politiche e all'opinione pubblica delle istanze che riguardano tutti i cittadini e non solo la nostra categoria. Come la messa in sicurezza dei punti nascita, il rischio di decadimento del Ssn e l'impovertimento delle risorse dedicate all'area materno-infantile

triche dell'Aio, a cui va il merito di non avere avuto il timore di apparire subalterne alle categorie mediche e che hanno dato il loro prezioso contributo di idee, di proposte e di presenza. Ma anche, fatemelo dire con orgoglio e grande soddisfazione, i ginecologi, circa 2000 in tutta Italia, che operano nei Consul-

tori e nelle strutture territoriali, sia dipendenti che convenzionati, e infine i colleghi che esercitano la libera professione. Tutti colleghi che la nostra associazione ormai rappresenta nella stragrande maggioranza. In secondo luogo va riconosciuta l'intelligenza di avere utilizzato le giuste parole d'ordine,

l'abile approccio con i mezzi di comunicazione, il tempismo e la buona organizzazione che ha coordinato le diverse attività a livello centrale e in tutte le regioni.

Noi di Agite abbiamo fatto la nostra parte. Siamo stati presenti in tutte le Conferenze stampa, abbiamo partecipato alla Manifestazione nazionale, abbiamo mobilitato i nostri iscritti, abbiamo prodotto materiale di divulgazione e l'adesione in tutta Ita-





lia non è stata inferiore a quella dei colleghi ospedalieri. In terzo luogo siamo stati capaci, tutti insieme, di svolgere un incisivo atto di protesta senza che nulla turbasse la riuscita della manifestazione e abbiamo posto alle forze politiche, in gran parte e ancora una volta assenti (ma per quanto ancora?), e all'opinione pubblica temi che riguardano tutti i cittadini e non solo la nostra categoria, come la messa in sicurezza dei punti nascita e il rischio del decadimento del Servizio sanitario nazionale e dell'impovertimento delle risorse dedicate all'area materno-infantile. Il diritto alla salute delle donne e dei bambini – e l'abbiamo detto con forza in tutte le manifestazioni a cui abbiamo partecipato – va considerato un bene assoluto da preservare e questo ambito dovrebbe essere valutato non solo come un settore importante della Sanità Pubblica, ma anche e soprattutto come uno degli indicatori più fedeli della civiltà raggiunta da un paese evoluto.

Due ultime considerazioni. Sia chiaro che la battaglia comincia adesso ed il fatto che il suo esordio sia stato un successo deve confermarci nella volontà di proseguire con saggezza ma con altrettanta determinazione il nostro impegno. La partita è appena cominciata e il confronto con il nuovo Parlamento e con il nuovo esecutivo insieme al proseguimento della mobilitazione dovrà essere al primo punto dell'Ordine del Giorno di tutte le associazioni che hanno indetto lo sciopero.

Dopo il 12 Febbraio il mondo del nostro associazionismo non è più lo stesso. Siamo concretamente entrati in una fase caratterizzata dalla pari dignità di tutte le componenti e da uno spirito nuovo di confronto e collaborazione da cui non si potrà tornare indietro. La prospettiva del Collegio Unico dei Ginecologi Italiani non è più una speranza, ma è già oggi una responsabilità e un obbligo che ci riguarda tutti. **Y**

Le ostetriche AIO insieme ai ginecologi italiani

■ Il 12 febbraio verrà ricordata come data "storica" anche dalla nostra categoria. Abbiamo avuto la percezione di un nuovo inizio: l'avvio di una rivoluzione culturale delle ostetriche italiane

Antonella Marchi
Presidente AIO

Lil 12 febbraio, per la prima volta nella loro storia professionale, oltre il 90% delle ostetriche italiane ha scioperato insieme ai medici ginecologi.

Possiamo quindi dire che è stato un grande successo di partecipazione ed anche la manifestazione nazionale, presso la sala congressi del San Paolo Palace Hotel di Palermo, ha avuto una risonanza notevole grazie soprattutto all'impegno dei segretari regionali Aogoi, Aio e Agite, rispettivamente Giuseppe Ettore, Peppe Lombardo e Francesca Cappello e alla partecipazione dell'assessore alla Salute Lucia Borsellino e del Presidente della VI Commissione Parlamentare Giuseppe Di Giacomo.

Desidero ringraziare tutti i Segretari regionali Aio che si sono messi a disposizione dell'Associazione anche con contributi rilevanti alle Conferenze stampa organizzate dalle associazioni promotrici Fesmed, Aogoi, Sigo, Agui, Agite, Sieog, Aio.

Per la nostra categoria si è trattato di un evento "storico", che ci ha dato la percezione di un nuovo inizio: una rivoluzione culturale delle ostetriche italiane!

Le grandi potenzialità umane e professionali esistenti a livello nazionale in ambito ostetrico ginecologico sono la base indispensabile perché il nuo-

vo impianto normativo del percorso nascita trovi il suo naturale sviluppo nella concreta applicazione, in tutte le aziende sanitarie, dell'Accordo Stato-Regioni sul riordino dei punti nascita. Nonostante siano passati oltre i due anni si attende ancora l'applicazione delle normative e l'adeguamento agli standard previsti per le dotazioni organiche di medici ed ostetriche/ci, delle risorse tecnologiche, strutturali ed organizzative.

Lo sciopero è stato un primo passo per dire "ci siamo" ed alzeremo nuovamente la voce

I Paesi europei che hanno investito sulle ostetriche in ospedale e sul territorio hanno assistito ad un miglioramento della qualità assistenziale. Non si comprende perché in Italia non sia possibile prendere esempio dai paesi più virtuosi

se non saremo ascoltate/i! Tutte le preoccupazioni legate anche ad alcune criticità del sistema nascita in Italia investono anche le ostetriche. A partire dalla carenza di personale. La carenza di ostetriche nei centri di Ostetricia, Ginecologia, Chirurgia tradizionale ed endoscopica di Ostetricia e Ginecologia e Neonatologia, ad esempio, è una delle principali cause dell'aumento vertiginoso dei contenziosi medico legali. Ci domandiamo ogni giorno, come fan-

no ospedali e consultori territoriali a garantire le attività sanitarie con le poche ostetriche in servizio, spossate da turni di lavoro stressanti, che accusano, in un crescendo sconcertante, i sintomi della sindrome da burnout. Anche l'aumento dei tagli cesarei è da ascrivere alla mancanza di ostetriche nei reparti ed in sala travaglio e parto.

Per questo, è necessario applicare subito la riforma dei punti nascita che, tra l'altro, prevede un numero appropriato di ostetriche a seguire le donne nell'intero percorso nascita, ovvero in gravidanza, in travaglio di parto e nel puerperio. Se tutto questo venisse applicato si assisterebbe anche alla riduzione del ricorso a figure non professionali e quindi alla diminu-

zione del fenomeno dell'abuso in ambito materno-infantile.

I Paesi europei che hanno investito sulle ostetriche in ospedale e sul territorio hanno assistito ad un miglioramento della qualità assistenziale con aumento della fisiologia, riduzione della patologia e di tagli cesarei. E hanno registrato una riduzione della spesa sanitaria e una grande soddisfazione lavorativa delle ostetriche, poiché accrescono la responsabilità, l'autonomia

professionale e l'opportunità di sviluppare relazioni significative con le donne assistite e le loro famiglie. Non si comprende perché in Italia non sia possibile prendere esempio dai paesi più virtuosi, a partire dal momento più importante nella vita di un essere umano: la sua nascita.

Per tutto ciò le ostetriche italiane, oltre a condividere i punti proposti dai Ginecologi Sigo, Aogoi, Agui, Fesmed, Agite, Sieog, chirurghi Acoi, hanno chiesto a tutte le forze politiche di promuovere l'assunzione di ostetriche ed applicare la riforma dei punti nascita, per il miglioramento della salute delle donne e dei bambini del nostro Paese, e per mettere in atto un intervento deciso per impedire che sedicenti professionisti sanitari possano intervenire in contesti di salute di donne e bambini, in linea con la recente legge sulle professioni non riconosciute. **Y**





Palermo: la manifestazione nazionale AOGOI

■ **Massiccia partecipazione all'incontro dibattito organizzato a Palermo per illustrare il quadro delle principali problematiche al centro dello sciopero. Oltre 350 i rappresentanti di ginecologi, ostetriche, neonatologi, anestesisti e infermieri. Presente anche l'assessore della Salute Lucia Borsellino e numerosi inviati della stampa nazionale e regionale**



Giuseppe Ettore
Segretario AOGOI Sicilia

La manifestazione nazionale dei ginecologi e delle ostetriche/ci aderenti allo sciopero e di tutti gli operatori dell'area materno-infantile (neonatologi, anestesisti, medici di famiglia, infermieri) si è concretizzata in un incontro dibattito con i rappresentanti delle Istituzioni, dei partiti politici, delle aziende sanitarie e dei cittadini presso il San Paolo Palace Hotel di Palermo.

L'obiettivo è stato quello di definire con chiarezza, trasparenza e consapevolezza lo stato di attuazione della riorganizzazione del percorso nascita e messa in sicurezza dei punti nascita e le iniziative per far fronte al contenzioso medico-legale in campo sanitario.

A presiedere la manifestazione: Carmine Gigli, presidente Fesmed, Giuseppe Ettore, segretario regionale Aogoi, Giuseppe Canzone, segretario regionale Fesmed, Francesca Cappello, segretario regionale Agite, Paolo Scollo, vice presidente nazionale Sigo, Nicola Chianchiano, segretario regionale Sieog, Antonio Cianci, delegato regionale Agui e Giuseppe Lombardo, segretario Regionale Aio.

Dopo il saluto di apertura del segretario regionale Aogoi, Giuseppe Ettore, ha introdotto i lavori il presidente nazionale Fesmed, Carmine Gigli, con la presentazione del documento congiunto e delle motivazioni dello sciopero.

L'intervento di Rinaldo Zanini (Agenas) ha posto in chiaro i cri-



teri di lettura degli esiti perinatali in relazione ai livelli organizzativi, strutturali e tecnologici dei punti nascita e come la messa in sicurezza debba appartenere pienamente ai livelli essenziali di assistenza.

Per quanto concerne la responsabilità in ambito sanitario, il Prof. Salvatore Aleo, ordinario di Diritto Penale dell'Università di Catania, ha sottolineato come la norma introdotta col decreto Balduzzi: a) può essere considerata scientificamente molto debole; b) crea notevole confusione; c) costituisce ulteriori spazi e vantaggi per le compagnie assicurative.

La responsabilità penale in ambito sanitario dovrebbe considerarsi limitata ai casi di colpa grave, almeno nelle ipotesi di imperizia, secondo lo schema dell'art. 2236 del codice civile: questa norma, e le ragioni di garanzia dell'attività professionale che la giustificano, sono rilevanti a maggior ragione per l'illecito penale, che costituisce uno spazio ovviamente più ristretto rispetto all'illecito civile.

Il programma della manifestazione nazionale

Il percorso nascita

Gli esiti perinatali - Rinaldo Zanini

La rete dei consultori - Francesca Cappello

La rete dei punti nascita - Giuseppe Ettore

Il contenzioso medico-legale in campo sanitario

La responsabilità medico-legale in campo sanitario - Salvatore Aleo

Quale progetto assicurativo regionale - Paolo Dagostino, Giuseppe Murolo

Interventi

Riccardo Spampinato, Presidente Regionale Cimo Asmd

Gigi Triolo, Delegato Regionale Aiop

Angelo Rizzo, Delegato Nazionale Sin

Ignazio Barberi, Presidente Regionale Sin

Emanuele Scarpuzza, Presidente Regionale Aaroi-Emac

Pieremilio Vasta, Presidente Regionale Comitati Consultivi

Giuseppe Greco, Presidente Regionale Cittadinanza Attiva

La proposta delle Istituzioni

Giuseppe Di Giacomo,

Presidente VI Commissione Assemblea Regionale Sicilia

Lucia Borsellino,

Assessore della salute Regione Sicilia

Per ciò che riguarda la responsabilità civile, questa equivale alla distribuzione sociale dei rischi delle attività pericolose, e gli er-

rori sanitari sono rischi tipici dell'attività sanitaria, che è oggetto della funzione pubblica. Così, la responsabilità civile dovrebbe es-

sere attribuita innanzitutto alle strutture: e in tal modo costituirebbe obblighi di messa in sicurezza delle strutture; e solo in sede di rivalsa (per dolo o colpa grave) ai sanitari: secondo i criteri, quindi, tanto della responsabilità davanti alla Corte dei conti quanto della responsabilità dei magistrati, la cui attività non appare, invero, più delicata e più meritevole di garanzia rispetto a quella sanitaria.

In prospettiva, va immaginata e costruita la responsabilità sociale della funzione sanitaria, in capo allo Stato, soggetto della funzione pubblica sanitaria: forma che coprirebbe un maggior numero di danni; che sarebbe distribuita fra tutta quanta la collettività; che costerebbe nel complesso di meno rispetto alle coperture delle compagnie assicurative, che devono lucrare utili e i cui premi sono soggetti a tassazione.

L'onorevole Giuseppe Di Giacomo, presidente della VI Commissione Assemblea Regionale Sicilia, ha richiamato fortemente il ruolo della politica nel non delegare o rinviare la soluzione di temi così rilevanti attorno alla nascita, come la sicurezza degli operatori e delle donne e l'equilibrio tra sostenibilità dell'assistenza, appropriatezza e diritti egualitari di tutti i cittadini. L'Assessore della Salute Lucia Borsellino ha espresso il massimo impegno a rendere esecutivo il decreto per la messa in sicurezza dei punti nascita e porre tutte le problematiche dell'area materno infantile come priorità del governo regionale.

A chiudere i lavori, a fine mattinata, è stato il presidente Fesmed che, oltre a tracciare le ipotesi di lotta post sciopero, si è compiuto dell'ottima organizzazione regionale, resa palese dalla massiccia partecipazione di ginecologi, ostetriche, neonatologi, anestesisti e infermieri (oltre 350) e dai numerosi inviati della stampa nazionale e regionale. **Y**

AGITE a Palermo

Francesca Cappello
Segretario regionale AGITE

La scelta di Palermo per la manifestazione nazionale dello sciopero del 12 febbraio è stata senz'altro una scelta indovinata, come dimostra l'alta partecipazione all'incontro organizzato nella sala dell'Hotel San Paolo, gremita di ginecologi, ostetriche/i e neonatologi (questi ultimi presenti anche se formalmente

non aderenti allo sciopero) arrivati da tutta la regione con i pullman messi a disposizione. La Sicilia infatti è la regione dove Aogoi, Agite e Aio, con un proficuo lavoro di squadra, si sono energicamente mobilitate negli ultimi anni per portare avanti un processo di riorganizzazione dell'area materno infantile che ha già dato frutti molto interessanti. Primi tra tutti quello di rendere evidente il ruolo chiave del territorio

nei percorsi integrati dell'area materno infantile e di abbattere la barriera storica tra ginecologia ospedaliera e ginecologia territoriale.

La Sicilia è anche la prima regione dove è stato emanato un decreto di riordino dei punti nascita secondo le direttive dell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010. Decreto rimasto però ad oggi del tutto inapplicato.

Nel corso dell'incontro sono

Le iniziative in tutti i capoluoghi di regione hanno dato voce alle ragioni della nostra protesta

La scelta di organizzare conferenze stampa e incontri dibattito in tutti i capoluoghi di regione è stata premiata perché ha dato voce alle ragioni della nostra protesta diffondendole in modo capillare su tutto il territorio. Il che non accade di frequente.

Il nostro obiettivo non era tanto quello di amplificare l'eco di una iniziativa che aveva già in sé tutti i requisiti mediatici di "straordinarietà" (ben ripresi dalla stampa con titoli ad effetto come "12 febbraio: vietato nascere"), quanto piuttosto di far prendere coscienza all'opinione pubblica e soprattutto alle forze politiche di quanto sia stringente affrontare le problematiche del contenzioso legale, del tutto ignorate dalla campagna elettorale e assenti nell'agenda sanità dei partiti. Era dunque essenziale spiegare le ragioni che hanno indotto ginecologi, ostetriche e tanti operatori del percorso nascita a dar vita a una protesta così clamorosa. E ci siamo riusciti. Lo spazio e gli approfondimenti che telegiornali, radio e stampa nazionali e locali ci hanno dedicato è stato notevole, nonostante non mancassero breaking news d'eccezione: dall'emergenza meteo, che ha indotto l'Autorità di garanzia sugli scioperi a consigliare il differimento della protesta, alle epocali dimissioni di Benedetto XVI.

Le ragioni del nostro sciopero

sono state comprese e condivise da tante associazioni professionali e sindacali e anche dai cittadini. Le forze politiche hanno dovuto prendere coscienza della questione del contenzioso le-

gale e delle nostre preoccupazioni sia per i tagli lineari, che stanno mettendo in ginocchio la sanità italiana e pregiudicano l'applicazione della riforma per la messa in sicurezza dei punti

nascita in tutto il territorio nazionale. Sia per il futuro stesso della nostra ginecologia e ostetricia, esposta a rischi professionali così alti da indurre i giovani medici all'abbandono di questa (come di alcune altre)



MILANO



GENOVA



BARI

SUL SITO AOGOI
I report delle conferenze stampa organizzate in tutti i capoluoghi di regione



specialità. E già oggi ne abbiamo i segnali.

Le conferenze stampa organizzate in tutti i capoluoghi di regione, i cui report sono pubblicati su sito www.aogoi.it, si sono trasformate in un'occasione di dibattito che ha coinvolto anche avvocati, sindacalisti e assicuratori. Un'occasione per fare il punto anche sulle varie criticità a livello territoriale: carenza di personale, sia per quanto riguarda i medici che le ostetriche, mancato o insufficiente avvio del processo di progressiva razionalizzazione/riduzione dei piccoli punti nascita e di integrazione dei servizi tra territorio e ospedale, problemi assicurativi delle Asl ecc.

Il successo del nostro primo sciopero dimostra che i tempi e le modalità scelti erano giusti. Il contributo dei nostri segretari regionali e di quelli di Agite e Aio è stato prezioso. Senza dimenticare il formidabile apporto dei colleghi delle altre associazioni che hanno con noi aderito e con noi condiviso questa iniziativa. **Y**



stati affrontati vari temi di rilievo nazionale e regionale: il percorso nascita in Italia e in Sicilia, problematiche vecchie e nuove della rete consultoriale siciliana, le criticità dei punti nascita regionali, la colpa in sanità, il progetto assicurativo della regione.

Per quanto riguarda la rete consultoriale è stato sottolineato come oggi non sia possibile pensare di mettere in sicurezza i punti nascita senza avere contemporaneamente tracciato un percorso nascita che de-

ve iniziare e concludersi nei servizi territoriali, che pertanto vanno anch'essi urgentemente riorganizzati e messi nelle condizioni di potere rispondere in modo efficace ed efficiente ai bisogni di salute materno infantile.

Per fare ciò si è chiesto di intervenire prioritariamente su tre punti:

1. gli organici: a) colmando con urgenza le numerose carenze, particolarmente gravi per la figura delle ostetriche; b) rimodulando le do-

tazioni organiche nel senso di prevedere in ciascun consultorio, oltre ginecologo, psicologo, assistente sociale ed ostetrica, anche una quinta figura con compiti di supporto all'attività ambulatoriale sia del ginecologo che dell'ostetrica (come indicato nell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010);

2. la definizione di requisiti minimi strutturali di cui dotare tutti i consultori;
3. il loro riassetto organizzativo, proponendo il modello

già sperimentato nella provincia di Palermo.

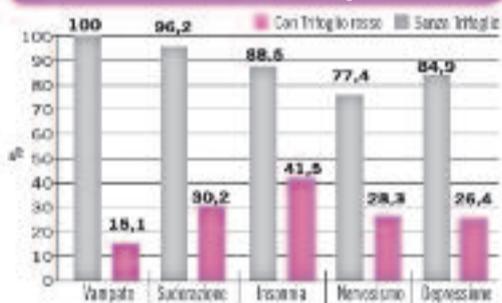
Fin dall'inizio dei lavori sono stati presenti il presidente della commissione sanità dell'Assemblea regionale siciliana, on. Giuseppe Di Giacomo, e l'Assessore della salute della regione Sicilia, Lucia Borsellino. Entrambi hanno assicurato il proprio impegno attivo e determinato per dare risposte concrete ed immediate alle richieste di miglioramento avanzate sia in ambito ospedaliero che territoriale. **Y**



Promensil® è un integratore a base di Trifoglio rosso, la fonte naturale più ricca, pregiata e sicura di Isoflavoni.

- Quattro differenti Isoflavoni
- 45 volte più efficace degli Isoflavoni della soia
- Massima biodisponibilità grazie alla forma agliconica degli Isoflavoni
- Una sola compressa al giorno
- Alta compliance: azione efficace per l'intera giornata
- Protezione osteo-articolare
- Azione anti-invecchiamento per pelle e mucose
- Tre differenti formulazioni per rispondere ad ogni tipo di esigenza
- Efficacia e sicurezza documentate da oltre 30 pubblicazioni scientifiche internazionali

Effetti degli isoflavoni del Trifoglio rosso sui sintomi della menopausa



Tratto da: Hidalgo L. A. et al. "The effect of red clover isoflavones on menopausal symptoms, lipids and vaginal cytology in menopausal women: A randomized, double-blind, placebo-controlled study". *Gynec. Endocr.* 2005, 21: 257-264

Riduce i disagi
Protegge dall'invecchiamento
Integra le carenze

promensil®

Contro i disturbi della Menopausa



Vampate: - 73%

Sudorazione: - 66%

Insonnia: - 47%

Nervosismo: - 59%

Depressione: - 59%

promessa di benessere

Numero Verde
800-203678

Da Lunedì a Venerdì
 ore 14.00 - 17.00
 info@named.it

named.it
 promensil.it



Esattamente un anno fa scattava "l'operazione Nas in sala parto" e Gyneco titolava in copertina: "Troppi cesarei. Ma la soluzione non sono i Nas". Su quel numero, in una lettera al ministro Renato Balduzzi, l'Aogoi illustrava le ragioni del suo dissenso riguardo le azioni di controllo a campione dei carabinieri disposte dal ministro della Salute "per accertare l'utilizzazione non appropriata (opportunistica) del ricorso al parto cesareo nei reparti di ostetricia delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate". Un dissenso rivolto (più che comprensibilmente) ai metodi, ma anche e soprattutto alla sostanza: perché l'Aogoi da anni è impegnata a contrastare questo fenomeno che affonda le sue radici nelle criticità delle condizioni di lavoro con cui ginecologi e ostetriche devono fare

CESAREI E NAS: SECONDA PUNTATA



quotidianamente i conti in moltissime realtà del nostro Paese ("guarda caso proprio in quelle dove la percentuale di cesarei risulta più alta della media"). Criticità strutturali e organizzative che la nostra Associazione ha sempre denunciato, per tutelare la sicurezza delle pazienti e quella degli operatori, esposti a seri rischi sul piano della responsabilità professionale. In quella lettera, rimasta peraltro senza risposta, l'Aogoi offriva la sua collaborazione per una effettiva soluzione di questa problematica. **A distanza di un anno, la seconda puntata di "cesarei e Nas"**

si è materializzata nel rapporto che il ministero ha presentato lo scorso 18 gennaio, poco prima dell'incontro tra il ministro Balduzzi e i rappresentanti dei ginecologi e ostetriche che avevano annunciato la loro iniziativa di protesta, culminata poi nello sciopero del 12 febbraio. I risultati dell'indagine svolta dai carabinieri dei Nas sono così riassumibili: "Parti cesarei: il 43% è ingiustificato. Uno spreco da 85 milioni l'anno". Li abbiamo pubblicati sul numero scorso del nostro giornale insieme all'immediata replica della Fesmed. Il dato è così eclatante

che il clamore mediatico che ne è seguito questa volta è apparso perfino giustificato. Meno giustificabile invece appare secondo l'Aogoi la diffusione ai media di risultati "inattendibili, fuorvianti, raccolti senza l'applicazione di un metodo validato e scientifico". Il perché questa indagine sia lacunosa e parziale l'Aogoi lo spiega puntualmente nella lettera-istanza di seguito pubblicata, che è stata inviata al ministro Balduzzi il 12 febbraio scorso, proprio nella giornata dello sciopero nazionale. Una lettera doverosa e necessaria anche perché il danno "all'immagine e alla reputazione del profilo professionale dei Ginecologi Ostetrici Italiani" appare ancor più grave alla luce delle possibili conseguenze giuridiche ricollegabili alle ipotizzate condotte dei sanitari - che vanno dal falso ideologico alle lesioni personali e alla truffa ai danni del Ssn. Chissà se il Ministro questa volta vorrà rispondere ai ginecologi italiani o quantomeno accogliere la prima delle 3 richieste che l'Aogoi ha espresso in conclusione della missiva: quella di un incontro chiarificatore.

