

**IL NUOVO RAPPORTO CEDAP**

# NASCERE IN ITALIA

**Tutti i dati del ministero della Salute  
nel Rapporto annuale sugli eventi nascita**

#### ■ Spending review

Ridurre la spesa sanitaria, quale rotta seguire? Il punto di vista di tre economisti italiani e le cifre del Rapporto Giarda sulla spesa "rivedibile"

#### ■ Società scientifiche e Istituzioni

Responsabilità medica e contenzioso: due nuove proposte di legge presentate alla Commissione Affari Sociali della Camera accolgono le proposte Aogoi

#### ■ Proposte "isorisorse"

Come migliorare, senza costi aggiuntivi, le performance gestionali, economiche e finanziarie delle nostre Uoc in situazioni congiunturali negative



# Gyno-Canesten Inthima

COSMETIC



## Vicino alle donne nell intimo

Detergente per l'igiene intima  
**AZIONE LENITIVA**



Specifico in caso di irritazione  
e bruciore intimo

Allevia il prurito  
dando sollievo per 12 ore

Efficacia clinicamente provata\*



[www.inthimacosmetic.it](http://www.inthimacosmetic.it)

DERMATOLOGICAMENTE TESTATO  
SENZA SAPONI NÉ COLORANTI

\* Siboulet A., Bohbot J.M. - Étude comparative Gyn-Hydralin® - Placebo: prurit génital. TAP Gyn. Obs. n° 398, 1-15 Janvier 1999.  
Uno studio clinico condotto su 300 pazienti ha dimostrato l'efficacia di Gyno-Canesten Inthima Cosmetic nell'alleviare la sensazione di prurito della zona genitale con un effetto garantito per 12 ore.

## 11

**FIGO 2012**

*“La principale e innovativa caratteristica del programma sarà la trasmissione di interventi chirurgici in diretta da alcuni degli ospedali più prestigiosi d’Europa”*



## 14

**Giovanni Di Vagno**

*“Sono suggerimenti a costo zero per migliorare le performance delle nostre U.O.C. in situazioni congiunturali negative”*

## 16

**Vania Cirese**

*“Si continua a ignorare il preoccupante problema della grave carenza di medici che tra pochi anni avremo nel nostro paese”*

4 **PRIMO PIANO****VIII Rapporto CeDAP**

**Nove mamme su dieci scelgono l'ospedale pubblico**

7 **Spending Review e sanità: tra sogni e realtà, aspettando i tagli**

Interventi di Federico Spandonaro, Nicola Salerno e Grazia Labate

11 **Il Mondiale Figò: l'importanza di partecipare**

Carlo Sbiroli

12 **FOCUS ON**

**Due nuove proposte di legge su responsabilità medica e contenzioso**

14 **PROFESSIONE**14 **Taglio cesareo su richiesta materna: che fare?**

L'Aogoi chiede al ministro Balduzzi un aggiornamento delle raccomandazioni ministeriali sui Tc

16 **Migliorare le performance delle Uoc di Ostetricia e Ginecologia: proposte "isorisorse"**

Giovanni Di Vagno

18 **Salviamo la sanità pubblica**

Vania Cirese

20 **Interattività è partecipazione**

Arianna Alberti

22 **ECIM 2012: Ginecologia della Terza Età e medicine complementari**

Angelamaria Becorpi, Costante Donati Sarti, Sonia Baccetti, Mariella Di Stefano

23 **Fisiopatologia cervico-vaginale, Colposcopia e Mts: ad Ascoli un polo didattico d'eccellenza**24 **Studenti e giovani ostetriche: insieme per costruire una rete nazionale**

Marzia Cantoni

25 **“Salviamo lo Scudo Giudiziario Aogoi”**27 **I passi fondamentali nell'apprendimento della chirurgia ginecologica oncologica delle forme avanzate**28 **Prorogata al 31 ottobre 2012 l'intramoenia allargata**

Carmine Gigli

29 **RUBRICHE****Fatti&Disfatti**

Carlo Maria Stigliano

## 19

**Vito Trojano**

*“Dobbiamo investire sulla nuova generazione di ginecologi, garentendo il nostro tutoraggio attento e generoso”*



## 25

In evidenza

**S.O.S ASSICURAZIONI:  
L'APPELLO DEL SEGRETARIO  
NAZIONALE CHIANTERA AI SOCI**

**“Salviamo  
lo Scudo  
Giudiziario  
Aogoi”**

VIII Rapporto Cedap: analisi dell'evento nascita anno 2009

## Nove mamme su dieci scelgono l'ospedale pubblico per il parto

L'87 per cento dei parti avviene negli ospedali pubblici, il 12,1 nelle case di cura. Il 66,7 per cento dei parti si svolge in strutture dove si registrano almeno mille parti annui, e il 7,92% dove ce ne sono meno di 500. Nel 2009 il 18% dei parti è relativo a madri straniere. L'età media delle madri italiane è di 32,5 anni mentre scende a 29,1 per cittadine straniere. Si conferma l'eccessivo ricorso al parto chirurgico, con una media del 38 per cento. Questi i principali dati emersi dall'ottavo Rapporto sull'evento nascita in Italia presentato il 15 maggio scorso

Prosegue e migliora la raccolta dati sull'evento nascita in Italia, che con l'VIII Rapporto riguardante l'analisi dei dati rilevati dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) riferito agli anni 2009 copre un totale di 549 punti nascita, con il 49% di schede in più rispetto al 2002, un numero di parti pari al 98,2% di quelli rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera (Sdo) e un numero di nati vivi pari al 98% di quelli registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno.

Vediamo nel dettaglio i principali dati del Rapporto illustrati nella sintesi del Ministero della Salute.

Le donne preferiscono gli ospedali pubblici. Confermata, nell'VIII edizione del Rapporto, la preferenza per l'ospedale pubblico, dove avviene l'87,7% delle nascite contro il 12,1% delle mamme che scelgono le case di cura e il 0,2% che si rivolge altrove (lo 0,1% partorisce a domicilio). Naturalmente nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche, le percentuali sono sostanzialmente diverse. In Campania, ad esempio, solo il 55,5% delle donne partorisce in strutture pubbliche, un restante 44,4% in strutture private accreditate e non. Il 66,7% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Tali strutture, in numero di 204, rap-



presentano il 37,2% dei punti nascita totali. Il 7,92% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui.

**Aumentano i parti tra le cittadine straniere.** Aumenta nel 2009 il numero delle madri di cittadinanza straniera. Se nell'VII Rapporto Cedap l'incidenza era del 16,9%, nell'ultima rilevazione il tasso è del 18,0%. Un fenomeno è più diffuso al centro nord dove oltre il 20% dei parti avviene da madri non italiane; in particolare, in Emilia Romagna, quasi il 28% delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentative, sono quella dell'Africa (27,8%) e dell'Unione Europea (24,7%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana sono rispettivamente il 18,2% e l'8,8% di quelle non italiane.

**L'identikit delle mamme.** Cresce anche l'età media delle donne che partoriscono, pari a 32,5 anni per le italiane, più bassa (ma comunque in crescita rispetto agli anni passati) l'età media delle donne straniere, pari a 29,1 anni. I valori mediani sono invece di 32,3 anni per le italiane e 28,3 anni per le straniere.

L'età media al primo figlio è per le donne italiane quasi in tutte le Regioni superiore a 31 anni con variazioni sensibili tra le regioni del nord e quelle del sud (più in là con gli anni le neomamme di Lombardia e Liguria, più giovani quelle di Puglia, Calabria e Sicilia). Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 27,5 anni. Delle donne che hanno partorito nell'anno 2009 il 45,0% ha una scolarità medio alta, il 33,7% medio bassa ed il 21,3% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (52,0%). L'analisi della condizione professionale evidenzia

DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI PARTI SECONDO IL LUOGO DOVE ESSI AVVENGONO

REGIONE	PARTI NATURALI			PARTI CESAREI	PARTI ASSISTITI	PARTI TOSATI	PARTI IN OSPEDALE	PARTI A CASA
	PREVALENZA	ASSASSI	ASSASSI					
ABRUZZO	0,00	-	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
BASILICATA	0,00	-	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00
BRESCIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CAPIA	0,00	-	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00
EMILIA	0,00	-	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00
LAZIO	0,00	-	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00
LIGURIA	0,00	0,00	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00
LUCANIA	0,00	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MARCHE	0,00	-	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00
MOENNA	0,00	0,00	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00
PIEMONTE	0,00	0,00	0,00	-	-	0,00	-	0,00
PUGLIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00
ROMAGNA	0,00	0,00	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00
SARDEGNA	0,00	-	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00
SICILIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00
TOSCANA	0,00	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TRENTINO	0,00	-	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00
VALLE D'AOSTA	0,00	0,00	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00
VENETIA	0,00	0,00	0,00	-	-	0,00	-	0,00
ABRUZZO	0,00	0,00	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00
BASILICATA	0,00	0,00	0,00	-	-	0,00	-	0,00
BRESCIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00
CAPIA	0,00	0,00	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00
EMILIA	0,00	0,00	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00
LAZIO	0,00	0,00	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00
LIGURIA	0,00	0,00	0,00	-	-	0,00	-	0,00
LUCANIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00
MARCHE	0,00	0,00	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00
MOENNA	0,00	0,00	0,00	-	-	0,00	-	0,00
PIEMONTE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00
PUGLIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00
ROMAGNA	0,00	0,00	0,00	-	-	0,00	-	0,00
SARDEGNA	0,00	0,00	0,00	-	-	0,00	-	0,00
SICILIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00
TOSCANA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DISTRIBUZIONE PER CLASSI DI PARTO DEL NUMERO DI PARTI E DEL NUMERO DI PUNTI NASCITA SECONDO LA TIPOLOGIA DI STRUTTURA

CLASSE DI PARTI	PARTI NATURALI			PARTI CESAREI			PARTI ASSISTITE			PARTI TOSATE		
	PARTI NATURALI	PARTI NATURALI		PARTI CESAREI	PARTI CESAREI		PARTI ASSISTITE	PARTI ASSISTITE		PARTI TOSATE	PARTI TOSATE	
		PREVALENZA	ASSASSI		ASSASSI	PREVALENZA		ASSASSI	ASSASSI		PREVALENZA	ASSASSI
0-1000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000-2000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2000-3000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3000-4000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4000-5000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTALE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DISTRIBUZIONE DEI PARTI CESAREI SECONDO LA TIPOLOGIA DI STRUTTURA OSPEDALIERA DOVE ESSI AVVENGONO

REGIONE	PARTI NATURALI	PARTI CESAREI		PARTI ASSISTITE
		ASSASSI	ASSASSI	
ABRUZZO	0,00	0,00	0,00	0,00
BASILICATA	0,00	0,00	0,00	0,00
BRESCIA	0,00	0,00	0,00	0,00
CAPIA	0,00	0,00	0,00	0,00
EMILIA	0,00	0,00	0,00	0,00
LAZIO	0,00	0,00	0,00	0,00
LIGURIA	0,00	0,00	0,00	0,00
LUCANIA	0,00	0,00	0,00	0,00
MARCHE	0,00	0,00	0,00	0,00
MOENNA	0,00	0,00	0,00	0,00
PIEMONTE	0,00	0,00	0,00	0,00
PUGLIA	0,00	0,00	0,00	0,00
ROMAGNA	0,00	0,00	0,00	0,00
SARDEGNA	0,00	0,00	0,00	0,00
SICILIA	0,00	0,00	0,00	0,00
TOSCANA	0,00	0,00	0,00	0,00
TRENTINO	0,00	0,00	0,00	0,00
VALLE D'AOSTA	0,00	0,00	0,00	0,00
VENETIA	0,00	0,00	0,00	0,00

che il 59,8% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 31,2% sono casalinghe e il 7,3% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2009 è per il 55,7% quella di casalinga a fronte del 65,8% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

**Papà in sala parto.** Nel 92,27% dei casi la donna ha accanto a sé al momento del parto (sono esclusi i cesarei) il padre del bambino, nel 6,37% un familiare e nell'1,16% un'altra persona di fiducia. La presenza di una persona di fiducia piuttosto che di un'altra risulta essere influenzata dall'area geografica.

**Ancora troppi cesarei.** Si conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. In media, il 38,0% dei parti avviene con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. Rispetto al luogo del parto si registra un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate in cui si registra tale procedura in circa il 58,3% dei parti contro il 35,0% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere, nel 28,6% dei parti di madri straniere si ricorre al taglio cesareo mentre si registra una percentuale del 40,1% nei parti di madri italiane.

**Visite ed esami in gravidanza.** Nell'84,2% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4 mentre nel 73,2% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie. La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita oltre la 12° settimana è pari al 2,9% mentre tale percentuale sale al 15,0% per le donne straniere. Le donne con scolarità bassa effettuano la prima visita più tardivamente rispetto alle donne con scolarità medio-alta: si sottopongono alla prima visita oltre la 12° settimana il 12,3% delle donne con scolarità bassa, mentre per le donne con scolarità alta la percentuale è del 3,1%. Per le donne più giovani si registra una frequenza più alta di casi in cui la prima visita avviene tardivamente (12,9% nelle madri con meno di 20 anni). In media, inoltre, sono state effettuate 14,2 amniocentesi ogni 100 parti. A livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato in quasi la metà dei casi (40,69%).

**Pma.** Nasce con la Pma 1,23 bambini ogni 100 gravidanze. Per circa 6.786 parti si è fatto ricorso ad una tecnica di procreazione medicalmente assistita (Pma), in media 1,23 ogni 100 gravidanze. La tecnica più utilizzata è stata la fecondazione in vitro con successivo trasferimento di embrioni nell'utero (Fivet), seguita dal metodo di fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (Icsi).

**La salute dei bambini alla nascita** L'1% dei nati ha un peso inferiore a 1.500 grammi ed il 6,1% tra 1.500 e 2.500 grammi. Nei test di valutazione della vitalità del neonato tramite indice di Apgar, il 99,2% dei nati ha riportato un punteggio a 5 minuti dalla nascita compreso tra 7 e 10 e solo lo 0,8% dei neonati è risultato gravemente o moderatamente depresso. Sono stati rilevati 1.578 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,83 nati morti ogni 1.000 nati, e 5.529 nati con malformazioni. L'indicazione della causa è presente rispettivamente solo nel 19,4% dei casi di natimortalità e nel 51,2% di nati con malformazioni. ■

#### PERCENTUALE DI PARTI CESAREI SECONDO LA TIPOLOGIA E LA DIMENSIONE DEI PUNTI NASCITA

CATEGORIA	PERCENTUALE DI PARTI CESAREI			
	PO	PL	PL	TL
C - C	000	000	000	000
CC - C	000	000	000	000
CC - C	000	000	000	000
CC - C	000	000	000	000
CC - C	000	000	000	000
TL	000	000	000	000

### SIN: LA RIDUZIONE DEI PICCOLI PUNTI NASCITA PORTERÀ AD UNA DIMINUIZIONE DEITC

“Il rapporto CeDAP fotografa una realtà soddisfacente dell'organizzazione dei Centri nascita con il 66,7% delle nascite che avvengono in centri con un volume di attività di almeno 1000 parti/anno e solo il 7,92% in centri con meno di 500 parti/anno”. Tuttavia non mancano i motivi di preoccupazione su cui la Società italiana di neonatologia (Sin) richiama l'attenzione. A

partire dagli indici di mortalità neonatale, “che se a livello nazionale sono sostanzialmente in linea, se non migliori di quelli dei Paesi più avanzati, aumentano nelle regioni meridionali”. “Le consistenti discrepanze regionali – si legge nella nota diffusa dalla Sin – penalizzano le regioni del Sud del Paese dove ancora prevale una eccessiva frammentazione dei Centri nascita, con un numero non accettabile di strutture di piccole dimensioni. Non è certo un caso che la mortalità neonatale in queste regioni è di gran lunga superiore alla media nazionale e che la prima motivazione è senza dubbio legata al modello organizzativo, troppo

passivamente accettato”. Ed ancora, l'eccessivo ricorso al parto cesareo. Le motivazioni sono legate a molteplici fattori, “ma anche e soprattutto alle inappropriate dimensioni del Centro nascita, che non può in alcun modo garantire l'appropriatezza e la sicurezza delle cure. Il problema dell'eccessivo ricorso al taglio cesareo sarà ridimensionato – sottolinea il presidente Sin Paolo Giliberti – se si riuscirà a realizzare in tutto il Paese l'aggregazione dei Centri nascita e se si proporzioneranno gli organici sia a livello medico che infermieristico, necessari a sostenere il sistema”. ■

**Q**uesto il commento del presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia Nicola Surico, che ritiene come la Legge 40 del 2004 che stabilisce il divieto assoluto di fecondazione eterologa debba essere rivista, basandosi sulle evidenze scientifiche. “La recente sentenza della Corte Costituzionale – ha specificato Surico – non ha bocciato la norma nel punto (art.4) in cui vieta questa pratica, ma ha rimandato gli atti ai tre tribunali (Firenze, Catania e Milano) a cui si erano rivolte alcune coppie sterili che avevano sollevato la questione di costituzionalità. Il turismo procreativo è un fenomeno in preoccupante crescita: ogni anno 7000 coppie si recano all'estero per superare un problema di sterilità. E una su tre lo fa per usufruire della donazione di gameti”.

“Per i trattamenti eterologi eseguiti dalle coppie all'estero non è disponibile alcuna informazione né sulle caratteristiche genetiche e sugli accertamenti effettuati sul donatore o sulla donatrice, né sul tipo di trattamento eseguito o sul suo esito – ha sottolineato il presidente Sigo in un comunicato –. Il costante aumento dei cosiddetti ‘viaggi della speranza’ determina un numero preoccupante di abusi e di seri rischi sanitari per le future madri e i nascituri. Sono so-

### La posizione della Sigo dopo la recente sentenza della Corte Costituzionale sulla L. 40

## “No al divieto assoluto di fecondazione eterologa, va consentita la donazione dei gameti nei casi di sterilità”

■ “Esistono specifiche condizioni di sterilità in cui la fecondazione eterologa dovrebbe essere consentita nel nostro Paese. La donazione dei gameti rappresenta infatti l'unico rimedio disponibile per le donne in menopausa precoce dovuta a patologie invalidanti come l'endometriosi, alle terapie antitumorali e ad alcune malattie genetiche”



prattutto le coppie a basso reddito quelle che si recano all'estero, nei Paesi nei quali non esiste una regolamentazione specifica e dove, quindi, non c'è controllo, esponendosi a seri rischi e a possibili eventi avversi le cui conseguenze ricadono non solo sulle coppie, ma anche sul nostro Ssn, che sarà chiamato in causa per garantire le cure mediche. L'eliminazione di un divieto assoluto all'eterologa in Italia consentirebbe di assicurare servizi di assistenza medica con livelli di sicurezza, organizzazione e controllo tali da prevenire e sanzionare pratiche deontologicamente scorrette e a rischio per le coppie sterili. Vogliamo

definire un percorso condiviso con la Società Italiana di Fertilità e Sterilità”.

L'aumento esponenziale, registrato negli ultimi anni, del numero di coppie italiane che si recano all'estero per superare il divieto stabilito dalla Legge 40 ha creato un vero “grande mercato”, senza controlli e limiti. “Nell'ambito della donazione dei gameti – ha spiegato Surico – potrebbero essere immediatamente applicate le norme in vigore sulla donazione di organi, tessuti e cellule, che scongiurerebbero rischi e fornirebbero tutte le garanzie possibili: uno dei principi cardine infatti è che l'atto sia volontario e gratuito. Queste disposizioni inoltre stabiliscono procedure specifiche per controllo sulle infezioni e sulle malattie genetiche di cui possono essere portatori i donatori.” Le procedure previste per la donazione degli organi consentono, inoltre, la tracciabilità (nel caso di necessità per problemi del nascituro) nonché l'anonimato del donatore. “Nel nostro Paese – ha concluso Surico – anche a seguito delle indicazioni dettate dalla Legge 40 del 2004, nei centri di Procreazione Medicalmente Assistita sono a disposizione migliaia di ovociti ed embrioni abbandonati da coppie che hanno già ottenuto figli e che potenzialmente sarebbero disponibili per la donazione”. ■

Spending review e sanità

# “Rivedibile” il 33,1 per cento della spesa sanitaria

**I**l 30 maggio scorso il Consiglio dei Ministri ha esaminato, tra gli altri provvedimenti, il rapporto sulla spending review elaborato dal ministro per i Rapporti con il Parlamento e il Programma di Governo Piero Giarda.

Per la sanità, in particolare, come spiega il documento sulla spending review allegato al comunicato stampa di fine seduta, nel medio periodo la spesa rivedibile sarebbe pari, in totale, a 97,6 miliardi. In pratica il 33,1% del totale della spesa rivedibile. In particolare, sempre secondo la tabella di Palazzo Chigi riferita alla sanità, vi sarebbero risparmi possibili sulle retribuzioni lorde per un totale di 28,3 miliardi e sui consumi intermedi, ovvero beni e servizi, per altri 69 miliardi.

Su queste spese “rivedibili”, i calcoli del governo indicano la possibilità di un risparmio medio attorno al 25%, nel breve periodo. Il rapporto analizza le voci di spesa delle pubbliche amministrazioni, con la finalità di evitare inefficienze, eliminare sprechi e ottenere risorse da destinare alla crescita.

“La razionalizzazione e il contenimento dei costi – si legge nella nota diffusa da Palazzo Chigi a fine seduta – sono infatti fondamentali per garantire, da un lato il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica, dall’altro l’ammodernamento dello Stato e il rilancio dell’economia e dell’occupazione”.

In particolare il rapporto pone l’accento su cinque anomalie di sistema:

1. La prima riguarda la struttura della spesa pubblica italiana. In Italia si spende meno della media dei Paesi Ocse per la fornitura di servizi pubblici e per il sostegno agli individui in difficoltà economica mentre le spese per gli interessi sul debito pubblico e per le pensioni superano la media europea. Queste due voci valgono circa 310 miliardi di euro, una cifra che ostacola la flessibilità di

ammonta a 96,7 miliardi di euro la quota di spesa sanitaria “rivedibile” nel medio periodo, pari al 33,1% del totale delle spese della PA sulla quale si concentra la spending review, secondo il documento elaborato dal ministro per i Rapporti con il Parlamento e il Programma di Governo Piero Giarda. Per il 2012 l’obiettivo è un taglio 4,2 mld, sanità compresa. Bondi (ex Parmalat) commissario del programma

gestione e adattamento della risposta pubblica alle domande provenienti dall’economia.

2. La seconda è rappresentata dal costo della produzione dei servizi pubblici. L’aumento dei costi di produzione dei servizi pubblici (scuola, sanità, difesa, giustizia, sicurezza) non è stato accompagnato da un adeguato livello di qualità. Queste spese, secondo i dati Istat, sono cresciute in trenta anni, dal 1980 al 2010, molto più rapidamente dei costi di produzione dei beni di consumo

privati. Se i costi del settore pubblico fossero aumentati nella stessa misura del settore privato, la spesa per i consumi collettivi oggi sarebbe stata di 70 miliardi di euro più bassa.