La lettera dell'Aogoi al ministro della Salute Renato Balduzzi

Caro ministro ti scrivo: perché l'indagine dei Nas non fotografa affatto la realtà delle sale parto italiane

Illustrissimo Ministro

A seguito della segnalazione dell'AGENAS su un'ipotizzata utilizzazione opportunistica della compilazione della SDO e relativa impropria codifica è stata avviata dal Ministero della Salute un'indagine di "controllo campionario" con particolare riferimento alle dimissioni con primo parto cesareo. L'obiettivo dell'indagine era di verificare la corrispondenza delle informazioni contenute nelle SDO con l'effettiva documentazione presente nelle cartelle. Allo scopo sono state acquisite dai NAS e trasmesse al Ministero 3273 cartelle cliniche, distribuite in 78 strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate. Il successivo esame da parte di esperti su 1117 cartelle provenienti da 32 strutture di 19 regioni avrebbe evidenziato una sorprendente discordanza tra quanto riportato in cartella e il codice di diagnosi che figurava sulla SDO.

Vale la pena rilevare che i risultati dell'indagine non appaiono conformi alla reale pratica delle sale parto italiane. Le tabelle su base regionale non fotografano affatto la realtà perché il campione è estremamente esiguo e soggetto a variabilità casuale. Inoltre sono state scelte per l'indagine le strutture con più alta frequenza di presentazione anomala, ossia le strutture

con maggiore possibilità di identificazione di errori. Tale inopportuna scelta enfatizza, con una modalità fuorviante, la discrepanza tra le cartelle e le SDO, misconoscendo la realtà di più di 500 punti nascita italiani.

L'analisi non effettuata con un metodo scientifico ed attendibile ha condotto alla generalizzazione di dati destituiti di ogni fondamento e altamente lesivi dell'immagine e della reputazione del profilo professionale dei Ginecologi Ostetrici Italiani, la cui serietà, competenza e lealtà viene ingiustamente e rovinosamente messa in dubbio con illazioni suggestive di condotte truffaldine, di incorretta compilazione di documenti clinici e alterazione della realtà a scopo di lucro.

Il danno cagionato dalla diffusione ai media dei risultati dell'indagine ministeriale si appalesa ancor più grave in considerazione delle possibili conseguenze giuridiche ricollegabili alle ipotizzate condotte, di possibile rilevanza penale per falso ideologico e truffa. In vero, la natura di atto pubblico della cartella clinica è stata più volte affermata tanto con riferimento alle strutture pubbliche quanto alle cliniche convenzionate. La SDO costituisce parte integrante della cartella clinica e ne assume le medesime valenze medico-legali. Poiché la SDO è finalizzata a

consentire l'attribuzione dei codici indispensabili per la classificazione nei DRG ai fini del rimborso da parte del SSN, l'alterazione dei dati potrebbe integrare gli estremi di raggiri e artifici per trarre in inganno e conseguire un ingiusto profitto in danno della PA.

La divulgazione di risultati inattendibili, fuorvianti, raccolti senza l'applicazione di un metodo validato e scientifico, la parzialità dell'indagine condotta, la scarsa affidabilità della procedura adottata, la totale sottovalutazione dei dati epidemiologici e della letteratura internazionale nell'interpretazione degli scarsi elementi raccolti si risolvono in un'ingiusta lesione dell'immagine e della considerazione sociale dei Ginecologi Italiani, compromettendo il rapporto fiduciario con le pazienti e la necessaria serenità nello svolgimento del delicato compito degli operatori sanitari di una branca specialistica di indubbia complessità e assoluta indispensabilità.

Il rischio di possibili contestazioni di rilievo per il Giudice Penale e per la Corte dei Conti consente di richiedere che qualsiasi verifica si svolga in contraddittorio con la partecipazione dei medici, loro consulenti tecnici e legali nonché preavvisando l'AOGOI quale società rappresentativa dei loro interessi. Appare evi-

dente la piena legittimazione e ogni interesse dei Ginecologi-Ostetrici a poter conoscere le modalità di raccolta e analisi dei dati, a poter partecipare per contestare, chiarire, integrare i risultati delle verifiche ministeriali nell'immediatezza e nel corso delle indagini. Emerge altresì il diritto fin dalle fasi iniziali dell'indagine a far acquisire e documentare elementi e fonti di prova a discarico.

Tutto ciò al fine di evitare che l'indagine dall'apparenza meramente amministrativa e conoscitiva, venga poi trasmessa all'Autorità Penale, utilizzando come elementi di prova a carico risultanze raccolte unilateralmente, non dall'organo inquirente a ciò deputato, oltretutto privando gli interessati dell'esercizio di qualsiasi diritto di difesa, seppur possano essere qualificati indagati fin dall'origine, in quanto l'indagine coinvolge inequivocabilmente persone determinate o comunque determinabili.

Risulta evidente che la procedura adottata dall'AGENAS e dal Ministero potrebbe costringere i committenti a trasmettere gli atti alla Procura della Repubblica ravvisando la possibile commissione di ipotesi di reato. Tuttavia pregiudicherebbe irreparabilmente i diritti della difesa degli interessati, appalesandosi in contrasto con i principi generali del nostro ordinamento, con le previsioni del vigente Codice di Procedura Penale e con la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo.

Non è di poco conto poi che la lesione dei diritti della difesa e l'assenza di contraddittorio, non consentendo ai Ginecologi Ostetrici di contribuire alla ricostru-



zione della vicenda con propri esperti e fornendo esaustive informazioni, si risolverebbe nell'ulteriore e altrettanto grave nocimento di una ricostruzione parziale e con ogni probabilità errata, in danno degli Ostetrici-Ginecologi, dell'immagine del SSN e del rapporto fiduciario medico-paziente.

Alla luce di tutto quanto fin qui portato a conoscenza della S.V. Ill.ma, l'AOGOI rivolge istanza all'On. Signor Ministro:

- affinché conceda un incontro chiarificatore;
- affinché non si avvalga dei dati dell'indagine finora raccolti appalesandosi parziali inattendibili e lesivi dei diritti degli interessati;
- affinché voglia consentire per il futuro una procedura in contraddittorio per la raccolta e l'analisi di dati e l'espletamento di indagini tecniche sull'operato degli specialisti, nel rispetto dei loro diritti e del loro buon nome e a garanzia di una ricostruzione delle vicende obiettiva e aderente alla realtà dei fatti.

Prof. Vito Trojano
Presidente Nazionale AOGOI

Ufficio legale nazionale AOGOI: si parte con le sedi di Milano e Roma

I nostri primi passi verso una tutela a 360° su tutto il territorio

“L'intervento precoce evita l'evento avverso”. Come in medicina, anche nel campo del diritto la precocità di intervento e una corretta impostazione della strategia difensiva riducono moltissimo le conseguenze negative di un'indagine o di un processo, incidendo sensibilmente sul

risultato. Su questo presupposto l'Aogoi ha fondato il suo progetto di Ufficio legale nazionale che ora parte con l'attivazione di due sedi: a Milano e Roma. Per garantire una tutela più ampia, l'Aogoi sta elaborando un albo di consulenti tecnici di comprovata

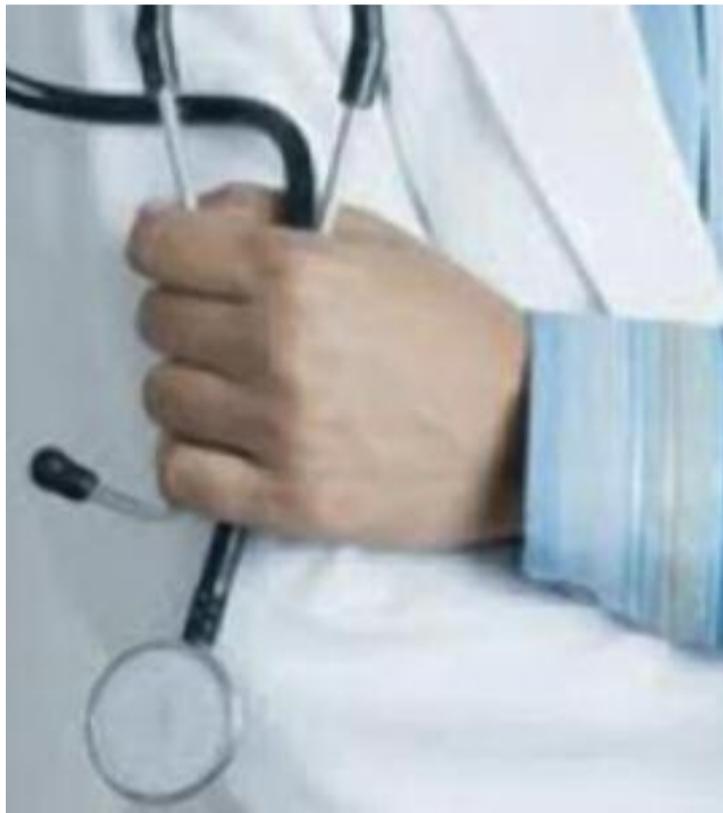
esperienza che opereranno in stretta collaborazione con l'Ufficio legale. Un numero telefonico dedicato consentirà agli iscritti interessati di raggiungere il servizio legale Aogoi nell'urgenza, non appena abbiano appreso di un'indagine aperta a loro carico

Vania Cirese
Avvocato, Foro di Roma
Ufficio Legale AOGOI

Le azioni giudiziarie contro i sanitari si dimostrano spesso pretestuose e infondate e comunque, al di là delle motivazioni che le informano, rappresentano un livello di tensione ormai estrema all'interno della classe medica.

In teoria, l'accusa dovrebbe essere ritenuta giusta o ingiusta a seguito delle risultanze del processo e in base ad una sentenza; solo a seguito di una pronuncia che qualifichi fondata l'azione proposta nei confronti del professionista costui dovrebbe mettere in atto tutte le misure per agire a sua tutela o azionare l'assicurazione, sia pur con gli opportuni limiti, per far ottenere al paziente un risarcimento conseguente ai danni lamentati nell'azione proposta. Nella pratica però così non avviene. E chi non vuole soccombere deve “anticipare” la difesa sotto il profilo tecnico e giuridico, deve costruire subito la sua strategia mirata a contrastare l'accusa. Non deve attendere né temporeggiare: ogni ritardo nell'approntamento della difesa infatti è un vantaggio per l'accusa.

L'evento ritenuto negativo, che spinge il paziente all'iniziativa contro il medico (soprattutto lo specialista ginecologo-ostetrico) e anche contro l'intera équipe, è rapportabile al ritenuto errore diagnostico o allo scarto di diligenza rispetto agli standard acquisiti. Vengono in rilievo i metodi terapeutici da seguire nell'ambito della perizia e della prudenza e, in definitiva, il quadro complessivo dei comportamenti che ormai sono individuabili a seguito di vari screening giuri-



sprudenziali di merito e di legittimità. Inoltre, l'udienza preliminare, pensata dal legislatore come “udienza filtro”, non svolge la sua reale funzione, salvo rari casi in cui vengono ascoltate le istanze della difesa in favore di una perizia o altri atti istruttori che riducono il novero dei destinati al rinvio a giudizio.

Perché il ginecologo-ostetrico possa accettare di difendersi adeguatamente, anche quando ritiene di essere stato accusato ingiustamente, occorre che acquisisca conoscenze che superino stati d'animo di rabbia e legittima indignazione, umanamente giustificabili, ma non sufficienti a rappresentare il caposaldo per un'azione legale efficace, sia pur in presenza di effetti devastanti nella propria vita professionale,

Una difesa tempestiva e una corretta impostazione della strategia difensiva sono i cardini su poggia una efficace tutela del ginecologo-ostetrico

familiare e di relazione.

Bisogna tener presente infatti che a fronte di un'accusa formulata - anche se dal medico ritenuta calunniosa o comunque severamente sottoposta al vaglio del magistrato nei profili della sua infondatezza - comunque scatteranno automaticamente dei meccanismi e un iter giudiziario che il medico difficilmente riuscirà a rimuovere.

Da protagonista nel suo settore, il medico quindi corre il rischio di trasformarsi in soggetto pas-

sivo. Le ragioni sono comprensibili: estraneità ad ambienti e situazioni che non condivide e non comprende appieno, frustrazione e rassegnazione, che non di rado lo portano a rinunciare a rivedere contro il paziente nel timore di subire ulteriori e più devastanti ripercussioni: dall'eco mediatica all'attrito con i vertici dell'azienda.

La casistica, articolata e complessa, delle prestazioni mediche messe in discussione deve invece indurre ad adottare mezzi efficaci per mettere in campo la massima risposta in termini di tutela, anche preventiva, durante le indagini e al momento della difesa in giudizio. Anche se in questi momenti è difficile immaginare di riportare sotto controllo una situazione che appare molto compromessa, è doveroso impegnarsi a tal fine.

Abbassare la guardia significherebbe permettere che regole e prassi spesso inconfondibili si

consolidino, sottraendo a chi ne avrebbe diritto i futuri diritti.

Non mi stancherò mai di ripetere che, in assenza di difese, di regole più chiare, di confini più netti, rischia di cadere nella

rete non il medico negligente, pronto a difendere il suo status di incolpevole con tutta la documentazione possibile (che poi non fa che accrescere le già pesanti spese della medicina difensiva), ma chi è disarmato: senza avvocato specialista della materia e senza consulente tecnico. Il medico che non così (maliziosamente) accorto nel munirsi di consensi informati super dettagliati, di certificati, esami, analisi e di tutti quegli onerosi strumenti richiesti della medicina

difensiva che spesso penalizzano i medici più onesti, concentrati sull'effettivo beneficio del paziente e non certo affannati a preconstituire prove a discarico.

L'intervento precoce evita l'evento avverso

La precocità di intervento e una corretta impostazione della strategia difensiva sono dunque i cardini su cui poggiare la doverosa tutela dei ginecologi ostetrici. Mutuando dal gergo medico: “l'intervento precoce evita l'evento avverso”. Come in medicina, anche nel campo del diritto una difesa tempestiva riduce moltissimo o scongiura del tutto le conseguenze negative di un'indagine o di un processo, incidendo sensibilmente sul risultato (archiviazione, assoluzione o condanna).

Se poi la difesa oltre che immediata è anche altamente “perita” perché fondata su specifica competenza di settore sotto il profilo tecnico-giuridico, il risultato ottenuto: “fa giurisprudenza”, ossia diventa un “leading case”: un orientamento giurisprudenziale e dottrinale più garantista, a vantaggio anche degli altri, perché sarà tenuto in conto nei processi futuri. Così è avvenuto per il caso della “distocia di spalla”, i cui primi processi, accertata la “macrosomia” e l’“omesso cesareo” comportavano l'automatica condanna del medico, mentre la più recente giurisprudenza ha emesso sentenze assolutorie, fondate sulla riconosciuta discrezionalità tecnica in capo al ginecologo-ostetrico legittimato a scegliere se espletare il parto naturale in assenza di fattori di rischio materno-fetale, tuttavia esercitando un'attenta sorveglianza della progressione del feto nell'alveo materno.

Così il punto fermo ottenuto con la sentenza di Cassazione Sezioni Unite n. 2437/2009 sulla insussistenza di responsabilità del medico in mancanza del consenso informato per un intervento dall'esito fausto, che ha fatto cadere l'odiosa e ingiusta equiparazione tra risultato favorevole al paziente o addirittura “salva vita” e il peggioramento del suo stato di salute (perdita di un organo, di una funzione).

Dunque, dal momento che il contenzioso medico legale continuerà, occorre attrezzarsi sull'esempio dei medici d'oltralpe che affermano: “nella nostra epoca illusa di onnipotenza, che non accetta alcun fallimento, il contenzioso è inevitabile, ma non me ne preoccupo, continuo a lavorare con la scienza e coscienza perché al resto ci pensa l'avvocato (e l'assicurazione). Gli psicologi lo definirebbero un “transfert”.

Ufficio legale AOGOI: si parte da Milano e Roma

L'Aogoi, che rappresenta gli interessi, i diritti, le aspettative e gli obiettivi di un profilo professionale così elevato come quello dell'ostetrico-ginecologo, ha ritenuto di contribuire in maniera concreta e fattiva a ripristinare la serenità nel lavoro dei propri iscritti mettendo a disposizione 2 strumenti chiave:

- una difesa super tempestiva
- una difesa specializzata in contenzioso medico legale, dal 1994 ad oggi, con specifico riferimento alla branca ostetrica-ginecologica.

Come funzionerà in concreto?

Lo studio legale incaricato della consulenza e difesa penale è lo studio Cirese, noto per una scelta di campo e competenza di settore conseguita in anni di professionalità dedicata. Lo studio legale, in persona del titolare e partner spe-

cializzati, riceverà gli iscritti interessati che ne facciano richiesta una volta ogni 15 giorni a Milano, presso la sede Aogoi, e una volta ogni 15 giorni a Roma, in Via C. Fracassini 4.

Il ricevimento costituisce un primo orientamento e vuol essere una pronta e qualificata risposta alle comprensibili preoccupazioni di chi subisce un'indagine o un processo penale.

Durante il ricevimento o subito dopo, il socio interessato potrà ricevere una prima consulenza sul suo caso, se già in corso. Potrà ottenere un accurato esame della documentazione medico legale e degli atti di causa. Potrà ricevere un'attenta analisi della fattispecie, suggerimenti sulla strategia difensiva, supporto di letteratura medica e dei principali orientamenti giurisprudenziali rilevanti per il suo caso. Chi lo desidera potrà ricevere l'indicazione di un Ct di riferimento Aogoi e l'affiancamento del legale Aogoi all'avvocato già incaricato, nel caso sia stata già effettuata una nomina.

Onorari e spese gravano sulla polizza assicurativa del socio Aogoi.

I soci che tempestivamente, fin dall'inizio di un'indagine preliminare o di un processo penale, richiedano assistenza in giudizio e/o stragiudizialmente, potranno avvalersi della diretta difesa del legale Aogoi e di Ct di riferimento Aogoi. Gli onorari e spese gravano sull'assicurazione del socio. In proposito si rammenta che la copertura assicurativa è ormai obbligatoria per ogni professionista, sia per eventuali danni ai pazienti (Rc), sia per onorari e spese legali (tutela legale).

Gradualmente l'Aogoi segnalerà presso le Direzioni sanitarie delle strutture sanitarie (iniziando da Roma e Milano e proseguendo nei capoluoghi delle diverse regioni) la disponibilità della tutela legale penale Aogoi, affinché in caso di indagine penale e atti urgenti (sequestro cartelle cliniche, esame autoptico, identificazione degli indagati) sia dato immediato avviso all'ufficio legale Aogoi per gli opportuni interventi. Sarà fornita così ogni tempestiva informativa sui

diritti esercitabili e attuata ogni garanzia in favore dei ginecologi-ostetrici che subiscono un'indagine penale.

La difesa Aogoi consentirà

una tempestiva partecipazione agli atti irripetibili e il contatto precoce con l'Autorità Giudiziaria procedente (magistrato incaricato, Pm, Gip, giudice). La nomina immediata dell'avvocato e del Ct consentirà di intervenire all'esame autoptico e/o ogni altro accertamento tecnico urgente, per far acclarare subito ogni elemento a discarico del sanitario e presentare memorie difensive.

Per garantire la massima efficacia, l'Aogoi sta organizzando un albo di consulenti tecnici di comprovata esperienza, di diretto riferimento Aogoi, che opereranno in stretta collaborazione con l'ufficio legale dell'Associazione.

Un numero telefonico dedicato

consentirà inoltre agli iscritti interessati di raggiungere il servizio legale Aogoi nell'urgenza, non appena abbiano appreso di un'indagine aperta a loro cari-

co (perché ad es. le forze dell'ordine stanno procedendo al sequestro delle cartelle cliniche relative ad un paziente che hanno avuto in carico, o perché direttamente o tramite la Direzione Sanitaria è giunta una lettera di richiesta di risarcimento di danni da parte di un paziente o del suo legale). Il socio che si trovi confrontato con l'apertura del sinistro e tutte le incombenze complesse e delicate della pratica assicurativa e i conseguenti numerosi adempimenti potrà ugualmente giovare della consulenza dell'ufficio legale Aogoi.

I soci Aogoi

che vorranno organizzare, nell'ambito delle strutture di riferimento, giornate di studio o brevi corsi per aggiornamento e informative sulle novità giurisprudenziali relativamente a casi di rilevanza per l'ostetrico-ginecologo, potranno fare richiesta per avvalersi della presenza del responsabile dell'ufficio legale Aogoi e ricevere materiale di supporto.

La Cassazione applica la legge Balduzzi e depenalizza la colpa lieve

Medici più tutelati? Il dubbio rimane

Pier Francesco Tropea

In linea con l'art. 3 della legge Balduzzi n. 189/2012, la Corte di Cassazione ha depenalizzato la colpa lieve del medico, annullando con rinvio la condanna per omicidio colposo nei confronti di un chirurgo che nell'esecuzione di un intervento di ernia del disco aveva leso dei vasi sanguigni provocando il decesso del paziente.

La sentenza (n. 2 - IV sezione penale depositata il 31 gennaio 2013), come anticipato dalla notizia di decisione, si basa sul principio espresso dalla Legge Balduzzi che il medico che si attenga alle Linee guida correnti, basate sulle comuni conoscenze scientifiche, non risponde penalmente di "colpa lieve" e conseguentemente può essere chiamato in giudizio solo in caso di dolo o "colpa grave". In sostanza il legislatore, consapevole dell'enorme contenzioso giudiziario che ha investito, spesso ingiustamente, i medici negli ultimi anni ha inteso alleggerire la responsabilità del medico nell'eser-

La Cassazione depenalizza la colpa lieve del medico quando il caso si colloca "all'interno dell'area segnata da linee guida o da virtuose pratiche mediche, purché esse siano accreditate dalla comunità scientifica". La sentenza sembrerebbe segnare un grosso punto a favore del medico, se non sorgessero alcuni dubbi di non poca importanza, primo tra tutti: a quali linee guida il Ctu dovrà fare necessariamente riferimento per valutare la condotta medica?

cizio professionale, nell'intento di evitarne un coinvolgimento (cui non sono estranei cospicui interessi economici su base assicurativa), in assenza di una concreta e dimostrata colpa di rilevante entità. È infatti appena il caso di rammentare che la colpa grave del sanitario può essere configurata solo in caso di mancata osservanza delle elementari nozioni tecniche e/o scientifiche che debbono costituire il corredo culturale del medico nel momento in cui quest'ultimo è chiamato ad effettuare la propria prestazione sanitaria.

In realtà la norma di cui trattiamo in questa sede non è del tutto nuova per gli "addetti ai lavori", in quanto si richiama direttamente ad un noto articolo del

Codice Civile (n. 2236) che esclude la responsabilità del medico in caso di "prestazione di speciale difficoltà", salvo che non esistano i presupposti del dolo o della colpa grave. Dunque, un'impostazione della norma di recente emanata, del tutto analoga a quella già presente nel Codice civile e precisamente nell'articolo 2236 sopra citato. In proposito va notato che non è casuale che nei procedimenti giudiziari concernenti il medico, il giudice, analizzando i quesiti sottoposti al Ctu e chiedendone al Perito d'ufficio una risposta, faccia costantemente un preciso riferimento all'art. 2236 c.c., allo scopo di affermare o escludere nella fattispecie la sussistenza

▶ Segue a pagina 18

Cassazione: "La colpa lieve non è penale se il medico ha seguito le linee guida accreditate"

Balduzzi "Un primo passo verso una maggiore serenità nello svolgimento delle prestazioni sanitarie"

"Tutti coloro che avevano definito in modo negativo le norme del decreto devono ricredersi dopo la pronuncia della IV sezione della Corte Suprema di Cassazione - ha commentato il ministro Renato Balduzzi. Essa costituisce un primo passo verso una maggiore serenità nello svolgimento delle prestazioni sanitarie da parte dei professionisti delle professioni sanitarie. In tal modo si individuano le inapproprietezze dovute alla medicina difensiva e inoltre, con maggiore serenità dei professionisti sanitari, si hanno maggiori garanzie per i pazienti e quindi maggior tutela del diritto alla salute".

Gigli (Fesmed) "È presto per gioire"

"Il fatto che la quarta sezione penale della Corte di Cassazione abbia ritenuto di

applicare la legge Balduzzi per cassare con rinvio la condanna comminata ad un medico per omicidio colposo, motivando la sentenza con la necessità di appurare se siano state seguite le linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, non è un motivo sufficiente per farci ritenere che ci sia stato un cambiamento nella valutazione penale dell'operato del medico, da parte della magistratura". Per il presidente della Fesmed, che evidenzia anzitutto come non si conosca ancora il testo della sentenza e quindi i termini della sentenza, "adesso si porrà il problema che avevamo paventato all'indomani della conversione in legge del decreto Balduzzi, quello della trasformazione in strumento giuridico delle linee guida, che sono state concepite come 'raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche'". "Confesso - prosegue il

▶ Segue a pagina 18

Femminilizzazione della professione e leadership femminile

Se la ginecologia è donna

Carlo Sbiroli

Secondo i dati della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici e dei Chirurghi (Fnomceo) del giugno del 2012, su un totale di 13.899 ginecologi il 42,5 per cento è femmina. Calcolando il numero degli ingressi dei ginecologi che ogni anno entra nel mondo del lavoro, il 2015 potrebbe essere quello del sorpasso. Per rendersene conto basta guardare la distribuzione nel tempo degli specialisti in ginecologia, suddivisi per sesso (Figura 1). Eppure le altre specializzazioni chirurgiche hanno scarsa attrattiva per le donne. Pochissime le specializzate in ortopedia: solo il 5% del totale. Percentuali bassissime anche nella cardiocirurgia (4,5%), nella neurochirurgia (7,4%) e nella chirurgia generale (9,4%). La leadership al femminile si rafforza in termini generali in molte altre professioni fino a qualche anno fa appannaggio dei maschi. Per gli avvocati, il 2013

potrebbe essere l'anno del sorpasso. In particolare tra gli esperti in scienze giuridiche, notai e consulenti legali, negli ultimi anni la presenza delle donne è cresciuta del 44 per cento, più 344 mila unità. Fra i tecnici delle scienze, come biologi, chimici e ingegneri, si rileva un incremento di oltre il 16 per cento. Mentre in queste professioni il cambiamento sta avvenendo con gradualità e senza grandi squilibri, nel settore ginecologico invece si registra negli ultimi anni una intensificazione del fenomeno. Regna una grande incertezza. I più giovani pensano che con "l'invasione della quota rosa" la ginecologia italiana tra 10-15 anni cambierà profondamente. I più anziani (gli ultracinquantenni) ritengono invece che non ci saranno mutamenti sostanziali. Credono che alla fin fine anche le donne si adegueranno ai ritmi, alla inadeguatezza degli ospedali, al contenzioso medico-legale, al lavoro massacrante delle sale parto.

Le Società Scientifiche di Ginecologia fanno fatica a immaginare un futuro in rosa. Mostrano notevoli difficoltà a confrontarsi con questo fenomeno che aumenta di anno in anno. Sono preoccupate, perché hanno paura che saltino i ponti con il passato. Si chiedono se la ginecologia sarà un lavoro prevalentemente di donne, se e come cambierà l'assistenza e l'approccio terapeutico. Se si modificherà il rapporto medico-paziente e, soprattutto, chi guiderà questo cambiamento. E infine, la politica: avrà un qualche ruolo in questo processo?

La parità resta un traguardo (lontano)

Anche se il sistema sanità si declina sempre più al femminile, la percentuale di donne nelle posizioni di vertice resta minima. Nell'area ginecologica tutte le società scientifiche non hanno mai espresso un presidente donna. E se poi si scorre-

no i dati forniti dal Ministero della Salute (v. Tabella) la presenza femminile in posizioni apicali è piuttosto bassa. Il 30 per cento delle donne che ricopre un ruolo importante e di rilievo è single o separata. E una donna medico su tre non ha figli. Hanno difficoltà ad accedere al part-time per la rigidità delle norme che regolano questo istituto: viene utilizzato in non più del 2 per cento dei casi. Un dato che si discosta molto dalla percentuale europea, che è di oltre il 30 per cento. Mancata sostituzione per lunghi congedi di maternità e/o parentali, mancata flessibilità dell'orario di lavoro, difficoltà di accesso al part-time, stress da mancata conciliazione famiglia-lavoro, assenza di nidi aziendali, contratti atipici sono dunque ancora i principali ostacoli che impediscono alle donne medico (e alle donne in generale) di raggiungere una posizione verticistica e spiegano la discrepanza tra presenza femminile e posizioni apicali. Criti-

cià che sono state ben evidenziate nella bella giornata di dibattito "Donne in medicina. Una sfida per la sanità del futuro", la prima Conferenza nazionale donne Anaa Assomed che si è svolta a Roma nel dicembre scorso. "Quando ho cominciato, 25 anni fa, eravamo poche - ha ricordato una nota ginecologa romana nel corso della Conferenza. Ancor oggi tocca essere più brave. Il sorpasso incoraggia, ma la parità resta un traguardo". Eppure in alcuni settori della ginecologia si è già raggiunto il pareggio. Anzi, in certi campi soprattutto di tipo medico-diagnostico, come le indagini ecografiche (sia ostetriche che ginecologiche), la medicina prenatale e neonatale, l'infertilità e la prevenzione oncologica si è verificata una vera e propria "occupazione" da parte delle donne. In sala operatoria la leadership al femminile si è rafforzata particolarmente per quanto riguarda le prestazioni chirurgiche per patologia benigna, sia tradizionale che endoscopica. Mentre gli interventi chirurgici più impegnativi (chirurgia oncologica e uroginecologia) rimangono prevalentemente appannaggio dei maschi. Quale futuro si può prevedere per una ginecologia sempre più al femminile? Saranno le donne medico ad adattarsi necessariamente alle esigenze del sistema sanitario così come è organizzato attualmente, o dovranno essere ridisegnate le modalità e l'organizzazione? Problemi di grande interesse che costituiscono anche un vero e proprio *cahier de doléances* per molti Paesi occidentali. "Ancora per qualche tempo dobbiamo immaginare il futuro lavorativo delle nuove generazioni di donne (e di maschi) situato in un sistema di cure organizzato in gran parte su mo-

Figura 1. Distribuzione nel tempo degli specialisti ginecologi suddivisi per genere

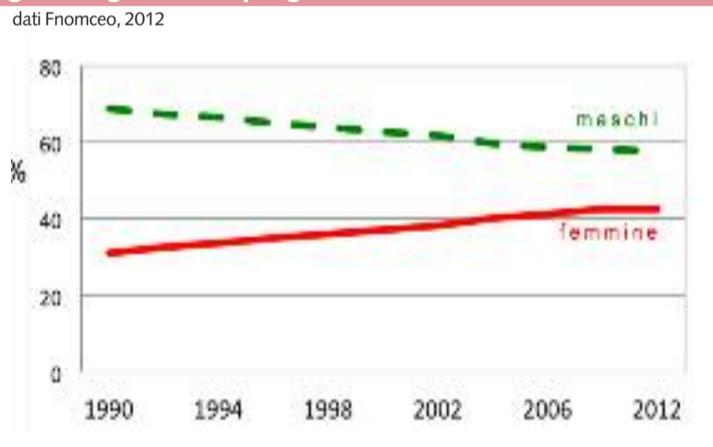


Tabella 1. Presenza femminile nei ruoli dirigenziali

dati Ministero della Salute, 2012	
Dirigente SCO	14
Dirigente SSO	28
Dirigente Medico Incarichi Diversi	39
Manager Azienda Sanitaria	14
Dirigenza Sanitaria non Medica	50
Professore Ord. Un. - Facoltà Medicina	8
Presidente Società Scient. Mediche (dati Fism)	2

DONNE IN MEDICINA

Sorpasso dietro l'angolo ma par...

Le donne medico che lavorano negli ospedali pubblici oggi rappresentano il 40% del totale, ma la discrepanza tra presenza femminile e posizioni apicali è molto forte. Ecco le principali criticità evidenziate nella Conferenza Donne in medicina promossa dall'Anaa Assomed a Roma lo scorso dicembre

Mancata sostituzione per lunghi congedi di maternità e/o parentali. Il lavoro del medico è un lavoro di squadra. L'assenza dal lavoro di una dipendente per motivi correlati alla maternità, qualora questa non venga sostituita, viene percepita come una zavorra e contribuisce ad alimentare quel sentimento di ostilità e di sottintesa disapprovazione verso la collega. Sostituire la lavoratrice in maternità non è dunque un diritto della donna stessa, ma è un diritto dell'equipe in cui questa lavora. Un'indagine effettuata dall'Anaa Assomed nelle Aziende sanitarie rileva che attualmente viene sostituito meno del 10%

delle donne in astensione dal lavoro con punte addirittura inferiori al 3%. Vale la pena sottolineare che è poco conosciuto e poco richiesto dai padri italiani (medici compresi) il diritto di usufruire del congedo parentale, anche in contemporanea con il congedo della madre nei primi mesi di vita del figlio, ed in alternativa alla madre nei primi anni di vita dei figli. In ciò si evidenzia un'enorme distanza, non solo normativa ma piuttosto culturale, con altre realtà europee (ad esempio: Svezia, Norvegia, Francia). Mancata flessibilità dell'orario di lavoro. Nonostante la legge preveda che la flessibilità dell'ora-

rio di lavoro (flessibilità entrata/uscita, banca delle ore, accorpamento delle ore nel periodo dell'allattamento) sia promossa e concessa in accordo con il datore di lavoro alla dipendente che ne faccia richiesta, resta nei fatti inapplicata in quei reparti come le camere operatorie, i servizi di guardia, di Pronto Soccorso o di Rianimazione dove si lavora h24. Questo perché la donna medico, se ne facesse richiesta, rischierebbe di essere relegata a mansioni secondarie come attività di consulenza o ambulatoriale per non ostacolare le consuete attività ospedaliere. Questa inconciliabilità di tempo e di spazio, soprattutto in determinati momenti della vita familiare, porta la donna a scegliere di subordinare/ sacrificare la carriera a favore della vita privata o comunque a sacrificarsi ed impegnarsi molto più degli uomini per raggiungere uno

13.899

Numero totale specialisti ginecologia

7.994

Uomini **57%**

5.905

Donne **42,5%**

dati Fnomceo, 2012

delli bellici (il reparto, la divisione, il turno di guardia) – ha affermato Sandra Morano ginecologa all'Università di Genova. Un sistema che oggi sta tremando, non solo perché minato alle fondamenta dalla finezza delle risorse, ma anche perché potrebbe essere sconvolto dalla massiccia incursione di curanti di genere femminile". È fuor di dubbio che questi due elementi avranno un peso notevole sulle future (prossime) decisioni dei nostri politici e,

in generale, dei gestori della Sanità. Questi devono tener presente che il futuro della ginecologia (e di tutta la Sanità) passerà inevitabilmente attraverso il lavoro e l'impegno delle donne. Significa che dipenderà dalla capacità della politica (intesa in senso aristotelico: amministrazione della cosa pubblica per il bene di tutti) e delle stesse donne saper coordinare sapientemente il lavoro con le relazioni, gli affetti e la libertà. **Y**

Se il futuro sarà sempre più rosa il presente non è roseo per le donne medico

■ Una recente indagine dell'Ordine dei Medici di Roma ha evidenziato che per le donne medico, che tentano la conciliazione tra vita familiare e vita lavorativa, il 55% trascura le relazioni amicali e la cura di se stessa, il 18,6% i divertimenti, il 10% trascura il rapporto di coppia e il 5,5% quello con i figli.

■ Le donne medico che lavorano negli ospedali pubblici oggi rappresentano il 40% del totale, ma sotto i trenta anni (25-29) il 63% è donna. Donne in maggioranza anche fra i 30 e i 34 anni con il 62,73%, dai 35 ai 39 anni con il 62% e sostanziale pareggio nella fascia tra i 40 e i 44 (53%). Per arrivare ad una netta maggioranza degli uomini bisogna aspettare la soglia dei 50 anni e nella fascia d'età che va dai 60 ai 69 anni solo il 18,9% dei medici è donna (dati Onaosi 2012).

■ Le donne che ricoprono incarichi di direttore di struttura complessa sono il 14% (1.272 vs 10.154 uomini) e donne al comando di una struttura semplice sono 5.267, contro 18.472 uomini (il 28%).

■ Solo il 9% dei Direttori Generali è donna (25 contro 273) e anche raggruppando insieme direttore generale, sanitario, amministrativo e dei servizi sociali non si arriva al 18% delle presenze rosa.

Il futuro della ginecologia ha un cuore, anzi un cervello di donna

■ Due generazioni a confronto, due diverse sensibilità "di genere". Con una passione comune: l'*ars medica*. Protagonisti di questa conversazione, vera o immaginaria (poco importa), sono un padre e una figlia, entrambi ginecologi. Lui è Romano Forleo, uno degli esponenti più illustri della ginecologia italiana del secolo appena finito, da molti anni anche giornalista e scrittore. Lei, sua figlia Patrizia, è una affermata e dinamica ginecologa al Fatebenefratelli dell'Isola Tiberina di Roma

Romano Forleo

Il suo solito veemente squillo mi fa alzare gli occhi dalle pagine che stavo riempiendo dei miei sogni. A penna, rigorosamente a penna. Il computer mi distrae e spegne il mio gusto di scrivere.

"Patrizia, che c'è di nuovo?". Senza alzarmi da letto pigio il bottone del caffè.

"Niente di nuovo. Dopo i cinquanta anni, non si può fare più la guardia! Anche se l'ostetricia è il più bel settore della nostra specialità. Tu piuttosto cosa stai inventando?".

"Conosci meglio di me i miei 'pallini': non solo medici di organi e apparati, ma medici della

ca...però credo più nella narrative-based medicine che nella evidence-based medicine".

"Papà, il mondo sta cambiando! La gente è stanca, è preoccupata per il futuro, il loro e quello dei loro figli. Vivremo sempre più a lungo, ma con che qualità di vita? Nell'ambulatorio della terza età sono poche le donne serene, che non hanno qualcuno da accudire, che siano genitori o mariti, e presto, nelle prossime generazioni, vedremo "anziane" che dovranno mantenere ancora i figli studenti. Queste donne hanno tutto sulle loro spalle, in un momento della loro vita in cui avrebbero il diritto di riposarsi ed essere accudite loro, a loro volta. E quando ti fer-



persona, non solo medici impegnati nella prevenzione e cura della patologia, ma medici capaci di aiutare le persone ad essere più felici".

"Quando sarai un uomo più concreto papà?! Eppure hai vissuto sempre fra le donne... però non hai imparato da noi ad entrare subito nella soluzione dei problemi. Il mondo ci crolla intorno e tu mi ripeti che il domani sarà meglio dell'oggi".

"Mi ha telefonato Carlo, vuole per *GynecoAogoi* un sintetico articolo sulla femminilizzazione della ginecologia. Ce l'hai ancora un po' di forza per discuterne con me, o aspettiamo che ti riprenda dalla guardia? Come sai, predico l'introduzione di un linguaggio nuovo nella stesura del pensiero, un modo di esprimersi che credo si adatti di più a voi donne, che siete più propense a scoprire, in un romanzo e in un colloquio, la storia che ci cresce attorno. Tu divorzi romanzi mentre io, come sai, amo la filosofia...Sto rileggendo il Discorso sul Metodo di Cartesio e i libri di economia politi-

mi e cerchi di ascoltarle, non solo per il sintomo di cui si lamentano, ma per tutto ciò che hanno nel cuore, percepisci preoccupazione o sofferenza. Prima, invece, mi capitava spesso di chiacchierare amabilmente con le signore anziane, anche dei loro progetti e del loro futuro. Oggi no, è diverso. Hanno la consapevolezza che la vita si è allungata, che il tempo a disposizione sarà molto ma le vedi freneticamente ritagliare un piccolo spazio della loro vita per 'il controllo'. Non so se è solo una mia impressione, una mia attenzione maggiore per la gente che soffre, ma qualcosa è cambiato negli ultimi anni. La crisi si fa sentire, soprattutto nelle frange più deboli. È con questa attenzione che noi donne reinventeremo il modo di essere ginecologi. Vi detteremo regole nuove!" Sorrido e cerco di tornare al tema che mi interessa, dimenticando la nostra differenza di età, e il fatto che siamo padre e figlia. "Sai che vedo con estrema posi-

► Segue a pagina 16

ità lontana

stesso obiettivo (dimostrando così notevoli doti di organizzazione e di spirito di sacrificio). Una recente indagine dell'Ordine dei Medici di Roma ha evidenziato che per le donne medico che tentano la conciliazione tra vita familiare e vita lavorativa il 55% trascura le relazioni amicali e la cura di se stessa, il 18,6% i divertimenti, il 10% trascura il rapporto di coppia e il 5,5% quello con i figli.

Difficoltà di accesso al part-time. La rigidità delle norme che regolano il part-time consente l'accesso a questo istituto solo in casi particolari e pertanto viene utilizzato in non più del 2% dei casi. Questo dato si discosta lungamente dalla percentuale media europea che è oltre il 30%.

Stress da mancata conciliazione famiglia-lavoro. Rilevare i principali fattori di stress sul posto di lavoro e individuare buone prassi comportamentali e gestio-

nali per la risoluzione degli stessi non è solo un obbligo di legge – come regolamentato dal Dlgs 81/2008 – ma è anche un'arma per aumentare la produttività del personale, diminuire il grado di assenteismo, ridurre la quota di incidenti intra- ed extra- lavorativi, ma soprattutto diminuire il rischio di errore clinico. Bastano queste osservazioni per comprendere l'importanza di creare condizioni lavorative nelle quali il dipendente (uomo o donna che sia) possa operare serenamente senza avere la preoccupazione di come gestire il figlio piccolo, il familiare anziano o con necessità di assistenza, ecc. L'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna ha pubblicato uno studio dove ha sottolineato che a risentire dello stress sono soprattutto le donne (anche a causa di cambiamenti ormonali fisiologici nell'età fertile) e i dipendenti che lavorano a contatto con il pubblico. Il medico, con il suo carico lavorativo che prevede turnazioni diurne e notturne, il rapporto con la malattia, la sofferenza e la morte, in più con

l'obbligo di un risultato positivo, non può che vedere aumentate le sue fonti di stress.

Assenza di nidi aziendali. Una rilevazione condotta dall'Anaa Assomed ha portato alla luce che gli asili nido sono assenti nel 90% delle strutture ospedaliere (nella regione Campania non vi è un solo asilo nido) o effettuano orari incompatibili con le normali attività di un medico guardia.

Specializzandi e contratti atipici. Il lungo percorso formativo necessario alla laurea in Medicina e Chirurgia, unito ai tempi delle scuole di specializzazione – dai 4 ai 6 anni – vede la donna medico affacciarsi al mondo del lavoro nell'età in cui tempi biologici e tempi sociali chiedono la soddisfazione di un eventuale desiderio di maternità. Rischio biologico, chimico, fisico e psicologico sono presenti nella routine quotidiana ma nessuna garanzia particolare è offerta alla lavoratrice medico che, sempre più spesso, trova impiego con (l'abuso di) contratti atipici nel pubblico impiego.

Al via il progetto ISS di sorveglianza della mortalità materna

Serena Donati e Sabrina Senatore

Reperto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva, CNESPS - Istituto Superiore di Sanità

Il 1° febbraio 2013 il progetto pilota di sorveglianza delle morti materne: l'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e finanziato dal Ministero della Salute, ha iniziato ufficialmente la raccolta dei casi incidenti di morte materna nelle regioni Veneto, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia.

La sorveglianza si prefigge di rilevare tutte le morti avvenute in gravidanza o entro 42 giorni da un qualunque esito della stessa (parto, aborto spontaneo o volontario o gravidanza ectopica). La segnalazione dei casi incidenti viene effettuata dalle direzioni sanitarie dei presidi ospedalieri coinvolti nel progetto. Per identificare i decessi avvenuti al di fuori dei presidi ospedalieri e quelli avvenuti tra 43 e 365 giorni dal termine della gravidanza è prevista la prosecuzione del *record-linkage* tra le schede di morte Istat e le Schede di Dimissione Ospedaliera (Sdo) secondo la metodologia adottata nel precedente studio Iss che ha rilevato in cinque regioni italiane una sottostima del 63% del rapporto di mortalità materna rilevato attraverso i soli certificati di morte. La procedura di *record-linkage* permetterà anche di verificare la completezza della rilevazio-

■ È ufficialmente partito in sette regioni italiane l'Italian Obstetric Surveillance System, l'iniziativa pilota coordinata dall'Iss cui hanno aderito anche Sigo e Aogoi. I dati anonimi relativi ai casi segnalati dalle regioni partecipanti verranno analizzati in maniera aggregata presso l'Istituto Superiore di Sanità al fine di produrre un report triennale che consentirà di programmare le azioni utili per il miglioramento della pratica clinica e per la verifica della loro efficacia nel ridurre gli esiti avversi



ne dei casi segnalati attraverso il sistema di sorveglianza. Tuttavia, l'identificazione dei casi rappresenta solo il punto di partenza di un processo ben più articolato che, attraverso la raccolta e l'analisi delle informazioni, ha come obiettivo principale la comprensione delle cause associate ai decessi materni e la pianificazione di azioni per il miglioramento della qualità delle cure, sia da un punto di vista clinico che organizzativo. Difatti,

Si tratta di avviare un processo di cambiamento culturale difficile, che richiederà del tempo per essere messo a regime ovunque

nei Paesi come il Regno Unito, dove le indagini confidenziali sono state attivate da decenni, lo standard assistenziale del percorso nascita è stato notevolmen-

te migliorato e l'incidenza degli eventi morbosi gravi e delle morti materne si è ridotta in maniera consistente.

La metodologia dell'ItOSS

Il progetto prevede, per ogni caso di morte materna, la realizzazione di un audit con i professionisti che hanno assistito la donna deceduta per identificare e discutere, tra pari, sia gli aspetti assistenziali risultati critici ai fini dell'esito sia quelli appropriati, in modo da evidenziare e promuovere le buone pratiche in un clima di sostegno reciproco e non di colpevolizzazione dei professionisti. All'audit interno segue un'indagine confidenziale (sul modello delle *confidential enquires* britanniche) che viene realizzata dai comitati scientifici regionali composti da uno o più ginecologi, ostetriche, anestesisti, anatomopatologi e/o medici legali, un epidemiologo e un referente di rischio clinico con possibilità di ulteriori consulenze a seconda del caso.

I dati anonimi, relativi ai casi segnalati dalle regioni partecipanti, vengono analizzati in maniera aggregata presso l'Iss al fine di produrre un report triennale e programmare le azioni utili per il miglioramento della pratica clinica e per la verifica della loro efficacia nel ridurre gli esiti avversi.