3. La terza è l’aumento delle spese dovuto alle diffuse carenze nell’organizzazione del lavoro all’interno delle amministrazioni, nelle politiche retributive e nelle attività di acquisto dei beni necessari per la produzione.

4. La quarta riguarda l’evoluzione della spesa e la sua governance. Negli ultimi ven-

t’anni, ad esempio, la spesa sanitaria è aumentata passando dal 32,3 per cento al 37 per cento del totale della spesa pubblica mentre la spesa per l’istruzione è scesa dal 23,1 per cento al 17,7 per cento. Ciò è dovuto in parte all’andamento demografico, in parte a decisioni che riguardano la sfera politica e la struttura degli interessi costituiti.

5. La quinta anomalia è nel rapporto centro-periferia, per cui gli enti locali esercitano le stesse funzioni, a prescindere dalle dimensioni e caratteristiche territoriali. Questo porta a una lievitazione dei costi negli enti con un numero inferiore di abitanti.

Secondo il rapporto, la spesa pubblica “rivedibile” nel medio periodo è pari a circa 295 miliardi di euro. A breve termine, la spesa rivedibile è notevolmente inferiore, stimabile in circa 80 miliardi. Nell’attuale situazione economica, il Governo ha ritenuto necessario un intervento volto alla riduzione della spesa pubblica per un importo complessivo di 4,2 miliardi, per l’anno 2012, al quale tutte le amministrazioni pubbliche devono concorrere. Questo importo po-

**BALDUZZI:**  
“Già censiti 7 mld di spesa per beni e servizi medici”

“La revisione della spesa non è un problema di tagli, ma una condizione mentale che dovrebbe accompagnare

normalmente l’attività politico-amministrativa. In sanità è già iniziata da tempo e si concretizza nel cercare di stabilire il prezzo medio di riferimento – ha affermato il ministro della Salute, Renato Balduzzi, interrogato sulla spending review nel corso di una puntata di *Ballarò*. Per quanto riguarda beni, servizi e dispositivi medici – ha aggiunto il ministro – siamo arrivati a censire poco più di 7 miliardi di spesa rivedibile – non tagliabile, rivedibile – su cui, cioè, applicare i costi di riferimento, oltre i quali chi sfiora viene sanzionato, con il blocco dei contratti”.

A margine di una conferenza stampa organizzata dalla Regione Puglia all’interno del Forum Pa, Balduzzi ha precisato che “le cifre che stanno circolando in questi ultimi giorni relative ai tagli nella sanità che potrebbero arrivare dalla spending review appartengono alla fantasia”. “In questo momento non abbiamo la possibilità di dare indicazioni precise sugli effetti della spending review in sanità – ha chiarito il ministro – stiamo ancora lavorando. I risultati si avranno in tempi brevissimi”. Il ministro Balduzzi ha poi voluto precisare come la revisione di spesa sia “riuscire a riorganizzare e riqualificare i servizi”, e non “un taglio lineare”. “Quello che occorre – ha aggiunto – è intervenire sui fattori che producono la spesa, e sotto questo profilo anche la sanità farà la sua parte”. Infine, rispondendo ad una nostra domanda riguardo la possibile rimodulazione del ticket attraverso l’introduzione di una forma di franchigia, Balduzzi ha detto che, al momento, “si tratta solo di ipotesi di lavoro”.



trebbe servire, per esempio, a evitare l'aumento di due punti dell'Iva previsto per gli ultimi tre mesi del 2012.

Una riduzione di 4,2 miliardi, da ottenersi in 7 mesi (1° giugno-31 dicembre 2012) equivale a 7,2 miliardi su base annua e corrisponde perciò al 9% della spesa rivedibile nel breve periodo (80 miliardi).

Il programma di riduzione, precisa il comunicato di Palazzo Chigi, "non sarà lineare ma selettiva, e sarà realizzata potenziando la linea di risparmio seguita dal Governo nei primi mesi di attività: ad esempio i risparmi (per oltre 20 milioni di euro) prodotti dalla Presidenza del Consiglio grazie alla diminuzione delle consulenze e ai tagli all'organico, la riduzione degli stipendi dei manager pubblici, i tagli sui voli di stato e sulle 'auto blu', la soppressione di enti, o la riforma delle province". Una direttiva del Presidente del Consiglio, su proposta del Ministro Giarda, indicherà ai Dicasteri le linee da seguire per contenere le spese di gestione. La direttiva disciplina specificamente il contributo che le amministrazioni centrali sono tenute a prestare per il raggiungimento dell'obiettivo della riduzione sopra indicato. Gli interventi richiesti vanno dall'eliminazione di sprechi ed eccessi di risorse impiegati, alla revisione dei programmi di spesa, al miglioramento delle attività di acquisto di beni e servizi, alla ricognizione degli immobili pubblici in uso alle pubbliche amministrazioni al fine di possibili dismissioni.

Per il coordinamento generale delle attività è costituito il comitato dei Ministri per la revisione della spesa, presieduto dal Presidente del consiglio dei Ministri e composto dal Ministro delegato per il Programma di governo, dal Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, dal Viceministro dell'economia e delle finanze e dal Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Per assicurare rapida esecuzione al programma di revisione della spesa, soprattutto in ragione delle straordinarie condizioni di necessità e urgenza che impongono un intervento deciso sull'economia, il Consiglio dei Ministri ha previsto, con decreto legge, la funzione di Commissario straordinario per la razionalizzazione della spesa per acquisti di beni e servizi con il compito di definire il livello di spesa per voci di costo. Per l'incarico sarà nominato Enrico Bondi.

Tra i compiti affidati al Commissario ci sono quello di coordina-

## Spesa pubblica considerata "rivedibile" nel medio periodo 2/2

Spending review

	Stime	Altri fonti A.C.	F.F.	Regioni	Finanze	Comuni	Sanità	Università, altri enti	Totale
Ributazioni locali	61,8	2,6	2,2	4,5	1,9	12,8	28,3	7,8	122,1
Consumi intermedi	31,3	3,9	1,9	5,5	3,1	25,3	69	4,7	135,6
Contributi alla Produzione	2,9	0,1	0	6,3	1,6	2,6	0	0,7	14,2
Contr. Istit. Sociali	2	0	1	0,7	0,1	0,7	0	0,1	4,8
Contr. Famiglie Correnti	1,9	0	1,2	0,5	0,3	1	0,1	1,5	6,5
Contributi imprese correnti	0,1	0,3	0,1	0,4	0	0,1	0	0,2	1,3
Contributi imprese c/capit.	5,2	0,4	0	1,6	0,2	0,9	0	0,3	8,6
Contributi famiglie c/capit.	0,6	0	0	0,6	0	0,6	0	0,1	1,9
Totale spesa rivedibile	95,9	7,2	7,4	20,2	7,3	44,2	97,6	15,4	295,1
% spesa rivedibile	32,5	2,4	2,5	6,8	2,5	15	33,1	5,2	100

Tabella elaborata dai Ministri rapporti con il Parlamento (le cifre sono espresse in miliardi di euro)

## IL PUNTO DI VISTA

# Spending review e sanità. Tra sogni e realtà, aspettando i tagli

**SPANDONARO (CEIS):**

**“Se si taglia ancora, sanità a rischio in tutt'Italia”**

**Per l'economista del Ceis Tor Vergata, Federico Spandonaro, resta un solo modo per ridurre la spesa sanitaria. Ed è tagliare i servizi o spostare alcune voci di spesa dalla sanità pubblica ai bilanci privati delle famiglie. Ma se la cifra che si vuole recuperare è consistente, questo significa mettere a rischio l'equità del diritto alla salute**

“Spesa rivedibile” significa che sarà soggetta ad analisi e questo si può fare su qualsiasi cifra, il che non significa che poi ci saranno interventi di questo livello, perché significherebbe smettere di fare sanità in Italia. Sicuramente il Governo ha già individuato delle criticità, ma allo stato attuale la documentazione fornita è così sintetica da non lasciare chiaramente capire cosa il Governo intenda fare di quei 97 miliardi. Non sono d'accordo, però, con chi dice che la spesa sanitaria sia eccessiva. È più bassa che in tutti gli altri Paesi paragonabili all'Italia. In questi anni, inoltre, qualcosa è stato fatto sia in termini di contenimento che di ottimizzazione. Forse non in modo omogeneo in tutte le Regioni, ma è stato fatto. Il vero problema,

secondo me, non sta nella spesa sanitaria. Sta nel fatto che l'Italia è un Paese senza crescita economica.

Se il Pil reale fosse cresciuto anch'esso del 2% annuo (obiettivo non assurdo) sarebbe anch'esso aumentato del 50% e non saremmo qui a dibattere; il problema è che il Pil non cresce e se per mantenere il rapporto con il Pil pretendiamo che l'incremento della spesa sanitaria sia ancora più basso di quanto lo sia adesso, allora bisogna ammettere che vogliamo ridurre la sanità, almeno rispetto agli altri Paesi europei. Sono dell'opinione che sulla spesa si possa sempre discutere, quindi non trovo nulla di errato nella spending review come strumento di lavoro. Per quanto riguarda la sanità, però, credo che i margini di azione siano davvero limitati. A meno che non si decida di tagliare i servizi o spostare una consistente quota di spesa sui bilanci delle famiglie italiane, ad esempio aumentando i ticket o

decidendo che l'assistenza farmaceutica o la specialistica escono dal Ssn.

La spesa sanitaria italiana procapite oggi è del 20% inferiore a quella europea. Se noi siamo inefficienti, gli altri sono un disastro!

**SALERNO (CeRM):**

**“Per la sanità via obbligata: meno Lea e ticket per reddito”**

**La cosa più di buon senso è il passaggio alla selettività. Per Nicola Salerno, Direttore area Finanza Pubblica e Regolazione del CeRM, la prima spending review da fare in sanità consiste in due scelte/azioni: da un lato, la revisione del perimetro dei Lea; dall'altro, l'avvio dell'universalismo selettivo a tutto raggio**

“È un compito ai limiti della temerarietà quello di efficientare una voce di spesa grande come la sanitaria, quando il sistema aspira a coprire la quasi totalità delle prestazioni (i Lea sono di fatto onnicomprensivi), mantenendole per giunta quasi completamente gratuite per tutti, senza alcun distinguo, senza alcun ordine di priorità, senza alcun coordina-

mento tra Regioni. Si chiama universalismo assoluto e, in momenti in cui le risorse scarseggiano e in stagioni in cui il sistema necessiterebbe di un profondo ridisegno funzionale, la sua pretesa di assolutezza diventa presto di "cartapesta". La prima spending review da fare in sanità consiste in due scelte/azioni: da un lato, la revisione del perimetro dei Lea; dall'altro, l'avvio dell'universalismo selettivo a tutto raggio, basato su copayment graduati in funzione delle condizioni economiche e sanitarie, e coinvolgente anche le prestazioni sociali. La prima azione serve a concentrare le risorse pubbliche sulle prestazioni davvero essenziali, la qual cosa non implica necessariamente che il nuovo perimetro debba diventare piccolo, ma che esso risponda ad un chiaro ed esplicito ordine di priorità. La seconda azione serve a rendere chiari ed espliciti anche i flussi di redistribuzione generati dal funzionamento della



ne di nuovi obblighi informativi a carico delle PA.

“Meritano un attento esame – sottolinea la nota di Palazzo Chigi – anche le risorse pubbliche destinate alle imprese, così come quelle che affluiscono ai partiti politici e ai sindacati”. Per quanto riguarda gli aiuti alle imprese, il Consiglio dei Ministri ha conferito al Professor Francesco Giavazzi l’incarico di fornire al Presidente del Consiglio e Ministro dell’Economia e delle finanze e al Ministro dello Sviluppo, delle infrastrutture e dei trasporti analisi e raccomandazioni sul tema dei contributi pubblici alle imprese. Per quanto riguarda i partiti e i

sindacati, il Consiglio dei Ministri ha conferito al Professor Giuliano Amato l’incarico di fornire al Presidente del Consiglio analisi e orientamenti sulla disciplina dei partiti per l’attuazione dei principi di cui all’articolo 49 della Costituzione, sul loro finanziamento nonché sulle forme esistenti di finanziamento pubblico, in via diretta o indiretta, ai sindacati.

“Le risorse che si ricaveranno con gli interventi – conclude la nota di Palazzo Chigi – consentiranno di realizzare gli obiettivi di finanza pubblica indicati nel DEF e favoriranno l’alleggerimento della pressione fiscale sui cittadini”. ■



sanità pubblica, a garanzia dei principi di equità orizzontale e verticale tra cittadini.

La selettività non attiva solo un trasferimento di quote di costo/spesa dal pubblico al privato liberando risorse pubbliche (effetto statico), ma innesca un processo di responsabilizzazione individuale di tutti i soggetti lungo tutta la filiera sanitaria, perché veicola loro il “segnale di prezzo”, e li stimola a utilizzare nella maniera più efficiente-efficace beni, servizi, prestazioni. Il cittadino che paga diviene più attento, anche a valutare l’operato dei medici, degli amministratori, dei decisori politici. In questa prospettiva, il copay è uno strumento in perfetta sintonia con la riforma (sospesa) federalista, perché contribuisce a creare la garanzia che dappertutto le risorse stanziate vengano utilizzate in maniera oculata, nelle Regioni che alimentano la perequazione tra territori e soprattutto nelle Regioni che ne beneficiano. Selettività equivale a microfondazione della regolazione. Si avvii subito l’universalismo selettivo. Se nell’immediato si decide che non si può fare a meno di coinvolgere ancora la sanità nella compressione di spesa, almeno si avrà la garanzia che questo intervento sarà realizzato salvaguardando al massimo le fasce di reddito più basse e i soggetti con fabbisogni più acuti.

Nel frattempo, si potrà lavorare in profondità per la riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali, dagli aspetti più “semplici” a quelli di architettura sistemica: dall’ottimizzazione degli acquisti, alla scelta di regole chiare e stabili per la programmazione delle risorse e il loro riparto tra Regioni, al pieno coinvolgimento della leva fiscale regionale per la copertura anno per anno delle sovrapprese, alla responsabilizzazio-

ne di mandato/ufficio per politici e amministratori inadempienti rispetto ai target, al varo di veri e propri Programmi di Stabilità e Qualità regionali dedicati alla sanità con vaglio annuale e conseguenti policy obligations.

## LABATE:

### “La nostra sanità pubblica, malata di sprechi e mal governo”

**Risparmiare, spendendo bene, si può. Per Grazia Labate, docente di Economia sanitaria all’Università di York, Inghilterra è possibile “fuori da ogni centralismo o visione di command e control, ma dentro una visione di governance dei processi in cui lo Stato e le Autonomie regionali, comunali ed il sistema di aziende, collaborino per il fine comune, che in questo momento è usare bene quello che c’è per evitare tagli ai servizi ed alle prestazioni da garantire ai cittadini.**

“A mio modo di vedere la spending review non è altro che una lucida e sapiente analisi, volta a realizzare due obiettivi: il primo, quello di rendere effettivo il minor peso della voce “acquisti di beni e servizi”, che per la loro entità e magari nella speranza di un allentamento dei vincoli di bilancio, molte amministrazioni centrali e periferiche non hanno rispettato e non stanno rispettan-

do. Il secondo, quello più ambizioso, cioè di rendere economica la gestione dei servizi pubblici, perseguendo l’efficienza nella produzione e l’economicità degli acquisti.

La verità è che per quanti e giusti correttivi si possano mettere in atto, che lo facciano i tecnici ed un domani i politici, ci aspetta un lungo periodo di duro e responsabile lavoro, in cui calcoli politici, facile cattura del consenso, subalternità ai poteri forti, furbizie contabili, non sono più percorribili, secondo le vecchie logiche usate ed abusate fin qui. Occorre davvero un rivolgimento culturale profondo, una visione strategica di sistema, che ci indichi la rotta da seguire in un mare ancora molto agitato ed inquinato da una speculazione finanziaria dei mercati, corsara e predona, a cui occorre rispondere con l’argine della squadra, della visione comune a tutto campo, del senso etico dello stato e delle istituzioni, della coesione sociale massima tra cittadini ed istituzioni se non si vuole naufragare e diventare relitti in balia delle onde della legge del più forte.

Si è irrisolto al fatto che il governo ha nominato dei tecnici a fianco dei tecnici ministri per affrontare con più celerità ed appropriatezza la razionalizzazione della spesa pubblica, e che abbia aperto il sito web perché i cittadini possano denunciare i mille sprechi e disservizi che ogni giorno in-

contrano nel rapporto con la P.A. e di cui sono testimoni oculari; perciò si domandano quale sia il rapporto costo beneficio tra tasse pagate, dai cittadini onesti, e servizi fruiti. Non c’è niente da ridere, perché mettere mano in tempi brevi alla revisione della spesa pubblica, ha bisogno di team specifici che seguano un obiettivo e lo perseguano fino in fondo, per essere giudicati sul risultato, non solo di breve ma almeno di medio periodo e che la voce dei cittadini, coadiuvi il decisore a disboscare meglio la giungla dei tanti sprechi e delle inefficienze, è un aiuto prezioso che aiuta a dipanare spesso una matassa inestricabile, di cui non si riesce mai a capire di chi è la responsabilità.

Infatti non è un caso che il sito sia stato inondato da migliaia e

migliaia di e mail e che le denunce sulla sanità non siano affatto irrilevanti.

Accogliamo la sfida della revisione della spesa, fuori dalla logica dei tagli lineari in collaborazione con le Regioni, senza commissariamenti dall’alto, ma costruendo collaborazione, buone pratiche, obiettivi di risparmio possibile, perché il tempo, nel nostro caso, dentro questa crisi, è denaro. Sennò 2 miliardi e mezzo e 5miliardi e 750mila di euro previsti di tagli alla sanità si trasformeranno in meno servizi, rinuncia alle cure, iniquità verso i più deboli. Perché quando parliamo di investimenti, anche quando pensiamo ai futuri Project Bond nei piani non rientra mai il potenziamento delle reti infrastrutturali di ICT per la sanità o progetti di ammodernamento della rete ospedaliera e delle tecnologie chirurgiche robotizzate, visto che risorse per gli investimenti ex art. 20 non ce ne sono più? Ecco rigore, equità e crescita devono stare insieme sennò uscire dalla crisi nel medio periodo significherà l’operazione è riuscita ma il paziente è morto.

**Gli interventi, qui pubblicati in forma sintetica, sono tratti dallo Speciale “Spending Review” di Quotidiano Sanità. Gli articoli e gli approfondimenti sono disponibili sul sito [www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it)**



# Dal seme della ricerca... nascono i nostri prodotti



**Il MYO-INOSITOLO  
nella PCOS  
e nella sindrome metabolica**

## L'efficacia e la sicurezza offerti dalla scienza

INOFOPLIC® worldwide

BULGARIA  
CHILE  
CYPRUS  
ITALY

LEBANON  
MEXICO  
PERU  
PORTUGAL

SPAIN  
SOUTH AFRICA  
TURKEY  
USA

LO.LI. pharma

Lo.Li.   
Pharma  
INTERNATIONAL



# Il Mondiale Figo l'importanza di partecipare

di Carlo Sbiroli

**E** allora proviamo a guardare più da vicino come procede l'organizzazione di questo Congresso

Mondiale - FIGO 2012 - in cui tutti, anche se in misura diversa, siamo coinvolti: in definitiva mettiamo in mostra la nostra cultura, le nostre eccellenze. Fino a qualche mese fa, in materia di organizzazione e di programmi ne abbiamo sentite di tutti i colori. Ora si ha l'impressione che ogni tassello di questo faticoso puzzle stia andando a posto. Il programma scientifico è ben definito. Sono stati messi a punto i Corsi Precongressuali e le Fellowship. Il programma sociale ha utilizzato a piene mani gli aspetti più accattivanti e caratteristici di Roma. A quattro mesi dall'inaugurazione ci sembra di poter dire che eravamo stati facili profeti nel prevedere che il fascino di Roma, il rigore e l'impegno nell'organizzare la manifestazione avrebbero sconfitto il pessimismo dei molti che vedevano nella grave crisi economica, che ci aveva investito, un grosso ostacolo alla buona riuscita del Congresso. Le previsioni negative di uno scarso numero di partecipanti e le difficoltà economiche delle ditte farmaceutiche si sono rivelate sbagliate senza tema di smentita. Con diverse sfumature non secondarie.

**Anzitutto va evidenziata la stretta collaborazione tra Aogoi e Sigo.** È stata premiante oltre ogni aspettativa. Le previsioni pessimistiche dell'autunno 2011 avevano sottovalutato questo elemento. Non è la prima volta che accade. È cambiato soprattutto il modo di collaborare: rispettoso degli equilibri societari. E se la crisi ha prosciugato le casse, questo non ha evitato alle nostre società scientifiche di acquistare slot per permettere alla ginecologia italiana di acquisire spazi utili per mettere in mostra

**Si è alle battute finali di un impegno organizzativo iniziato nel 2003 al Mondiale di Santiago del Cile. Le discussioni, le scelte, i dubbi che hanno permesso di disegnare il Mondiale di Roma 2012**

le proprie eccellenze, a qualsiasi scuola o gruppo appartengano. Nell'ultimo direttivo Aogoi, nelle sue considerazioni conclusive, il segretario nazionale Antonio Chiantera ha ribadito che lo sforzo organizzativo ed economico dell'Associazione è stato ed è consistente. Un faticoso impegno che iniziò (non va dimenticato) nel lontano 2003 al Mondiale di Santiago del Cile, quando ad alcuni di noi venne l'idea di portare il Mondiale a Roma. In altri termini, sono nove anni che le forze



**Chiamatela, se volete, fissazione.** È la *partecipazione* dei ginecologi italiani a questo Mondiale. Sono mesi che dalle pagine di *GynecoAogoi* non faccio che rinnovare questo invito. E recentemente i presidenti dell'Aogoi e della Sigo, Trojano e Surico, hanno ribadito con forza questa

più vive dell'Aogoi sono impegnate per una buona riuscita della manifestazione. Un impegno che è progressivamente aumentato nel tempo fino a giungere, negli ultimi mesi, a un lavoro quasi a tempo pieno.

richiesta. Hanno scritto una lettera a tutti i soci, lanciando un vero e proprio appello: ad un evento eccezionale, vogliono una risposta eccezionale. È importante raggiungere un cospicuo numero d'iscrizioni, perché la ginecologia italiana possa mostrare la sua massima attenzione per questo evento culturale. In tempi di vacche grasse probabilmente quest'obiettivo sarebbe stato facile da raggiungere. Oggi è sicuramente più difficile dal punto di vista economico. Ma l'eccezionalità dell'evento e la possibilità di poter usufruire in pochi giorni di un aggiornamento professionale di alta qualità impongono qualsiasi sacrificio. Su nomina della Sigo, sono stato coinvolto (l'ho fatto con molto piacere) nella organizzazione del Mondiale. Questo mi ha per-

**Un evento eccezionale chiede una risposta eccezionale. È importante raggiungere un cospicuo numero d'iscrizioni, perché la ginecologia italiana possa mostrare la sua massima attenzione per questo evento scientifico e culturale**

messo di seguire dall'interno, quindi da un punto di vista privilegiato, i lavori di preparazione del Figo 2012. Ebbene, in quest'anno di preparazione ho sempre notato un livello di attenzione di prim'ordine. Vi è stato costantemente un vivo interesse per il discorso culturale. In tutti i settori era presente, ed è presente, una linea di eccellenza. E questo non è poco in questo nostro stanco, demotivato e potenzialmente sempre più disgregato Paese. L'organizzazione di un congresso rappresenta senz'ombra di dubbio la nervatura più importante e pervasiva della manifestazione. La nervatura di cui io parlo è fatta di omogeneità dei programmi, di una diffusa e sostanzialmente uniforme dedizione di chi ha assunto il compito di dirigere e organizzare. Tutto ciò però non funzionerebbe come funziona, se a far da cemento a tutto non fosse intervenuto un robusto e diffuso spirito di collaborazione tra le diversi componenti coinvolte nell'organizzazione: hanno fatto gruppo. Un gruppo di lavoro che si è selezionato e si è scelto nel corso dell'ultimo anno attraverso discussioni, scelte, dubbi, che hanno permesso di disegnare il Mondiale. In altri termini hanno permesso di trasformare un insieme di dati scientifici, d'intuizioni e di un fascio di notizie in qualcosa di unitario e di coerente che si chiama Congresso Mondiale Figo 2012.

## Why join the world Congress

**Un aggiornamento professionale di alta qualità e una grande opportunità per scambiare idee ed esperienze con colleghi provenienti da tutto il mondo**

**Il programma scientifico del Congresso Mondiale FIGO verterà sullo sviluppo attuale delle principali specializzazioni - Medicina Materna e Diagnosi Prenatale, Medicina della Riproduzione, Oncologia Ginecologica, Uroginecologia e Salute Sessuale e Riproduttiva - e sulle implicazioni pratiche nel fornire assistenza sanitaria alle donne dei paesi ad alto e basso reddito. Pur essendo l'argomentazione medica il principale fulcro, ampio risalto verrà dato a tematiche di grande impatto sulle politiche sociali. È per questo motivo che al Congresso interverranno esponenti di rilievo sia del**

**mondo scientifico che assistenziale e molti dei 5.000 delegati che parteciperanno provengono soprattutto dai Paesi dell'Africa e dell'Asia che al momento rappresentano quasi il 40% delle iscrizioni totali. Il Comitato responsabile del programma scientifico comprende i più alti rappresentanti di organizzazioni internazionali e di sottospecializzazioni. Nello studio del Programma si è scelto anche di consultare presidenti e gruppi di lavoro dei comitati di sottospecializzazioni Figo, in modo che tutti i delegati possano avere accesso agli attuali sviluppi in tutte queste aree. La principale e innovativa caratteristica del programma (consultabile sul sito [www.figo2012.org](http://www.figo2012.org) nella sezione "scientific information") sarà la trasmissione di interventi**

**chirurgici in diretta da alcuni degli ospedali più prestigiosi d'Europa. Le nuove linee guida saranno presentate dai rappresentanti della Figo, del World Health Organization e di altre organizzazioni globali non governative presenti. Si è instaurata un'intensa comunicazione con le società nazionali ed internazionali nell'ambito dell'ostetricia e della ginecologia; molte di queste dedicheranno sessioni a problemi clinici specifici relativi alle loro aree geografiche di riferimento. L'ottimo andamento delle iscrizioni, unito a più di 1700 abstract accettati per le presentazioni orali, daranno una grande opportunità ai presenti di scambiare idee ed esperienze con persone provenienti da tutto il mondo.**  
*a cura della Segreteria Figo di Londra*

## Responsabilità medica e contenzioso: due nuove proposte di legge

Proseguiamo la riflessione avviata nei precedenti focus in materia di responsabilità professionale medica e contenzioso giudiziario in campo sanitario con due recenti disegni di legge del collega parlamentare Benedetto Fucci, che raccolgono le proposte Aogoi sulle principali "questioni aperte" presentate dal presidente Vito Trojano nella recente audizione in Commissione Sanità del Senato

**Le due proposte di legge d'iniziativa dell'onorevole Benedetto Fucci presentate alla Commissione Affari sociali della Camera il 20 aprile scorso**

### "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario"

Quello della responsabilità professionale dei medici è un tema di enorme complessità e delicatezza. Avere dati affidabili è difficile perché non esistono cifre sicure (e non a caso anche fare chiarezza in tal senso è tra i compiti principali della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo medico e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, istituita presso la Camera dei Deputati). Tuttavia, mettendo insieme diverse fonti, è possibile farsi un'idea della dimensione del fenomeno delle azioni - civili o penali - intentate per errori medici e poter abbozzare alcune considerazioni di base.

### Le dimensioni del fenomeno

Il Consorzio universitario per l'ingegneria nelle assicurazioni afferma che, su otto milioni di pazienti, ben 320mila (circa il 4 per cento) hanno denunciato danni più o meno gravi subito durante il ricovero negli ospedali italiani. L'ANIA (Associazione Italiana Imprese Assicuratrici) ha rilevato come, tra il 1994 e il 2002, il numero dei sinistri denunciati alla magistratura e comunicati alle compagnie d'assicurazione sia pressoché raddoppiato, passando da circa 8mila a quasi 15mila casi. Impressiona anche il dato sulle denunce specifiche di responsabilità per colpa: esse sono cresciute del 148 per cento (ovvero da 3.150 a 7.800). Anche il valore economico dei sinistri è cresciuto con il tempo. Sempre tra il 1994 e il

2002, il costo medio dei sinistri ha raggiunto i 17.550 euro nel caso della responsabilità professionale medica (+21 per cento) e i 26.750 euro nel caso della responsabilità delle strutture sanitarie (+67 per cento). Da parte sua l'Osservatorio istituito presso l'Università di Napoli in materia di responsabilità professionale medica rileva che le professioni con il maggior numero di casi segnalati sono:

- Ostetricia/ginecologia (16% del totale dei casi segnalati)
- Chirurgia generale (13,7%)
- Ortopedia e traumatologia (12,4%)
- Medicina generale (6,0%)
- Anestesia e rianimazione (5,2%)

In oltre il 70 per cento dei casi segnalati all'Osservatorio è stata riconosciuta la responsabilità del professionista; quasi il 50 per cento delle azioni giudiziarie di risarcimento viene trattata in sede penale, il 36 per cento in sede civile e il 14 per cento in sede stragiudiziale. Quanto alle principali inadempienze lamentate dai pazienti italiani, secondo il Tribunale per i diritti del Malato circa 7mila richieste d'intervento riguardano sospetti errori di diagnosi e terapia. Ancora il Tribunale per i diritti del Malato evidenzia anche l'elevata percentuale di riscontri con esito a favore del danneggiato, corrispondenti al 46,6 per cento dei casi totali segnalati dai pazienti, con una punta che raggiunge l'88,7 per cento nella specialità dell'ortopedia e traumatologia.

### Quattro considerazioni principali

Questo sintetico quadro suggerisce quattro considerazioni

principali:

- la prima - del tutto evidente alla lettura di questi dati - è che la quantità del contenzioso tende sempre più ad aumentare e che molto di esso riguarda proprio la ginecologia e l'ostetricia;
- la seconda è che sempre di più alcune componenti del danno stanno registrando un marcato aumento. Mi riferisco in particolare al "danno biologico" e al "danno morale". Si tratta evidentemente di componenti molto aleatorie e di difficile definizione. Anche questo è un aspetto di enorme delicatezza.
- La terza è che in ogni caso, già prima dell'avvio di un procedimento nei confronti del medico, di fatto la carriera di quest'ultimo subisce un danno d'immagine pesantissimo che rischia di non essere sanato anche da una sentenza a lui favorevole.
- La quarta consente invece nel riscontrare ulteriori risvolti legati al problema della responsabilità medica. Mi riferisco alla pressoché totale mancanza, soprattutto negli ospedali pubblici del Mezzogiorno, di strutture amministrative e legali che spesso lascia il medico completamente "da solo" nel momento in cui deve prendere decisioni delicate e di enorme importanza per i suoi pazienti nel giro di pochi minuti o, nel peggiore dei casi, di pochi secondi.

### Ma non solo. Infatti vi sono ulteriori considerazioni da fare:

- Il fatto che in molte realtà ospedaliere i medici sono sottoposti a turni di lavoro ecces-



sivamente sfibranti con il rischio, quindi, di non avere sempre la necessaria lucidità e freddezza. Ciò richiama in generale, soprattutto nel Mezzogiorno, il problema della gestione della sanità pubblica e della professionalità dei dirigenti con funzioni manageriali.

- Il fatto che, soprattutto nel Mezzogiorno, vi sono realtà ospedaliere in cui i macchinari a disposizione dei medici sono mal funzionanti e inefficienti.
- Il fatto che il rischio di subire una causa (civile o penale) spinge di fatto troppi medici ad abusare delle cosiddette "cure difensive" prescrivendo farmaci, esami diagnostici e ricoveri anche quando questi non servono. È quindi giusto il richiamo alla deontologia del medico perché eviti queste pratiche che sono sbagliate non solo sul piano professionale, ma anche dannose per il già precario equilibrio dei conti della sanità italiana (secondo dichiarazioni dell'ex ministro della Salute, prof. Ferruccio Fazio, la medicina difensiva pesa sul bilancio della sanità pubblica per una cifra compresa tra 12 e 20 miliardi di euro l'anno). Ma è anche giusto, sull'altro fronte, mettere i medici stessi nelle condizioni di non do-

ver neanche pensare a ricorrere alla medicina difensiva. In tale contesto è anzitutto necessario avere una compiuta definizione della materia attraverso un'organica disciplina diretta a stemperare l'approccio sanzionatorio dell'errore. Oggi, infatti, proprio nell'ottica di una sorta di "caccia all'untore", preoccupa molto il dilagare di cause giudiziarie contro i medici senza che la materia sia regolata in modo preciso. Per questo è necessario non lasciare il medico da solo.

### Per offrire risposte a tematiche così delicate, la presente proposta di legge contiene i seguenti interventi:

- Art. 1 - Definire la natura del rapporto tra medico e paziente, mediante l'introduzione (sul modello di quanto avviene già da tempo nella vicina Francia) di un contratto che espressamente non comporti per il medico l'obbligo di guarire il paziente, bensì quello di offrirgli cure coscienziose e attente in linea con le conoscenze scientifiche acquisite.
- Art. 2 - Introdurre l'obbligo, per tutte le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, di stipulare copertura assicurativa per responsabilità civile a vantaggio sia del personale medico che di quello sanitario e infermieristico. Il che

comporta il principio secondo cui la responsabilità civile per eventuali danni subite a causa di imperizia da parte del personale sanitario sia a carico delle strutture in cui è avvenuto l'intervento medico in questione. Di conseguenza colui che si ritenga danneggiato da un intervento medico e che giudichi tale violazione contraria a quanto stipulato nel contratto di cui al primo articolo deve obbligatoriamente rivolgersi all'assicuratore.

- Art. 3 – L'obbligatorietà, prima di avviare l'azione civile nei confronti dell'assicuratore, di tentare un tentativo di conciliazione stragiudiziale affidato ad appositi servizi regionali che la presente legge, indicando anche il criterio di base per la loro composizione, istituisce. Solo ove questo tentativo fallisca, allora si può avviare l'azione civile diretta nei confronti dell'assicuratore.
- Art. 4 – Istituire l'obbligo di creazione, nelle Asl e negli ospedali, di appositi uffici legali che supportino il medico sul piano legale nel momento in cui questo debba prendere, nell'arco di poco tempo, decisioni di estrema delicatezza per la necessità di intervenire in situazioni di emergenza. Di conseguenza, ove sia accertato che il medico ha seguito tali indicazioni, esso non può essere accusato o subire penalizzazioni sul piano disciplinare o economico.
- Art. 5 – La creazione obbligatoria, presso ogni Regione, di un ufficio di valutazione del rischio di responsabilità civile del personale sanitario composto da esperti il cui fine è prevenire i contenziosi offrendo ad Asl e ospedali indicazioni di natura vincolante sul piano organizzativo. Inoltre, anche al fine di fare chiarezza sulle cifre e sulle dimensioni del fenomeno e per ovviare alla mancanza di fonti certe di cui si diceva all'inizio della relazione introduttiva, questi uffici regionali avrebbero il compito di raccogliere i dati sul contenzioso in campo sanitario emersi sui territori di competenza inviando quindi una relazione sia al Ministero della salute che alle competenti Commissioni parlamentari.

**Art. 1.**  
(Finalità della legge e natura del rapporto tra medico e paziente)

1. La presente legge è finalizzata a:
  - a) riconoscere la delicatezza e la particolare natura della professione medica;
  - b) tutelare la professionalità dei

- c) limitare il fenomeno della cosiddetta "medicina difensiva" che consiste nel prescrivere farmaci, esami diagnostici e ricoveri anche quando il ricorso ad essi non è necessario;
  - d) garantire il diritto dei pazienti a ricevere le migliori cure possibili e a richiedere, ove ciò sia scientificamente e giuridicamente giustificato, un adeguato risarcimento per gli eventuali danni subiti per dolo da parte del medico.
2. Il rapporto tra medico e paziente è di natura contrattuale. A tal fine, prima del ricovero, i due soggetti stipulano un contratto che espressamente non comporta per il medico l'obbligo di guarire il paziente, bensì di offrirgli cure coscienti e attente in linea con le conoscenze scientifiche acquisite.

**Art. 2.**  
(Obbligo di assicurazione in capo alle ASL e alle strutture ospedaliere)

1. E' fatto obbligo alle Aziende sanitarie locali e a tutte le strutture ospedaliere, sia pubbliche che private, di stipulare un'adeguata copertura assicurativa per responsabilità civile per danni causati da errori in campo medico.
2. La responsabilità civile per eventuali danni subiti dai pazienti a causa di imperizia da parte del personale sanitario è a esclusivo carico delle strutture in cui è avvenuto l'intervento medico in questione.
3. Il danneggiato a seguito di prestazioni sanitarie ricevute in strutture per le quali vi è l'obbligo dell'assicurazione obbligatoria, ove ritenga che il contratto di cui al secondo comma dell'articolo 1 sia stato violato dal medico, promuove un'azione diretta per il risarcimento nei confronti dell'assicuratore entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione.

**Art. 3.**  
(Conciliazione obbligatoria per le richieste di danni da responsabilità civile)

1. È istituita la conciliazione obbligatoria nei confronti dell'assicuratore per le richieste di danni da responsabilità civile da parte di quanti ritengono di aver subito danni a causa di imperizia da parte del personale medico e sanitario.
2. Prima di avviare l'azione diretta per il risarcimento nei confronti dell'assicuratore, è fatto obbligo di tentare la con-

ciliazione obbligatoria di cui al comma precedente. A seguito dell'avvio di tale procedimento, l'assicuratore, ove non ritenga che la richiesta di risarcimento sia immotivata e dopo aver svolto gli opportuni accertamenti cui il richiedente deve obbligatoriamente sottoporsi a pena di decadenza della sua richiesta, presenta al richiedente un'offerta di risarcimento. Qualora tale offerta sia rifiutata, il richiedente avvia l'azione diretta di cui al terzo comma dell'articolo 1.

3. Presso le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sono istituiti, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, appositi Servizi regionali per la conciliazione i quali hanno, in via esclusiva, quella di regolare il procedimento di cui la secondo comma del presente articolo. La composizione dei Servizi regionali di conciliazione viene effettuata dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano. In ogni caso deve essere garantita la presenza, al loro interno, in misura adeguata sia della componente costituita da giudici civili che dalla componente costituita da medici in rappresentanza di tutte le specializzazioni mediche.

**Art. 4.**  
(Obblighi di ASL e strutture ospedaliere a tutela della professionalità dei medici)

1. Le Aziende sanitarie locali e le strutture ospedaliere, sia pubbliche che private, devono obbligatoriamente dotarsi, ove esse ne siano prive al momento di entrata in vigore della presente legge, di appositi uffici legali in servizio permanente cui il personale medico, in presenza di situazioni di emergenza per la salute dei pazienti, possa rivolgersi per avere chiarimenti e delucidazioni sui possibili risvolti legali conseguenti alle loro decisioni.
2. Le Aziende sanitarie locali e le strutture ospedaliere, sia pubbliche che private, possono avviare nei confronti dei propri dipendenti, qualora sia accertata una loro responsabilità diretta per dolo, azioni disciplinari e trattiene dallo stipendio le somme equivalenti all'aumento del costo delle polizze assicurative da essi causato. Ciò non può avvenire qualora sia accertato che il medico ha agito seguendo le indicazioni dell'ufficio legale di cui al comma precedente.

**Art. 5.**  
(Compiti delle Regioni in materia di valutazione del rischio di responsabilità civile)

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano istituiscono, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'Ufficio di valutazione del rischio di responsabilità civile del personale sanitario". Compito dell'Ufficio è formulare alle Aziende sanitarie locali e alle strutture ospedaliere, sia pubbliche che private, indirizzi vincolanti per la prevenzione dei contenziosi attraverso l'adozione delle migliori pratiche mediche, organizzative e legali.
2. Altresì gli Uffici di valutazione istituiti dal presente articolo raccolgono annualmente tutti i dati sul contenzioso civile in campo sanitario inviando una relazione annuale al Ministero della salute e alle competenti Commissioni parlamentari.

**"Delega al Governo per la riduzione del contenzioso giudiziario in campo sanitario"**

(...) in Italia vi è un grandissimo numero di cause intentate nei confronti dei medici. Ma poi, nei fatti, come certificato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario nella sua relazione sui punti nascita (oggetto di una risoluzione unitaria approvata all'unanimità dalla Camera nella seduta del 21 febbraio 2012), il 99,1% delle cause si conclude con l'assoluzione. Ciò significa che, quasi sempre, il medico subisce un danno alla propria carriera e alla propria immagine professionale del tutto ingiustificato. Ciò lede la dignità del ruolo del medico, come confermato da una recente indagine statistica secondo cui 8 medici su 10 con almeno 20 anni di attività sperimentano direttamente almeno una volta la richiesta di risarcimento da parte di un paziente. Secondo i dati dell'ANIA (Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici) sono circa 30mila i casi annui di contenzioso per "medical practice", di cui la metà finisce in aule di tribunale.

Tale tema è molto importante anche perché porta a sua volta ad ulteriori considerazioni:

- Il rischio di subire una causa (civile o penale) spinge di fatto troppi medici ad abusare delle cosiddette "cure difensive" prescrivendo farmaci, esa-

mi diagnostici e ricoveri anche quando questi non servono.

- Il costo delle assicurazioni in campo medico sta aumentando vorticosamente, il che rappresenta un obiettivo ostacolo soprattutto per i giovani medici che cominciano, oltretutto dopo aver superato un percorso di formazione ormai molto lungo a livello temporale, a lavorare al termine della specializzazione.

**In tale contesto – richiamandosi alle proposte presentate dall'Associazione ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI) da ultimo nella seduta della Commissione sanità del Senato del 21 marzo 2012 – la presente proposta di legge reca una delega al Governo per avviare una serie di interventi che appaiono quanto mai necessari, da quello della copertura assicurativa a quello della rilevanza penale, fino alla collaborazione con le società scientifiche.**

**Art. 1. (Delega al Governo e sue finalità)**

3. Al fine di riportare a dimensioni fisiologiche il fenomeno del contenzioso giudiziario relativo alle prestazioni professionali dei medici, il Governo è delegato ad adottare un decreto legislativo.
4. Il decreto legislativo di cui al precedente comma, che il Ministro della salute e il Ministro dello sviluppo economico emanano entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, si conforma alle seguenti finalità:
  - a) estensione dell'obbligo assicurativo su ogni struttura che produce attività chirurgica (primo rischio e colpa grave), per danno causato ai pazienti da parte del chirurgo o per fatto autonomo della struttura;
  - b) identificazione di soglie di punibilità per la rilevanza penale attraverso una più precisa definizione a livello normativo del concetto di "colpa grave" in ambito sanitario;
  - c) introduzione obbligatoria di un sistema di rischio clinico, composto da un osservatorio nazionale, da agenzie regionali e da unità di gestione aziendali nelle singole ASL;
  - d) previsione di forme di copertura assicurativa da parte della ASL a protezione anche del sanitario, per eventuale rivalsa da parte delle Corti dei Conti Regionali per il danno d'immagine;
  - e) introduzione di forme di con>passo propedeutico all'eventuale successivo avvio dell'azione diretta per il risarcimento nei confronti dell'assicuratore.

**Cesarei su richiesta materna: ginecologi poco tutelati. L'Aogoi chiede al ministro Balduzzi un aggiornamento delle raccomandazioni ministeriali sui Tc**

## Taglio cesareo su richiesta materna: che fare?

**N**ell'approfondita riflessione sulle cause che hanno fatto esplodere i tassi di parti cesarei nel nostro Paese, l'Aogoi ha sempre dedicato un ampio dibattito al tema della richiesta materna di un parto cesareo. Sia perché rappresenta una componente significativa dell'incremento dei cesarei elettivi sia in Italia che all'estero – si stima che dal 4 al 18 per cento di tutti i cesarei siano da ricondurre alla scelta materna, sia perché è un argomento di forte valenza bioetica, che investe l'autonomia decisionale della persona, riconosciuta dalla Costituzione agli articoli 2, 13 e 32, nonché la libertà procreativa, anch'essa considerata un diritto di rango costituzionale.

Quale comportamento viene raccomandato ai professionisti della salute "in caso di persistente richiesta di taglio cesareo da parte della donna, in assenza di indicazioni cliniche"? Le recenti linee guida dell'Iss non sono chiare a riguardo e questo espone il ginecologo a problematiche di ordine etico, medico legale e professionale. Per questo l'Aogoi con una lettera al ministro della Salute chiede vengano riformulate, affrontando il problema a monte: nelle raccomandazioni ministeriali la richiesta materna in assenza di un'appropriate indicazione clinica "non rappresenta un'indicazione al cesareo"

L'argomento, "pane quotidiano" per i ginecologi, che tante volte abbiamo affrontato sulle pagine di *GynecoAogoi*, è delicato e complesso e meriterebbe un'attenzione più costante e un dibattito pubblico più sereno,

mentre se ne discute quasi sempre sulla scia di uno dei tanti casi di "malasanità" amplificati (se non costruiti ad hoc) dai media. Resta il fatto che il rispetto della volontà della donna per quanto riguarda la salute e in parti-

colare le scelte riproduttive è per il ginecologo un valore che non può essere subordinato a logiche o politiche aziendali-manageriali finalizzate a ridurre tout court l'eccessivo ricorso al taglio cesareo che da anni si re-

gistra nel nostro Paese. È per questo che il cesareo deve essere "contestualizzato" e non si può essere assolutisti nel valutare l'operato medico solo in funzione di percentuali. Lo aveva ricordato a chiare lettere il se-

**T**nostro impegno nel ridurre l'eccessivo ricorso al cesareo è ed è stato molto forte. In quest'ottica abbiamo portato avanti negli anni un'analisi approfondita delle cause del fenomeno, finalizzata a trovare le soluzioni più appropriate.