Il coinvolgimento della comunità scientifica

Per garantire la partecipazione dei professionisti sanitari a tutte le fasi del progetto si è investito molto nel coinvolgimento attivo dell'intera comunità scientifica interessata al progetto attraverso molteplici modalità di promozione e condivisione dello stesso. In tale ottica sono stati

censiti tutti i presidi sanitari dotati dei reparti di interesse per la rilevazione delle morti materne (ostetrica, terapia intensiva, unità coronarica, stroke unit), per un totale di circa 400 strutture nelle sette regioni partecipanti. Per ciascun presidio è stato nominato un referente, scelto tra i risk manager aziendali, i primari o professionisti dei reparti o i medici delle

direzioni sanitarie. Sono stati quindi organizzati degli incontri formativi con tutti i referenti di struttura, le direzioni sanitarie e le reti di rischio clinico aziendale per concordare e coordinare gli aspetti operativi del sistema di sorveglianza. I referenti di struttura hanno, a loro volta, ripetuto a cascata la formazione all'interno dei presidi di appartenenza utilizzando un pacchetto formativo predisposto in ISS, in modo da raggiungere capillarmente tutti i professionisti che possono essere coinvolti nell'assistenza delle donne. Anche i componenti dello steering committee del progetto, che presiedono le principali Società Scientifiche nazionali, hanno partecipato ad una riunione di presentazione del progetto durante la quale hanno condiviso l'opportunità di sostenere e promuovere il sistema di sorveglianza attraverso i siti web e tutti gli strumenti divulgativi delle società di appartenenza. Sigo, Aogoi, Agui, Fnci, Siaarti, Sin e Siapec hanno inserito nelle news dei loro siti ufficiali un breve comunicato con il link al sito dedicato all'ItOSS (www.iss.it/itoss) dove è possibile approfondire il tema della mortalità materna nei Paesi socialmente avanzati.

La disponibilità, partecipazione e professionalità rilevata durante gli incontri nelle regioni rende conto dell'interesse delle direzioni aziendali e dei clinici nel raccogliere e analizzare le informazioni d'interesse in caso di evento sentinella con l'obiettivo di produrre raccomandazioni per la pratica clinica e organizzativa e verificare il miglioramento ottenuto attraverso la loro implementazione. Si tratta di un processo di cambiamento culturale difficile, che richiederà del tempo per essere messo a regime ovunque. Tuttavia il primo passo è stato fatto e la sinergia tra il supporto metodologico dell'Iss e le professionalità del Sistema Sanitario Nazionale non mancherà di dare i suoi frutti. A tre anni dal suo avvio potremo valutare i risultati di questa iniziativa pilota, per ora ringraziamo tutti i professionisti che daranno un contributo alla sua realizzazione. **Y**

► Segue da pagina 15

tività il passaggio di testimone alle donne per il rinnovamento della ostetricia e ginecologia nel mondo e soprattutto nel nostro paese, dove osserviamo una specialità dominata da uomini, spesso 'attempati'. Questo modo di svolgere la professione ha castrato sul nascere ogni spinta di rinnovamento all'interno delle nostre strutture sia ospedaliere che territoriali.

La medicina positivista, ed oggi scienziata, ha trasformato i medici in tecnici e ci ha fatto dimenticare quel calore umano puntato su una relazione calda e co-

struttiva, che caratterizza il nostro impegno quotidiano. Penso che l'esperienza personale di maternità aiuti a comprendere meglio una medicina per la donna. Quali cambiamenti pensi possa apportare una guida femminile della specialità nelle fondamentali attività del medico (clinica, ricerca e studio, formazione e management?" "Cosa vuoi fare, un trattato?! Parlando senza troppo riflettere, penso che la nostra ascesa nella 'politica della specialità' renderà più partecipata la conduzione e la gestione dei servizi alla donna, darà più spazio al pensiero divergente (e creativo). Ciò

significherà, nella clinica, un maggiore spazio per gli aspetti medici e psicologici della specialità, una maggiore attenzione nel seguire e farsi carico la coppia: dalla visita pre-concezionale ai sei mesi dopo il parto, con attenzione ai processi di attaccamento nella triade e ai rapporti di coppia, che mutano profondamente con la nascita... Noi donne, penso, abbiamo una maggiore sensibilità in questo ambito, anche se va maturata attraverso la ricerca di metodologie pedagogiche e approfondimenti psicologici e psicoterapici. Quanto alla ricerca, occorre che il terreno non si esaurisca

nelle pubblicazioni su riviste ad alto *impact factor*. Nei primi passi della nostra vita la ricerca serve soprattutto ad imparare e a chiedersi il perché delle cose, ad apprendere il gusto di ricercare vie nuove. Tu spesso mi hai ripetuto: *mai passare a lungo per la stessa strada* e io ti ho dato retta...anche perché per noi donne è più facile. Per quanto riguarda l'educazione continua, ci hanno unito lunghi anni di scoutismo, che in un certo senso privilegia la formazione permanente all'aggiornamento. Non credo in una eccessiva differenziazione in superspecializzazioni, credo piuttosto sia me-

glio rimanere sempre cellule indifferenziate, aperte tutta la vita a sviluppare funzioni nuove, a cambiare, a convertirsi. Ti va bene questo mio quadro?" "Sì, ma le parole non sono ancora fatti. Lo sai che le *medical humanities* sono entrate nei curricula delle scuole di specializzazione in venti università americane?! Non solo filosofia, storia, sociologia, bioetica, ma arte: teatro e musica. Poiché dovete rinnovare radicalmente la specialità è ora che utilizzate metodi...più rivoluzionari. Vorrei riuscire a vedere, finché mi resta spazio di vita, una ginecologia...riplasmata da voi!" **Y**

Tromboembolia venosa: la saga continua

Psicosi pillola: il caso francese

■ La decisione delle autorità francesi di mettere al bando la Diane 35, nata come pillola antiacne, ma usata anche come contraccettivo, e di ritirare tutti gli stock dalle farmacie ha creato un grande allarme nell'opinione pubblica. Per le autorità sanitarie transalpine il farmaco può avere gravissimi effetti secondari. Se-

condo i dati forniti dall'Agenzia nazionale francese di sicurezza del farmaco, in Francia si sono verificati quattro casi mortali di trombosi venosa negli ultimi 25 anni, "chiaramente" legati all'uso di questo farmaco.

La decisione della Francia sarà ora sottoposta ad arbitrato da parte dell'Ema, ma gli stati membri potranno comunque eventualmente decidere di prendere una misura di cautela. Ma non c'è solo la Diane. Le pillole di terza e quarta generazio-

ne sono sotto accusa da diverso tempo per via di un rischio elevato di trombosi.

Per far luce su queste problematiche e aiutare il ginecologo a fornire una corretta e adeguata informazione alle donne abbiamo chiesto il contributo di Emilio Arisi, presidente della Società Medica Italiana per la Contraccezione (Smic), affiliata Aogoi



Emilio Arisi

Presidente SMIC (Società Medica Italiana per la Contraccezione)

Ha suscitato clamore in Francia, e ne hanno parlato tutti i giornali, il fatto che il ministero della sanità francese abbia proposto di ritirare dal commercio Diane e i suoi generici dal prossimo aprile 2013, per la denuncia di alcuni casi di morte da tromboembolia.

È interessante ricordare come ci sia già stato un dibattito di questo tipo nel 1995. Eravamo in Gran Bretagna, ed il comitato per la sicurezza dei medicinali (Committee on Safety of Medicines - CSM) prendeva in considerazione una nuova evidenza che il rischio di tromboembolia venosa fosse aumentato nelle donne che assumevano contraccettivi orali combinati contenenti desogestrel o gestodene, cosiddetti contraccettivi orali di terza generazione. Il Csm avisò allora i medici che i contraccettivi orali contenenti questi progestinici non dovevano più essere usati in donne con fattori di rischio per trombosi venosa, e che essi dovevano essere prescritti solo a donne che fossero preparate ad accettare un aumentato rischio di trombosi venosa o che erano intolleranti ad altri contraccettivi orali del commercio. La decisione del Csm fu comunicata ai medici per via postale, con la famosa "Dear doctor letter" spedita di venerdì, ma arrivò solo il lunedì successivo. Così, per un fatto fortuito, i media diffusero la notizia durante la fine settimana prima ancora che

lo sapessero i medici. Come risultato delle notizie diffuse dai media, l'uso dei cosiddetti contraccettivi orali di terza generazione è calato del 50% in termini immediati e del 14% nel periodo successivo.

Da questo cambio significativo nella prescrizione si sarebbe dovuto verificare un calo dei casi di tromboembolia. Ma così non fu. Il calo nell'uso dei contraccettivi orali non diede un beneficio nel rischio di tromboembolismo, ma l'eco dei media ebbe invece un impatto negativo sull'uso dei contraccettivi orali, con un aumento notevole dell'aborto volontario in Gran Bretagna, in Scozia, in Norvegia e in altri paesi. Alcuni anni più tardi il Csm rivisitò le sue raccomandazioni, ma il danno era ormai già fatto.

Il fatto recente del ritiro di Diane e degli estrogeni analoghi dal mercato francese per la evidenza di almeno 4 morti per tromboembolia rischia di essere un ulteriore "pill scare", tanto che molti gruppi di donne francesi hanno lanciato appelli per non innescare una nuova psicosi, che potrebbe creare abbandoni della pillola con rischi di gravidanze indesiderate in particolare nelle adolescenti, in cui peraltro gli aborti volontari sono in crescita.

Il farmaco è registrato in 135 paesi del mondo e commercializzato in 116, inclusa l'Italia. Pur essendo un estrogeno progestinico ad efficacia anticoncezionale, e come tale usato off-label in gran parte del mondo, esso è registrato per la terapia dell'acne. In Francia è in commer-

cio dal 1987, ed è stato usato da milioni di donne, che ne hanno tratto notevoli vantaggi in termini di problemi androgenici (acne, pelle grassa, peluria abbondante), poiché il progestinico contenuto, il ciproterone acetato (CPA), è il più potente dei progestinici antiandrogeni del commercio.

Il CPA viene associato ai progestinici di terza-quarta generazione, i quali avrebbero, secondo i dati della letteratura, un maggior rischio di trombosi venosa rispetto alle generazioni precedenti. Infatti se nella popolazione in generale il rischio di trombosi venosa è di 5-10 ogni 100mila donne per anno, questo numero passa a 80 nelle pillole contenenti progestinici di prima generazione (anni '60: noretisterone, linestrenolo), diventa 20 nelle pillole con progestinici di seconda generazione (anni '70: levonorgestrel), e diventa 30-40 con i progestinici di terza-quarta generazione (anni '80-'90: gestodene, desogestrel, drospirenone). Ma va anche notato che il rischio di tromboembolia correlato ad una gravidanza è di 50-300 ogni 100mila donne per anno a seconda delle varie casistiche. L'uno-due per cento di questi casi sono ad evoluzione fatale. Il problema della trombosi venosa nell'uso degli estrogeni progestinici è stato affrontato anche in Italia nel 2008 con una consensus conference promossa dall'Istituto Superiore di Sanità, che sottolineava i rischi numerici suddetti, e consigliava di preferire, quando possibile, i

progestinici di seconda generazione a quelli di terza.

L'Agenzia europea del farmaco (Ema), che ha aperto una indagine sul problema, in una sua recentissima nota afferma che al momento non vi sono ragio-

Il recente ritiro di Diane e degli estrogeni analoghi dal mercato francese rischia di essere un ulteriore "pill scare", tanto che molti gruppi di donne francesi hanno lanciato appelli per non innescare una nuova psicosi che potrebbe creare abbandoni della pillola con rischi di gravidanze indesiderate in particolare nelle adolescenti, in cui peraltro gli aborti volontari sono in crescita

In una recentissima nota l'Agenzia europea del farmaco (Ema) afferma che al momento non vi sono ragioni sufficienti perché le donne che utilizzano questo tipo di farmaco ne sospendano l'uso, ed aggiunge che sta svolgendo una indagine in tutti gli Stati d'Europa. Così sta facendo anche l'Aifa, la nostra agenzia nazionale del farmaco, ma per quanto si sa non sono note attualmente segnalazioni di effetti collaterali gravi in Italia.

ni sufficienti perché le donne che utilizzano questo tipo di farmaco ne sospendano l'uso, ed aggiunge che sta facendo una indagine in tutti gli stati d'Europa. Così sta facendo anche l'Aifa, la nostra agenzia nazionale del farmaco, ma per quanto si sa non sono note attualmente segnalazioni di effetti collaterali gravi in Italia.

Peraltro non vanno dimenticati i benefici di salute degli estrogeni progestinici in generale, che, oltre alla riduzione delle gravidanze indesiderate, portano ad una consistente riduzione di tumori ginecologici e no, in particolare tumori dell'ovaio e dell'endometrio, con importante risparmio di vite umane, e portano altri benefici, come riduzione della mestruazione abbondante e della conseguente anemia, riduzione del dolore mestruale, ed altro ancora.

In realtà bisogna fare molta attenzione a non indurre un effetto psicosi, che faccia inopinatamente abbandonare la contraccezione sicura per andare incontro al rischio dell'aborto volontario e dei suoi più pesanti problemi, sia sul piano fisico, che su quello psicologico e sociale, il che sarebbe ben più grave del pur importante ma raro rischio trombo embolico. **Y**

► Segue da pagina 13

di una "speciale difficoltà" della prestazione sanitaria in oggetto. Nel corso degli ultimi anni si è potuto constatare che l'art. 2236 è stato applicato sempre più raramente e ciò in ordine ai sorprendenti progressi tecnici che hanno caratterizzato la medicina degli ultimi decenni, ragioni per cui anche le prestazioni sanitarie catalogate un tempo come difficili e complesse (e ciò vale per gli interventi chirurgici, un esempio per tutti è rappresentato dai trapianti d'organo) sono oggi considerate del tutto routinarie.

Dunque, un'area di esenzione di responsabilità per il medico, rappresentata dall'art. 2236 c.c., è venuta perdendo nel tempo consistenza, lasciando il sanitario di fatto esposto a dover rispondere del proprio operato anche in caso di accertata colpa lieve e non solo di dolo o colpa grave.

Ora, l'articolo 3 del Decreto Legge recentemente promulgato è una semplice riedizione di un articolo del Codice Civile, peraltro mai abrogato, ma oggi caduto in disuso?

Una risposta affermativa a tale domanda risulterebbe parziale nella misura in cui la norma in questione, contrariamente al passato, fa riferimento alle Linee Guida che oggi rappresentano un condensato delle nozioni scientifiche universalmente accettate dalla Medicina ufficia-

le. In pratica, il patrimonio culturale derivante dalla ricerca e dall'esperienza clinica consente l'acquisizione di nozioni che costituiscono la base per emanare le linee di comportamento cui debbono ispirarsi gli operatori sanitari nel quotidiano esercizio professionale. Pertanto secondo la nuova Legge, ove i sanitari dimostrino in corso di contenzioso giudiziario di essersi attenuti alle Linee guida, possono essere ritenuti esenti da responsabilità, salvo che sussistano i presupposti della colpa grave o del dolo. Si tratterebbe di punto a favore del medico di indubbia rilevanza, ove non sorgesse un problema di non poca importanza nell'applicazione pratica di tale norma. Infatti, le Linee guida definiscono, come suggerisce la stessa terminologia, i comportamenti da tenere nelle varie evenienze cliniche da parte del personale sanitario, ben distinte dai "protocolli" diagnostico-terapeutici che posseggono una loro rigidità di applicazione rispetto alle Linee guida. Infatti ogni Istituto di assistenza può emanare le proprie Linee guida che non sono necessariamente corrispondenti a quelle attuate in altro luogo di cura, il che suggerisce l'esigenza di una uniformità di indirizzo che a tutt'oggi non sembra sussistere. È ben vero che in un recente passato le nostre Associazioni professionali (Sigo ed Aogoi) si sono fatte carico del problema, elaborando alcune Linee guida

concernenti importanti capitoli di patologia ostetrico-ginecologica, ma non risulta che tali elaborati siano stati fatti propri dai vari Istituti e impiegati nella loro interezza senza che le singole Istituzioni non vi abbiano apportato nella pratica attuazione le modifiche derivanti dalle singole esperienze o da differenti orientamenti di Scuola.

E ciò in nome di quell'individualismo che caratterizza il nostro Paese, anche nell'ambito della Scienza e dei suoi aspetti attuativi. Se trasferiamo le considerazioni che procedono nella pratica giudiziaria, si può legittimamente dubitare della facile applicabilità della norma legislativa "erga omnes", potendo porsi il problema della necessità di un riferimento a norme comportamentali unanimemente accettate e universalmente applicate al di là di autonome valutazioni tuttora esistenti. E il Ctu, e cioè il Perito d'ufficio nominato dal Giudice al cui parere tecnico il Magistrato non competente in materia dovrà fare necessariamente riferimento, a quali Linee guida dovrà rapportare la condotta medica in esame impiegata nella fattispecie?

Tutto ciò suggerisce l'opportunità, se non l'urgente necessità, che le Società scientifiche, in unità di intenti, provvedano all'emanazione di Linee guida che posseggano il crisma dell'ufficialità, alle quali il Magistrato, in corso di procedimento giudiziario, possa rapportarsi alla valu-

tazione della condotta sanitaria. Un ulteriore elemento di perplessità concernente il Decreto Balduzzi deriva dalla constatazione dell'applicabilità della legge suddetta nell'ambito penale ma non in quello civile, ciò che costituisce un problema angoscioso per il medico in ragione delle conseguenze economiche relative alle elevate cifre di risarcimento stabilite in sede giurisprudenziale.

Sorge inoltre il timore, tutt'altro che infondato, che a carico del medico che debba rispondere del suo operato professionale venga in futuro sempre più spesso richiamata la colpa grave in luogo di quella lieve, così come constatato nel passato in ordine all'applicazione dell'art. 2236 c.c. (al quale la norma Balduzzi direttamente si richiama) – norma della quale la giurisprudenza ha sancito l'inapplicabilità ove venga dimostrata la colpa grave per negligenza del medico. E non vi è chi non sappia quanto facile sia per il magistrato riscontrare nell'operato del medico gli estremi della negligenza, prima ancora che dell'imperizia, anche nei casi in cui, ad esempio, la cartella clinica non sia stata compilata con tutti i crismi della completezza formale. È dunque auspicabile che, con gli opportuni correttivi, potrà rendersi veramente operante una norma volta giustamente a ridurre l'indiscriminata penalizzazione del medico in ambito professionale. **Y**

► Segue da pagina 13

presidente della Fesmed – di essere preoccupato per l'uso che verrà fatto in tribunale delle linee guida diagnostiche e terapeutiche, raccomandazioni e non disposizioni, che sono state scritte per i medici e non per i magistrati. È difficile prevedere quale graduazione di valori, i periti e i giudici attribuiranno ai diversi livelli di forza delle raccomandazioni che, ripeto, sono state concepite per mettere in guardia il medico da una complicità o per indicare il trattamento più idoneo, anche se non unico. Senza dimenticare che si dovrà decidere quali saranno le linee guida che avranno valore in giudizio. Com'è noto, in campo nazionale e internazionale si è venuta a creare nel corso degli anni una vera selva di raccomandazioni".

Per Gigli, "la classe medica potrà gioire quando l'applicazione della legge 189/2012 consentirà di assolvere un medico che non ha sbagliato ma è solo incorso in una complicità. Intanto, quel medico avrà comunque pagato in termine di immagine, di danno professionale, di sofferenza psicologica per sé e la sua famiglia, senza parlare dei costi che questo tipo di contenzioso procura ai medici e alla società, per gli effetti perversi della medicina difensiva".

Gynefam mamma

LA NOVITÀ PIÙ AGGIORNATA* E ARRICCHITA
Tutto in una capsula**

INFORMAZIONI NUTRIZIONALI	
	per capsula
Omega - 3 di cui:	200 mg
DHA	150 mg
EPA	30 mg
VITAMINA B1	1,1 mg
VITAMINA B2	1,6 mg
VITAMINA B6	1,4 mg
VITAMINA B12	2,5 mcg
ACIDO PANTOTENICO	6 mg
NIACINA	16 mg
FOLATO	400 mcg
BIOTINA	60 mcg
VITAMINA D	10 mcg
FERRO	30 mg
SELENIO	55 mcg
MAGNESIO	56,25 mg
CALCIO	120 mg
RAME	1,2 mg
ZINCO	10 mg
IODIO	175 mcg
FLUORO	0,7 mg

* Larn di ottobre 2012

** Più Calcio, Iodio e Omega-3



COADIUVANTE PER

- la crescita fetale
- lo sviluppo osseo

- il miglioramento delle funzioni immunitarie e metaboliche

- la regolarizzazione della funzione muscolare e vascolare

Publicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle PA.

Obbligo pubblicità dati su nomine Dg e accreditamento strutture

Il Consiglio dei Ministri ha approvato in via definitiva, lo scorso 15 febbraio, su proposta del Ministro della pubblica amministrazione e semplificazione, il decreto con la disciplina degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle PA. Per la sanità viene istituito l'obbligo di pubblicità dei dati, in materia sanitaria, relativi alle nomine dei direttori generali, oltre che agli accreditamenti delle strutture cliniche. Il testo conferma sostanzialmente l'impianto di quello già approvato in sede preliminare. Infatti sono state introdotte limitate modifiche, in massima parte di carattere tecnico e formale, in accoglimento di osservazioni contenute nei pareri del Garante della privacy e delle vari componenti della Conferenza Unificata (Regioni, province e Comuni).

Queste le novità più rilevanti: si è meglio armonizzata la disciplina

È quanto prevede un decreto varato dal Governo sul modello del Freedom of Information Act statunitense. Per la sanità viene istituito l'obbligo di pubblicità dei dati relativi alle nomine dei direttori generali, oltre che agli accreditamenti delle strutture cliniche.

rispetto a quella del Codice della privacy mediante modifiche all'articolo 4 e all'articolo 26 dove si è espressamente esclusa la pubblicazione dei dati identificativi delle persone fisiche destinatarie di sussidi e aiuti finanziari, qualora da tali dati sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute o alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati. Inoltre, si è previsto, su richiesta delle Regioni la pubblicazione dei dati relativi al livello del benessere organizzativo interno alle pubbliche amministrazioni e la pubblicazione dei risultati delle indagini di customer satisfaction effettuati.

Si è altresì previsto che le Regioni e a statuto speciale e le Pro-

vince di Trento e Bolzano possono individuare specifiche forme di applicazione della nuova disciplina in ragione della peculiarità dei loro ordinamenti. Si è fatta, infine, maggiore chiarezza sulle norme abrogate dal decreto legislativo, che intende rappresentare un vero e proprio Codice della trasparenza in modo da evitare dubbi interpretativi.

Restano invece tutte le altre novità previste dal testo esaminato in via preliminare dal Consiglio dei Ministri. Tra questi ad esempio:

- viene istituito l'obbligo di pubblicità: delle situazioni patrimoniali di politici, e parenti entro il secondo grado; degli atti dei procedimenti di

approvazione dei piani regolatori e delle varianti urbanistiche; dei dati, in materia sanitaria, relativi alle nomine dei direttori generali, oltre che agli accreditamenti delle strutture cliniche.

- Viene data una definizione del principio generale di trasparenza: accessibilità totale delle informazioni che riguardano l'organizzazione e l'attività delle PA, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

- Si stabilisce il principio della totale accessibilità delle informazioni. Il modello di ispirazione è quello del Freedom of Information Act statunitense, che garantisce l'accessibilità di chiunque lo richieda a qualsiasi documento o dato in possesso delle PA, salvo i casi in cui la legge lo

esclude espressamente (es. per motivi di sicurezza).

Viene introdotto un nuovo istituto: il diritto di accesso civico. Questa nuova forma di accesso mira ad alimentare il rapporto di fiducia tra cittadini e PA e a promuovere il principio di legalità (e prevenzione della corruzione). In sostanza, tutti i cittadini hanno diritto di chiedere e ottenere che le PA pubblicino atti, documenti e informazioni che detengono e che, per qualsiasi motivo, non hanno ancora divulgato.

- Si prevede l'obbligo per i siti istituzionali di creare un'apposita sezione – "Amministrazione trasparente" – nella quale inserire tutto quello che stabilisce il provvedimento.