**Il testo della lettera che il presidente Aogoi Vito Trojano e il segretario nazionale Antonio Chiantera hanno inviato al ministro della Salute Renato Balduzzi e per conoscenza anche al Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato Antonio Tomassini il 18 giugno scorso**

Le linee guida sul TC "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" elaborate da SNLG – ISS con il contributo delle società scientifiche costituiscono senz'altro una road map importante per i professionisti della salute, che però va costantemente aggiornata e migliorata.

Una raccomandazione che andrebbe senz'altro riformulata o formulata in modo più chiaro riguarda **il tema della richiesta materna in assenza di motivazioni cliniche – affrontato nei quesiti 6,7,8** della linea guida n. 19 – in particolare per quanto attiene la raccomandazione relativa al **quesito 8** riguardante il comportamento dei professionisti della salute in caso di persistente richiesta di TC da parte della donna pur in assenza di motivazioni cliniche.

La Buona Pratica Clinica riportata nel testo delle linee guida, presenta aspetti di forte ambiguità quando afferma che "in assenza di un'appropriate indicazione clinica, il medico **ha il diritto** di rifiutare una richiesta di taglio cesareo programmato", non indicando quale debba essere il comportamento corretto cui il sanitario dovrebbe attenersi. Il potere discrezionale attribuito al medico in questo caso va a toccare un ambito importante e delicato che riguarda l'autonoma scelta della paziente ancorché informata.

**Indubbiamente fa riflettere che il recente documento del National Institute for Clinical Excellence (NICE) britannico per la prima volta ha aggiunto alle indicazioni finalizzate alla sicurezza di mamma e bambino anche le paure e le ansie di molte donne**, che chiedono il cesareo per evitare il parto naturale.

Certamente questo tema è reso ancor più difficile da gestire per il complesso dibattito bioetico che lo contraddistingue e che vede contrapporsi il dovere del medico di agire secondo "scienza e coscienza" con il diritto della donna di scegliere le cure.

Alla luce dei cambiamenti che hanno investito la gravidanza, il parto e la medicina nel suo complesso non si può non tenere conto della volontà della donna (pensiamo ad es. alla L. 194) e delle motivazioni che sottendono la sua scelta "paura del dolore, esperienze di abuso o violenza, storie pregresse di parto fisicamente o psicologicamente traumatico e anche il timore di non ricevere un'assistenza di qualità durante il travaglio di parto". E dunque se una paziente ben informata sceglie il cesareo, la raccomandazione non può non indicare chiaramente quale comportamento viene suggerito/raccomandato al sanitario. L'autonomia del sanitario, se confliggente con l'autonoma e informata scelta della donna, potrebbe addirittura avere implicazioni medico legali e aprire il var-

co a un contenzioso giudiziario specie nel caso in cui si verificano complicazioni a seguito di un parto vaginale in qualche modo "subito" dalla donna. Del resto come viene riportato nella linea guida 19 (nel paragrafo Sintesi delle prove a pag. 28) "anche il timore di possibili conseguenze legali per le complicazioni del parto vaginale influenza la decisione di assecondare la richiesta materna di taglio cesareo, come dichiarato da oltre il 50% dei professionisti intervistati".

Non dimentichiamo che la richiesta materna di un parto cesareo è una componente importante dell'incremento significativo dei TC e si stima che dal 4 al 18 per cento di tutti i cesarei siano da ricondurre alla richiesta materna anche se il fenomeno è difficilmente quantizzabile in quanto il modello CeDap prevede una classificazione binaria con la sola distinzione tra TC di elezione e TC in travaglio. Per cui si tratta di un'evenienza con cui ginecologi devono frequentemente confrontarsi.

La nostra richiesta al Ministro è che si adoperi affinché sia fatta una pronuncia chiara a riguardo, con una nota chiarificatrice che indichi chiaramente al ginecologo quale sia il comportamento raccomandato in questa evenienza.

## “Taglio cesareo una scelta appropriata e consapevole”

■ Le raccomandazioni ministeriali riguardanti la richiesta materna di taglio cesareo in assenza di indicazioni cliniche e il comportamento dei professionisti sanitari in relazione a tale richiesta

• **Quesito 6** • La richiesta materna, in assenza di motivazioni cliniche, può rappresentare di per sé un'indicazione al taglio cesareo?

• **Quesito 7** • Il *counselling*, il supporto psicologico, il supporto da parte di una persona di fiducia della donna, l'offerta della parto-analgesia, l'offerta di un secondo parere sono modalità efficaci per aiutare la donna che ha richiesto un taglio cesareo d'elezione, in assenza di indicazioni, ad affrontare il parto vaginale?

• **Quesito 8** • Come si devono comportare i professionisti della salute in caso di persistente richiesta di taglio cesareo da parte della donna, in assenza di indicazioni cliniche?

**BPC** La richiesta materna, in assenza di motivazioni cliniche, non rappresenta un'indicazione al taglio cesareo. I professionisti sanitari devono esplicitare i potenziali benefici e danni del taglio cesareo rispetto al parto vaginale, discutere approfonditamente con la donna le motivazioni di tale richiesta e documentare l'intero percorso decisionale nella cartella clinica.



ditamente con la donna le motivazioni di tale richiesta e documentare l'intero percorso decisionale nella cartella clinica.

**IA** Qualora il motivo della richiesta di taglio cesareo da parte della donna sia riconducibile primariamente alla paura del parto, si raccomanda di offrire, già durante la gravidanza, interventi informativi e di supporto standardizzati e validati (come l'assistenza *one-to-one* e l'offerta di parto-analgesia anche non farmacologica), in grado di rassicurare la gestante e sostenerla nel processo decisionale.

**BPC** In assenza di un'appropriate indicazione clinica, il medico ha il diritto di rifiutare una richiesta di taglio cesareo programmato. In ogni caso, alla donna deve essere garantita l'opportunità di accedere a un secondo parere.

Fonte: Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole, SNIG-ISS Linea guida 19

gretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera, due anni fa, in una lettera al presidente della Giunta campana Stefano Caldoro, l'indomani dalla preannunciata "Scure sui parti cesarei" da parte della Regione Campania come drastica misura prevista dal piano regionale antideficit (v. *GynecoAogoi* 8/2010). Non senza aver ribadito che: "ridurre il ricorso al cesareo si può e si deve".

**Il punto è che nelle recenti raccomandazioni ministeriali le motivazioni psicologiche**, le paure e le ansie che sempre più spesso spingono la donna a scegliere un parto chirurgico, (complice l'innalzamento dell'età media della prima gravidanza e l'aumento del ricorso alle tecniche di Pma), non rappresentano di per sé un'indicazione al taglio cesareo mentre invece nel recente documento del National Institute for Clinical Excellence (NICE) britannico sono state aggiunte alle indicazioni finalizzate alla sicurezza di mamma e bambino (vedi box a fianco).

Su questo aspetto in particolare l'Aogoi invita a riflettere perché oggi il ginecologo non può non tener conto della volontà della donna e delle motivazioni psicologiche ed emotive che le impediscono di affrontare serenamente un travaglio, dopo essere certo di aver compiuto con lei un adeguato percorso di informazione che le permetta di scegliere consapevolmente.

È soprattutto da questo nodo irrisolto che scaturisce l'ambigui-

tà della formulazione della raccomandazione che riguarda nello specifico il comportamento del medico in questa evenienza ovvero il suo "diritto di rifiutare" una richiesta di taglio cesareo programmato in assenza di un'appropriate indicazione clinica.

Ma davvero si tratta di un diritto esercitabile? Davvero i ginecologi, i "medici della donna", possono al giorno d'oggi non rispettare l'autonomia decisionale di una paziente adeguatamente informata? Difficile non cogliere nella formulazione di questa raccomandazione il rischio di una frattura insanabile tra l'autonomia del sanitario e quella della donna.

**Le implicazioni etiche e le conseguenze medico legali** che il rifiuto alla richiesta materna di un parto cesareo può comportare per il ginecologo sono facilmente arguibili anche per "i non addetti ai lavori". È noto che il numero di denunce giudiziarie che chiamano in causa il ginecologo nel caso di morte o lesioni neonatali connesse al parto è da anni in crescita e che in queste circostanze il primo quesito posto dal giudice inquirente concerne proprio i motivi del mancato ricorso al taglio cesareo rispetto a un parto vaginale, cui viene (quasi sempre) attribuito il danno fetale come conseguenza di una errata condotta ostetrica.

**Nella sua pratica quotidiana però il ginecologo deve fare i conti con un altro problema**, ben più frequente, che scaturisce dal-

la situazione opposta. Infatti accogliere la richiesta materna di un parto cesareo senza motivazioni cliniche significa, dal punto di vista della struttura ospedaliera, fare un cesareo di troppo e di questa "over quota" di cesarei il ginecologo dovrà poi risponderne al suo direttore sanitario. Una situazione che si verifica con più frequenza al Sud e nell'ospedalità privata.

È su questi aspetti che l'Aogoi ha voluto richiamare l'attenzione del ministro della Salute Renato Balduzzi nella lettera qui pubblicata, sollecitando un suo intervento per un aggiornamento delle linee guida ministeriali su questo tema. ■



## Richiesta materna di taglio cesareo: le raccomandazioni del NICE britannico

■ L'ansia legata al travaglio è per il NICE britannico una motivazione sufficiente ad inviare la donna ad un cesareo programmato. Infatti, se dopo il necessario e adeguato *counselling* psicologico la richiesta materna persiste, la sua volontà deve essere comunque rispettata e le deve essere offerta la possibilità di un parto cesareo programmato. Il comportamento suggerito al ginecologo è chiaro: se non intende assecondare la richiesta materna deve inviare la donna ad altro collega che eseguirà l'intervento. È quanto prevedono nello specifico le raccomandazioni del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) britannico

### 1.2.9. Maternal request for CS

1.2.9.1 When a woman requests a CS explore, discuss and record the specific reasons for the request. [new 2011]

1.2.9.2 If a woman requests a CS when there is no other indication, discuss the overall risks and benefits of CS compared with vaginal birth and record that this discussion has taken place (see box A). Include a discussion with

other members of the obstetric team (including the obstetrician, midwife and anaesthetist) if necessary to explore the reasons for the request, and ensure the woman has accurate information. [new 2011]

**1.2.9.3 When a woman requests a CS because she has anxiety about childbirth**, offer referral to a healthcare professional with expertise in providing perinatal mental health support to help her address her anxiety in a supportive manner. [new 2011]

1.2.9.4 Ensure the healthcare professional providing perinatal mental health support has access to the planned place of birth during the antenatal period in order to provide care. [new 2011]

**1.2.9.5 For women requesting a CS, if after discussion and offer of support (including perinatal mental health support for women with anxiety about childbirth), a vaginal birth is still not an acceptable option, offer a planned CS.** [new 2011]

1.2.9.6 An obstetrician unwilling to perform a CS should refer the woman to an obstetrician who will carry out the CS. [new 2011]

Fonte: Caesarean section, NICE clinical guideline 132 ([guidance.nice.org.uk/cg132](http://guidance.nice.org.uk/cg132))



# Migliorare le performance delle UOC di Ostetricia e Ginecologia: proposte "isorisorse"

**di Giovanni Di Vagno**

U.O.C di Ostetricia e Ginecologia,  
Ircs Casa Sollievo della Sofferenza  
San Giovanni Rotondo (Fg)  
g.divagno@operapadrepio.it

Come è possibile migliorare la performance delle nostre Unità Operative Complesse (Uoc) in situazioni congiunturali negative, come le attuali, per di più senza significativi costi aggiuntivi? Questo articolo propone una sequenza di azioni che formano un progetto finalizzato ad ottenere tale risultato. Il primo passo consigliato consiste nel partire dall'analisi di alcuni aspetti generali di contesto, come la definizione del bacino d'utenza, l'analisi delle caratteristiche socio-economico-produttive del territorio afferente e delle performance sanitarie della nostra Istituzione di appartenenza o almeno della sua macroarea di riferimento. Gli altri tre punti principali della "work-up checklist" qui proposta riguardano l'elaborazione di un progetto di "fundraising orientato" e gli aspetti specifici specialistici, ovvero la pianificazione delle azioni correttive e la previsione di impatto sulla performance dopo l'andata a regime dei singoli correttivi.

Ecco nel dettaglio i sei step che compongono questo processo di miglioramento "a costo zero".

## 1. Definizione del bacino di utenza

La prima mossa necessaria è quella di definire la potenziale estensione del bacino d'utenza servito dalla Uoc presa in considerazione. Questa determina non potrà mai essere precisa e dipende da diverse variabili incidenti quali ad esempio il numero delle Uoc limitrofe, la loro attrattività e i loro settori di competenza in rapporto alla attrattività e alle competenze caratterizzanti la nostra Uoc. È pertanto utile delineare due scenari diversi, uno minimo ed uno massimo. Quello minimo può praticamente sovrapporsi a quello del Distretto Sanitario di ap-

Suggerimenti a costo zero per migliorare le performance gestionali-economico-finanziarie e professionali delle nostre UOC in situazioni congiunturali negative

partenza e quello massimo al territorio esteso sino a quello servito dalla Uoc più vicina. Le fonti di riferimento sono varie e deve essere considerato un mix realistico derivante dalla demografia dei vari comuni serviti in rapporto alla facilità di collegamento. Per i dati esclusivamente demografici si può fare riferimento ai dati relativi all'ultimo censimento (1). Così si delinea un bacino di utenza con un numero minimo e uno massimo di popolazione che potrà essere un utile denominatore per l'analisi dei costi pro capite dei servizi e progetti da voi proposti.

## 2. Analisi delle caratteristiche socio-economico-produttive del territorio afferente

Dal punto di vista socio-economico e produttivo, il territorio preso in esame, sia esso ristretto o allargato, si configurerà come una zona a basso, medio o alto reddito pro capite rispetto alla media regionale e nazionale. È necessario considerare anche il trend del tasso di crescita medio annuo, che potrebbe essere in controtendenza rispetto al tasso di reddito medio standard. In questo periodo di crisi, ad esempio, le aree agganciate alla produzione e trasformazione di prodotti agricoli o informatici registrano un trend in

crescita del tasso di reddito medio (utile per questa analisi il sito [www.urbistat.it](http://www.urbistat.it), selezionando l'area di interesse).

La connotazione economico-produttiva rende il territorio preso in considerazione potenzialmente più o meno idoneo per la proposizione della contribuzione volontaristica a favore delle strutture ospedaliere, come peraltro già consolidato nel mondo anglosassone (fundraising). I dati nazionali recenti riportano che una qualsiasi forma di fundraising è stato attivata solo nel 4.8% delle strutture ospedaliere italiane, peraltro localizzate quasi esclusivamente nell'Italia settentrionale (2).

## 3. Definizione della performance della propria UOC

Questo passaggio è importante e deve essere il più possibile oggettivo ed oggettivabile. Sono indispensabili, come irrinunciabili strumenti di lavoro e valutazione, dei large database, su base possibilmente nazionale, che siano in grado di misurare, con buon dettaglio, le performance sanitarie della nostra Istituzione di appartenenza o almeno della sua macroarea. Da segnalare a riguardo lo studio SiVeas sulle performance delle singole Regioni, Asl e Ospedali, consultabile sul sito del Ministero della

## Schema riassuntivo di processo (Work-Up Checklist):

1. Definizione del bacino di utenza (massimo e minimo) della U.O.C
2. Analisi delle caratteristiche socio-economiche del territorio afferente
3. Definizione del profilo di performance della U.O.C (punti forti/punti deboli, verificabili e misurabili su

ampi database nazionali)

4. Progetto di "fundraising orientato", con proposta di servizio al committente
  5. Progetto con la definizione di azioni correttive proposte
  6. Previsione di impatto sulla performance (in %) dopo l'andata a regime delle singole azioni correttive proposte
- N.B. Tutte le azioni devono essere messe in forma scritta, con la specifica dei tempi di esecuzione**



Salute relativo ai dati 2007/08 (3). Altro large database molto utile, e con dati più recenti, è quello del Progetto Nazionale Esiti (Pne), riportato sul sito Agenas, che permette, tra l'altro, di analizzare il tasso di Parti Cesarei primari per istituzione, il che metodologicamente consente un confronto più corretto tra Uoc diverse, riducendo al minimo le variabili esterne alla Istituzione.

## 4. Fundraising "orientato"

La definizione del target produttivo del committente disponibile sul nostro territorio e le competenze specifiche della nostra struttura di appartenenza potranno definire il contratto da proporre e sottoscrivere. Ovviamente in questa interazione è di prioritaria importanza comprendere quali siano le esigenze primarie del nostro sponsor-partner. Difficile che la committenza del progetto da parte dello sponsor sia su un argomento avulso dalla sua sfera di interesse, per cui è consigliabile proporre una azione che riguardi un sottogruppo di popolazione di reciproca competenza (ad esempio popolazione femminile fruitrice di fette di mercato attente ad alcune problematiche della salute delle donne, come l'assistenza ostetrica, per le

aziende o industrie produttrici di profumi o l'assistenza ginecologica per le industrie di integratori alimentari e/o assorbenti igienici). Nei paesi di cultura anglosassone o del nord Europa non è infrequente trovare il logo dello sponsor associato ai programmi svolti o ai luoghi mantenuti. Gli esempi sono numerosi e vanno dalle testate dei letti con la scritta del nome del benefattore, nel Regno Unito, ai padiglioni intestati al donatore, negli Usa, agli stadi di calcio denominati con il nome dello sponsor, a Monaco di Baviera. C'è da considerare inoltre che il fundraising è stato praticato con successo dalla Chiesa Cattolica sin dal Medioevo e a tutt'oggi in molti Stati nazionali con le donazioni sull'imponibile (in Italia il 5-8 per mille).

Non va dimenticato che nella definizione dell'azione proposta va sempre indicata la popolarità del campione interessato, in base ai dati di prevalenza/incidenza presenti in letteratura. Se, per esempio, il progetto da noi proposto si rivolge alle gestanti diabetiche è necessario determinare il numero preventivato per anno (su 560.000 parti in Italia si stima un 6% di prevalenza di tale patologia con un numero orientativo > 33.500 di casi/anno) (4).

ogia:



### Ridurre il tasso di Parti Cesarei

Per la grande maggioranza delle Uoc nazionali una delle criticità maggiori consiste nell'alto tasso di Parti Cesarei eseguiti. Il consiglio dello scrivente è quello di riferirsi agli ultimi dati disponibili, tratti dalla II edizione 2011 del Programma Nazionale valutazione Esiti relativi ai dati Sdo 2005-2010. Tale database vi permetterà di misurare il vostro tasso aggiustato di Parti Cesarei primari (http://151.1.149.72/pne10/) rispetto all'omologo dato nazionale medio del 28.34%. Uno scollamento significativo tra dato nazionale e locale deve spingervi ad attuare un processo di riduzione significativo del fenomeno al fine di permettere un allineamento a un dato più virtuoso. Ciò, sia a tutela della salute delle utenti sia al fine di liberare risorse per altre attività più utili ed efficaci nell'ambito ostetrico-ginecologico e medico generale.

Nei paesi industrializzati (6-9) le più comuni indicazioni al taglio cesareo sono: precedente taglio cesareo (30%), distocia (30%), presentazione podalica (11%) e distress fetale (10%); la restante percentuale è costituita da una serie di indicazioni più o meno assolute e/o relative (età materna, gemellarità, fattori sociali, culturali ed economici, gravidanza post termine, parto pretermine, macrosomia fetale; parto dopo procreazione medicalmente assistita Pma; Malattie infettive).

La distocia dinamica rappresenta una indicazione molto spesso soggettivamente evocata da parte dell'operatore, che incide per un 30% di tutti i Parti Cesarei. Altre indicazioni su cui si può efficacemente intervenire, con una speranza significativa di riduzione del tasso, sono:

- "Parto Cesareo in pazienti

### L'attuazione dei correttivi di seguito proposti potrebbe potenzialmente portare a una significativa riduzione del tasso complessivo di parti cesarei, con un abbattimento stimato del 40 per cento

AZIONE PROPOSTA	TASSO DI INCIDENZA DELLA INDICAZIONE PER TC	ABBATTIMENTO PREVISTO DEL TASSO COMPLESSIVO DI TC (A REGIME)
Partogramma	20-30% (distocia dinamica)	15%
Parto di prova in pazienti precedentemente cesarizzate	30% (popolazione precedentemente cesarizzate)	15%
Assistenza personalizzata Ostetrica/Partoriente in caso di richiesta di TC fuori indicazione medica	>10% (autorichiesta TC)	5%
Rivolgimento cefalico esterno (per la prevenzione delle presentazioni podaliche)	11% (presentazioni podaliche)	5% (50% delle presentazioni podaliche)
Partoanalgesia	-	-

precedentemente cesarizzate" (trend in aumento e stimabile intorno al 30% della totalità dei parti cesarei);

- "Parto Cesareo su richiesta delle pazienti" (spesso collegato a sensazioni soggettive quali tocofobia/ansia/dolore delle pazienti);
- "Presentazione podalica" (11% dei parti).

#### Azioni proposte

Alla luce dei recenti dati presenti in letteratura, la messa in atto dei seguenti correttivi potrebbe potenzialmente portare alle indicate riduzioni del tasso di Parti Cesarei eseguiti (complessivamente circa -40%):

- Uso del Partogramma secondo Friedman (vedi sul sito

dell'Oms) rivolto a tutti i travagli di parto, ma particolarmente a quelli definiti affetti da distocia dinamica al fine di contenerne il numero. Tale strumento dovrebbe essere utilizzato da un responsabile di sala parto che retrospettivamente controlla la corretta indicazione al Parto Cesareo

- Parto di prova vaginale in pazienti precedentemente cesarizzate (efficace nel 60-70% dei casi) (10)
- Seconda opinione da parte di un secondo medico ostetrico in caso di richiesta di cesareo fuori indicazione ostetrica
- Assistenza personalizzata du-

► Segue da pagina 26

### Sinossi delle performance aziendali ASL BA in confronto con le medie nazionali e regionali (dati SiVeas) (le criticità rispetto ai dati di media nazionale sono segnate in neretto)

	ITALIA	PUGLIA	ASL BA
% Parti Cesarei	37	<b>48</b>	<b>46</b>
Peso medio DRG	1.06	1.01	1.03
Tasso ospedalizzazione Ric. Ordinari per acuti per 1000 residenti	124	<b>155</b>	<b>145</b>
Tasso ospedalizzazione globale	190	<b>217</b>	<b>215</b>
% Pazienti trattati in DH	58.2	55.7	64.0
Degenza media acuti DRG chirurgici	0.1	0.02	-0.8
% DRG medici da reparti chirurgici	28	<b>33</b>	26
DRG LEA chirurgici:	77.0	66	<b>72</b>
% DS			
% ricoveri ripetuti <30gg per stessa MDC acuti	5.4	<b>5.9</b>	--
% ricoveri ripetuti <30gg	5.4	<b>6.15</b>	<b>5.6</b>
% ricoveri chirurgici ripetuti <30gg	1.3	<b>1.4</b>	<b>1.4</b>
% fughe in punti DRG	12	9	1.2
Degenza media pre-operatoria chirurgia programmata	1.4	1.5	0.9
Consumo farmaceutico	9.3	<b>117</b>	--
Spesa lorda territoriale procapite	206	<b>248</b>	--

### 5. Definizione delle azioni correttive

Come si configura il profilo di performance della nostra Uoc? Basso, medio-alto o di eccellenza? Tale profilo è prevalentemente Ostetrico o Ginecologico, Generalista o Superspecialistico? Analizzare i punti forti e quelli deboli è il presupposto per instaurare dei correttivi di potenziamento in rapporto a delle oggettive esigenze epidemiologiche del territorio. Se, ad esempio, la nostra è un'Unità prevalentemente Generalista, con profilo eminentemente Ostetrico, che eroga un alto numero di assistenze a gravidanze e parti ma manca di Specificità nel trattamento di tematiche superspecialistiche che ne possa-

no aumentare l'attrattività anche extraterritoriale, è utile definire un percorso con tempi e modi dichiarati (e scritti), possibilmente utilizzando un diagramma di cantierizzazione di Gantt (cronoprogramma).

Un'altra significativa criticità spesso consiste nella mancanza della messa in rete aziendale della Uoc secondo modelli di Hub and Spoke o di Reti Diffuse a Nodi Isoequivalenti. Ciò ne riduce l'efficienza e la performance complessiva nell'intero ambito locale. Entrambe le criticità citate (scarsa specificità e mancanza di messa in rete) prevedono una orchestrazione Aziendale o Sovraziendale (Regionale) per poter essere progettate ed attuate.

### Esempio di analisi degli attuali punti di forza e debolezza della UOC di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero di appartenenza

#### PUNTI DI FORZA ATTUALI

- Profilo prevalentemente Ostetrico/Ginecologico
- Alto numero di prestazioni ostetriche/ginecologiche
- Bacino di utenza "potenziale"
- Territorio ad alto reddito ed a vocazione agro-industriale/altro

#### PUNTI DI DEBOLEZZA ATTUALI

- Prestazioni Generaliste/Scarsa super-specializzazione
- Debole collegamento in rete Aziendale/Regionale
- Alto tasso di Parti Cesarei
- Ridotta attrattività extraterritoriale

## EMERGENZE-URGENZE E INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

# Salviamo la sanità p

di **Vania Cirese**  
Avvocato, Foro di Roma

**A**nni fa Alberto Sordi sullo schermo vestiva i panni del dottor Tersilli, medico della mutua sbrigativo, avido e arrivista che faceva incetta di pazienti. Sorvolando sugli obiettivi della satira dell'epoca, quel che può di sicuro affermarsi oggi è che quell'esemplare è in via di estinzione. La medicina generale è in crisi di vocazioni, mentre nel 2021 il pensionamento raggiungerà punte di tremila unità. Non v'è dubbio che il numero chiuso per l'accesso alla facoltà di medicina, la totale aleatorietà dei test di selezione, lo scoraggiamento per il lungo impegnativo percorso di studi a fronte delle scarse prospettive occupazionali, demotivino le giovani matricole che optano per altre discipline o se decidono di fare i medici espatriano per iscriversi in altri atenei europei (specie in Inghilterra o Spagna) con scarse probabilità di rientro in Italia.

## 2025: Mmg cercasi

Secondo le previsioni, tra il 2015 e il 2025 avremo 25.000 medici di medicina generale in pensione che non verranno sostituiti per mancanza di laureati e che lasceranno senza assistenza più di 11 milioni di italiani. Non si comprende perché i vari ministri che si sono alternati, e che sempre hanno avuto a cuore l'ottica dei risparmi (che non risponde solo alla logica dei tagli!), non prendano in considerazione che nella (necessaria) riorganizzazione dei servizi sanitari, la medicina di base gioca un ruolo infungibile. Non trascurarla e potenziarla significa decongestionare i pronto-soccorso che scoppiano, alleviare i reparti ospedalieri da ricoveri inutili o almeno evitabili o rinviabili, evitare i conseguenti aumenti di spesa, costi della medicina difensiva per l'incubo del contenzioso, prevenire il deterioramento del rapporto medico-paziente per l'eccessivo carico di prestazioni imposte ai medici ospedalieri, sottoposti a turni massacranti e costretti ad occuparsi anche di casi trattabili a domicilio o in strutture territo-

“Nella totale assenza di programmazione, le autorità competenti continuano ad ignorare la grave carenza di medici che avremo tra pochi anni in Italia e il preoccupante fenomeno di migrazione dei nostri giovani più promettenti e volenterosi, che dopo aver investito nella loro formazione, partono. Per Regno Unito, Francia, Belgio per realizzare le proprie legittime aspirazioni

riali adeguate a patologie meno gravi, croniche, e non acute. Che ne è delle intenzioni che ispirarono la L. 833/78 che intendeva concretizzare e attuare lo sviluppo delle cure sul territorio, la prevenzione, l'assistenza domiciliare, le strutture extra ospedaliere?

L'assistenza di base non è adeguata e a farne le spese sono gli ospedali che restano nel mirino (facili prede) per i tagli al personale, per il sovraffollamento, per i tempi spropositati delle liste d'attesa, per le cattive condizioni igieniche o logistiche che causano infezioni nosocomiali ecc. Gli ospedali crollano sotto il peso del sovraffollamento e per la carenza di personale, ma anche per i costi che non vengono tenuti sotto controllo. Quasi 10 miliardi di euro l'anno si dissolvono per sprechi e inefficienze, 11 milioni di giornate di degenza evitabili, circa 25% di ricoveri inutili, 2 miliardi di euro l'anno buttati per incauti acquisti di apparecchi biomedicali, che vengono pagati il 30% in più del necessario, ingrossando il debito a carico delle Asl.

## L'emorragia dei talenti

L'emorragia dei talenti ha l'aspetto allarmante di una guerra non dichiarata, strisciante, inesorabile, armata dei colpi inferti da tagli indiscriminati, dal blocco del turnover, dalla paralisi degli investimenti che corrode dall'interno il Ssn.

Molti assessori denunciano una vera e propria “emergenza” per il personale sanitario, pesantemente inferiore al minimo vitale, con rallentamento delle cure e allungamento delle liste d'attesa, tuttavia nella totale assenza di programmazione, le autorità competenti continuano ad ignorare la grave carenza di medici che avremo tra pochi anni in Italia e il preoccupante fe-

nomeno di migrazione dei nostri giovani più promettenti e volenterosi, che dopo aver investito nella loro formazione, partono per Regno Unito, Francia, Belgio... ognuno per realizzare legittime aspirazioni che qui non hanno possibilità di realizzazione.

Secondo le stime dei sindacati, i medici in organico scenderanno entro il 2025 da 350mila a 250mila; 22mila mancheranno all'appello già entro il 2018 per carenza di laureati. C'è da chiedersi come si potrà far fronte alla tempestività e qualità delle cure verso i pazienti, specie nelle situazioni di particolare gravità delle regioni soggette a piani di rientro.

In molti ambiti si cerca di colmare il vuoto con l'entrata in scena di nuove figure professionali. Ma il ruolo degli operatori sanitari non medici, il cui profilo professionale si è accresciuto di più ampie competenze e funzioni in base ai nuovi percorsi formativi universitari, dovrebbe essere destinato ad integrare sinergicamente il lavoro d'equipe con i medici, non certo a sostituirli in attribuzioni non delegabili.

## Gli ospedali “scoppiano”

Facendo un confronto con i dati del decennio passato di taglio in taglio i posti letto negli ospedali italiani sono diminuiti del 30%, circostanza che spiega perché si giace in barella parcheggiati nei pronto soccorso. A fronte di una perdita di 120mila posti letto e un'offerta scesa da 300mila a 180mila posti letto non bastano i day hospital, day surgery, day service ambulatoriali, i “setting assistenziali”, a sgravare i reparti, sebbene comprendano



circa il 45% delle chirurgie. Gli ospedali scoppiano, la popolazione sempre più anziana vede al primo posto per occupazione di posti letto gli over 75, ovvero

**“L'assistenza di base non è adeguata e a farne le spese sono gli ospedali che restano nel mirino per i tagli al personale, per il sovraffollamento, per i tempi spropositati delle liste d'attesa, per le cattive condizioni igieniche o logistiche che causano infezioni nosocomiali**

il 13% degli italiani, con un tasso di occupazione particolarmente alto al Sud dove con 200 ricoveri ogni 1.000 abitanti si supera la media nazionale di 137. Troppo spesso l'ospedale è l'unica possibilità di cura nella rete smagliata dell'assistenza sanitaria. Quarantaduemila calabresi

fuggono ogni anno in altre regioni per curarsi.

Di sanità si parla tanto. Non sempre a proposito. Non sempre con cognizione di causa (specie in Tv), non sempre con notizie genuine, non contaminate da esigenze dell'uno o dell'altro schieramento politico. I sondaggi ci sommergono. I risultati non concordano ma il prodotto non cambia: per la Sanità si fa poco e male.

Salvare la sanità pubblica garantendo a tutti un adeguato e medesimo livello di cura non è impresa facile, ma resta doverosa. Occorrono politiche mirate, approcci multidisciplinari e sinergici, investimenti certi, comportamenti responsabili.

Il problema demografico e quello dell'invecchiamento della popolazione renderà impossibile per una questione logistica e di costi, curare tutti presso le strutture ospedaliere.

I nuovi approcci diagnostico-terapeutici hanno permesso di ridurre la mortalità lì dove qualche decennio fa per le persone colpite non si riusciva a scongiu-



rare l'evento letale. Oggi riescono a salvarsi ma spesso diventano disabili o malati cronici. Questo fenomeno è in costante crescita, proprio grazie ai progressi della scienza medica che causano però un totale mutamento di problematiche, spesso non più legate ad un'unica patologia principale, bensì a comorbilità, patologie concatenate a fattori di rischio che necessitano di approcci multidisciplinari. In tali contesti le cure non possono più esaurirsi all'interno dell'ospedale e l'attenzione deve necessariamente spostarsi ad una serie di modelli alternativi capaci di "abbracciare" il paziente nella sua globalità. In altre parole il problema dell'integrazione ospedale-territorio con particolare riferimento alle emergenze resta un nodo cruciale per una sanità sicura ed efficiente.

#### **Coordinamento ospedale-territorio**

La deospedalizzazione e la riorganizzazione del sistema per coordinare le strutture ospedalie-

re con i servizi territoriali poli-specialistici e l'assistenza domiciliare sono temi che chiamano in causa programmazione e concrete soluzioni non più rinviabili.

Il problema delle emergenze è stato per troppo tempo confinato in un ambito sempre più insidioso. Ci si muove come sulle sabbie mobili: comunque e ovunque si procede, si affonda. Da un lato c'è il sovraffollamento dei pazienti in ospedale, dall'altro la carenza di medici di base; da una parte la chiusura di ospedali e i tagli dei posti letto, dall'altra misure alternative come la telemedicina, l'assistenza domiciliare, il fascicolo sanitario elettronico che non decollano. Su tutto il sistema incombe l'improrogabile necessità di riorganizzare la medicina territoriale. Da tempo le società scientifiche e le organizzazioni sindacali hanno richiamato l'attenzione sul problema irrisolto dei Dipartimenti Emergenze Accettazione (Dea) per l'eccesso di domande di ricoveri a cui si accompagna la progressiva ridu-

zione dei posti letto per acuti e di personale dedicato.

L'obiettivo di contrastare la tendenza tutta italiana a usufruire inappropriatamente dei Dea, per le carenze di strutture, di servizi affidabili, di disponibilità economiche ma anche per una indotta "cultura" sbagliata del pronto soccorso, postula l'imperativo della riorganizzazione della medicina territoriale.

Il coordinamento tra Ospedale e territorio sui versanti che interessano l'integrazione sia nella fase di pre-ricovero (codici bianchi in PS, tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali ecc.), sia in fase di dimissione (farmaceutica, assistenza domiciliare, implementazione di Drg per pazienti cronici, ecc.), presuppone trattative e dialogo all'interno di tavoli tecnici al Ministero, con rappresentanti competenti per giungere ad indirizzi condivisi.

L'ambito delle cure primarie necessita indubbiamente di un adeguato sviluppo affinché possa espletare a pieno e con maggiore efficacia il proprio ruolo nell'assistenza sanitaria e sociale rivolta a tutti i pazienti. I medici convenzionati debbono poter svolgere il loro ruolo attraverso una partecipazione attiva e responsabile nel sistema di governo clinico, garantendo qualità ed efficacia dell'assistenza sanitaria di base, continuità delle cure e integrazione con il livello specialistico di riferimento.

Il raggiungimento di questi obiettivi mira a rendere le cure primarie un sistema unitario ed integrato nei confronti dei bisogni sanitari del cittadino e nell'ambito del Ssn, sviluppando il livello organizzativo dei medici convenzionati e prevedendo il loro coordinamento professionale. Non v'è dubbio che a fronte dell'accresciuta domanda di salute sia indispensabile procedere a razionalizzare il progressivo trasferimento dei processi di cure dall'ospedale al territorio per la sostenibilità complessiva del Ssn attraverso lo sviluppo della governance da una parte e dei livelli organizzativi dall'altra. Occorre rafforzare il ruolo dei medici (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali) grazie all'integrazione tra loro e con il setting ospedaliero, affinché concorrano alla definizione e la realizzazione dei percorsi assistenziali, garantiscano la continuità dell'assistenza superando l'attuale frammentazione di interventi in ambiti diversi. In questo contesto deve essere previsto il superamento dell'attività singola del professioni-

sta sostituendola con l'inserimento in una effettiva organizzazione funzionale e professionale.

#### **Riorganizzazione dell'Emergenza Urgenza**

Per rendere possibile e realizzabile il cambiamento auspicato appare indispensabile una adeguata riorganizzazione del sistema di emergenza ed urgenza al fine di garantire una continuità tra ospedale e territorio, evidenziando la necessità del passaggio alla dipendenza dei me-



**Di fronte a un divario che imprime solchi profondi tra regioni di uno stesso Paese, separando chi ha cure e chi non ce l'ha, chi deve emigrare per guarire e chi lascia l'Italia per essere un medico felicemente inserito in una struttura efficiente, tutti dobbiamo fare la nostra parte**

dici di emergenza sanitaria o comunque l'esigenza di una unicità di ruolo giuridico e contrattuale dei medici operanti nei servizi di emergenza. Occorre ridisegnare il sistema. Non da ultimo occorre ripensare la formazione dei professionisti: definire i percorsi formativi in maniera funzionale ai ruoli operativi specifici nell'ambito dell'integrazione professionale senza determinare sovrapposizioni, concorrenzialità o utilizzo in funzioni improprie. Rimodulare il percorso formativo per facilitare l'inserimento nel mondo del lavoro dei giovani medici, completando lo stesso nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, comprese le forme organizzative evolute della medicina generale e assistenza domiciliare, ad integrazione e perfezionamento del percorso universitario. Favorire lo sviluppo dei percorsi assistenziali ospedale-territorio per garantire la formazione continua dei medici anche attraverso processi formativi integrati che prevedono la partecipazione dei medici dipendenti e dei medici convenzionati.

In questo contesto il sistema di emergenza ed urgenza deve rappresentare il fulcro della sanità italiana ovvero la "cerniera" tra ospedale e territorio. Secondo i più recenti studi il modello organizzativo più rispondente dovrebbe prevedere l'attivazione di dipartimenti di emergenza che comprendono: il 118 (centrale operativa e Unità Mobile di Soccorso), il Pronto Soccorso (PS), i Punti di Primo Inter-

vento (Ppi), la Breve Osservazione (Obi) e la Medicina di Urgenza. Sarebbe auspicabile implementare una Rete di Emergenza i modelli HUB & Spoke, il Pronto Soccorso dovrebbe includere una gestione multidisciplinare dei percorsi clinici pre-stabiliti con permanenza dei pazienti, non destinati all'Obi, entro un periodo non superiore a 5/6 ore (fasi di stabilizzazione, primo inquadramento diagnostico-terapeutico, avvio percorso assistenziale), viceversa la permanenza in Obi e/o Medicina di Urgenza non dovrebbe superare le 72 ore nell'80% dei casi con livello di intensità di cure di tipo medio-alto.

In questo assetto il medico dell'emergenza urgenza potrebbe farsi carico di seguire il percorso assistenziale del paziente dalla richiesta di soccorso, alla stabilizzazione, al primo inquadramento diagnostico, al trattamento dell'emergenza, fino al ricovero nella struttura sanitaria più appropriata.

La continuità dell'assistenza tra fase preospedaliera e fase intraospedaliera del paziente critico consentirebbe di evitare la "demedicalizzazione" del territorio assicurando che l'Unità Mobile di Soccorso Avanzato (Als) preveda nel team sempre

la presenza del medico, sarebbe possibile garantire una unicità di ruolo giuridico e contrattuale dei medici operanti nei servizi di emergenza e per il governo delle fasi di transizione definire meccanismi di equiparazione legislativa di ruoli giuridici e contrattuali, promuovere soluzioni organizzative che favoriscano l'impiego dei medici a rotazione in tutti i servizi del dipartimento.

#### **Il ruolo della politica**

La spesa per la salute non costituisce solo un costo ma rappresenta piuttosto un investimento. Le nuove tecnologie possono rivoluzionare l'assistenza sanitaria e contribuire alla futura sostenibilità del sistema.

Legge, morale, etica, economia e marketing sono le componenti nevralgiche in questione. Ma soprattutto politica. È quest'ultima che manovra le leve che alzano o abbassano il livello qualitativo della nostra sanità sia nel bene che nel male.

Di fronte a un divario che imprime solchi profondi tra regioni di uno stesso Paese separando chi ha cure e chi non ce l'ha, chi deve emigrare per guarire e chi lascia l'Italia per essere un medico felicemente inserito in una struttura efficiente, tutti dobbiamo fare la nostra parte. La posta in gioco è alta perché con la Salute oltre alla vita umana ci sono le sorti della nostra stessa democrazia. ■

# Interattività è partec

di Arianna Alberti

**R**elatori di alto livello e tematiche di grande interesse hanno scandito la tre giorni di Capri, ma anche quest'anno la nota distintiva e più coinvolgente del Corso interattivo di ostetricia e ginecologia, organizzato da **Fabio Sirimarco**, è stato il dibattito tra i partecipanti. Sono stati loro i protagonisti della discussione alla quale, contrariamente a quanto avviene nel panorama congressuale italiano, il direttore del Corso ha riservato ampio spazio e tempo. Il "momento dell'interattività", dedicato alle domande sulle grandi e piccole questioni aperte, ai dubbi e alle riflessioni, è uno spazio aperto al confronto, ai suggerimenti e alle proposte, anche alle critiche e alle riflessioni sulle tante cose che non vanno nei nostri ospedali e su quello che si potrebbe fare per migliorare la nostra sanità. A cominciare dalle nostre realtà, piccole o grandi. Ed è questo, soprattutto, a rendere speciali queste giornate: una vera e propria full immersion cui fanno da sfondo gli incantevoli faraglioni, testimoni di un "turismo congressuale" ormai tramontato. D'altronde "qui la partecipazione è d'obbligo - come sottolinea con la classica ironia partenopea il professor Sirimarco. Questo è un Corso interattivo e senza partecipazione non c'è interattività".

Il Corso di Capri, cui hanno preso parte anche il presidente Aogoi **Vito Trojano**, il segretario nazionale **Antonio Chiantera**, il presidente della **Sigo Nicola Surico**, il prof. **Nicola Colacurci**, in rappresentanza dell'Agui, e, tra gli altri, anche il collega parlamentare On. **Benedetto Fucci**, è stato l'ultimo importante appuntamento prima del Congresso mondiale e quindi anche un'occasione per discutere i dettagli della nostra partecipazione al Figo 2012. Ma vediamo in sintesi i temi che sono stati al centro delle giornate congressuali.

## Ecm tra presente e futuro.

Ha aperto i lavori, dopo il saluto dei presidenti delle società scientifiche, **Maria Linetti**, direttrice dell'ufficio Formazione continua del ministero della Salute, che rappresenta l'interfac-



Il Corso interattivo di Capri chiude la sua seconda edizione con il lancio di tre importanti iniziative. La prime due riguardano la stesura di raccomandazioni sul rischio tromboembolico in gravidanza e l'avvio di uno studio multicentrico nazionale sulla Tev, entrambe promosse dal Fondazione Confalonieri Ragonese. La terza, l'innovativo corso del "simulatore itinerante", che partirà da Napoli il prossimo luglio

cia tra i vari operatori certificati che erogano i servizi di formazione e il personale sanitario interessato a seguire i vari eventi formativi organizzati. Linetti si è soffermata sulle "nuove" regole dell'Educazione continua in medicina e il funzionamento della Commissione Ecm che ha aperto un dialogo online con un nuovo sito. "L'Ecm è garanzia di appropriatezza. La struttura che non fa Ecm - ha detto - è una struttura che non funziona. Non c'è un professionista che possa sottrarsi all'aggiornamento, compresi i docenti". Ma è necessario puntare sulla qualità: "Stop alla corsa ai crediti. Vale la sostanza". Linetti, che è anche segretario della Commissione nazionale Ecm, ha poi sottolineato l'impegno della Commissione

per una verifica e aggiornamento dei parametri qualitativi per l'accreditamento dei provider ("li visiterò uno ad uno") e per migliorare anche altri aspetti del sistema Ecm, quali la valutazione dell'efficacia e della qualità e, soprattutto, per definire un sistema di incentivi a favore dei professionisti sanitari che si aggiornano. "Obbligare non basta. Occorre un passaggio culturale che spinga gli operatori a partecipare ai corsi ed aggiornarsi".

## TEV: nuove raccomandazioni e uno studio osservazionale

La malattia tromboembolica venosa (Tev) ha avuto uno spazio di grande rilievo. Come è stato ricordato, rappresenta una del-

le cause più frequenti e facilmente prevenibili di morte materna nei Paesi occidentali. La raccomandazione del ministero della Salute per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto del marzo 2008 la colloca tra le prime cau-

se, insieme all'emorragia postpartum, l'ipertensione-precclampsia, la sepsi e la morte dovuta ad anestesia. Secondo una stima del VTE Impact Assessment Group in Europe (VITAE), sono oltre 370 mila all'anno le morti riconducibili alla Tev (vedi box). Di qui l'importanza delle **nuove raccomandazioni Aogoi** sul rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio presentate nel corso dei lavori, frutto del gruppo di studio composto da Fabio Sirimarco, Giuseppe Albano, Maria Grazia Frigo e Fabio Parazzini, con il co-

## VTE Impact Assessment Group in Europe (VITAE)

370.012	.....VTE-related deaths/year
7%	.....pre-mortem diagnosis TVP
34%	.....diagnosis of fatal P.E.
59%	.....misdiagnosis of P.E.