- Viene disciplinato il Piano triennale per la trasparenza e l'integrità – che è parte integrante del Piano di prevenzione della corruzione – e che deve indicare le modalità di attuazione degli obblighi di trasparenza e gli obiettivi collegati con il piano della performance. **Y**

NOVITÀ



1x28



Drospil 3x28

Il primo contraccettivo orale per 3 mesi senza pause

risparmio*
e comodità



* Rispetto al CO 24+4 a base di DRSP+0.02 mg EE più caro

Dalla formazione frontale alla "learning organization"

Gianfranco Sfregola

Responsabile A.I.O. Avvisi e Concorsi

La formazione universitaria tradizionale in ambito sanitario, e in particolare in quello ostetrico, ha abituato da sempre i discenti a soffrire dell'enorme mole di argomenti da studiare e di informazioni da acquisire. Chi come me si è misurato in ambito universitario per la sua formazione e ha proseguito la frequentazione nei corsi di laurea in Ostetricia in qualità di docente si accorge però che la quantità di informazioni da impartire ai discenti viene spesso confusa con la qualità dell'insegnamento, così come analogamente si confonde un buon esperto in materia con un buon docente.

Lo spirito conoscitivo al quale bisognerebbe tendere non è quello di un apprendimento quantitativo ma di un apprendimento che faccia "aprire finestre" e stimoli il discente a ricercare dentro di sé nuovi panorami che possano far capire cos'è e che cosa può essere per ognuno il piacere di vivere un'esperienza di formazione.

Il concetto quindi che mi preme trasmettere è che mentre nella formazione tradizionale vi è un passaggio di informazioni dal docente al discente con una sorta di "travasamento di sapere" attualmente, specialmente in ambito sanitario, viene richiesto ai formatori di sviluppare quelle competenze volte alla facilitazione del processo di apprendimento. Formare quindi non dovrebbe esser sinonimo di "riempire" ma di "accompagnare" il discente a sviluppare punti di interesse sui quali costruire il pro-

Le Ostetriche chiedono i briefing/debriefing ai Direttori e ai Primari: "sono un momento di crescita"



prio sapere. Il punto non è nemmeno quello di imparare qualcosa ma di "apprendere ad apprendere" (learning to learn) per "scoprire un nuovo modo di vedere le cose che sono dentro di noi" (Mustica 2001).

Complice l'attuale scenario sanitario italiano in cui i cambiamenti e le innovazioni sono ormai all'ordine del giorno, si impone una riorganizzazione radi-

cale e innovativa anche del modo di lavorare. Si fa strada quindi il paradigma della gestione immateriale: le materie prime tendono a perdere di valore per lasciare spazio a nuove risorse sempre più intangibili. L'organizzazione, riconoscendo nella conoscenza soggettiva di ogni professionista un'illimitata capacità di generare valore duraturo e proficuo, si propone di raggiungere nuovi obiettivi: vale a dire implementare i flussi di conoscenza attraverso la realizzazione di un ambiente che favorisca l'apprendimento e lo sviluppo di creatività degli individui che vi lavorano.

Si passa quindi da un obiettivo incentrato principalmente sul passaggio d'informazione ad una vera e propria creazione di conoscenza - conoscenza che, insieme alla valorizzazione delle risorse individuali, divengono processi fondamentali che permetteranno all'organizzazione di operare scelte innovative, attrattive e durevoli nel tempo. In particolare, il paradigma orga-

La pratica dei briefing/debriefing è fondamentale per promuovere la cultura del "team di assistenza" attraverso percorsi formativi condivisi con i ginecologi e finalizzati alla gestione di aree critiche nonché al superamento della confusione dei ruoli

nizzativo che più sembra adeguato ad implementare questi processi a livello sanitario è quello che viene definito Learning Organization (LO), ovvero "Organizzazione che apprende". Senge (Senge P. The fifth Discipline. NY 1990) definisce la LO "un'organizzazione in cui non è possibile non imparare poiché in tale contesto imparare è un processo intrinseco della vita professionale".

La learning organization è una comunità di persone che si scambiano costantemente capacità e competenze al fine di creare e concepire nuove idee, come avviene anche all'interno dell'Aio.

In ambito ostetrico (e non solo) una delle tappe fondamentali per la creazione e il mantenimento di una LO è quello di rivedere a posteriori con una lente d'ingrandimento l'attività svolta; ecco che quindi nelle organizzazioni sanitarie inizia a circolare la parola "debriefing". Il debriefing, detto anche "Critical Incident Stress Debriefing/Psychological Debriefing", è una revisione critica di esperienze reali in ambito clinico e vissute direttamente dagli operatori. L'apprendimento viene attivato a partire da un'esperienza clinica diretta sulla quale a posteriori i professionisti, riuniti in un meeting, riescono a ricostruire tutte le fasi dell'esperienza valutandone le performance e il risultato ottenuto.

Il metodo pedagogico di riferimento è quello dell'apprendere dall'esperienza e dal "professionista riflessivo" teorizzato da Schon. Secondo tale teoria, il professionista che riflette nel corso dell'azione diventa un "ricercatore operante nel corso della pratica".

Il grado di expertise del professionista aumenta mano a mano che egli diviene consapevole di questo processo ed è in grado di renderlo costantemente operativo. White e Ewan hanno applicato il modello di Schon alle professioni sanitarie, proponendo un setting strutturato. Dal ciclo azione-riflessione-azione, secondo Boud, si organizzano nuove prospettive nell'analisi e comprensione dei problemi nonché la generalizzazione e la trasferibilità delle informa-

zioni, vale a dire nuovi apprendimenti.

In questo processo di "experiential learning" (apprendimento dall'esperienza) risulta fondamentale l'attivazione di una riflessione consapevole durante e successivamente all'azione.

Nella mia pratica professionale, presso l'Azienda Ospedaliera di Verona, il nostro Direttore ha voluto creare le basi per poter sviluppare un'"organizzazione che apprende". Ogni mattina un gruppo folto di Medici, Specialisti, Ostetriche e studentesse in Ostetricia discutono dei casi clinici avvenuti nelle ultime 24 ore, visionando nel dettaglio ad esempio i partogrammi, valutando il management ostetrico e la sua attinenza con i protocolli, rivedendo il tutto con criticità formativa e non demolitiva.

In un secondo momento, per i casi clinici che richiedono un approfondimento particolare, come i "near miss", viene convocato un meeting un pomeriggio a settimana riunendo tutti gli esperti del caso per discutere di quanto accaduto e confrontarlo con la letteratura di riferimento, valutando la performance del singolo professionista in relazione ai protocolli operativi già presenti.

Ritengo che vivere un'esperienza di questo tipo sia altamente professionalizzante in quanto ogni singolo professionista si sente parte di un sistema che tende a specializzare e a rendere più esperti in una logica di ottimizzazione delle risorse disponibili.

Noi ostetriche/che riteniamo che la pratica dei briefing/debriefing sia fondamentale per promuovere la cultura del "team di assistenza" attraverso percorsi formativi condivisi con i ginecologi e finalizzati alla gestione di aree critiche nonché al superamento della confusione dei ruoli. Come è stato ben evidenziato in un recente articolo pubblicato su Rivista di Ostetricia Ginecologia pratica e medicina perinatale (n. 2/2012): "l'assistenza può migliorare in qualità, sicurezza, umanizzazione e appropriatezza, se gli attori - ostetriche e ginecologi - impareranno a lavorare in complementarietà". **Y**

Aiom, Sigo e Siog: "Ecco le ricette per vincere il tumore all'ovaio"

Otto diagnosi di tumore all'ovaio su dieci arrivano quando il cancro è ormai in fase avanzata e in questi casi la sopravvivenza delle pazienti è pari ad appena il 30 per cento. La probabilità di vincere il cancro raggiunge invece il 90 per cento quando si è ancora allo stadio iniziale. Sono alcuni dei

dati che sono stati presentati il 4 febbraio scorso a Milano nel corso del convegno organizzato dalla Associazione di Oncologia

Lavoro in team, centri di riferimento e corsie preferenziali. Nella Giornata mondiale contro il cancro le tre società scientifiche hanno presentato un documento operativo sulle migliori strategie d'azione contro il tumore all'ovaio. Una neoplasia insidiosa, dalla sintomatologia tardiva e senza segni specifici: tra le prime 5 cause di morte per tumore nella fascia di età tra i 50 e i 69 anni

Medica (Aiom), dalla Società di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) e dalla Società di oncologia ginecologica (Siog) in occasione della Giornata mondiale contro il cancro. "In Italia registriamo una scarsa comunicazione tra ginecologo, oncologo e le altre figure chiave coinvolte e non abbiamo percorsi condivisi, al contrario di quanto accade per altri tumori, come quella della mammella - commentano Nicola Surico e Stefano Cascinu, presidenti rispettivamente della Sigo e della Aiom. Partendo da questa base e sollecitati dai nostri stessi soci, come società scientifiche ci siamo riuniti ed abbiamo elab-

borato un documento ufficiale con proposte concrete per favorire la creazione di veri e propri team collegiali, un numero minimo di interventi per essere indicati come centri di riferimento e la collaborazione fra le diverse strutture: ora potremo garantire la migliore assistenza alle 4.900 italiane colpite ogni anno dal tumore all'ovaio". È la prima volta che in Italia le società scientifiche si uniscono per elaborare un lavoro di questo genere. Lo studio ha definito - sul modello della *breast unit* per il cancro alla mammella - una serie di indicatori per i centri di riferimento sulla neoplasia del-

“Giornate Aogoi di chirurgia ginecologica interregionali”

Davide De Vita

Il taglio pratico che ha contraddistinto questo evento interregionale multidisciplinare, fortemente voluto dai responsabili scientifici Vito Chiantera, Davide De Vita, Gennaro Trezza e Sergio Schettini, si è dimostrato vincente.

Le tre giornate monotematiche, svoltesi nelle diverse sedi rappresentative delle tre regioni organizzatrici, le alte competenze professionali scese in campo e l'approccio estremamente concreto delle “Live-Surgery” hanno determinato il successo di tale iniziativa, mettendo in luce le alte professionalità espresse dal Centro-Sud nella chirurgia ginecologica innovativa.

La tre giorni di chirurgia ginecologica ha avuto inizio presso le sale operatorie della U.O. di Oncologia Ginecologica della Fondazione Ricerca e Cura “Giovanni Paolo II” di Campobasso, diretta da Vito Chiantera. La cerimonia inaugurale ha visto presenti i professori Giovanni Scambia, direttore scientifico della Fondazione, Giovanni Cannata, rettore dell'Università degli Studi del Molise, Savino Raffaele Cannone, Direttore della Fondazione, Angelo Percopo, direttore generale ASReM e Camillo Cavicchioni, direttore del Dipartimento di Oncologia “Giovanni Paolo II”.

La live-surgery ha visto operare Vito Chiantera che ha esordito con un interessante e comples-

■ La nuova formula delle Giornate interregionali Aogoi, sperimentata a Campobasso, Benevento e Potenza il 3, 4 e 5 dicembre 2012, ha funzionato.

L'elevato spessore scientifico e didattico di alta chirurgia innovativa in oncologia ginecologica, uroginecologia e laparoscopia è stato premiato con una notevole e partecipata affluenza. La proposta, partita dalla regione Campania ad opera del segretario regionale Aogoi Davide De Vita, è stata accolta con entusiasmo dai segretari Aogoi della Basilicata e del Molise: Sergio Schettini e Vito Cofelice

so caso di carcinoma ovarico avanzato, effettuando un intervento di debulking, linfadenectomia pelvica e lombo-aortica, splenectomia, resezione intestinale, omentectomia, e laparosterectomia con annessiectomia bilaterale. La completezza dell'intervento demolitivo laparotomico e la precisa e meticolosa descrizione dell'anatomia chirurgica dell'addome alto e dell'intera pelvi, sostenuta dalla brillante moderazione dei professori Carlo Sbiroli ed Enrico Vizza, hanno coinvolto tutti i partecipanti, che hanno mostrato il loro interesse con domande e osservazioni sul caso.

Il secondo intervento, effettuato da Francesco Fanfani ha mostrato un caso di K dell'endometrio trattato laparoscopicamente. La giornata si è conclusa con un caso di carcinoma della cervice invasivo effettuato da Vito Chiantera.

La giornata di Benevento, or-

ganizzata da Davide De Vita e Gennaro Trezza, si è svolta presso le sale operatorie dell'Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento. Sono intervenuti i dottori Nicola Boccalone, direttore generale e Giampiero Berruti, direttore sani-



tario dell'Azienda. Molto interessante è stata la formula con cui sono stati scelti gli interventi, ovvero le tre pazienti programmate, tutte affette dallo stesso tipo di prolasso degli organi pelvici “isterocele di 3° stadio, associato a cistocele di 3° stadio”, sono state operate con 3 approcci chirurgici differenti, due per via vaginale ed il terzo per via laparoscopica. Questa formula è stata molto efficace perché in un'unica giornata si sono mostrate e messe a confronto 3 diverse tecniche chirurgiche per la medesima patologia.

Il primo intervento effettuato da Davide De Vita, è stato un istero-epessi protesica ai legamenti sacro spinosi con ricostruzione vaginale anteriore mediante CR-Mesh, cono-



l'ovaio: è, per esempio, sempre necessaria la presenza di una squadra multidisciplinare che operi nella massima collaborazione tra i suoi componenti. “Il problema della comunicazione è infatti centrale – spiega il prof. Paolo Scollo, presidente Siog-Ben il 63% degli oncologi e il 32% dei ginecologi ritengono che il livello di cooperazione non sia sufficiente. Per l'86% di loro, una collaborazione continua è determinante per definire percorsi guidati e codificati uniformemente in tutta la Penisola. Non possiamo perdere altro tempo, soprattutto ora che dopo quindici anni disponiamo

di nuove terapie, purtroppo ancora in attesa di approvazione nel nostro Paese”. Il documento è già stato consegnato alle istituzioni sanitarie del Paese, “anche se – aggiungono i tre presidenti – inizieremo a diffonderlo ai nostri soci affinché possa diventare operativo a tutti gli effetti”.

“Il documento ufficiale è già stato consegnato alle Istituzioni sanitarie del Paese, anche se lo diffonderemo ai nostri soci perché possa diventare operativo a tutti gli effetti”

I numeri sono eloquenti: il cancro dell'ovaio rappresenta il 3% del totale delle neoplasie femminili, il decimo più diffuso tra le donne, ma rientra tra le prime 5 cause di morte per tumore nella fascia di età tra i 50 e i 69 anni. A causa proprio della sintomatologia tardiva e

senza segni specifici, circa 4 pazienti su 5 presentano alla diagnosi una malattia in fase molto avanzata. Ed è proprio questa dinamica a condizionare negativamente la prognosi della patologia: solo il 41% delle donne colpite da un tumore dell'ovaio nella prima metà degli anni 2000 risulta ancora in vita a 5 anni dalla diagnosi. “Grazie al nostro lavoro riusciremo nel tempo ad agire in maniera sempre più efficace sul tumore – concludono i presidenti – sia dal punto di vista clinico-terapeutico, che dell'assistenza sul territorio. Per una malattia così complessa, infatti, il supporto delle

sciuta anche come “Uterine Sparing Technique secondo Farnsworth”. L'intervento, che tra i tanti vantaggi ha evidenziato anche la breve durata di esecuzione “65 minuti”, ha introdotto una tematica molto attuale ed innovativa, il concetto di conservatività chirurgica, nel rispetto della funzione e della tutela dell'integrità fisica del corpo della donna, capace di garantire efficacemente il risultato di ricostruzione del pavimento pelvico con la minore invasività chirurgica. Il secondo intervento effettuato da Gennaro Trezza è stato un'isterectomia vaginale con collo sospensione alta ai legamenti utero-sacrali e ricostruzione vaginale anteriore con protesi biologica.

Il terzo intervento effettuato da Alfredo Ercoli è stato un approccio laparoscopico con isterectomia subtotale seguita da sospensione protesica del moncone cervicale al promontorio del sacro. Il successo di tale giornata è stato garantito dalle efficaci letture magistrali di Mauro Cervigni e Antonio Perrone, rispettivamente Segretario Scientifico e Presidente dell'AIUG.

L'ultima giornata effettuata presso l'Azienda Ospedaliera san Carlo di Potenza, diretta da Sergio Schettini è stata una full-immersion nel trattamento laparoscopico della patologia endometriosa profonda. Sono intervenuti come operatori Anna Fagotti, Vito Chiantera e Mario Malzoni, che hanno mostrato differenti casi di endometriosi pelvica profonda, trattati laparoscopicamente. La discussione e le letture magistrali dei professori Giuseppe De Placido, Giovanni Scambia e Luca Minelli hanno arricchito il livello scientifico e didattico.

In conclusione: la monotematicità, la multidisciplinarietà e la chirurgia innovativa mostrata nelle tre diverse realtà regionali sono state la chiave del successo dell'evento. Considerando la durata (3 giorni) e il particolare periodo di fine anno in cui i budget aziendali sono già proiettati al 2013, la realizzazione dell'evento si è resa possibile solo grazie all'“unione delle risorse” che ha evitato la dispersione di energie. **Y**

associazioni di pazienti diventa fondamentale. Aiom e Sigo godono già da tempo di ottimi rapporti con molti gruppi e reti di malati. Creare un link con le persone che vivono sulla propria pelle la terribile esperienza di un tumore rappresenta un valore aggiunto e rende il percorso terapeutico sempre più “umano” e sostenibile. Siamo certi che questo coordinamento rappresenta il primo passo per ulteriori collaborazioni, che si estenderanno anche ad altre neoplasie della sfera ginecologica, come succede già per le breast unit per il tumore alla mammella”. **Y**

Il ginecologo che voleva bene alle donne

Il mio saluto a Mauro

Beppe Battagliarin*

Caro Mauro, so che non mi perdoneresti mai un coccodrillo retorico per ricordarti. D'altra parte non saprei neppure come scriverlo dato che la retorica non ha mai fatto parte della mia vita come della tua. Approfitterei invece per porre un quesito che sorge prepotente dall'analisi della tua vita professionale. Un Medico Chirurgo può esercitare la propria professione senza mai porsi il problema di valutare in quale contesto sociale il suo operato si ponga? Sollevo questo quesito poiché mai come nel terzo millennio il tecnicismo sembra volersi affermare prepotentemente a scapito di una medicina sociale.

Se assumiamo con Cosmacini la definizione di Medicina come "pratica (e non scienza n.d.r.) che si basa su scienze e che opera in un mondo di valori" ne deriva che un medico opera empiricamente offrendo terapie mediche e chirurgiche che secondo altre scienze sembrano potersi definire efficaci (ma ahimè lo sono solo percentualmente e talvolta con percentuali così basse che un qualsiasi ingegnere respingerebbe come inaccettabili). Da ciò ne consegue che nel nostro empirico operato dovrebbero essere presenti, come intrinseci, valori quali la giustizia, l'equità, la beneficenza e la non maleficenza.

Come ti ho già detto per bocca di Graziella Sacchetti (generosamente offertasi per dare voce al mio ricordo di te) in occasione del saluto che ti è stato tributato nel "tuo" San Carlo, noi abbiamo mosso i primi passi professionali in un determinato momento storico e in un contesto particolare. Il momento storico era il '78 e il contesto era il gruppo che faceva capo a Francesco Dambrosio in Clinica Mangiagalli. In altri termini all'epoca della lotta alla Medicina Baronale, in un gruppo laico e di sinistra all'interno di una Clinica che scientificamente allora brillava tra le prime al mondo. In quel momento gli astri nascenti erano per l'Oncologia Ginecologica il Prof. Costantino Mangioni e per l'Ostetricia il prof. Giorgio Pardi. Tu collaborasti prima con Mangioni nel mitico Reparto "Suor Giovanna" e poi con Pardi divenendo il suo aiuto al San Paolo. La tua presenza divenne ulteriore stimolo per entrambi a qualificare "socialmente" i loro servizi nel nome di una stabile connessione tra scelte cliniche e offerte di prevenzione e diagnosi precoce nel territorio. Davanti ad ogni scelta ti sei bat-

GynecoAogoi dedica ancora un saluto a Mauro Buscaglia attraverso quattro testimonianze di amici e colleghi. Il loro commiato a "Mauro" è molto più di un commosso ricordo delle sue grandi qualità professionali e umane "senza sbavature": è la promessa di continuare il suo impegno e le sue battaglie

tuto perché l'autonomia delle donne, la loro libertà di decidere tra più opzioni e il gratuito accesso ai servizi fossero garantite qualunque fosse il loro stato sociale, la loro cultura o religione, la loro lingua o il paese di provenienza.

Non è stato facile per te come per tutti noi della "banda Dambrosio" operare alla pari degli altri perché bollati dal marchio di abortisti ante litteram in una regione dove "la legge Formigoni" ha per troppi anni imperato sovrana opprimendo, plagiandolo, il dibattito sui grandi temi della riproduzione. Ciononostante non sei mai venuto meno ai tuoi principi né al tuo impegno e hai potuto comunque approdare meritatamente al Primariato nell'unica Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia della Città non ancora Clinicizzata. Avresti tranquillamente potuto goderti il tuo Primariato gestendo in modo professionalmente brillante la tua U.O. ma così non è stato.

Ti sei battuto per portare l'esperienza del Centro di Ascolto per Immigrati, nata al San Paolo, anche al San Carlo: prima faticando non poco per realizzarla e poi difendendola strenuamente dalla tempesta dei tagli che si abbattete preferibilmente sulle strutture socio-sanitarie (in particolare su quelle invise al potere). La Lombardia in questi anni ha combattuto le strutture socio sanitarie laiche cercando con ogni mezzo di farle soccombere. Il socio-sanitario per l'establishment regionale poteva essere solo appannaggio della Compagnia delle Opere e dei suoi affiliati o simpatizzanti. Il "monopolio CL" sul welfare ha impresso un filtro inesorabile che però non è riuscito a cancellare quanto di buono è stato fatto e si fa nei Centri di Ascolto per Immigrati e in molti Consultori. Il ricorso per cancellare quella discutibile circolare regionale che modificava il limite temporale per procedere all'interruzione di gravidanza nel II Trimestre accolto dal TAR dimostra come la coerenza e l'at-

taccamento ai tuoi ideali di rispetto per l'autonomia delle donne abbiano guidato fino all'ultimo le tue decisioni.

Il cambio di Giunta al Comune di Milano ha consentito poche settimane prima della tua morte che ti fosse meritatamente riconosciuta la massima onorificenza per i cittadini milanesi: l'"Ambrogino d'Oro" che ha sancito un'esistenza dedicata alle donne della tua città.

La domanda che mi ponevo all'inizio di questa lettera circa l'inseparabile connessione nell'operato di un medico tra impegno sociale e professionale ha una sola risposta e sarà l'oggetto del mio commiato da te: la promessa di continuare fino all'ultimo sulla strada che abbiamo incominciato a percorrere insieme 40 anni fa.

Addio

**UO Ostetricia e ginecologia P.O. Infermi Ausl Rimini*

"Il ginecologo che voleva bene alle donne"

Graziella Sacchetti*

Questa è la bella definizione che ha dato un'amica ostetrica del professor Buscaglia, definizione che anch'io, come amica e collega e compagna di strada professionale, condivido pienamente. Mi piace partire da un pensiero che spesso era presente nella mente e nella pratica professionale di Buscaglia in questi ultimi anni:

"Sono da sempre un ginecologo non obiettore perché ricordo i tempi in cui in l'Italia l'aborto clandestino era la terza causa di morte materna, una morte spesso atroce. Penso che le donne, potendo farlo, sceglierebbero sempre la vita: il non obiettore le mette in condizione di poter prendere liberamente le loro decisioni". In questa dichiarazione

sta racchiusa la gran parte degli obiettivi che stavano molto a cuore a Buscaglia, nei suoi anni di professione in ostetricia e ginecologia. Buscaglia ha con tenacia utilizzato tutti i momenti scientifici e di ricerca all'interno delle nostre Società scientifiche per fare in modo che si iniziasse un lavoro di ricerca sulle cause delle morti materne e che poi si istituisse un registro nazionale; e dopo molti anni di pressione a tutti i livelli finalmente da alcuni anni anche l'Italia riesce a presentare nei convegni nazionali e internazionali dati attendibili sulla mortalità materna.