# ipazione

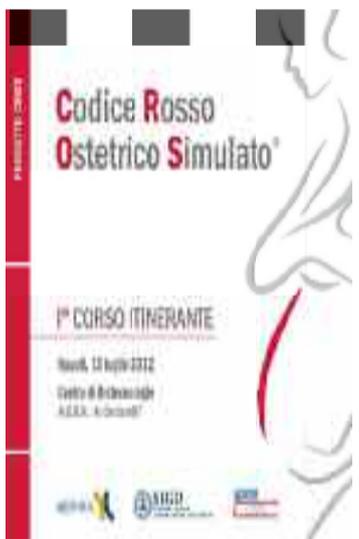
ordinamento scientifico del presidente della Fondazione Confalonieri-Ragonese, Giampaolo Mandruzzato, e la revisione di ben cinque società scientifiche, rappresentate da: Herbert Valensise (Sigo), Elvira Grandone (Siset- Società per lo studio dell'emostasi e trombosi), Emilio di Maria (Sigu- Società italiana di genetica umana), Danilo Celeno (Ciao-Club italiano anestesisti ostetrici) e Giorgio Capogna (Siarti- Società italiana anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva).

“Per la prima volta in Italia abbiamo partorito (è proprio il caso di dirlo) un documento veramente condiviso” ha affermato Sirimarco, invitando i partecipanti a proporre eventuali modifiche e integrazioni utili a migliorare le raccomandazioni, lasciate in revisione aperta per tutto il mese di giugno. “Per anni, forse decenni, abbiamo sottovalutato questa condizione clinica che, se non riconosciuta precocemente e adeguatamente trattata, può persino compromettere una procedura medico chirurgica ottimale. Per comprendere la dimensione del problema e di quanto sia a tutt'oggi sottostimato, basta prendere in considerazione le conclusioni dello studio VITAE, che ha coinvolto 5 paesi della Ue, tra cui un gruppo italiano. Su 370 mila morti l'anno associate a un rischio tromboembolico solo nel 7 per cento dei casi questa patologia era stata precedentemente riconosciuta”.

Un'altra importante iniziativa, sempre sotto l'egida della Fondazione Confalonieri Ragonese, riguarda l'“**Indagine sulla problematica tromboembolica** in gravidanza nelle donne a medio alto rischio per tale condizione”. Il progetto, che ha raccolto nuove adesioni nella giornata conclusiva del Corso, è finalizzato a valutare l'atteggiamento diagnostico e terapeutico dei ginecologi relativamente all'inquadramento diagnostico della donna a rischio e la profilassi tromboembolica in corso di gravidanza. Si tratta di uno studio osservazionale prospettico “che vuole fotografare ciò che avviene per cercare di allineare le indicazioni alla pratica clinica” ha spiegato **Fabio Parazzini** che ne ha illustrato le caratteristiche nel dettaglio. “Al momento prevede di

coinvolgere 20 centri, ma certamente auspichiamo un maggior numero di adesioni” ha aggiunto, sottolineando l'importanza di colmare due gap: “l'assenza di informazioni rispetto all'atteggiamento dei ginecologi su questa problematica e le marcate differenze che a riguardo vi sono tra centro e centro”, come ribadisce nell'intervista qui in basso anche il professor Sirimarco.

**Il simulatore itinerante, un nuovo strumento di formazione** è stato presentato da **Maria Grazia Frigo**, co-direttrice con **Fabio Sirimarco** del Corso itinerante “Codice rosso ostetrico simulato”, che inizierà la sua prima tappa al Centro di Biotecnologie A.O.R.N. “A. Car-



darelli di Napoli il prossimo 13 luglio per poi proseguire in altri centri italiani.

Il corso, patrocinato da Agenas, oltre che da Sigo Aogoi, è parte del progetto “La simulazione in emergenza materno fetale” che è stato approvato dalla Commissione per la formazione continua e di cui la Fondazione Internazionale Fatebenefratelli è assegnatario e gestore. Il piano del progetto è quello di porre la massima attenzione alla costituzione di un percorso formativo articolato in 5 momenti: pratica clinica; formazione teorica; task trainer; simulazione virtuale/reale.

“L'obiettivo specifico – ha spiegato Frigo – è quello di mettere al servizio delle professioni medico chirurgiche e anche infermieristiche un programma di corsi che hanno nella simulazione l'elemento distintivo e peculiare, garantendo sempre più elevati standard qualitativi di sicurezza”.

Tra i principali vantaggi della simulazione è stata ricordata l'assenza di rischi per i pazienti, la possibilità di mettere in pratica la gestione di procedure ed eventi routinari, così come il management di eventi meno comuni ma pericolosi per la vita dei pazienti, la possibilità di interrompersi, riflettere e discutere sulle scelte effettuate per poi riprendere e mostrare percorsi alternativi. “Questa metodologia porta la persona ad essere al centro del percorso formativo con un ruolo attivo – ha sottolineato. La simulazione va vista come la costruzione di una specifica esperienza, in quanto realizzata attraverso una realtà precostituita

► Segue a pagina 30

## A colloquio con Fabio Sirimarco **TEV: l'importanza di misurare il profilo di rischio delle future mamme**

**Obiettivo dello studio multicentrico Aogoi-Fondazione Confalonieri Ragonese è l'inquadramento diagnostico della donna a rischio e la profilassi tromboembolica in corso di gravidanza. Fattori essenziali per prevenire una delle cause più frequenti di morte materna nei paesi occidentali. Ma un elemento altrettanto importante è valutare l'atteggiamento dei ginecologi a riguardo. “I dati sono scarsi se non del tutto assenti – sottolinea Fabio Sirimarco - e nella pratica clinica vi sono marcate differenze tra centro e centro”.**

### Professor Sirimarco, perché è importante questa indagine sul rischio tromboembolico in gravidanza?

Il tema dell'utilizzo della terapia antitrombotica in gravidanza è un tema di rilievo clinico: le donne a rischio tromboembolico in gravidanza presentano una probabilità ancora maggiore di sviluppare una trombosi venosa profonda o una embolia polmonare. Infatti se il rischio di base è pari a



circa 1 su 100, nelle gravide il rischio può essere 2-5 volte maggiore. C'è dunque la necessità di misurare il profilo di rischio della popolazione italiana di gravide. Inoltre, va

detto che i dati relativi al reale atteggiamento dei ginecologi italiani rispetto a questa tematica sono scarsi e nella pratica clinica sono presenti marcate differenze tra centro e centro.

La nostra indagine intende dare risposta alle principali questioni aperte nell'ambito della Trombofilia in gravidanza ovvero: Quali donne devono eseguire lo screening trombofilico? Quali esami eseguire? Quando eseguirli? Quale terapia? (inizio, tipologia e durata della profilassi) Chi deve essere sottoposto a profilassi antitrombotica? Quali sono i principali fattori di rischio nelle Trombofilie in Ostetricia e Ginecologia? I fattori di rischio sono molteplici e riguardano principalmente gli ambiti dell'Oncologia Ginecologica, della Terapia Estro-Progestinica, della Terapia Ormonale Sostitutiva, la Gravidanza e Puerperio. Tra gli esiti negativi più frequenti vi è l'aborto ricorrente, la morte fetale endouterina, il

► Segue a pagina 30

## TROJANO: “Sosteniamo la nuova generazione di ginecologi”

**Formazione, aggiornamento e giovani.** Sono stati questi i temi su cui si è concentrato l'intervento del presidente Aogoi al congresso di Capri, di cui ha elogiato la formula interattiva. “La partecipazione costruttiva ad eventi di qualità è un elemento senz'altro insostituibile - ha affermato il presidente Vito Trojano – ma è sempre più importante sfruttare anche tutte le tecnologie che oggi abbiamo a



disposizione, come la Formazione a Distanza, per usufruire di un'offerta formativa ancor più ampia”. Trojano ha poi ricordato l'importanza di investire sul futuro, sulle nuove leve di ginecologi, e del conseguente ruolo di “tutoraggio attento e generoso cui tutti noi *seniores* siamo chiamati a svolgere”. “Dobbiamo

recuperare lo spirito che ha animato le vecchie generazioni di ginecologi: i nostri Maestri: è anche grazie alla loro abnegazione e al loro tempo se oggi possiamo dire di essere diventati bravi medici della donna”. Su questo terreno “dobbiamo ancora fare molto, soprattutto sul piano culturale – ha affermato – ma l'impegno dell'Aogoi a riguardo è forte, come dimostra il coinvolgimento di molti giovani e promettenti colleghi nell'ambito dei Simposi che abbiamo organizzato per l'ormai imminente Congresso mondiale di Roma”.

Il presidente Aogoi si è poi soffermato sul clima di grande collaborazione con la Sigo: “con il presidente Surico stiamo facendo un percorso insieme e sul tema della formazione, in particolare, c'è molta sintonia”. La presenza dell'onorevole Benedetto Fucci, “ginecologo prestato alla politica”, come ama definirsi, è stata un'ulteriore occasione per ribadire l'importanza della collaborazione tra società scientifiche e istituzioni: “un punto centrale del mio mandato” ha ricordato Trojano. “La mozione sui punti nascita approvata dalla Camera e le due proposte di legge sulla responsabilità medica e il contenzioso sanitario, solo per citare gli ultimi due esempi più recenti, dimostrano quanto possa essere proficua questa stretta collaborazione”.

SIGiTE al Congresso Europeo di Medicina Integrata ECIM 2012

# Ginecologia della Terza Età e medicine complementari

**di Angelamaria Becorpi\*, Costante Donati Sarti\*\*, Sonia Baccetti\*, Mariella Di Stefano\*\***

\*Direttivo SIGiTE

Responsabile Ambulatorio Menopausa Oncologica Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

\*\*Presidente SIGiTE

°Responsabile Rete Toscana di Medicina Integrata e Centro di Riferimento Regionale di Medicina Tradizionale Cinese "Fior di Prugna", Firenze

°°Direttore Notiziario

Regionale MC Toscana

I più qualificati esperti di medicine e pratiche complementari si confronteranno con la medicina ufficiale in tema di gravidanza, parto, puerperio, sterilità e menopausa al Congresso Europeo di Medicina Integrata ECIM 2012. Anche SIGiTE parteciperà al principale appuntamento europeo e internazionale per medici, operatori sanitari e del benessere, ricercatori e aziende impegnati in questo settore, in programma a Firenze dal 21 al 22 settembre 2012

**L**a menopausa rappresenta un delicato periodo della vita della donna in cui può diventare necessario integrare l'approccio terapeutico tradizionale con le medicine complementari, nell'ottica di una ottimizzazione di quelli che sono i presidi a disposizione del ginecologo sia per la prevenzione sia per il trattamento e quindi per il raggiungimento di una buona qualità di vita femminile.

È con questo spirito che si innesca la partecipazione della SIGiTE al Congresso Europeo di Medicina Integrata ECIM 2012. Questo appuntamento interna-

zionale che da sempre vede confrontarsi i più qualificati esperti europei a Berlino si svolgerà quest'anno in Italia, a Firenze, dal 21 al 22 settembre 2012.

Il Congresso offre largo spazio alle novità in tema di salute della donna e rende possibile momenti di confronto e collaborazione fra Società scientifiche che operano nell'ambito della ginecologia cosiddetta "ufficiale", quali la Società Italiana di Ginecologia della Terza Età e gli esperti del settore delle medicine complementari. L'evento, che rappresenta il principale appuntamento europeo e internazionale per medici, operatori sanitari e del benessere, ricercatori e aziende impegnati in questo settore, affronta i temi della salute di genere nelle varie età della donna. Presenta infatti esperienze sulla valutazione di effi-

cazia delle medicine e delle pratiche complementari/non convenzionali e sulla loro integrazione con la medicina ufficiale in tema di gravidanza, parto, puerperio, sterilità, menopausa ma anche rischio cardiovascolare, qualità della vita nella terza età e soprattutto in campo oncologico dove è noto come le medicine complementari possano svolgere un ruolo anche nella riduzione degli effetti collaterali dei trattamenti antitumorali. Il Congresso si svolgerà nel Palazzo dei Congressi e sarà preceduto da una cerimonia inaugurale il pomeriggio del 20 settembre nella splendida cornice del Salone dei Cinquecento di Palazzo Vecchio.

Promuovono ECIM 2012 la Regione Toscana - Rete Toscana di Medicina Integrata (RTMI), l'Università degli Studi di Firen-

ze, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi-Firenze, l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze, l'Azienda Sanitaria di Firenze e di Lucca insieme all'Università Charité di Berlino. Sono stati attivati rapporti collaborativi con le altre Università toscane e con altre Regioni che si sono distinte nel settore nonché con numerosi enti e società scientifiche nazionali e internazionali.

Il principale obiettivo del Congresso è mettere in rete ricercatori e clinici e favorire il dialogo e il confronto costruttivo non solo sui temi dell'efficacia clinica, ma anche della metodologia di intervento, della ricerca e della formazione. Non si tratta soltanto di dare visibilità alle esperienze di integrazione delle medicine complementari nei Servizi sanitari pubblici in Italia e a level-

lo internazionale, cosa comunque di grande rilievo che caratterizza i sistemi sanitari moderni, ma è intenzione del convegno puntare a una reale integrazione fra le diverse branche della medicina finalizzata per esempio alla definizione di appropriate linee guida.

## La partecipazione di SIGiTE

Nell'ambito del Congresso la SIGiTE sarà presente nella sessione plenaria sulla salute della donna in menopausa e ad un Workshop in cui operatori della ginecologia "ufficiale" si confronteranno con esperti europei di medicine complementari su tematiche di importanza fondamentale per questa fase della vita femminile.

Altri temi avranno un ruolo cen-

## La SIGiTE parteciperà alla sessione plenaria sulla salute della donna in menopausa e ad un Workshop, che vedrà operatori della ginecologia "ufficiale" confrontarsi con esperti europei di medicine complementari su tematiche di importanza fondamentale per questa fase della vita femminile

trale, come il dolore cronico, i disturbi della sfera psichica e la Psico-neuroendocrinoimmunologia. In continuità con il lavoro svolto dalla Rete Toscana di Medicina Integrata, verranno affrontati i temi degli eventi avversi in medicina complementare, della gestione del rischio clinico in questo ambito e della sicurezza del paziente.

Particolare attenzione sarà poi rivolta al confronto tra le esperienze di integrazione delle medicine complementari nei sistemi sanitari pubblici in Italia, in Europa e nell'area mediterranea, alla normativa comunitaria per la produzione di medicinali omeopatici e fitoterapici e la relativa applicazione in Italia.

## @ Per registrarsi al Congresso

È possibile registrarsi online sul sito [www.ecim-congress.org/](http://www.ecim-congress.org/) e ottenere informazioni sugli hotel, sul programma sociale ecc. Ogni altra informazione può essere richiesta all'indirizzo: [ecim2012@regione.toscana.it](mailto:ecim2012@regione.toscana.it)

ECIM 2012 ospiterà anche il 26° Congresso del GIRI (Gruppo internazionale di ricerca sulle sostanze infinitesimali), dedicato agli effetti biologici delle sostanze in alta diluizione, e altri seminari di società scientifiche sia italiane che internazionali. ■

**5th European Congress for Integrative Medicine (ECIM 2012)**

Il futuro dell'assistenza globale del paziente. Promuovere la salute e lo sviluppo di un trattamento integrato e sostenibile del paziente acuto e cronico.

**20 settembre 2012**  
Inaugurazione Salone dei Cinquecento  
Palazzo Vecchio - Firenze

**21 - 22 settembre 2012**  
Palazzo dei Congressi - Villa Vittoria  
Firenze

### Temi del Congresso

- Dolore cronico: update
- Medicina integrata nei Servizi sanitari pubblici
- Psiconeuroendocrinologia (PNEI)
- Malattie atopiche e allergiche
- Prevenzione, salute della donna e menopausa
- Esperienze di oncologia integrata
- Ormesi
- Infertilità, gravidanza, parto e puerperio
- Criteri europei nella produzione dei farmaci omeopatici e fitoterapici e applicazione in Italia
- Eventi avversi in medicina complementare e interazioni farmacologiche
- Promozione della salute: tecniche manuali, di movimento e meditative
- Massaggio cinese Tuina e Qigong
- Prevenzione e cura delle malattie da raffreddamento nel bambino
- Medicina integrata nel trattamento delle dipendenze
- Psicopatologie: disturbi di ansia e depressione
- Cooperazione sanitaria internazionale e medicine complementari
- Medicina termale integrata
- Integrazione fra biomedicina e medicine complementari in veterinaria
- Tematiche varie

### Tavole rotonde

- Oncologia integrata
  - Applicazione della legge 38/2010: cure palliative e terapia del dolore
  - Formazione in medicina complementare
  - Nuovi modelli di ricerca in medicina complementare
  - Medicina integrata: modelli a confronto
  - Salute animale e sicurezza alimentare
- Workshop**
- La scuola di agopuntura di Firenze fra tradizione e innovazione
  - La professione di operatore delle Discipline del Benessere (DBN)
  - Agro-omeopatia, agricoltura biodinamica e alimentazione
  - Alimentazione e medicina integrata

### Presidenza

Gian Franco Gensini, Elio Rossi  
Sonia Baccetti, Stefan Willich

### Segreteria generale

Antonio Panti, Simonetta Bernardini  
Franco Cracolici, Fabio Firenzoli  
Carlo Maria Giovanardi, Alfredo Vannacci

### Comitato scientifico internazionale

K. Bongers, B. Brinkhaus, F. Cardini, G. Deng, H. C. Deter  
S. Dragan, M. Dunjic, D. M. Eisenberg, T. Falkenberg  
V. Fonnebo, H. Gohlke, E. Hahn, A. Haramati, G. Hegyi  
R. Hetzer, P. Heusser, M. Ingvar, S. Joos, K. Kraft  
H. Langevin, G. Lewith, K. Linde, P. F. Matthiesen  
D. Melchart, A. Michalsen, T. Nicolai, C. Paterson, J. Ring  
P. Roberti di Sarsina, E. Rossi, A. Sali, R. Saller, M. Schäfer  
J. Scholze, U. Solimene, H. Walach, S. Willich, C. Witt

### Comitato di programma

G. Allais, G. Bazzoni, A. Rita Billa, F. Bottaccioli  
G. Calapai, M. G. Campus, F. Cardini, F. Ceccherelli  
A. Dei, D. Deni, T. Esch, M. Gazzola, C. Günthlin, T. Keil  
G. Laguzzi, A. Liguori, F. Macri, F. Menniti Ippolito  
A. Morandi, F. Musial, M. Ortiz, E. Portalupi  
P. Roberti di Sarsina, M. Romoli, E. Rossi, F. Sammaccia  
M. Scozzoli, M. Teut, W. Weidenhammer, J. Williams, U. Wolf

### Comitato organizzativo nazionale

G. Amunni, F. Avolio, S. Bardaro, A. Becorpi, P. Bellavite  
L. Betti, M. Bonucci, L. Borghi, G. Borsalino, G. Brajon  
C. Cenerelli, A. Chrissanthi, A.R. De Gaudio, E. De Leonardi  
M. Fantinelli, L. Fioretto, G. Fontana, R. Gatto, M. C. Giuliano  
A. Guerci, M. Hofer, A. Laffranchi, S. Marson, S. Marucci  
E. Minelli, N. Montecucco, A. Mulas, M. Petrini, F. Petti  
L. Pistelli, R. Pulcri, P. E. Quirico, M. Ravaglia, A. Ronchi  
G. M. Rossolini, S. Segantini, L. Sotte, A. Speciani  
O. Sponzilli, A. Sussarellu, L. Testa, C. Thuile  
F. Tonello, F. F. Vincieri, L. Zanino

**31° Corso di Formazione ed Aggiornamento in Fisiopatologia Cervico Vaginale e Vulvare, Colposcopia e Malattie a Trasmissione Sessuale**

# Un successo inossidabile

**N**on solo "lezioni" sui più recenti aspetti della prevenzione, delle patologie e delle terapie, ma anche video-proiezioni, conferenze, tavole rotonde ed esercitazioni pratiche collettive, in aula e in appositi Atelier, sotto la guida di esperti Tutor. La "globalità didattica" è senz'altro il tratto distintivo di questo Corso, promosso dalla Scuola Multidisciplinare di formazione e aggiornamento e qualificazione in fisiopatologia del Tratto Genitale e Malattie a trasmissione sessuale, che privilegia diversi canali di apprendimento allo scopo di ottimizzare al meglio le attitudini e le capacità dei "destinatari dei messaggi": gli Allievi, veri protagonisti dell'Insegnamento.

Come di tradizione, anche questa 31° edizione si è aperta con una prolusione su un argomento di vasto interesse: "L'evoluzione della chirurgia oncologica negli anni: cosa è cambiato?", svolta quest'anno dal prof. Carlo Sbiroli.