E poi quella sua profonda convinzione che il compito principale di un operatore/operatrice che lavora nel campo ostetrico e ginecologico fosse quello di fare in modo che le donne, di fronte ad una scelta responsabile di continuare o non continuare una gravidanza, potessero essere accompagnate, sostenute, assistite e consigliate, ma anche rispettate nelle loro scelte, con tutta la loro libertà, ma non lasciandole mai sole. Fu proprio negli anni che seguirono l'approvazione della legge 194 che io conobbi Mauro Buscaglia, allora appartenente al gruppo della Diagnosi Prenatale della Clinica Ostetrico Ginecologica Mangiagalli di Milano, in prima fila per garantire la piena applicazione di quella legge, che si è poi rivelata negli anni, una legge che ha portato alla costante diminuzione delle interruzioni di gravidanza in Italia.

In quegli anni si era creata una magica sincronia tra la società civile, soprattutto tra le donne e gli operatori della salute, che all'interno delle istituzioni cercavano di difendere i diritti che le donne si stavano faticosamente conquistando nella società. Negli anni 2000 poi iniziò nel nostro Paese il fenomeno della immigrazione, fenomeno che interessò da subito le strutture sanitarie nel campo materno infantile, in quanto le donne immigrate, giovani e sane, venivano da culture in cui fanno molti bambini; Buscaglia allora con lungimiranza e con l'interesse che lo appassionava per i percorsi nuovi e anche, a volte, difficili, cominciò insieme ad altri operatori, tra cui anche il suo maestro Prof. Pardi e il suo gruppo di lavoro dell'Azienda Ospedaliera S. Paolo - tra cui c'ero anch'io - ad occuparsi della salute delle donne e delle famiglie immigrate. E così proprio allora iniziò l'esperienza del Centro di salute e ascolto per le donne immigrate ed i loro bambini: il progetto prevedeva il fondamentale apporto della Cooperativa Crinali, una cooperativa del privato sociale che mette insieme nel lavoro donne italiane e straniere. E in questa esperienza Mauro Buscaglia ha sempre incentivato e difeso la nuova figura professionale delle mediatrici linguistico culturali, che, da quegli anni, fanno parte di molte esperienze lombarde e italiane, come ponte indispensabile tra operatori italiani e fami-

glie immigrate nel percorso riproduttivo e in altri momenti di incontro con le strutture sanitarie e socio-educative del nostro Paese. La sperimentazione di questo progetto nelle due Aziende Ospedaliere S. Paolo e S. Carlo Borromeo di Milano appassionò tutti noi e ci fece lavorare negli anni successivi per garantire la continuità di tale modello, che si dimostrò da subito un servizio innovativo ed efficace nel migliorare l'accesso delle donne immigrate e i loro bambini all'interno dei servizi materno infantili della nostra città. Da allora fu un crescendo di iniziative, scientifiche e culturali, in questo campo: dai primi convegni sulla salute delle donne immigrate a livello lombardo e nazionale - Nascere stranieri in Lombardia e Nascere stranieri in Italia nei primi anni 2000 - al lavoro costante e qualificante all'interno delle società scientifiche della Sigo, dell'Aogoi, della Slog, nei cui congressi venivano sempre inserite delle sessioni sulla tematica della gravidanza e parto o sulle Ivg nelle donne immigrate. Buscaglia aveva capito, anche a volte con fatica, confrontandosi con le implicazioni psicologiche e sociali che le donne immigrate portano nelle istituzioni sanitarie, che per assistere bene questa popolazione bisogna allargare lo sguardo medico-sanitario e ampliarlo ad uno sguardo che diventa bio-sociale e trovare con un'équipe multidisciplinare le risposte adeguate. Credo quindi che il modo migliore per ricordare Mauro Buscaglia e continuare a farlo vivere tra noi sia proprio quello di prendere il testimone che ha tenuto tra le sue mani negli anni del suo lavoro e farlo passare tra i giovani medici, i giovani ginecologi o meglio le giovani ginecologhe - dato che ormai siamo molte donne a fare questa specialità - e tra le ostetriche; sarà importante consolidare sempre più le esperienze innovative che lui hai fortemente voluto e sostenuto nell'Azienda Ospedaliera in cui era Primario, come il Centro di salute e ascolto per le donne immigrate, insieme al Soccorso Rosa per l'assistenza alle donne che hanno subito violenza sessuale e domestica. Per finire vorrei qui riportare un messaggio che Mauro Buscaglia, essendo rappresentante Sigo, ha fatto pervenire lo scorso dicembre alla giornata conclusiva di un Progetto Nazionale per la prevenzione delle Ivg nelle donne immigrate, promosso dal Ministero della Salute, con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Università La Sapienza di Roma, a cui non aveva potuto partecipare causa la malattia che si stava aggravando in modo inesorabile: "... voglio sottolineare la necessità di una formazione estesa e capillare non solo sugli aspetti specifici delle donne immigrate, ma anche relativa ai problemi clinico, tecnico e scientifici delle Ivg. (...) A mio parere quindi è

► Segue a pagina 28

PROGETTO GW3

Indagine epidemiologica sulla diffusione dei condilomi genitali da HPV nella popolazione femminile residente in Italia

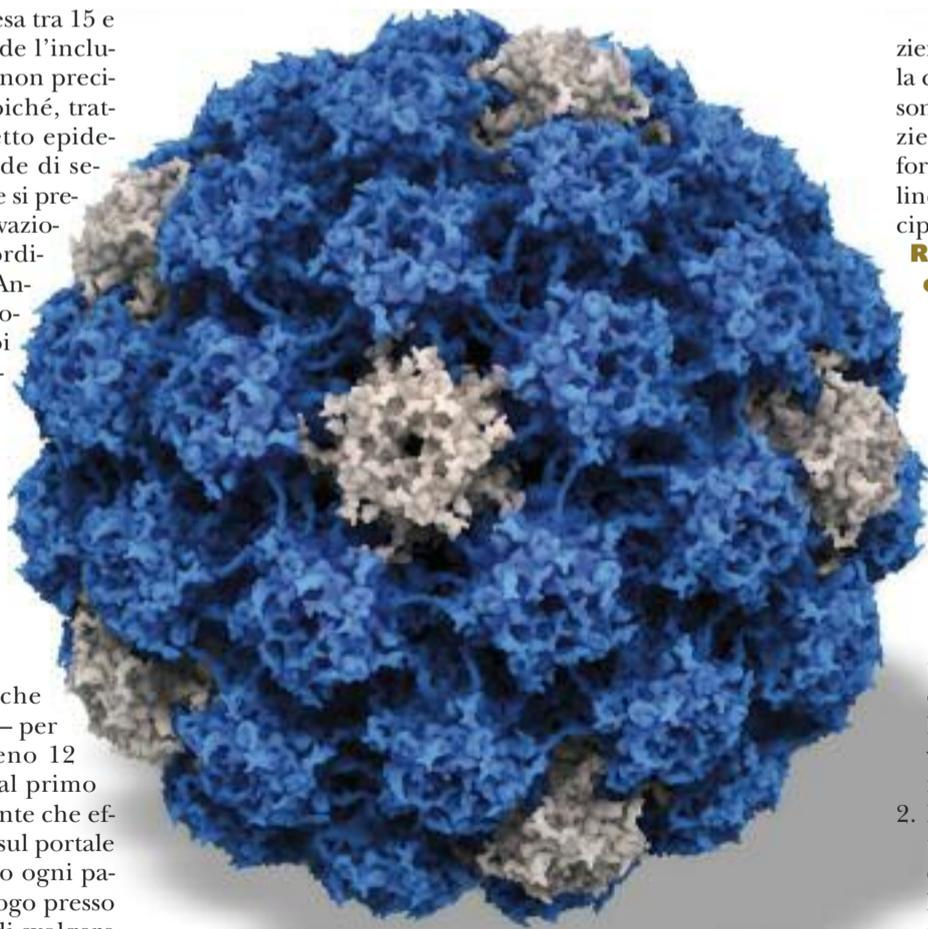
Il Progetto GW3 è finalizzato a valutare l'incidenza e la prevalenza dei condilomi genitali (CG) esterni nella popolazione femminile italiana e a rilevare possibili differenze dei dati epidemiologici tra Regioni che hanno adottato vaccini diversi e che hanno vaccinato coorti ulteriori oltre a quella delle dodicenni. L'indagine verrà svolta in ambito nazionale e osserverà una popolazione di donne in età compresa tra 15 e 64 anni; GW3 prevede l'inclusione di un numero non precisato di pazienti – poiché, trattandosi di un progetto epidemiologico, si richiede di segnalare tutti i casi che si presenteranno all'osservazione. Promotori e coordinatori del progetto: Antonio Chiantera (Aogoi), Barbara Suligoj (Iss) e Giovanni Fattorini (Agite) che seguirà in particolare gli aspetti operativi e attuativi della raccolta dei dati.

Compiti dei ginecologi che aderiscono allo studio

Ogni ginecologo che aderisce al progetto – per un periodo di almeno 12 mesi, a decorrere dal primo inserimento di paziente che effettuerà – registrerà sul portale internet del progetto ogni paziente visitata nel luogo presso il quale avrà scelto di svolgere le attività dello studio, tra quelli ove conduce la propria attività professionale.

Per ogni paziente, tra quelle visitate nel periodo di 12 mesi, che presenti una condilomatosi genitale, il ginecologo dovrà registrare su apposita scheda i dati relativi alla diagnosi, alle caratteristiche cliniche della pa-

Lo studio, promosso da AOGOI e AGITE con la supervisione dell'Istituto Superiore di Sanità, ha lo scopo di indagare in maggior dettaglio la frequenza di tale patologia nella popolazione femminile e ottenere dati epidemiologici utili per la Sanità Pubblica



È possibile manifestare la propria adesione al progetto, compilando il modulo di adesione disponibile sul sito www.aogoi.it. Il modulo compilato e firmato potrà essere inoltrato per fax al n. 0835.339311 06.5759937

ziente, alle abitudini sessuali, alla contraccezione. Tali dati possono essere inseriti solo se la paziente fornisce il consenso informato. È previsto un corso online per tutti coloro che parteciperanno allo studio.

Riservatezza dei dati e consenso informato

Ogni ginecologo partecipante inserisce due tipologie di informazioni.

1. Per ogni donna visitata si incrementa un contatore che segnala solamente che il Ginecologo in una certa data ha visitato una donna indicandone parità e nazionalità. Si tratta di un dato demografico anonimo relativo alla sua attività e non si ravvisa la necessità di alcun consenso della paziente, della quale non vengono registrati né dati clinici né personali.
2. Per ogni caso di condilomatosi si registrano invece dati clinici ed altri dati inerenti la sfera personale delle pazienti. Per la registrazione di tali dati, ancorché del tutto anonima, è indispensabile il consenso della paziente. Qualora la paziente non fornisca il consenso, il ginecologo non potrà inserire i dati. È data la possibilità, in questi casi, di segnalare semplicemente che in quella data è stato osservato un caso

CONTATTI

Per informazioni e contatti potrete far riferimento a INFORMA srl, CRO che coordina l'organizzazione del progetto:
Bruna Ettore, Responsabile organizzazione
b.ettore@informacro.info -
Tel. 0835.461311 fax:
0835.339311
Dario Corsini, Direttore Tecnico –
d.corsini@informacro.info
Tel 06.5758926 (int.241)

di condilomatosi, senza metterlo in relazione ad alcuna paziente.

L'attività prevista per lo studio sarà svolta dai ginecologi partecipanti senza alcun compenso

Lo studio sarà condotto in ottemperanza alla Determinazione AIFA 20 Marzo 2008, al Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali per scopi statistici e scientifici, Provvedimento del Garante n. 2 del 16 giugno 2004, e alla Autorizzazione n. 2/2008 al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale – Provvedimento del Garante della Privacy del 19 giugno 2008.

I risultati del progetto GW3 e i diritti di pubblicazione relativi sono regolati in base al protocollo dello studio. La proprietà dei dati raccolti sarà dei Promotori (Prof. Chiantera, D.ssa Suligoj, Dott. Fattorini).

Lo studio ha ottenuto un finanziamento da parte della Sanofi Pasteur MSD esclusivamente per le attività di supporto organizzativo e di monitoraggio per le quali è stato chiesto il supporto della Società Informa srl (CRO), incaricata di raccogliere i dati attraverso un server residente negli uffici della CRO, in ambiente sicuro. Al termine dello studio il database sarà trasferito ai promotori dello studio.

Lo studio sarà condotto secondo i principi etici che hanno la loro origine nella dichiarazione di Helsinki.

Per tutti i Ginecologi partecipanti che signaleranno la raccolta di dati per lo studio presso strutture pubbliche, INFORMA provvederà a dare adeguata notifica e informazione alle amministrazioni delle strutture coinvolte.

Libri



a cura di Carlo Sbiroli

I chirurghi: macellai e razza cialtrona?

La sanità reale, la sanità percepita, la professione, il mestiere, la colpa del chirurgo, la medicina difensiva, il decretino Balduzzi, la spendig review. C'è un filo rosso che tiene insieme temi così diversi. Pietro Forestieri non lo perde mai di vista e lo utilizza sapientemente per annodare tra loro i vari argomenti. D'altronde essere chirurgo oggi è anche questo. È lui stesso a ricordarci: "professione, mestiere, arte, passione intellettuale, immersione nella vita. Ma a inquinare 'la bella professione' si è inserita negli ultimi anni la crescente e spesso pretestuosa conflittualità medico-paziente, che proprio in questo inizio 2013 ha raggiunto il suo acme tanto da sfociare nello 'sciopero delle sale parto'. Questo libro dal titolo provocatorio giunge con tempestività nelle librerie quasi a fare la storia e legittimare la protesta dei gi-

necologi e dei chirurghi. Libri e articoli sugli errori medici e colpa professionale ne sono stati scritti parecchi. Il libro a cui dedico questa nota si distingue però per la prospettiva speciale che adotta. Forestieri argomenta con l'esperienza di anni di professione, conoscendo appieno i limiti e le insufficienze del "sistema" sanitario italiano e dei suoi colleghi. Lo scopo è di far chiarezza. Spiega agli addetti ai lavori e non come stanno precisamente le cose. Vuole riconquistare e consolidare il rapporto di fiducia con i cittadini. Vuole far capire ai politici e a chi ci amministra che è necessario restituire alla figura del medico la centralità nella gestione delle strutture assistenziali e riaffermare la dignità professionale nella quotidiana attività al servizio dei cittadini. Pietro Forestieri è chirurgo alla Federico II di Napoli ed è stato



Questo libro dal titolo provocatorio giunge con tempestività nelle librerie, quasi a fare la storia e legittimare la protesta dei ginecologi e dei chirurghi

presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi, che raggruppa le mag-

I CHIRURGI: MACELLAI E RAZZA CIALTRONA? Delegittimazione e vilipendio di un patrimonio sociale

PIETRO FORESTIERI

Alessandro Polidoro Editore, 2013
www.ibs.it
Pag. 200, Euro 12,75

giori Società Scientifiche nazionali di area chirurgica (oltre 60) in rappresentanza di circa 35.000 chirurghi. Un punto di osservazione e di studio dei fenomeni medico-sociali di grande rilevanza. "L'idea, anzi la necessità, di questo libro, scrive Forestieri, nasce e si rafforza tra l'ottobre e il novembre 2010". Ma la decisione definitiva di scrivere il saggio Forestieri la prende nel novembre 2010 al Congresso Sigo-Aogoi di Milano. "Erano tutti reduci da mesi di feroci campagne di stampa, scrive l'autore nei prolegomeni del saggio. Gli schiaffi in sala operatoria a Messina; alcuni decessi di par-

torienti o di neonati; l'elevatissimo numero di tagli cesarei ecc. Nonostante tutto assisto ad una magnificente inaugurazione, più da show televisivo che da consesso scientifico. (...) Da chirurgo non ginecologo e, quindi, da osservatore esterno resto perplesso, sconcertato, confuso. Mi rendo conto di vivere un'atmosfera irreale, non rispondente al momento storico. Un'atmosfera strana, da ballo, in prima classe, sul Titanic che affonda". E la nave che naufraga non è solo quella dei ginecologi, ma di tutti i chirurghi italiani. In questo clima di caccia alle streghe che mortifica ingiustamente e indebitamente tutta la chirurgia italiana, Forestieri cerca di ricomporre il puzzle, sistemando le varie tessere e le varie responsabilità di questo variegato sistema sanitario italiano. È un esame sincero, a volte spietato, che mette a nudo i mali che affliggono questo mondo. Tutto questo non pare scoraggiarlo, anzi è deciso a continuare con maggiore determinazione e fiducia le sue battaglie.

Il potere anticancro delle emozioni

Basandosi sui risultati di ricerche condotte in ambito d'avanguardia della scienza – epigenetica, fisica quantistica, neurologia – Christian Boukaram, oncologo e professore universitario di neurologia a Montréal in Canada, dopo anni di indagini, traccia in questo libro le sue convinzioni sul potere antitumorale delle emozioni. La predisposizione genetica e fattori di rischio (fumo, cattive abitudini alimentari, inquinamento ambienta-

le) a volte sono sufficienti per causare il cancro. Ma non è una regola assoluta. Alcuni individui con fattori di rischio, compreso quello genetico, non sviluppano mai il cancro, mentre altri, senza fattori di rischio, sì. Perché? Un terzo elemento basilare sembra essere in giuoco: le emozioni. Christian Boukaram è convinto che vi è un legame tra cancro e vissuto psichico ed emotivo della persona. Le emozioni possono incidere sullo



sviluppo e il decorso della malattia. In altri termini, da un lato i

IL POTERE ANTICANCRO DELLE EMOZIONI

CHRISTIAN BOUKARAM

Urta Edizioni, 2012
www.urrtaonline.com
Pag. 224, Euro 15,00

Consigli pratici per provare a lottare contro il cancro anche attraverso una migliore vita emotiva

pensieri, le credenze, le emozioni e il contesto relazionale di ciascun

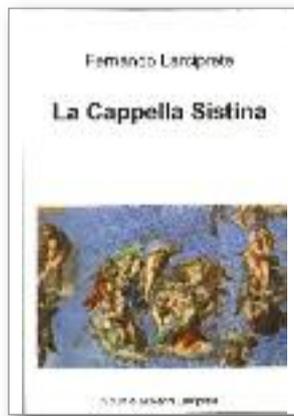
individuo possono contribuire all'insorgenza del cancro; dall'altro lato lo stato di benessere emotivo può potenziare i trattamenti medici. Sulla base di questi dati Boukaram, senza promettere soluzioni miracolose o negare la necessità delle terapie oncologiche riconosciute, offre numerosi consigli pratici per provare a lottare contro il cancro anche attraverso una migliore vita emotiva: non è più sufficiente fare la guerra alle cellule cancerogene, ma è necessario tenere conto anche dell'ambiente, materiale e immateriale, in cui queste si sviluppano.

La Cappella Sistina

Nel panorama quasi sempre difficile, scoraggiante e stressato dei nostri ospedali finalmente un collega che non si chiude esclusivamente nel guscio della sua professione, finendo con parlarne male. Ma spazia nel mondo dell'arte per liberarsi dalla quotidianità

Tre premesse che considero necessarie. La prima: Fernando Larciprete non è uno storico dell'arte. La seconda: non è un ecclesiastico come potrebbe sembrare. Per esserlo gli manca un apostrofo. Nella vita ha fatto il medico. È stato primario ginecologo (ora in pensione) ai Castelli Romani. Luogo di villeggiatura e di meditazione per santi e papi. La terza: si tratta di uno di quei libri che sono pubblicati dall'autore (è utente del sito www.ilmiolibro.it), per cui non lo troverete nelle librerie. Nonostante questo limite *GynecoAogoi* si è

interessato a quest'opera. Perché nel panorama quasi sempre difficile, scoraggiante e stressato dei nostri ospedali finalmente compare, vivaddio, un collega che non si chiude esclusivamente nel guscio della sua professione, finendo con parlarne male. Ma spazia nel mondo dell'arte per liberarsi dalla quotidianità. Per trovare un buon equilibrio in un lavoro spesso usurante. E questo mi sembra un buon esempio da proporre. "Ho svolto la professione medica per cinquant'anni – ci confida Fernando nella prefazione del suo libro – trascorrendo



LA CAPPELLA SISTINA
FERNANDO LARCIPRETE
www.ilmiolibro.it

la maggior parte del mio tempo tra sale parto e sale operatorie. Lavoro bello ma duro, a volte stressante, e spesso ripetitivo. Nei momen-

ti di tregua trovavo rifugio ed appagamento nell'arte". Sono convinto che per scrivere di arte è importante vivere in un ambiente creativo. Guardarsi attorno. Amare l'arte. Pensare in positivo. Volere bene alle cose. Credo che Fernando Larciprete abbia avuto il vantaggio di crescere in un ambiente acculturato e di lavorare in un luogo dove sacro ed arte s'incontrano. Tutto questo per dire che l'ambiente di lavoro che di solito ci massifica, ci stressa, per Fernando invece ha rappresentato uno stimolo per trasmetterci i suoi studi, le sue emozioni e sensazioni su una delle maggiori opere del Rinascimento. Ma perché la Cappella Sistina? Perché confrontarsi con un'opera mastodontica e complessa come questa? "La Cappella Sistina, dice l'autore, rappresenta per me il punto focale di tutto il Rinascimento e

ogni volta che mi è capitato di entrarvi non è mai mancata in me l'impressione di fare un viaggio a ritroso nel tempo e di ritrovarmi immerso nella favolosa atmosfera di un Rinascimento sognato". In altri termini, la Cappella Sistina sembra essere un luogo "altro" dove l'autore trova rifugio. Lo eleva a un livello completamente diverso dallo stressante lavoro di ogni giorno. Il testo è stato curato da Giovanni Larciprete, figlio di Fernando, anche lui ginecologo all'Ospedale Fatebenefratelli, Isola Tiberina, di Roma. Suo padre "si augura di avergli trasmesso sia l'ars medica che la passione per l'arte". E per finire va detto che anche l'introduzione è stata curata da un ginecologo: Antonio Guarascio, persona di grande cultura, che ebbi la fortuna di avere come allievo nella scuola di specializzazione, ahimè tanti anni fa.

Posta



La Gente deve sapere

È domenica, sono rilassato sul divano, aspetto che la Juventus inizi a giocare l'anticipo di serie A. Sono le 12:00 in punto, si affacciano i primi commenti dei telecronisti. Mia moglie è al mio fianco, riposa dopo una notte insonne.

Spesso, come credo tutti noi, durante il riposo le terminazioni nervose ci fanno "scattare" e io, ogni volta che mi accorgo dei movimenti improvvisi del corpo di mia moglie, sorrido, facendole una carezza tra i capelli.

Eccola scattare ancora. Lo fa pure mentre dorme sul divano di casa. Sorrido, ma non faccio in tempo a portare la mia mano sulla sua fronte che da sotto la coperta di lana, spunta la sua mano, tesa, con le dita a formare un cinque rigido e nervoso che vibra come se fosse attaccato ad una presa elettrica. La scopro togliendo la coperta, e in quell'istante scopro anche cos'è una crisi eclamptica. La prendo tra le mie braccia, non so proprio cosa fare. Le chiedo di non morire, e con lei di salvare il bimbo di otto mesi che custodisce dentro il suo grembo. Mi fermo qui.

Sono le 12:30. Arriva il 118. Prima di salire sopra l'autoambulanza, mentre dei volontari posizionano la barella di mia moglie, chiamo il prof. Fabio Ghezzi, responsabile all'Ospedale F. del Ponte. Sono confuso al telefono: "...professore, la prego mia moglie sta molto male, tanto... per favore... venga all'ospedale."

Ghezzi non riesce a capire, il pianto mi sta assorbendo la voce.

Arriviamo all'ospedale. Il professore è già lì.

Fiacco e abulico mi avvicino a lui, che appena mi vede mi dà una pacca sulla spalla e dice: "Non si preoccupi."

Mia moglie è entrata in sala operatoria in coma profondo alle 13:10, dopo due crisi convulsive dovute all'eclampsia, in una presunta qualsiasi domenica. Sono trascorsi quattordici minuti, e alle 13:24 con un taglio cesareo è nato mio figlio. Mi trovo in un corridoio, di fronte a me c'è una donna. La mia famiglia, tutta la mia famiglia invece, è in rianimazione.

"Il professore le spiegherà tutto" mi dice quella donna....

Sono passati diversi giorni da

quella domenica e la mia famiglia, tutta la mia famiglia ora è salva.

Adesso, ecco il mio però...

La gente deve sapere. Io ho l'obbligo di condividere con loro tutto questo.

La vita non può permettersi di essere appiattita da lamenticci. Ne ho letti troppi. Ne ho sentiti di peggio sulla sanità italiana.

Tanta realtà è triste realtà, è vero, ed è vittima di meccanismi che non ho né voglia e né intenzione di considerare con queste parole. Ma l'Ospedale Del Ponte, con la sua

ristrutturazione che lo rende ancora poco grazioso e accogliente, è da tanto tempo facchino instancabile del servizio più importante: quello di accompagnare, curare e di salvare la vita; e questo lo svolge nonostante tutte le sue imperfezioni, alle quali dopo dieci giorni orribili, ho iniziato addirittura a voler bene.

Questa lettera non vuole essere un elogio al personale che lavora in ospedale, ma all'umanità che li accompagna, e alla vita in genere, perché oggi al posto di queste parole, avrei potuto

scrivere un necrologio.

Il professore Ghezzi non era di turno quel giorno, e ancora non era il ginecologo di mia moglie. Al telefono invece di rispondermi spicciolo di raggiungere l'ospedale, perché lì i suoi colleghi avrebbero pensato a tutto, si è precipitato. Non aveva la più pallida idea di chi fossi, ci eravamo sentiti una sola volta al telefono qualche tempo fa, perché avrei voluto che seguisse mia moglie, ma non ci siamo mai incontrati. Però la sua umanità lo ha portato lì, è stata la sua passione per il lavoro che

gli ha permesso di salvare la vita di una giovane mamma e del suo piccolo bambino... ma anche di guarire la mia vita. È l'umanità che fa di un dottore, di un medico, o di qualsiasi altro mestiere un grande uomo, non basta la sola professione che esso svolge. La gente lo deve sapere. La gente deve sapere che è inutile lagnarsi per un cartello informativo attaccato ai muri con lo scotch, tra un reparto e l'altro. È del tutto sterile lagnarsi del cibo che sa fin troppo di ospedale, o di un sorriso mancato o di un tono di voce non soppesato di un operatore, che inizia il suo turno di lavoro sapendo che dovrà lavorare per due o per tre, perché il personale scarseggia.

È fin troppo facile distruggere, attaccare anziché lodare e complimentarsi, ma questa volta no. Allora Grazie al primario di neonatologia il dott. Massimo Agosti, che con la sua struttura ha salvato mio figlio, regalandomi un abbraccio durante le dimissioni. Grazie a tutte le ostetriche, che hanno ricreato una sorta di centro estetico nella affliggente stanza di sub-intensiva, lavando dai piedi alla testa mia moglie, che si rincuorava sotto l'asciugacapelli che soffiava accompagnato dal loro sorriso e da un pettine, che in quella stanza raccoglieva capelli e tentava di racimolare normalità. Grazie al prof. Fabio Ghezzi e a tutti i suoi colleghi: i rianimatori del Circolo, ai neurologi, anestesisti, ai cardiologi e ginecologi che hanno curato e accompagnato mia moglie. Grazie.

...se fosse andato tutto liscio, io e mia moglie ci saremmo lamentati di qualcosa, solamente per il gusto di farlo? Non lo so, sono sincero, ma noi la lezione la abbiamo imparata a nostre spese, ed è per questo che voglio avvertire gli instancabili criticoni, che si cibano di questa superficialità, e che leggendomi magari pensano: "...il personale ha fatto solo il proprio lavoro...e ci mancherebbe pure." Io rispondo senza alcuna contro polemica: "No. Hanno fatto solo il loro lavoro, ma con filantropico amore, passione e grande umanità. È questo che la gente deve sapere. Signori, c'è vita sulla terra! Marco Petrosino



Gentile Marco,

a nome dei ginecologi italiani e di tutto il personale sanitario che quotidianamente fa del suo meglio (non sempre riuscendoci, è pur vero) per offrire la propria professionalità e capacità a quanti si rivolgono alle strutture sanitarie del nostro Paese: GRAZIE!

Fa bene ogni tanto 'leggere' una testimonianza come la sua! In verità – pur in mezzo al vociare scomposto e clamoroso, ma inevitabile, di pochi insoddisfatti – siamo abituati a riceverne silenziosi attestati dei tantissimi che ogni giorno hanno modo di rendersi conto di quanto si fa in Sanità. Non è un problema di autocelebrazione né di autocompiacimento: la gente dimentica che la medicina non è una scienza esatta ma solo probabilistica: ecco, cercare la soluzione giusta, spesso in pochi attimi, riuscire a compiere la giusta manovra in un gesto chirurgico il cui discrimine può essere la vita o la morte di un essere umano, questo è veramente difficile. Noi lo facciamo tutti i giorni, semplicemente come nostro lavoro, nella stragrande maggioranza dei casi senza proporzione tra rischi, impegni e ricompensa, ma lo facciamo perché abbiamo scelto questa professione. Non siamo i medici, le

ostetriche, gli infermieri patinati e saccenti delle serie televisive: siamo donne e uomini come gli altri, con i loro problemi, i loro difetti, i loro limiti. Siamo persone che s'impegnano in un compito non certo facile, rischiando anche la propria salute perché noi non guardiamo né il colore della pelle né le origini di chi si rivolge a noi e nemmeno se si tratta di un malato gravemente contagioso; perché siamo pronti a curare anche il nostro nemico della vita; perché nella quotidianità, passata la bufera dell'emergenza, troviamo il modo di dare uno sguardo di incoraggiamento, una parola di comprensione, un segno di solidarietà. È questo quanto facciamo spontaneamente senza enfasi e senza compiacimento: semplicemente, "normalmente"! Poi dopo, torniamo a casa, dai nostri cari, con il nostro carico di problemi, di ansie e di difficoltà; e il giorno dopo, si ricomincia. Non è poesia, signor Marco: lei lo ha capito: è la storia normale ma esaltante di tanti operatori della sanità che fanno il loro lavoro con passione e, me lo lasci dire, con amore. Grazie per avercelo testimoniato!

Con sincera riconoscenza, auguro a lei ed alla sua famiglia un mondo di bene.

Carlo Maria Stigliano

accidentale di COC durante la gravidanza.

Gli studi sugli animali hanno mostrato effetti indesiderati durante la gravidanza e l'allattamento (vedere paragrafo 5.3). In base a questi dati sugli animali, non possono essere esclusi effetti indesiderati dovuti all'azione ormonale delle componenti attive. Tuttavia, l'esperienza clinica generale con l'uso di COC durante la gravidanza, non ha fornito alcuna prova di reali effetti avversi nell'uomo.

I dati disponibili relativi all'uso di Drospil durante la gravidanza sono troppo limitati per consentire di trarre delle conclusioni riguardo gli effetti negativi di Drospil sulla gravidanza o sulla salute del feto o del neonato. Ad oggi, non sono disponibili dati epidemiologici rilevanti.

Allattamento al seno

L'allattamento può essere influenzato dai COC, poiché questi possono ridurre la quantità e modificare la composizione del latte materno. Pertanto, l'uso dei COC non deve essere generalmente raccomandato fino allo svezzamento completo. Quantità minime di steroidi contraccettivi e/o dei loro metaboliti possono essere escreti nel latte materno durante l'uso di COC, con potenziali effetti sul neonato.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari

Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. Non sono stati osservati effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari nelle utilizzatrici di COC.

4.8 Effetti indesiderati

Le seguenti reazioni avverse al farmaco sono state riportate durante l'uso di Drospil. La tabella sottostante riporta le reazioni avverse secondo la classificazione per sistemi e organi MedDRA (MedDRA SOC). Le frequenze sono basate su dati derivanti dagli studi clinici. E' stato utilizzato il termine MedDRA più appropriato per descrivere una specifica reazione, i suoi sinonimi e le condizioni correlate.

Reazioni avverse al farmaco che sono state associate all'uso di Drospil come contraccettivo orale o nel trattamento dell'acne volgare moderato secondo la classificazione per sistemi e organi MedDRA e con i termini MedDRA.

Classificazione per sistemi e organi (MedDRA versione 9.1)	Comuni (≥1/100, <1/10)	Non comuni (≥1/1.000, <1/100)	Rari (≥1/10.000, <1/1.000)	Non nota (la frequenza non può essere definita sulla base dei dati disponibili)
Infezioni e infestazioni			Candidosi	
Patologie del sistema emolinfopoietico			Anemia Trombocitopenia	
Disturbi del sistema immunitario			Reazione allergica	Ipersensibilità
Patologie endocrine			Disturbi endocrini	
Disturbi del metabolismo e della nutrizione			Aumento dell'appetito Anoressia Iperkaliemia Iponatriemia	
Disturbi psichiatrici	Labilità emotiva	Depressione Nervosismo Sonnolenza	Anorgasmia Insonnia	
Patologie del sistema nervoso	Cefalea	Capogiri Parestesia	Vertigini Tremore	
Patologie dell'occhio			Congiuntivite Secchezza oculare Disturbi oculari	
Patologie cardiache			Tachicardia	
Patologie vascolari		Emicrania Vene varicose Iperensione	Flebite Disturbi vascolari Epistassi Sincope	
Patologie gastrointestinali	Nausea	Dolore addominale Vomito Dispepsia Flatulenza Gastrite Diarrea	Addome ingrossato Disturbi gastrointestinali Ripienenza gastrointestinale Ernia iatale Candidosi orale Stipsi Secchezza delle fauci	
Patologie epatobiliari			Dolore biliare Colecistite	
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo		Acne Prurito Rash	Cloasma Eczema Alopecia Dermatite acneiforme Secchezza della cute Eritema nodoso Ipertricosi Patologie della cute Strie cutanee Dermatite da contatto Dermatite fotosensibile Noduli cutanei	Eritema multiforme
Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo		Dolore alla schiena Dolore alle estremità Crampi muscolari		
Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella	Dolore al seno Metrorragia* Amenorrea	Candidosi vaginale Dolore pelvico Ingrossamento del seno Seno fibrocistico Sanguinamento uterino/vaginale* Secrezioni genitali Vampate di calore Vaginite Disturbi mestruali Dismenorrea Ipmenorrea Menorragia Secchezza vaginale PAP test sospetto Diminuzione della libido	Dispareunia Vulvovaginite Sanguinamento post-coitale Sanguinamento da sospensione Cisti mammaria Iperplasia del seno Neoplasma del seno Polipo cervicale Atrofia endometriale Cisti ovariche Ingrossamento dell'utero	
Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione		Astenia Aumento della sudorazione Edema (generalizzato, periferico, facciale)	Malessere	
Esami diagnostici		Aumento di peso	Diminuzione di peso	

*I sanguinamenti irregolari di solito diminuiscono durante il trattamento continuato

I seguenti eventi avversi seri sono stati riportati nelle donne che assumono COC, e sono stati trattati nel capitolo 4.4:

- Disturbi tromboembolici venosi;
- Disturbi tromboembolici arteriosi;
- Iperensione;
- Tumori epatici;
- Insorgenza o aggravamento di condizioni per le quali la relazione di causalità con l'uso di COC non è definitiva: morbo di Crohn, colite ulcerosa, epilessia, mioma uterino, porfiria, lupus eritematoso sistemico, herpes gestazionale, Corea di Sydenham, sindrome emolitico-uremica, ittero colestatico;
- Cloasma;
- Disturbi acuti o cronici della funzione epatica possono richiedere l'interruzione dell'uso di COC fino al ritorno nell'intervallo di normalità dei marcatori epatici;
- Nelle donne con angioedema ereditario, gli estrogeni esogeni possono indurre o esacerbare i sintomi dell'angioedema.

Nelle donne che assumono contraccettivi orali combinati la frequenza della diagnosi di carcinoma mammario è solo leggermente superiore. Tuttavia, poiché il tumore mammario è raro nelle donne al di sotto dei 40 anni di età, il numero dei casi in più è modesto se rapportato al rischio complessivo di tumore mammario. La relazione di causalità con i COC non è nota. Per ulteriori informazioni vedere paragrafi 4.3 e 4.4.

4.9 Sovradosaggio

Non esiste ad oggi esperienza di sovradosaggio con Drospil. Sulla base dell'esperienza generale con contraccettivi orali combinati, i sintomi che possono verificarsi in caso di sovradosaggio di compresse attive sono: nausea, vomito e, nelle ragazze giovani, leggere perdite ematiche vaginali. Non sono disponibili antidoti e il trattamento deve essere sintomatico.

5. PROPRIETA' FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche

Categoria farmacoterapeutica (ATC): Progestinici ed estrogeni, combinazioni fisse.

Codice ATC: G03AA12

Indice di Pearl per l'insuccesso del metodo: 0,41 (limite superiore dell'intervallo di confidenza bilaterale al 95 %: 0,85).

Indice di Pearl complessivo (insuccesso del metodo + errore della paziente): 0,80 (limite superiore dell'intervallo di confidenza bilaterale al 95 %: 1,30).

L'effetto contraccettivo di Drospil si basa sull'interazione di numerosi fattori, i più importanti dei quali sono l'inibizione dell'ovulazione e le modifiche dell'endometrio.

Drospil è un contraccettivo orale combinato contenente etinilestradiolo ed il progestinico drospirone. Alla dose terapeutica, il drospirone possiede anche proprietà antiandrogene e deboli proprietà antimineralcorticoidi. E' privo di attività estrogena, glucocorticoidi e antigliucocorticoidi. Questo conferisce al drospirone un profilo farmacologico molto simile al progesterone naturale.

Alcune indicazioni provenienti dagli studi clinici sembrano attestare che le deboli proprietà antimineralcorticoidi di Drospil si traducono in un lieve effetto antimineralcorticoidi.

Sono stati eseguiti due studi multicentrici, in doppio cieco, randomizzati, controllati verso placebo per valutare l'efficacia e la sicurezza di Drospil nelle donne con acne volgare di entità moderata.

Dopo sei mesi di trattamento, Drospil rispetto al placebo ha mostrato riduzioni più marcate e statisticamente significative del 15,6% (49,3% contro 33,7%) delle lesioni infiammatorie, del 18,5% (40,6% contro 22,1%) delle lesioni non infiammatorie e del 16,5% (44,6% contro 28,1%) delle lesioni totali. Inoltre, una percentuale superiore di soggetti, pari all'11,8% (18,6% contro 6,8%), ha riportato la valutazione 'cute liscia' o 'quasi liscia' alla scala di valutazione globale statica dell'Investigatore (Investigator's Static Global Assessment (ISGA) scale).

5.2 Proprietà farmacocinetiche

Drospirone

Assorbimento

Dopo somministrazione orale il drospirone viene assorbito rapidamente e quasi completamente. Concentrazioni sieriche massime di principio attivo pari a circa 38 ng/ml vengono raggiunte circa 1-2 ore dopo singola assunzione. La biodisponibilità è compresa tra il 76% e l'85%. L'ingestione concomitante di cibo non ha alcuna influenza sulla biodisponibilità del drospirone.

Distribuzione

Dopo somministrazione orale, i livelli sierici di drospirone diminuiscono con un'emivita terminale di 31 ore.

Il drospirone si lega all'albumina sierica, ma non alla globulina legante gli ormoni (SHBG) o alla globulina legante i corticoidi (CBG). Solo il 3 - 5 % delle concentrazioni sieriche totali del principio attivo sono presenti sotto forma di steroide libero. L'aumento della SHBG indotto dall'etinilestradiolo non influenza il legame alle proteine sieriche del drospirone. Il volume apparente di distribuzione medio del drospirone è di 3,7 ± 1,2 l/kg.

Biotrasformazione

Dopo somministrazione orale il drospirone viene estesamente metabolizzato. I principali metaboliti nel plasma sono la forma acida del drospirone, generato dall'apertura dell'anello lattonico, ed il 4,5-diidro-drospirone-3-solfato, entrambi prodotti senza il coinvolgimento del sistema del P450. Il drospirone viene metabolizzato in misura minore dal citocromo P450 3A4 e ha dimostrato di essere in grado di inibire in vitro questo enzima ed i citocromi P450 1A1, P450 2C9 e P450 2C19.

Eliminazione

La clearance metabolica del drospirone nel siero è di 1,5 ± 0,2 ml/min/kg. Il drospirone viene escreto in forma immodificata solo in tracce. I metaboliti del drospirone vengono escreti nelle feci e nelle urine in un rapporto di circa 1,2 - 1,4. L'emivita di escrezione dei metaboliti nelle urine e nelle feci è di circa 40 ore.

Condizioni allo stato stazionario

Durante un ciclo di trattamento, concentrazioni sieriche massime di drospirone allo stato stazionario pari a circa 70 ng/ml vengono raggiunte dopo circa 8 giorni di trattamento. Si verifica un accumulo dei livelli sierici di drospirone di un fattore pari a circa 3, come conseguenza del rapporto tra l'emivita terminale e l'intervallo tra le somministrazioni.

Popolazioni particolari di pazienti

Effetto della compromissione della funzionalità renale

I livelli sierici di drospirone allo stato stazionario nelle donne con lieve compromissione della funzione renale (clearance della creatinina CLcr, 50-80 mL/min) sono apparsi paragonabili a quelli delle donne con funzionalità renale normale. I livelli sierici di drospirone sono risultati in media del 37 % più alti nelle donne con funzionalità renale compromessa di grado moderato (CLcr, 30 - 50 mL/min) rispetto a quelli nelle donne con normale funzionalità renale. Il trattamento con drospirone è risultato ben tollerato dalle donne con compromissione della funzionalità renale lieve e moderata. Il trattamento con drospirone non ha mostrato alcun effetto clinicamente significativo sulla concentrazione di potassio sierico.

Effetto della compromissione della funzionalità epatica

In uno studio per dose singola condotto in volontarie con moderata compromissione della funzionalità epatica, la clearance orale (CL/F) è risultata ridotta di circa il 50% rispetto a quella delle pazienti con funzionalità epatica normale. Il declino della clearance del drospirone osservata nelle volontarie con compromissione epatica moderata non si è tradotto in una differenza apparente in termini di concentrazioni sieriche di potassio. Anche in presenza di diabete e di trattamento concomitante con spironolattone (due fattori che possono predisporre un paziente ad iperkaliemia) non è stato osservato un aumento delle concentrazioni sieriche di potassio al di sopra del limite superiore di normalità. Si può quindi concludere che il drospirone è ben tollerato nelle pazienti con compromissione della funzionalità epatica di grado lieve o moderato (Child-Pugh B).

Gruppi etnici

Non sono state osservate differenze clinicamente rilevanti nella farmacocinetica del drospirone o dell'etinilestradiolo tra le donne Giapponesi e le donne Caucasiche.

Etinilestradiolo

Assorbimento

L'etinilestradiolo assunto per via orale è assorbito in modo rapido e completo. Concentrazioni sieriche massime di circa 33 pg/ml vengono raggiunte in 1-2 ore dopo singola somministrazione orale. La biodisponibilità assoluta è di circa il 60%, in conseguenza di una coniugazione presistemica e del metabolismo di primo passaggio. L'assunzione concomitante di cibo ha ridotto la biodisponibilità dell'etinilestradiolo in circa il 25 % dei soggetti esaminati, mentre non è stata riportata nessuna variazione negli altri.

Distribuzione

I livelli sierici di etinilestradiolo diminuiscono con andamento bifasico e la fase terminale di eliminazione è caratterizzata da un'emivita di circa 24 ore. L'etinilestradiolo si lega fortemente ma non specificamente all'albumina sierica (circa il 98,5 %), ed induce un aumento delle concentrazioni sieriche della SHBG e della globulina legante i corticoidi (CBG). E' stato determinato un volume apparente di distribuzione di circa 5 l/kg.

Biotrasformazione

L'etinilestradiolo è soggetto a coniugazione presistemica sia nella mucosa dell'intestino tenue sia nel fegato. L'etinilestradiolo viene metabolizzato principalmente mediante idrossilazione aromatica, tramite la quale vengono generati diversi tipi di metaboliti idrossilati e metilati che sono presenti come metaboliti liberi o come coniugati sierici di glucuronide o solfato. Il tasso di clearance metabolica dell'etinilestradiolo è pari a circa 5 ml/min/kg.

Eliminazione

L'etinilestradiolo non viene eliminato in misura significativa in forma immodificata. I metaboliti dell'etinilestradiolo vengono escreti nelle urine e nella bile con un rapporto di 4:6. L'emivita di escrezione dei metaboliti è di circa 1 giorno.

Condizioni allo stato stazionario

Le condizioni di stato stazionario vengono raggiunte durante la seconda metà di un ciclo di trattamento ed i livelli sierici di etinilestradiolo mostrano un accumulo di un fattore pari a circa 2,0 - 2,3.

5.3 Dati preclinici di sicurezza

Negli animali di laboratorio, gli effetti del drospirone e dell'etinilestradiolo sono risultati limitati a quelli associati alla loro riconosciuta azione farmacologica. In particolare, gli studi di tossicità riproduttiva nell'animale hanno rivelato effetti embriotossici e fetotossici considerati come specie-specifici. Ad esposizioni superiori a quelle osservabili nelle utilizzatrici di Drospil, sono stati osservati effetti sulla differenziazione sessuale nei feti di ratto ma non nella scimmia.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti

Comprese rivestite con film attive (rosa):

• Nucleo della compressa:

- o Lattosio monoidrato
- o Amido pregelatinizzato (mais)
- o Povidone K-30 (E1201)
- o Croscarmellosa sodica
- o Polisorbato 80
- o Magnesio stearato (E572)

• Rivestimento della compressa:

- o Polivinil alcol
- o Titanio diossido (E171)
- o Macrogol 3350
- o Talco
- o Ossido di ferro giallo (E172)
- o Ossido di ferro rosso (E172)
- o Ossido di ferro nero (E172)

Comprese rivestite con film di placebo (bianche):

• Nucleo della compressa:

- o Lattosio anidro
- o Povidone (E1201)
- o Magnesio stearato (E572)

• Rivestimento della compressa:

- o Polivinil alcol
- o Titanio diossido (E171)
- o Macrogol 3350
- o Talco

6.2 Incompatibilità

Non pertinente.

6.3 Periodo di validità

3 anni.

6.4 Precauzioni particolari per la conservazione

Questo medicinale non richiede alcuna condizione particolare di conservazione.

6.5 Natura e contenuto del contenitore e strumentazione particolare per l'uso, la somministrazione o l'impianto

Bliater in PVC/PVDC-Al trasparente, chiaro fino a leggermene opaco. Ogni blister contiene 24 compresse rivestite con film attive di colore rosa e 4 compresse rivestite con film di placebo di colore bianco.

Formati delle confezioni:

1 x 28 compresse rivestite con film

3 x 28 compresse rivestite con film

6 x 28 compresse rivestite con film

13 x 28 compresse rivestite con film

E' possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate.