Hanno fatto seguito le diverse lezioni che si sono alternate sulla base di un grading delle conoscenze al fine di consentire ai molti Allievi italiani e stranieri presenti una migliore comprensione su argomenti sempre più articolati e specifici. L'aver inserito aspetti di anatomia normale e patologica, di citologia e di biologia molecolare ha reso più completa l'acquisizione dei diversi argomenti esposti, anche in relazione alle diverse tipologie di screening primario che fanno riferimento alla citologia per così dire tradizionale e a quella che fa ricorso alla biologia molecolare. Su quest'ultimo argomento ha evocato rilevante interesse quanto esposto dal dott. Basilio Passamonti di Perugia; altresì lezioni di rilievo teorico con ampi risvolti nell'ambito della patologia di alcuni distretti dell'apparato genitale sono state svolte, con riferimento anche qui alla biologia molecolare, dal dott. Gian Franco Zannoni di Roma. Particolare interesse hanno suscitato gli Atelier di lavori pratici per piccoli gruppi di Allievi che, sotto la guida di qualificati docenti, hanno discusso su video schermo l'interpretazione microscopica di quadri batteriologici e di citologia normale e oncologica: su simu-

Costantemente rinnovato nei suoi aspetti didattici e culturali, il Corso di Ascoli Piceno ha concluso la sua 31° edizione lo scorso marzo. L'approccio multidisciplinare e la qualificata partecipazione di docenti italiani e stranieri sono tra i principali elementi del suo inossidabile successo



*Scuola Multidisciplinare di Formazione Aggiornamento e Qualificazione in Fisiopatologia del Tratto Genitale e Malattie a Trasmissione Sessuale*

Riconosciuta dalla I.U.S.T.I. - EUROPE

International Union Against Sexually Transmitted Infections

RICONOSCIUTA DALLA AOGOI - ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI  
QUALE POLO CULTURALE DI ECCELLENZA PER LE ATTIVITÀ DIDATTICHE E SCIENTIFICHE PROMOSSE

latori di organi, in un set di uteri di plastica contenenti lesioni simulate di diverso tipo, hanno proceduto all'interpretazione di aspetti isteroscopici con strumenti dotati di telecamera poi commentati dalle corrispettive immagini ecografiche. Non sono mancate esercitazioni sull'escissione con ansa e sulla diatermocoagulazione realizzate su tessuti animali. Particolare attenzione è stata posta alle modalità di utilizzo del colposcopio per la ripresa ottimale di immagini, valutando le esercitazioni su videoschermo. L'Ospite d'onore straniero, testimonial come ogni

anno della valenza internazionale del Corso, è stato l'illustre epidemiologo Xavier Castellsagué, Direttore dell'Unità delle Patologie Infettive e del Cancro - Centro di Ricerca in Epidemiologia, Istituto Catalano di Oncologia di Barcellona, collaboratore della Dottoressa Nubia Muñoz con la quale ha pubblicato numerosi articoli scientifici. Castellsagué ha esposto i più attuali aspetti della virologia e dei vaccini per l'Hpv di cui ha riportato i risultati di numerosi trial internazionali sia sul vaccino bivalente che sul quadrivalente. Ha sottolineato altresì i positivi

risultati delle esperienze su vaste coorti vaccinali in Australia ed in altre nazioni sull'utilizzo del vaccino quadrivalente nelle donne adulte (anni 24-45) quale utile mezzo di prevenzione nelle patologie Hpv correlate che possono insorgere nella terza età, causa delle immunodepressioni fisiologiche talora presenti in tali epoche della vita. Altresì ha posto in rilievo il problema delle neoplasie e delle condilomatosi acuminatae maschili e femminili in vari distretti dell'organismo in età adulta e i positivi effetti del vaccino quadrivalente nella prevenzione di

queste patologie, illustrando i vantaggi di tale pratica anche in riferimento al loro costo sociale. Ha fatto seguito una documentata esposizione della colposcopia delle lesioni virali uroano-genitali svolta dal coordinatore del Corso dott. Mario Peroni. Sugli aspetti da affrontare in ordine alla promozione dei programmi vaccinali ed al counselling nelle patologie da Hpv si è concentrato l'intervento del dott. Carlo Maria Stigliano di Castrovillari che ha esposto con efficacia gli aspetti da affrontare in ordine alla promozione dei programmi vaccinali ed al counselling nelle patologie da HPV. Il dott. Mario Sideri, Direttore dell'Unità di Prevenzione Oncologica del tratto genitale dell'Istituto Oncologico Europeo, ha illustrato la nuova classificazione colposcopia, quale autorevole Membro, unico Italiano, dell'apposita Commissione ristretta che nell'ambito della International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC) che è stata presentata nell'ambito dell'ultimo Congresso Mondiale nel 2011 svoltosi in Brasile.

L'aspetto dei "disturbi vulvari" è stato trattato dal prof. Leonardo Micheletti di Torino, che ha presentato un'ampia e significativa iconografia.

Nella giornata conclusiva un panel sulle Malattie a Trasmissione Sessuale, presieduto dal presidente Aogoi, ha visto alternarsi gli interventi dei dott. Sergio Votano di Roma per gli aspetti generali, Angelo Baldoni di Perugia, per quanto attiene le infezioni da Chlamydia Trachomatis e da Gonococco, le loro complicanze e gli schemi di terapia, Clara Lamieri di Ascoli Piceno, per gli aspetti laboratoristici delle infezioni.

La tradizionale sessione conclusiva "La Donna: salute ginecologica, benessere psico-fisico ed obiettivi da raggiungere" ha visto la partecipazione, oltretutto di Ginecologi e Infettivologi, anche di Psicologi, Medici del territorio, Dermatologi.

Il Corso, che quest'anno ha ottenuto 26 crediti formativi, è stato concluso dal Presidente della Scuola, Prof. Leonardo Carbone, dal presidente Aogoi Prof. Vito Trojano e dal Coordinatore dell'Insegnamento dott. Mario Peroni. ■

Gruppo Giovani Ostetriche del Futuro

# Insieme per costruire una rete nazionale

di **Marzia Cantoni**

Responsabile Nazionale A.I.O.  
"Studenti e Giovani Ostetriche"

**C**osa significa essere giovani ostetriche/ci oggi nel nostro Paese? Quali problematiche si incontrano durante questo percorso impegnativo e qual è la reale prospettiva occupazionale e di crescita culturale? Come individuare gli Istituti universitari di eccellenza e come prepararsi al passaggio dalla condizione di studenti a quella di neo-assunte/i? Come orientare le nostre scelte tra le numerose proposte formative e di aggiornamento post-laurea? Ed ancora, come rapportarci/confrontarci con le colleghe nel resto del mondo? Siamo consapevoli che i radicali cambiamenti necessari a tutti i livelli della nostra professione non possono prescindere da un valido percorso formativo, da una perfetta integrazione tra conoscenze teoriche e pratica clinica, da un attento inserimento nel mondo del lavoro, da una sensibilizzazione alla necessità di un costante aggiornamento e da un nuovo impegno nel campo della ricerca scientifica. Per questo AIO si propone come uno luogo privilegiato di confronto, aggiornamento, di indirizzo e tutela professionale. Un punto fermo nel "turbinio di novità" che caratterizza il momento di transizione da un livello di responsabilità limitata e sottoposta a continua e attenta supervisione (tipica dell'esperienza di formazione universitaria), a una completa autonomia e responsabilità, richiesta a ciascuna di noi con la prima esperienza lavorativa.

**L'ingresso nel mondo del lavoro**

Oltre a raggiungere la piena consapevolezza del cambiamento del proprio profilo di responsabilità, la/il giovane ostetrica/o affronta, in quel momento, la sfida di calarsi nel "tessuto operativo" del nuovo contesto lavorativo, spesso in tempi brevi e trascurando, talvolta, il fatto che il vero collante tra teoria e pratica clinica, è rappresentato dall'esperienza maturata giorno dopo giorno. Integrarsi in una struttura organizzata significa infatti appren-

L'Aio inaugura sul suo sito la sezione "Studenti e Giovani Ostetriche". Uno spazio dove le ostetriche del futuro potranno costruire insieme una rete di collegamenti. Per preparare un attento inserimento nel mondo del lavoro, per portare esperienze e proposte, idee e suggerimenti utili alla crescita culturale della nostra professione



dere e far proprie le abitudini e i protocolli assistenziali approvati in quella sede, collaborare attivamente con tutti gli attori dell'equipe ostetrico-ginecologica, mettendo al servizio degli altri le proprie conoscenze ed esperienze, con il fine ultimo di offrire alla donna, alla coppia e al loro bambino la migliore assistenza secondo i migliori e più attuali standard clinici. Carenza cronica di personale e svariate problematiche organizzative sono le variabili che più frequentemente affliggono il graduale inserimento delle nuove leve. Affinché la/il giovane ostetrica/o possa arricchire e completare le proprie conoscenze teoriche e capacità pratiche, e il reparto possa così giovare della sua crescente professionalità, è necessario un duplice impegno: quello della/del nuova/o assunta/o di voler imparare ogni giorno e da tutti i componenti dell'equipe con interesse, impegno e gran-

de umiltà, e quello del contesto organizzativo, che deve predisporre adeguati protocolli/percorsi di inserimento delle neo-laureate che prevedano un approccio alle diverse attività graduale e modulato sul feedback. Data la grande variabilità delle caratteristiche delle attività clinico-assistenziali e dei profili di responsabilità che si delineano per le/i giovani ostetriche/ci, a seconda della complessità della struttura ospedaliera (I, II e III livello), è importante affermare che l'autonomia dell'ostetrica/o deve poter essere mantenuta ad ogni livello di assistenza, mentre potranno essere modificate le modalità attraverso cui essa si realizza e si manifesta in quello specifico contesto. In ogni caso dovrà svolgere un ruolo centrale la capacità della/del giovane professionista di stratificare accuratamente il rischio, ossia di saper comporre una "scala del rischio e delle priorità", per consentire la

tempestiva attivazione della figura professionale più adeguata (ma anche dell'equipe) relativamente a ciascuna condizione clinica.

**Le difficoltà e le prospettive**

A fare da corollario a tali problematiche tipiche dell'inizio dell'attività lavorativa, vi sono altri aspetti di non trascurabile importanza, come per esempio:

- la verifica sul campo della propria preparazione (come migliorarla o integrarla, quando necessario?);
- la difficoltà nel trovare/vagliare proposte lavorative (come colmare il vuoto occupazionale tra la fine degli studi e l'inizio del lavoro? E come disegnare un futuro con rinnovi periodici di contratti a tempo determinato?);
- la scelta di proseguire il percorso formativo universitario, frequentando il Corso di Laurea Magistrale o uno dei Master proposti dai nostri

- Atenei, è una scelta "spendibile"?);
- la difficoltà di accedere a una letteratura scientifica valida (a fronte dello scarso impegno di chi ci ha preceduto in questo campo, chi ci può orientare/insegnare come reperire fonti bibliografiche ed esperienze valide nel campo della ricerca?);
- la tutela legale e assicurativa (a questo riguardo ricordiamo che l'Aio ha stipulato il miglior accordo assicurativo che è pubblicato nel nostro sito [www.associazioneitalianaostetrica.it](http://www.associazioneitalianaostetrica.it)).

**Gruppo "Giovani Ostetriche del Futuro"**

Riflettere su questi temi e cercar di trovare risposte adeguate a molti dei quesiti proposti significa avere nella mente e nel cuore una grande prospettiva di crescita per la nostra Professione. Significa sentire in sé, nonostante la fatica di un impegno costante, l'entusiasmo di contribuire al divenire della stessa, gettando le basi per un futuro potenzialmente ricco di buoni risultati in termini di riconoscimenti professionali e, soprattutto, di benessere e di salute per la nostra società.

È proprio nel comune desiderio di raggiungere questo obiettivo che l'Aio ha costituito il "Gruppo delle Giovani Ostetriche del Futuro" abbracciando i seguenti principi fondamentali che animano la nostra Associazione:

- la promessa di un impegno costante nella crescita culturale della Professione, in risposta alla regolamentazione della stessa come "Professione Intellettuale" e perciò dotata di piena responsabilità e autonomia professionale;
- la disponibilità alla collaborazione con tutti i professionisti che ruotano intorno all'evento-nascita, al fine di promuovere la cultura del "team di assistenza" e di offrire un'opportunità di completa espressione di tutte le professionalità;
- il rispetto dell'Altro, inteso come donna, coppia, bambino, nella sua unicità e nella sua totalità e come rispetto della naturalità della nascita;
- la consapevolezza di far parte di un gruppo professionale dalle enormi potenzialità che possono essere espresse attraverso una rete di collegamenti.

[www.associazioneitalianaostetrica.it](http://www.associazioneitalianaostetrica.it)  
Vorrei concludere con un invito rivolto a ogni Studente e Giovane Ostetrica a contribuire attivamente alla crescita della nostra professione. Insieme, unite in Aio, potremo essere artefici del cambiamento che tutte noi auspichiamo. Vi aspetto dunque numerose/i nella sezione del Sito AIO a Noi dedicata: "Studenti e Giovani Ostetriche" o alla mia mail: [sgo@associazioneitalianaostetrica.it](mailto:sgo@associazioneitalianaostetrica.it) per costruire una rete nazionale. ■

**“Nell’ottica delle esigenze di cambiamento che la professione rileva a tutti i livelli, vorrei che questo fosse per voi un punto di riferimento a cui rivolgervi per ricercare insieme e/o trovare idee migliorative degli aspetti peculiari della nostra professione, al fine di realizzare una crescita culturale attraverso il confronto di esperienze diverse e di riflessioni o suggerimenti utili all’arricchimento del nostro operato presente e futuro**



**S.O.S ASSICURAZIONI: L'APPELLO DEL SEGRETARIO NAZIONALE CHIANTERA AI SOCI**

# “Salviamo lo Scudo Giudiziario Aogoi”

**C**orreva l'anno 2007 e *GynecoAogoi* dedicava la sua copertina ad un'iniziativa straordinaria: “Nasce lo scudo giudiziario Aogoi: gratis per tutti gli associati una polizza assicurativa da 1 milione di euro”. Era la prima volta una società scientifica si faceva promotrice di una convenzione che garantiva ai suoi iscritti – gratuitamente e con una retroattività di due anni – un'assicurazione per la responsabilità civile che copriva in secondo rischio le richieste di risarcimento avanzate nei confronti del socio Aogoi in conseguenza di eventi, errori, od omissioni accaduti o da lui commessi fino alla concorrenza di 1 milione di euro per sinistro e per anno!

Per ciascun assicurato si applicava ai medici dipendenti a rapporto esclusivo o con attività intramoenia e ai liberi professionisti o nello svolgimento della libera professione extramoenia. La polizza inoltre operava anche in I rischio nel caso di rivalsa per colpa grave da parte dell'Ente o dell'Azienda.

Questa straordinaria tutela ha richiesto uno sforzo senza precedenti nella storia dell'Associazione, che andava ad integrare la rete di sostegno assicurativo e legale che l'Aogoi aveva messo in campo con la “Protezione legale Aogoi”, la polizza assicurativa a copertura delle spese legali e peritali e il pacchetto di servizi di sostegno e consulenza legale “M.A.M.M.A. AOGOI”. Uno sforzo straordinario, tuttavia possibile.

Ora questo sforzo non è più sostenibile a causa dei forti incrementi in campo assicurativo così lo Scudo giudiziario, “fiore all'occhiello della nostra associazione”, rischia di perdere definitivamente il suo pezzo più importante. Da molti mesi l'Aogoi si è attivata per trovare soluzioni alternative con le pochissime compagnie assicuratrici ancora disponibili sul mercato per la tutela medica. Ma l'impresa è tutt'altro che facile in quanto a seguito delle crescenti criticità del settore sanitario l'assicurazione di secondo rischio per i medici

**Percorrere tutte le soluzioni possibili, con ogni compagnia disponibile sul mercato italiano ed estero, studiando anche formule di co-payment. Purché si restituisca allo Scudo giudiziario Aogoi il suo pezzo più importante: la polizza di 1 milione di euro per l'assicurazione di II rischio per la responsabilità civile e di I rischio per la rivalsa.**

**È su questo obiettivo che sta lavorando il segretario nazionale Aogoi: “Se tornare alla gratuità assoluta del passato oggi non è più possibile – afferma – proporremo delle valide alternative ai nostri soci: non possiamo permetterci di perdere una tutela assicurativa così importante”**

ginecologi non risulta in linea con i criteri assunti da molte Compagnie, che preferiscono astenersi dalle quotazioni.

## **UNITI SI VINCE, ANCHE NEL CAMPO DELLE ASSICURAZIONI**

Lo slogan che l'Aogoi aveva adottato nelle passate edizioni della sua campagna iscrizioni ben si può applicare anche all'appello che il segretario Aogoi Antonio Chiantera vuole lanciare a tutti gli iscritti, con l'obiettivo di “salvare il pezzo più importante dello Scudo giudiziario Aogoi”. “Non possiamo permettere che la rete di tutela assicurativa che abbiamo messo in campo perda definitivamente un tassello così importante – afferma. La nostra è stata la prima ed unica società scientifica ad offrire gratuitamente a tutti i suoi iscritti una tutela così straordinaria. Ciò ha richiesto uno sforzo incredibile, e non solo sotto il profilo economico. Ora dobbiamo tutti insieme, con ogni mezzo, cercare di recuperarla.” Come? “Tornare alla gratuità assoluta del passato oggi come oggi purtroppo non è possibile, il mercato assicurativo non ce lo permette più”. I premi assicurativi sono alle stelle, insostenibili “ma a livello associativo, tutti insieme, possiamo fare molto per ottenere una copertura solida ed economicamente vantaggiosa”.



## **UNA SITUAZIONE DRAMMATICA**

Gli assicuratori presenti nel nostro mercato che assicurano la responsabilità professionale dei medici sono pochissimi. Alcune categorie, come gli specialisti in ginecologia e ostetricia poi sono visti come “fumo negli occhi” dalle Compagnie. Per quanto riguarda le polizze RCT/O delle strutture sanitarie, eccezioni isolate a parte, operano esclusivamente poche Compagnie estere. Le assicurazioni non partecipano più alle gare d'appalto organizzate dagli ospedali, lasciando scoperta la struttura, nel caso in cui debbano coprire dei risarcimenti.

Per calmierare i premi del mercato, aveva spiegato in uno dei nostri approfondimenti Paola Buonopane, insurance broker Ge.As., “più di un'azienda si è indirizzata verso una copertura assicurativa delle ‘punte di rischio’ con autogestione dei sinistri di

esigua/media entità, che restano trattati e liquidati dall'Assicurato. In proporzione alle dimensioni della struttura sanitaria varia la parte di rischio ‘non assicurata’. Alcune aziende sanitarie pubbliche stanno creando degli accantonamenti patrimoniali anche a livello regionale, funzionali alla liquidazione dei risarcimenti e rinunciando a stipulare polizza di assicurazioni. Insomma appartengono ormai al passato situazioni in cui medico e struttura sanitaria erano tutelati dall'Assicuratore di quest'ultima”.

## **IL CO-PAYMENT POTREBBE ESSERE LA FORMULA GIUSTA**

Il singolo medico, per reperire le proprie coperture assicurative obbligatorie – come prevede la normativa che entrerà in vigore dal prossimo agosto – deve sborsare premi ingentissimi. Gli oneri di assicurazione annui per un medico libero professionista specialista in Ginecologia e Ostetricia che pratica interventi chirurgici possono arrivare a rappresentare anche 4 o 5 mesi di stipendio, per un totale di 15 mila euro l'anno e in alcuni casi di più. Per molti colleghi, specie i più giovani, sono cifre insostenibili. Tutti insieme invece, a livello associativo, possiamo trovare una soluzione vantaggiosa.

“Stiamo cercando soluzioni al-

ternative, studiando anche formule di co-payment che consentano alla nostra Associazione, con un modesto contributo economico da parte dei soci, di spuntare una polizza economicamente vantaggiosa e soprattutto di forte ed estesa copertura assicurativa – spiega il segretario nazionale Aogoi. Insomma, una polizza che contenga condizioni contrattuali importanti, “come la garanzia pregressa, che estende la validità della polizza alle richieste di risarcimento conseguenti a fatti passati accaduti nel periodo di retroattività acquistato. Pensiamo a quanti sono i sinistri per i quali la richiesta di risarcimento perviene ad anni di distanza dall'evento dannoso!”

## **POLIZZE TAILOR MADE DI PRIMO RISCHIO: “Compilate il questionario!”**

Mentre prosegue la ricerca di una compagnia disposta a sottoscrivere una convenzione per la responsabilità civile di secondo rischio a favore dei soci, l'Aogoi si sta attivando anche per trovare le migliori polizze di primo rischio, che operano in secondo rischio in caso di esistenza di altre assicurazioni stipulate dal medico o da terzi a favore dell'assicurato. Per ricevere le migliori quotazioni è necessario però differenziare le polizze per coefficiente di rischio. Per questo è stato proposto un questionario con la richiesta di informazioni dettagliate sull'attività lavorativa, scaricabile dal sito Aogoi.

“I questionari che ci sono pervenuti sono ancora pochi” – osserva (glaciale) il professor Chiantera... ma non è una vera riprenda. “So bene che il nostro lavoro assorbe grandi energie, ma ciascuno di noi deve trovare un piccolo spazio anche per la vita associativa. Occorre la mobilitazione di tutti i soci, occorrono le loro idee e il loro impegno. I grandi problemi della nostra professione si affrontano e si risolvono solo insieme”.

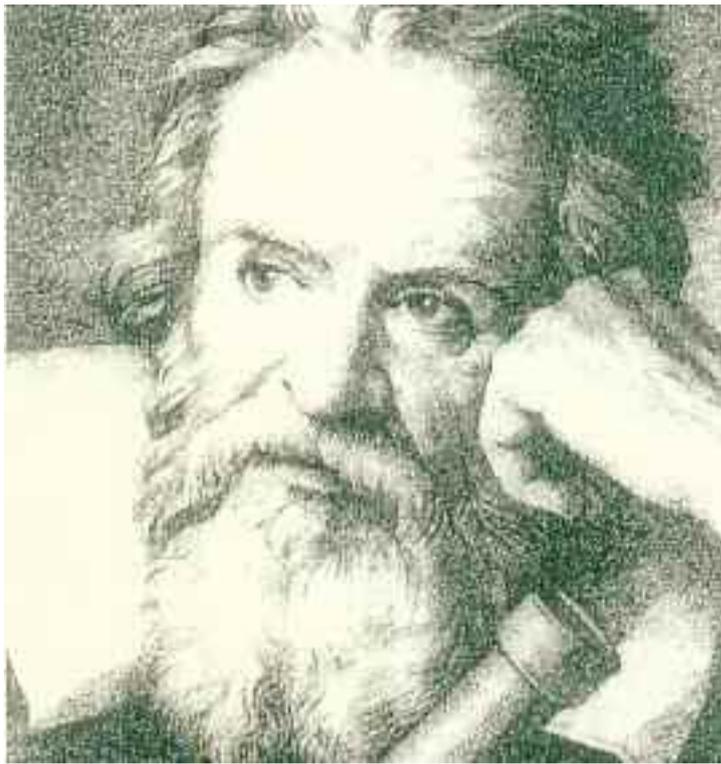
**Uniti si vince?** “È così. Noi stiamo facendo il possibile, ora chiedo il sostegno di tutti i soci”. ■

► Segue da pagina 15

rante il travaglio di parto. Si consiglia un rapporto 1/1 ostetrica/partorientista in caso di richiesta di cesareo senza indicazione medica. Al fine di ridurre il "costo extra", derivante dall'impiego di personale ostetrico aggiuntivo fuori turno, si propone di offrire alla paziente, come primo step, la seconda opinione di un secondo medico ostetrico (reperibile e/o di reparto), e solo successivamente, se ciò non fosse sufficiente, di utilizzare una Ostetrica reperibile scelta dalla paziente e pagata con una extra contribuzione volontaria da parte della partorientista stessa.

- Rivolgimento cefalico esterno: da eseguirsi da parte dell'ostetrico nel corso della 37a settimana di gestazione per la prevenzione della presentazione podalica a termine di gravidanza (risolutivo in letteratura nel 60-70% di casi) (11)
- Partoanalgesia (azione auspicabile ma ad alto costo soprattutto per quello inerente la copertura anestesio-logica h/24).

In modo meramente esemplificativo, al fine di visualizzare il processo, sono riportate nel riquadro a pag. 15 le criticità della ASL BA secondo i dati dello studio SiVeAS, prodotto dalla Scuola Superiore S. Anna di Pisa. I dati, pubblicati sul sito del Ministero della Salute, sotto la voce Valutazione delle Performance Sanitarie Regionali (5), sono ricavati dalle Sdo 2008 e riguardano principalmente le seguenti voci: Tasso Parti Cesarei, Peso medio Drg, Tasso di ospedalizzazione globale, Drg Lea chirurgici eseguiti in regime di Day Surgery (%), ricoveri chirurgici ripetuti a meno di 30 giorni (%). Compilate lo stesso tabulato con i valori medi della vostra Regione e della vostra Istituzione di appartenenza e confrontateli. Le azioni correttive da



## Dietro ogni problema c'è una opportunità

Galileo Galilei

proporre, relative a criticità non esclusivamente specialistiche Ostetriche e Ginecologiche, e incidenti su tutto il territorio Aziendale, devono necessariamente essere discusse, affrontate e realizzate di concerto con l'alta direzione strategica aziendale al fine di definire la loro calibratura e gerarchizzazione.