6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione

Il medicinale non utilizzato ed i rifiuti derivati da tale medicinale devono essere smaltiti in conformità alla normativa locale vigente.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

EFFIK ITALIA S.p.A

Via Lincoln 7/A

20092 Cinisello Balsamo, Milano

8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

- 041315019*0,02 MG/3 MG COMPRESSE RIVESTITE CON FILM* 1 X 28 COMPRESSE IN BLISTER PVC/PVDC/AL
- 041315021*0,02 MG/3 MG COMPRESSE RIVESTITE CON FILM* 3 X 28 COMPRESSE IN BLISTER PVC/PVDC/AL
- 041315033*0,02 MG/3 MG COMPRESSE RIVESTITE CON FILM* 6 X 28 COMPRESSE IN BLISTER PVC/PVDC/AL
- 041315045*0,02 MG/3 MG COMPRESSE RIVESTITE CON FILM 13 X 28 COMPRESSE IN BLISTER PVC/PVDC/AL

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

29 novembre 2012

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Novembre 2012

Meditazioni

di Giuseppe Cragnaniello



Vite in sospenso

Sono oltre 40mila i parti che si verificano ogni anno in Italia prima della trentasettesima settimana e i numeri delle nascite dei troppo precoci sono divenuti davvero importanti...

In uno dei tanti supplementi dedicati alla medicina dalla stampa quotidiana – che in verità non sempre rendono un buon servizio alla corretta divulgazione – si è tornati a parlare di un problema non di poco conto, quello dei neonati prematuri, quei bambini che nascono troppo presto e restano a lungo delle “vite in sospenso”, non diversamente dalle loro madri in apprensiva attesa degli sviluppi successivi.

Tra gravidanze programmate sempre più tardi e molto spesso raggiunte, non senza difficoltà, solo attraverso tecniche di procreazione assistita, i numeri del fenomeno sono divenuti davvero importanti, essendo più di quarantamila i parti che si verificano ogni anno in Italia prima della trentasettesima settimana. L'impegno sanitario è notevole, sia nel cercare di procrastinare quanto più possibile nascite troppo precoci, sia nel dover assistere a lungo neonati troppo piccoli con la vita appesa al



fatidico filo. Si viene così a creare un rapporto al tempo stesso collaborativo e conflittuale tra medici (ginecologi, neonatologi, rianimatori) da un lato e parenti (genitori e non solo) dall'altro, vissuto tra grandi aspettative e speranze ma anche alla luce di amare e crude verità. Come dimenticare le alte percentuali di mortalità e morbilità infantili, con esiti talvolta molto gravi tali da compromettere una normale vita di relazione? Qualche anno fa furono redatti, non casualmente a breve distanza l'uno dall'altro, due documenti, che si possono identificare come la Carta di Firenze (2006) e la Carta di Roma (2008), sull'opportunità o meno dell'accanimento terapeutico per i grandi immaturi in relazione ai frequenti esiti infausti o alle numerose sopravvivenze gravate da seri handicap. Si può dire costituissero l'approccio laico (la prima) e confessionale (la seconda) all'opportunità se curare o meno i bambini che nascono

troppo presto, fino al limite della definizione di aborto (180 giorni o 25 settimane di vita intrauterina). Al di là di pareri dei comitati etici, che come sempre avviene in questi casi lasciano il tempo che trovano, non si è ancora provveduto ad emanare in merito linee guida di comportamento. Anzi, la questione, come le tante altre moralmente impegnative, è stata secondo il solito accantonata ed è lunga da essere risolta. Nel frattempo purtroppo chi si trova sul campo ha, oltre a tutti gli oneri che comporta una professione sempre più difficile, un altro non piccolo né facile interrogativo da affidare alla propria coscienza. Senza tema di essere tacciati di insensibilità o addirittura di crudeltà c'è però da chiedersi se una sanità sempre più povera e in affanno potrà ancora permettersi i costi connessi all'assistenza esasperata e alle sue sequele, ipotizzando com'è facilmente prevedibile, considerando anche i presupposti, un sempre maggior numero di casi.

► **Segue da pagina 22**
Il ginecologo che voleva bene alle donne

necessario che la Sigo e le altre Società Scientifiche sviluppino un piano di formazione per tutto il Paese anche su queste tematiche che potrebbero sembrare di scarso interesse scientifico. La questione principale però è che dobbiamo sviluppare una campagna di sensibilizzazione da cui si evinca che solo offrendo alla donna tutte le possibilità di scelta a 360 gradi (comprese le interruzioni di gravidanza) sarà possibile diminuire il numero delle Ivg e quindi dobbiamo con sempre più forza, sviluppare il concetto che coloro che veramente prevengono l'interruzione di gravidanza non desiderata sono i medici non obiettori. Questo rimanga un impegno per tutti noi e per tutti coloro che hanno conosciuto il prof. Buscaglia come ginecologo, come uomo e come compagno di strada nella nostra professione.

* *Ginecologa, Centro di salute e ascolto per le donne immigrate ed i loro bambini dell'Azienda Ospedaliera S. Paolo di Milano AOGOI Lombardia Società Italiana di Medicina delle Migrazioni*

Partigiano (cavaliere) della salute riproduttiva e della libertà di scelta delle donne

Maurizio Orlandella*

Il caro Mauro Buscaglia ci ha lasciato. Altri meglio di me racconteranno la storia di un uomo laico, ginecologo, interessato da sempre di questioni sociali, esperto di patologia della gravidanza, pioniere della diagnosi prenatale, sostenitore da sempre dei diritti delle donne, dei servizi per l'assistenza alle donne straniere e svantaggiate, per le donne che hanno subito violenza, dei servizi territoriali.

Io vorrei dire che Mauro Buscaglia era bello. Un bell'uomo fuori, con i suoi baffoni e un'espressione incredibilmente sorniona, e dentro, con la professione legata all'aspetto umano profondissimo, arricchito negli anni dalla capacità laica di ascoltare e guardare il diverso che fosse etnico o ideologico. Dalle prime Ivg all'apertura di un centro di aiuto alla vita. Il tutto condito da un'ironia sempre presente e la velocità di selezione (ed elimina-

zione) dei dettagli meno importanti e individuazione precisa degli obiettivi. Un eroe maschile adolescenziale (per un ginecologo maschio), partigiano (cavaliere) della salute riproduttiva e della libertà di scelta delle donne, della medicina come cura, insieme alla promozione della salute. Il primo incontro pubblico a cui partecipai, arrivato a Milano dalla Sicilia laureato da pochi mesi, fu nell'aula magna della Clinica del Lavoro, a fine 1982 quando Buscaglia introdusse un medico abruzzese che presentò una nuova scoperta farmacologica che avrebbe permesso la possibilità di abortire medicalmente, la RU 486. Erano gli anni immediatamente successivi alla legge sull'aborto del 1978, da allora la legge (art.15) prevede il possibile utilizzo “delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna”, una disposizione che avrebbe da tempo dovuto permettere un agile percorso all'aborto farmacologico. Dopo i primi aborti pre-legge e la lotta per avere la legge, già da subito Buscaglia promuoveva, le nuove tecniche abortive. Ma se Buscaglia e gli operatori della diagnosi prenatale e della legge 194 del tempo fossero visti solo come chi rese possibile abortire legalmente e in sicurezza, la visione sarebbe estremamente ri-

duzzante; la legge 194, una legge per le donne, introduceva e associava insieme vari concetti: “nel rispetto delle scelte delle donne” il rispetto della “integrità fisica e psichica della donna” e “grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna”. Tutti concetti che costringevano il medico ad avere una visione più ampia della medicina, tentare di comprendere e considerare la salute fisica e psichica, mettendo sempre di più la donna al centro delle valutazioni con l'opzione della scelta. Elaborazioni non solo tecniche, davanti al correre della ricerca scientifica e delle nuove opportunità a cui si doveva adeguare, ma culturali e relazionali. Le stesse modalità intellettuali e umane necessarie a chi, come me, vive le tematiche ginecologiche della presa in carico e della promozione della salute. Proprio da ciò viene il mio più grande rammarico: non avere avuto la possibilità, in una regione ricca di talento e professionalità come la Lombardia, di vedere coinvolti nel coordinamento della ginecologia territoriale e consultoriale regionale, colleghi che come Buscaglia sapessero coniugare la praticità delle azioni e del riconoscimento delle diverse professionalità consultoriali, dalle ostetriche, alle psicologhe, alla sessualità e il grande spazio inespres-

so di collaborazione tra territorio e ospedale. Grazie, Mauro, per tutto quello che ci hai dato. Ci sentiamo più scoperti con la tua assenza. Speriamo che altri campioni laici prendano la tua fiaccola e che la tua capacità di coniugare scienza, umanità, personalità trovi spazio nelle nuove leve di ginecologia, che non avranno davanti te come testimonianza di impegno concreto e ininterrotto per la salute riproduttiva. Un saluto a tutti gli orfani di Buscaglia e Nicolini
*Vice Presidente SMIC
Past President AGITE*

Un uomo dalle qualità sempre più rare

Anita Regalia

Grande rimpianto per un uomo dalle qualità sempre più rare: coerenza, scelte professionali non dettate dal desiderio di careerismo, vicinanza e risposta ai bisogni espressi dalle donne...senza sbavature...incarnando il genere maschile nei pensieri e nelle azioni. Mi mancherà.
Clinica Ost. Gin. Ospedale S. Gerardo - Università Milano Bicocca

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



Todos Caballeros Tutti dottori

Per il momento, la conclusione è inevitabilmente amara: Todos Caballeros, ormai siamo tutti "dottori", ma quando va male la colpa è solo e sempre dei "medici"!



Correva l'anno 1541 e l'imperatore Carlo V in visita ad Alghero, colonia catalana molto fedele alla corona, di fronte ad una piazza gremita, non riuscendo più a trattenere un bisogno fisiologico e desiderando quindi ritirarsi con urgenza dal balcone a cui era affacciato, pur di por fine alle acclamazioni e alle richieste dei maggiorenti locali che reclamavano titoli nobiliari di cui fregiarsi, pare che salomonicamente concludesse con un: "Bien, todos Caballeros"! L'impero non c'è più ma la tentazione di risolvere le situazioni di difficoltà con una generale gratificazione del titolo senza alcun esborso è una consuetudine dura a morire.

Vengo al fatto: un tempo chi entrava in ospedale o comunque in una struttura sanitaria e aveva necessità di ricevere informazioni sullo stato di salute e sugli eventuali accertamenti relativi a se stesso o ad un suo congiunto, si rivolgeva al primario in quanto "responsabile di diagnosi e cura", come si diceva; in alternativa poteva chiedere di parlare almeno con un "dottore" che era un medico della struttura, in grado comunque di fornire ragguagli. Ora come stiamo messi? E come si va modellando la nuova organizzazione e le relative gerarchie?

Il Ministero della Salute e gli Assessori Regionali alla Sanità, su proposta della Commissione Salute del Coordinamento delle Regioni, hanno avviato un tavolo tecnico incaricato di elaborare una proposta di Accordo Stato-Regioni per l'implementazione delle competenze della professione infermieristica e del conseguente nuovo rapporto con la professione di medico-chirurgo.

Il documento del Ministero della Salute che ridisegna ruolo e competenze della professione infermieristica già nel preambolo ricorda come «si stia assistendo a una significativa evoluzione delle componenti organizzativo-assistenziali» del sistema sanitario, da cui la necessità di «ridefinire gli ambiti di cura e di assistenza» in base a «modalità multidisciplinari» e interdisciplinari, in un contesto che impone «l'acquisizione di saperi elevati per ciascuna professione dell'equipe e competenze agite in una logica di integrazione, collaborazione e cooperazione tra professionisti». Hai capito? E noi grulli che ancora andiamo

cianciando di "centralità della figura del medico", di governo clinico e simili nefandezze! In verità già da tempo alcune regioni italiane hanno avviato procedure in tal senso: ma in ogni documento viene precisato che "tutta la responsabilità rimane sempre e comunque del medico". In effetti con la riforma universitaria del 3+2 è stata aperta la possibilità di una qualifica professionale più alta a numerose categorie, attraverso il conseguimento della cosiddetta laurea breve. Si è così consentito di fregiarsi del titolo di dottore a vari operatori collegati alla sanità (infermieri, ostetriche, podologi, fisioterapisti, addetti all'igiene dentaria ecc.). Il che è certamente un'ottima cosa fino a che migliora la preparazione professionale di queste categorie; diviene aberrante se è intesa come leva per

far saltare ogni principio di gerarchia e responsabilità medica. Se a questo aggiungiamo che in alcune realtà gli infermieri non dipendono gerarchicamente dal medico ma hanno una propria articolazione di responsabilità, abbiamo il quadro di un sistema quantomeno di non facile gestione. Sarebbe come se in un esercito ci fosse il comandante in capo però solo degli ufficiali mentre la truppa riconoscesse un comandante graduato per conto suo: al faticoso grido di "Avanti march" chi si muoverebbe e in quale direzione? Per contro la magistratura continua a considerare i medici e in particolare i primari comunque con un ruolo immutato rispetto alle responsabilità medico-legali, visto che li chiama a rispondere delle scelte cliniche errate nei loro reparti, quantomeno per la

cosiddetta "culpa in vigilando" (come ho sempre sostenuto il latinorum è per fregare la gente, nel caso specifico i medici, ritenuti responsabili addirittura anche quando non sono presenti all'evento!!!). Al dunque: l'allargamento e l'ascesa di queste nuove figure professionali che premono per avere il riconoscimento di funzioni dirigenziali porterà ad una ridefinizione oltre che dei ruoli anche delle responsabilità? In particolare ciò non potrà non riguardare inevitabilmente anche le ostetriche/dottoresse: la loro non può più essere definita come una "funzione ancillare" rispetto a quella del medico-ginecologo ma dovrà giocoforza essere ridefinito anche il contesto delle responsabilità. E ciò ora dovrà avvenire viepiù anche nel caso degli infermieri/dottori. Quando in un reparto, la paziente/il paziente appelleranno "dottore" pensando di attirare l'attenzione di un medico, in quanti si gireranno amabilmente verso il letto? E siamo sicuri che tutti, ma proprio "tutti" si troveranno d'accordo sulle terapie da somministrare alla nostra paziente e su come gestire le situazioni cliniche? E chi stabilirà sul campo dove finisce la "fisiologia" o le "procedure debitamente codificate" e inizia la patologia che richiede esplicite competenze e conoscenze mediche? Si aprirà in corsia o nell'ambulatorio un tavolo di trattativa? Si farà una democratica concertazione, si invocherà un arbitro? Ma tanto, per dirla con un autorevole assessore regionale in carica "tutta la responsabilità rimane sempre e comunque del medico"! Evviva! Ostetriche e infermieri avranno sempre più un ruolo determinante nella gestione del percorso clinico assistenziale e del trattamento farmacologico, nell'esecuzione di procedure

chirurgiche, nella prescrizione di dispositivi medici e nell'utilizzo di strumenti di diagnostica di base (tutte ad oggi prerogative strettamente connesse alla diagnosi e cura proprie solo dell'atto medico) ma siamo certi che questa dispersione di ruoli non finisca per provocare pericolose interferenze professionali e negative ricadute in termini di efficacia e sicurezza? Io temo fortemente il rischio che nella diagnosi e cura si verifichino invasioni di campo e che di fronte ai malati si generi una gran confusione. È vero che in altre nazioni questa organizzazione, diciamo così, allargata è già operativa da anni, ma conoscendo la nostra realtà temo fortemente la creazione di curanti di serie A e curanti di serie B: l'impressione (forse più di un'impressione) è che mancando risorse finanziarie per mantenerne altri, i medici e per assumere questo diabolico meccanismo di redistribuzione dei ruoli con un inevitabile abbassamento dei riconoscimenti. In più qualche sessantottino di ritorno prova un sottile piacere a colpire la "casta" (ma chi, ma dove?) dei medici e il quadro è completo. Gli infermieri non sono piccoli medici, sono un'altra cosa. Se questo è ciò che le Regioni vogliono, si assumeranno la responsabilità della distruzione della classe medica. Ma qual è oggi in sostanza la definizione di "atto medico"? Chi può stabilire i limiti delle competenze "sul campo" particolarmente in una disciplina difficile ed a rischio come l'ostetricia? Come verranno ripartite le responsabilità di ciascuna figura professionale? E il medico in quale momento del processo diagnostico-terapeutico assume proprie responsabilità? Oggi potrei dire: sempre! E così si regolano i magistrati! In effetti, in tutta la questione, a parte la forma anche i contenuti suscitano forti perplessità: ci sono sconfinamenti che rischiano di provocare problemi enormi, innanzitutto sotto il profilo della responsabilità professionale; diventa indispensabile un nuovo intervento che definisca adeguatamente l'atto medico. Per il momento, la conclusione è inevitabilmente amara: Todos Caballeros, ormai siamo tutti "dottori", ma quando va male la colpa è solo e sempre dei "medici"!

CONVEGNO



"Prendersi cura" degli adolescenti oggi, per la salute riproduttiva del domani

**CONTRACCEZIONE SESSUALITÀ
PROMOZIONE DELLA SALUTE**

19
venerdì
aprile
2013

ore 08.15 - 17.00

SALA MOSAICO (ex Borsa Merci)
Palazzo dei Contratti e delle Manifestazioni
via Petrarca 10, BERGAMO

Presentazione

L'Adolescenza è una fase della vita complessa, difficile, spesso contraddittoria, carica di incertezze e, nel contempo, banco di prova e luogo ove cimentarsi con i molteplici mutamenti evolutivi corporei, psicologici ed emotivi. Rispetto al passato, la sessualità, oggi, viene vissuta sempre più precocemente con un rischio maggiore di gravidanze indesiderate e possibilità di contrarre malattie sessualmente trasmesse. Il Convegno si pone i seguenti obiettivi:

- Fare il punto sulla **contraccezione in adolescenza** quale strumento di una "procreazione responsabile", considerando le più recenti evidenze scientifiche in modo da rendere la consulenza contraccettiva più competente ed individualizzata.
- Indicare le **valenze terapeutiche** della **contraccezione ormonale** in alcune situazioni cliniche tipiche dell'inizio della vita fertile
- Promuovere le **attività educative** volte a fornire agli adolescenti gli strumenti necessari al raggiungimento di una maggiore consapevolezza della propria identità corporea, sessuale ed affettiva.
- Individuare interventi di **prevenzione e promozione della salute**, mirati alle caratteristiche del mondo giovanile, con lo scopo di prevenire i comportamenti a rischio.

Il Direttore Generale
Dott.ssa Mara AZZI

Con il Patrocinio:



www.asl.bergamo.it

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Fiorenza CARTELLÀ
Coordinatore Ostetrico Ginecologo
Consultori ASL Bergamo Tel. 035 2270.643
email: fiorenza.cartella@asl.bergamo.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Servizio Formazione e Aggiornamento
ASL Bergamo
tel. 035 385.247-301 Fax 035 385.049
email: formazione@asl.bergamo.it

Programma

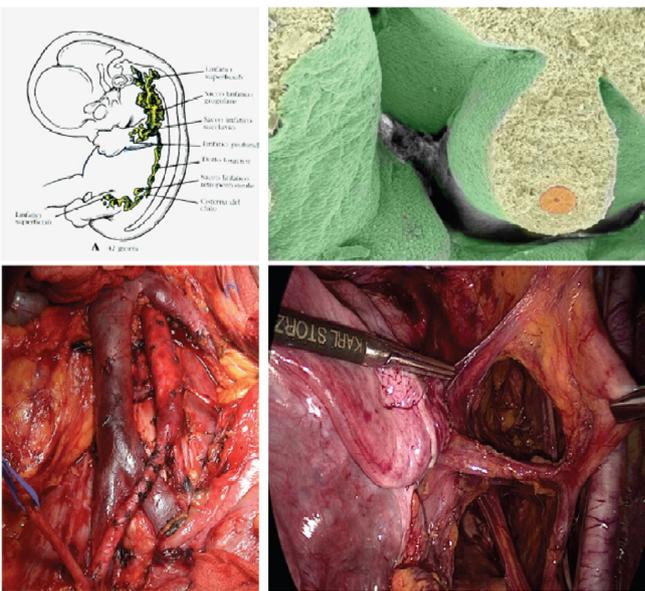
- ORE 08.15: REGISTRAZIONI PARTECIPANTI
- ORE 08.45: SALUTI DELLE AUTORITÀ
■ Mara AZZI Direttore Generale ASL Bergamo
- APERTURA LAVORI ■ F. CARTELLÀ
- CONTRACCEZIONE
Moderatori: ■ G. TRIDENTI ■ C. CRESCINI
- ORE 09.00: La Contracezione in adolescenza: nuovi orientamenti per una corretta scelta e prescrizione ■ V. BRUNI
- ORE 10.00: Quale contraccettivo? ■ M. DEI
- ORE 10.30: Discussione
- ORE 10.45: Coffee Break
- ORE 11.00: Utilizzo terapeutico dei contraccettivi ormonali in adolescenza ■ A. GAMBERA
- ORE 11.30: Quando e come la contraccezione è un'emergenza ■ M. DEI
- ORE 12.00: Contracezione nella minore: aspetti medico-legali ■ N. CUCURACHI
- ORE 12.30: Discussione
- ORE 13.00: Sospensione lavori
- SESSUALITÀ PROMOZIONE DELLA SALUTE
Moderatori: ■ F. CARTELLÀ ■ A. ROVETTA
- ORE 14.00: La Sessualità in adolescenza
■ R. GIOMMI
- ORE 15.00: Dal primo bacio alla prima volta: educare, informare, prevenire, proteggere ■ A. PELLA
- ORE 15.40: La promozione del benessere degli adolescenti attraverso l'Educazione tra Pari ■ G. ROCCA
- ORE 16.00: Prevenzione dell'HIV negli adolescenti: nuovi linguaggi ■ R. MORETTI
- ORE 16.20: Discussione
- ORE 17.00: Conclusione lavori

Partecipazione Gratuita



WORKSHOP INTERNAZIONALE

**BASI EMBRIOLOGICHE DELLA
TECNICA CHIRURGICA**



Roma 9-10 Aprile 2013

Centro Congressi R. Bastianelli-IFO

Presidente
Enrico Vizza

Basi embriologiche della tecnica chirurgica

Embriologia come storia di evoluzione di una specie. Embriologia come interpretazione dinamica della Anatomia Umana. Embriologia come razionale della Anatomia Chirurgica. Embriologia come esemplificazione della tecnica chirurgica. Embriologia come interpretazione delle vie di diffusione neoplastica.

Di tutto ciò si discuterà nell'ambito del Workshop per capire quanto questi concetti siano solo delle idee astratte o quanto rappresentino un nuovo modo di affrontare vecchi problemi. Il tutto con un confronto continuo tra Embriologia, Anatomia Chirurgica e Chirurgia grazie ad una live surgery continua che si svolgerà in contemporanea con l'attività teorica.

Il corso sarà infatti strutturato in:

Hot Topic Lectures. Le letture magistrali affronteranno le problematiche emergenti della chirurgia mininvasiva in ginecologia oncologica ed introdurranno le sessioni di live surgery. Verrà dimostrato come l'anatomia chirurgica segua piani embriologici ben definiti, la cui conoscenza permette una migliore applicazione delle tecniche chirurgiche.

Live Surgery. Verranno effettuati interventi in diretta utilizzando le tecniche più avanzate di chirurgia mininvasiva nella stadiazione chirurgica dei principali tumori ginecologici.

Crossfire Debate alla moviola. Gli interventi saranno successivamente riesaminati alla moviola e commentati da un panel di esperti.

Materiale didattico. Chiunque ne farà richiesta riceverà i filmati degli interventi su supporto DVD.

SEDE

Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena"-Roma
Centro congressi "R. Bastianelli"
Via Fermo Ognibene, 23

ISCRIZIONE

La quota di iscrizione è di €500+ IVA.

Segreteria Scientifica

- Baiocco Ermelinda
- Nucera Giuseppe
- Saltari Maria
- Corrado Giacomo
- Pomati Giulia
- Sindico Stefano
- Mancini Emanuela
- Tarsitano Francesco

mail:mastergyn@libero.it - tel. 0652666973

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

FEDRA CONGRESSI SAS
tel +390652247328, fax +39065205625
mail: info@fedracongressi.it

CON IL PATROCINIO DI



DONNA. SEMPRE.

Nonstop Woman



CLASSE SSN: C

P.P. € 14,00

Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica

sibilla[®]

2 mg/0,03 mg

Dienogest/etinilestradiolo



levofolene[®]

Calcio Levofolinato Pentaidrato



ALFA WASSERMANN