### Il metodo di miglioramento continuo

Il metodo di miglioramento con-

tinuo in Ostetricia e Ginecologia prevede essenzialmente la soddisfazione dei seguenti punti:

- Misurazione dei singoli fenomeni in analisi con eventuale premialità per i dati più virtuosi presenti nella curva Gaussiana di distribuzione mediante procedura di "Benchmarking" (comparazione produttiva);
- Istituzione di protocolli e moduli di procedura virtuosi predefiniti validati da Società Scientifiche. Il proget-

to massimale a cui tendere è quello della cartella clinica informatizzata mediante l'uso di "Fingertips" (facilitatori digitali informatizzati di compilazione);

- Istituzione di protocolli istituzionali validati di comportamento clinico (linee guida istituzionali) possibilmente allineati alle linee guida Ostetriche Ginecologiche fondati sulla Evidence Based Medicine (ad es. Aogoi, Cochrane o Rcoog guidelines).
- Attuazione dei protocolli di comportamento secondo le procedure di realizzazione del Risk Management (proactive root cause analysis, briefing/debriefing, safety walk-around, FMEA-FMECA, simulazioni ed esercitazioni per specifiche emergenze, audit clinico, etc.).

### Considerazioni conclusive

In una situazione contingente sfavorevole come quella attuale, caratterizzata da una crescente riduzione di risorse di-

sponibili contestuale ad una aumentata richiesta di efficienza, diventa imperativo mettere in atto tutte le procedure possibili per la ottimizzazione dei processi di performance professionale e per l'attivazione di programmi di raccolta fondi del naturale territorio di appartenenza. Questo è ancora più vero considerando il valore aggiunto che una Sanità ben funzionante può dare al territorio stesso in termini di attrattività produttiva ed economica migliorando la qualità di vita dei residenti. Verosimilmente in futuro sarà possibile realizzare non la migliore medicina ma la migliore medicina sostenibile. Questo iatus potrà determinare un significativo aumento del contenzioso medico-legale, che inevitabilmente andrà ad incidere sulle spalle delle Istituzioni e degli operatori sanitari, sia in termini economici sia di carico e qualità di lavoro. Un miglioramento della situazione si potrà ottenere in vari modi ma essenzialmente aumentando la performance e riducendo gli sprechi. ■

### Screening per la diagnosi prenatale

## Progetto di ambulatorio integrato in rete aziendale

Per realizzare questo progetto è necessario innanzitutto calcolare la prevista prevalenza delle malformazioni neonatali sulla base del numero di parti per anno presso la struttura di appartenenza. Il dato riportato in letteratura è di circa 0.5% cromosomopatie e di circa 4-6% malformazioni maggiori e minori complessive. Tale bassa incidenza di eventi negativi, associata alla gravità di tali sindromi e alla loro possibile diagnosi precoce in utero, richiede una ottimizzazione della resa al fine di ottenere una sostenibilità del processo di screening, cosa che si può facilmente ottenere mediante la messa in rete del centro, con un meccanismo di economia di scala. Ciò



significa che tutte le pazienti, al momento della diagnosi di gravidanza, dovrebbero venire avviate ad un percorso di sorveglianza informatizzato condiviso in tutta la Asl di appartenenza che utilizza una ecografia (lunghezza cranio-caudale dell'embrione + traslucenza nucale) e prelievi ematici (PAPP-A) nel corso della 12 settimana e soli prelievi

ematici nel corso della 16 settimana (uE3 + AFP + hCG +/- inibina-A)(12). Tale approccio integrato di screening (full integrated two-step screening program) presenta un "detection rate" del 95% con un tasso di falsi positivi del 5% (13). Nella nostra proposta, peraltro già presente in letteratura, il significativo vantaggio economico, e conseguente sostenibilità del processo, dipende dalla centralizzazione in unico laboratorio, certificato e riconosciuto dall'Asl di appartenenza, associato alla processazione dei prelievi ematici secondo un modello Hub and Spoke. Con cadenza annuale, il database del centro di diagnosi prenatale viene incrociato con il database della sala parto e questo consentirà di fornire il follow-up completo con i dati dei neonati al laboratorio della ASL di appartenenza per la verifica della qualità epidemiologica e dell'appropriatezza del percorso (UK National Screening Committee. National Down syndrome screening programme for England: London: UK LSC; 2003; update 2008).

### Per saperne di più

1. <http://demo.istat.it/pop2011/query1.php?g0=&m1=&m2=&m3=&m4=&m5=y&f1=&f2=&f3=&f4=&f5=y&defcl=0&l=ita&allrp=4&Pr=72&submit=Tavola>
2. [http://www.univadis.it/medical\\_and\\_more/Notizie\\_mediche\\_del\\_giorno\\_Detail?sidnavlinkname=Nazio-na-li&link=/IT/Notizie\\_mediche\\_del\\_giorno/L-indagine-fundraising-in-Italia-solo-per-4-8-ospedali/\(language\)/ita-IT](http://www.univadis.it/medical_and_more/Notizie_mediche_del_giorno_Detail?sidnavlinkname=Nazio-na-li&link=/IT/Notizie_mediche_del_giorno/L-indagine-fundraising-in-Italia-solo-per-4-8-ospedali/(language)/ita-IT)
3. <http://www.salute.gov.it/dettaglio/p hPrimoPiano-New.jsp?id=273&area=ministero &colore=2>
4. [http://www.dawnstudyitaly.com/pd f\\_new/dawn\\_pregnancy/libropregnancy281009.pdf](http://www.dawnstudyitaly.com/pd f_new/dawn_pregnancy/libropregnancy281009.pdf)
5. <http://www.salute.gov.it/dettaglio/p hPrimoPiano-New.jsp?id=273&area=ministero &colore=2>
6. Black C, Kaye JA, Jick H. Cesarean Delivery in the United Kingdom. Time Trends in the General Practice Research Database. *Obstet Gynecol* 2005;106:151-5
7. Taffel SM, Placek PJ, Moien M. 1988 US cesarean section rate at 24.7 per 100 births: a plateau? *N Engl J Med* 1990; 323:1099-1200
8. US Department of Health and Human Services Health Resources and Service Administration. *Women's Health USA 2005*. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, 2005
9. Belizan JM, Altabe F, Barros S, et al. Rates and implications of cesarean section in Latin America: ecological study. *BJOG* 1999; 319:1399-1402
10. American College of Obstetrician and Gynecologists. *ACOG Practice Bulletin: Vaginal Birth after Previous Cesarean Delivery*. Washington DC: ACOG. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 203-12
11. ACOG Practice Bulletin. External Cephalic Version. Number 13, February 2000 (replaces Practice Pattern N° 4, July 1997). Washington DC: ACOG, 2000
12. Wald NJ, Watt HC, Hackshaw AK. Integrated screening for Down's syndrome based on test performed during the first and second trimesters. *N Engl J Med* 1999; 341:461-7
13. Wald NJ, Rodeck C, Hackshaw AK, Walters J, Mackinson AM. First and second trimester antenatal screening for Down's syndrome: the results of the serum, urine and ultrasound screening study (SURUS). *J Med Screen* 2003;10:56-104

**CRO di Aviano / Corso di Chirurgia Radicale Addomino-Pelvica in Oncologia Ginecologica**

# I passi fondamentali nell'apprendimento della **chirurgia ginecologica oncologica delle forme avanzate**

**L**e difficoltà nell'isolare le varie componenti anatomiche pelviche "cementate" dal precedente trattamento neo adjuvante radio-chemioterapico, nei casi di carcinomi cervicali localmente avanzati; l'attenzione nella radicalità pelvica, pur in presenza di ureteri completamente "invisibili" e con glutinati ai vasi pelvici e alla parete rettale, richiede grande esperienza e capacità di porre immediato rimedio ai danni eventualmente arrecati.

Questo è stato uno degli argomenti trattati "sul campo" durante l'ultimo Corso di "Chirurgia Radicale Addomino-Pelvica in Oncologia Ginecologica" tenuto da Elio Campagnutta e Giorgio Giorda, rispettivamente Direttore e Condirettore della S.O.C. di Oncologia Chirur-



gica Ginecologica del CRO di Aviano, presso il Centro di Riferimento Oncologico dal 26 al 29 marzo 2012.

La dimestichezza con anatomie pelviche distorte, coartate, consente di far apprezzare le diffi-

coltà tecniche, i limiti, a volte invalicabili, i rischi più usuali al ginecologo che vuole approcciarsi alla chirurgia oncologica ginecologica.

Prima, però, di affrontare tali avventure pelviche radicali, dove

la massa tumorale è già stata sottoposta a trattamento radio-chemioterapico, è necessaria una expertise che richiede anni per la curva di apprendimento, partendo dall'esecuzione di isterectomie radicali su tumori con piccolo volume, per affrontare successivamente le lesioni più voluminose, fino ad arrivare alle diverse eviscerazioni pelviche.

**Per informazioni relative al Corso di settembre:**  
**Maria D'andrea**  
**mariadandrea@cro.it**  
**Tel. 0434-659888**

Non meno impegnative sono le linfadenectomie "difficili", intendendo per tali, le situazioni pelviche dove pacchetti linfonodali sono adesi, specie in casi di recidive o di precedenti trattamenti radio-chemio terapeutici, ai

vasi iliaci o ai plessi ipogastrici profondi.

Più impegnativi sono i casi di "colate" neoplastiche linfonodali, che avvolgono "a corazza" la cava e l'aorta, partendo immediatamente da sotto la vena renale sinistra e arrivando fin sotto il sacro. Questi sono stati i due argomenti più approfonditi in questo corso. In quello precedente, dell'autunno 2011, si era data più importanza alle problematiche relative alle lesioni ureterali, alla chirurgia del diaframma nel cancro ovarico e, sempre nell'ambito di tale patologia, ai problemi delle resezioni "en bloc" o isolate del retto-sigma o del tenue, come pure alla splenectomia, in caso di interessamento neoplastico della milza, le speritoneizzazioni etc.

**Dal 24 al 27 settembre 2012, si terrà l'edizione autunnale 2012 del Corso.** Non sappiamo ancora quali saranno gli argomenti chirurgici, perché ci dovremo basare sulle pazienti disponibili. Comunque, questi sono i temi a noi più cari, in quanto li riteniamo passi fondamentali nell'apprendimento della chirurgia ginecologica oncologica delle forme avanzate, che sono state sempre la patologia a noi più cara e congeniale. ■

LO SCREENING DEL CERVICOCARCINOMA CON IL SISTEMA THINPREP®

## Affidati all'originale



Millioni di test eseguiti nel mondo<sup>1</sup>.  
Centinaia di pubblicazioni su riviste referenziate<sup>1</sup>.  
Approvato per l'uso con i principali test di biologia molecolare<sup>1</sup>.

Per ulteriori informazioni sul ThinPrep Pap Test è possibile visitare il sito [www.thinprep.com](http://www.thinprep.com) oppure contattare la **Hologic Italia** ad [italy@hologic.com](mailto:italy@hologic.com)

ITA-12-003-IT-A

<sup>1</sup> Data on file, Hologic

**HOLOGIC™**  
The Women's Health Company



# Prorogata al 31 ottobre 2012 l'intramoenia allargata

di **Carmine Gigli**  
Presidente FESMED

**È** stato ulteriormente prorogato al 31 ottobre 2012 il termine, precedentemente fissato al 30 giugno 2012, per la cessazione dell'esercizio della libera professione intramoenia allargata agli studi medici. Come ha affermato il Ministro della salute, si tratta di una soluzione provvisoria in attesa che vengano emanate le norme che porteranno alla stabilizzazione della libera professione intramoenia.

La proroga, considerata in precedenza una soluzione non idonea, si è resa necessaria a causa dell'eccessivo numero di decreti di cui si deve occupare il Parlamento prima delle ferie estive, con il rischio che non riesca ad approvarli

tutti in tempo utile.

A detta dello stesso Ministro della Salute, la normativa sulla libera professione intramoenia sarà rivista nell'ambito del decreto "Salute e sviluppo", il quale conterrà anche degli articoli sulla responsabilità professionale e dovrebbe essere emanato entro il mese di luglio, quando avrà tutte le possibilità di essere convertito in legge alla riapertura delle Camere, dopo le ferie estive. Le modifiche previste all'attuale normativa sulla libera professione dovrebbero consentire una transizione meno traumatica al regime ordinario, dell'intramoenia allargata agli studi medici. Le indiscrezioni che sono trapelate, di seguito illustrate, dovrebbero trovare attuazione attraverso la modifica della legge 120/2007, dopo aver raccolto il placet delle Regioni.

## I punti più rilevanti delle disposizioni attualmente "allo studio" per riformare l'intramoenia

Entro il 31 ottobre 2012 le Regioni dovranno procedere ad una ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per la libera professione. Sulla base della ricognizione sarà possibile:

1. acquistare, locare, stipulare convenzioni con altri enti pubblici, per avere a disposizione altri ambulatori esterni, aziendali e multidisciplinari, per l'esercizio dell'attività istituzionale o della libera professione intramuraria ordinaria;
2. dove non risultino disponibili spazi per la libera professione, potrà essere autorizzata l'adozione, in via sperimentale, di un programma che preveda lo svolgimento dell'intramoenia presso studi professionali, collegati all'azienda attraverso una rete informativa.

Le aziende potranno concedere ai professionisti di continuare a svolgere l'attività libero professionale intramuraria negli studi già autorizzati, sino alla realizzazione di una infrastruttura di rete per il collegamento telematico fra l'azienda e i singoli studi, comunque non oltre il 30 aprile 2013.

**A partire** dal 30 aprile 2013, in via sperimentale, la libera professione potrà continuare negli studi collegati in rete con l'azienda. In detti studi sarà prevista la presenza solo di medici in regime di rapporto esclusivo o in convenzione con il Ssn, esclusa invece la presenza di medici non dipendenti o convenzionati del Ssn, ovvero di medici dipendenti non in regime di rapporto esclusivo.

**Le modalità** tecniche dell'infrastruttura di rete, per il collega-

mento telematico fra l'azienda e gli studi, saranno determinate entro il 31 luglio 2012. L'infrastruttura dovrà prevedere l'espletamento della prenotazione, l'impegno orario del sanitario, i dati dei pazienti e gli estremi dei pagamenti, i quali devono essere diretti all'azienda e devono avvenire attraverso mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità.

**Dovrà essere** definito un tariffario che preveda la remunerazione dei costi sostenuti dall'azienda, compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari ed inoltre, il tariffario dovrà evidenziare le voci relative al compenso minimo del professionista e dell'equipe, nonché i costi per l'ammodernamento e la manutenzione delle attrezzature. L'importo dovrà inoltre prevedere una quota, pari al 5% del compenso del libero professionista, che sarà trattenuto dall'azienda per destinarlo alla prevenzione o all'abbattimento delle liste d'attesa.

**Entro** il 28 febbraio 2015 sarà effettuata una verifica del programma sperimentale per lo svolgimento dell'attività intramoenia negli studi collegati in rete. In caso di verifica positiva, la Regione potrà continuare a far svolgere la libera professione intramoenia allargata con tale metodologia, in via permanente e ordinaria. In caso negativo o di mancata verifica, tale attività dovrà cessare entro lo stesso 28 febbraio 2015. ■

HOLOGIC PRENATAL HEALTH

## È già ora di nascere?

**RapidfFN<sup>®</sup>**  
10Q System

**QuikCheck<sup>fFN™</sup>**

Il Test della Fibronectina fetale  
per la predizione precoce del parto pretermine

*Il valore predittivo negativo della Fibronectina fetale equivale al 99%;  
con l'uso contestuale della cervicometria raggiunge il 100%<sup>1</sup>*

Per ulteriori informazioni sulla fibronectina fetale è possibile visitare il sito [www.ffntest.com](http://www.ffntest.com) oppure contattare la **Hologic Italia** ad [italy@hologic.com](mailto:italy@hologic.com)

**HOLOGIC™**  
The Women's Health Company

1. Minerva Ginecologica - vol. 63 - n. 6 - pag. 477-483 - dicembre 2011 - la identificazione del travaglio pretermine: ruolo della fibronectina e della cervicometria ecografica e loro associazione G.C. Di Renzo, I. Giardina, G. Coata, M. Di Tommaso, F. Facchinetti, F. Petraglia, A. L. Tranquilli, N. Rizzo

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



# sPorta a sPorta

**S**tudio televisivo della trasmissione *Porta a Porta*, sottofondo della colonna sonora di *Via col vento* (Taata, tata...), l'officiante presentatore che – fregandosi le mani come di consueto – introduce l'argomento della puntata ("Gravidanza e Malasanità") e presenta gli ospiti della serata: la magistrata e lo psichiatra che praticamente tiene prigionieri da anni nello stesso studio televisivo e poi una famosa attrice gravida, uno scatenato rappresentante dei consumatori, un occhialuto direttore sanitario e, in collegamento video/audio, un direttore di giornale nazionale. Il tema della trasmissione verte sulla inadeguata gestione di gravidanze da parte dei ginecologi, descritti come individui poco empatici (vorrebbero dire: cinici) e interessati e per tali ragioni responsabili di danni a carico di povere donne indifese e di inermi pargoli.

Ciascuno dei convenuti porta il suo carico da undici sul groppone dei poveri ginecologi, rappresentati come frettolosi e poco degni eredi di Esculapio, dirottatori di pazienti negli studi privati, interessati soltanto al soldo e poco inclini al sacrificio, incapaci di percepire il gusto della loro 'missione', spesso responsabili di sofferenze irreparabili per le vittime della loro colpevole malpractice, asserragliati nella difesa corporativa dei loro interessi! Alla fine della trasmissione, sull'onda del solito motivetto (Taata, tata...) la conclusione: i ginecologi guadagnano troppo, lavorano poco e male, fanno spesso danni e per questo neppure le assicurazioni vogliono coprirli, bisogna che gli organi competenti li controllino di più e li costringano ad aggiornarsi maggiormente.

A questo punto mi sono svegliato, con il sopraffatto! Ho inevitabilmente fatto mente locale alla difficile digestione di una lauta cena, rallegrandomi del fatto che si fosse trattato soltanto di un sogno, anzi per la verità di un incubo! Tuttavia non sono più riuscito a

**Il solito motivetto di sottofondo e... un plastico per ricostruire la scena del "delitto", con tanto di sala parto, sala operatoria, antisala, barelle... solo un incubo da eccessi della tavola o realtà?**

**È forse possibile che una di queste sere il buon Vespa ci organizzi realmente un simile spettacolo?**



riaddormentarmi: pensavo... Ma era solo un incubo da eccessi della tavola o è forse possibile che una di queste sere il buon Vespa ci organizzi realmente un simile spettacolo? Magari con tanto di plastico per ricostruire fedelmente la scena del "delitto", con tanto di sala parto, sala operatoria, antisala, barelle ecc. ecc. ?

Riflettiamo: che alcuni nostri colleghi facciano di tutto e ci mettano del loro per creare le condizioni per cui dopo siano accusati di malpractice, è fuori discussione; che tra noi ci siano dei disonesti, non si può naturalmente escludere, come in qualunque altra professione; che non tutti siano eccezionali e brillanti interpreti dell'arte medica, è nella logica delle cose; che assai spesso a dir male dei colleghi siano proprio i nostri, è

**Come non parlare della tensione di operatori continuamente sottoposti al giudizio aggressivamente negativo di giornali e televisioni sempre alla ricerca del 'medico che ha sbagliato'?**

un fatto triste ma che fa parte della natura umana. Ma che ci venga rimproverato tutto ciò che proprio noi siamo costretti quotidianamente a subire e che da anni denunciavamo come causa prima delle difficoltà nel nostro lavoro e facile premessa per

eventi avversi nella professione, questo no! Vogliamo riflettere per favore sulle condizioni in cui oggi i ginecologi italiani prestano la loro opera? Nelle strutture private vi è certamente un sovraccarico di lavoro per giunta con basse retribuzioni; nelle strutture pubbliche l'esodo pensionistico e il blocco del turnover (specialmente nelle regioni in dissesto finanziario) ha falciato gli organici con conseguenze immaginabili; i nostri stipendi sono praticamente fermi al ... secolo scorso (1999); ci hanno tagliato e tassato senza ritegno (e continuano bellamente a insistere), molti ospedali e strutture sanitarie oltre alle carenze di organici hanno insufficiente ricambio di tecnologie; vogliamo poi

ricordare il peso della burocrazia, l'atteggiamento inquisitorio dei vertici della sanità, l'inadeguato ruolo nei processi decisionali e nelle scelte di indirizzo sanitario affidate quasi esclusivamente a funzionari non medici ed a politici trombati di ritorno? E che dire delle difficoltà insite in una disciplina specialistica nella quale è esiziale prendere drammatiche decisioni in pochi istanti, sperando che l'imponderabile non determini situazioni di errore? E come non parlare della tensione di operatori continuamente sottoposti al giudizio aggressivamente negativo di giornali e televisioni sempre alla ricerca del 'medico che ha sbagliato'? E si lamentano della cosiddetta medicina difensiva...! E dell'aggiornamento che possiamo dire? Alla beffa dell'obbligatorietà dell'Ecm corrisponde l'indisponibilità di risorse dedicate, con inevitabile scarico dell'onere sul medico stesso a cui per altro si taglia lo stipendio! Ci accusano di non avere consapevolezza della "missione" del nostro lavoro! Ma se non fossimo votati realmente al 'sacrificio' continueremmo ancora in una specialità che presenta un margine di rischio legato comunque ad un così elevato ed intrinseco grado di imponderabilità e di imprevedibilità? Temo che tra non molto diventerà difficile trovare medici disposti a svolgere la professione di ostetrico: troppi rischi di contenziosi (per lo più fondati su elementi inesistenti), troppo pericolo di ingiuste colpevolizzazioni sui mass media, troppo stress da sala parto; ma anche inadeguate remunerazioni a fronte di un così gravoso e stressante impegno nella nostra disciplina specialistica rispetto ad altre branche della medicina. Insomma, che cosa raccogliamo a fronte di tanto impegno? Una inaccettabile sporta di sospetti, di calunnie e di irricorrenza! Appunto: sporta a sporta!

## ► Segue da pagina 19

ta che la distingue dall'esperienza reale e che rende la riflessione la chiave per l'apprendimento. La dimensione immaginaria consente poi l'arricchimento dell'esperienza con possibili risultati, prove ed errori, nonché la distanza dall'obbligo di risultati che può essere resa impossibile dal confronto con la realtà.

La gestione delle emergenze-urgenze in ostetricia è piuttosto complessa ed implica il coinvolgimento di diverse figure professionali: anestesista, ginecologo, ostetrico e neonatologo. Qualità ed efficacia del trattamento spesso dipendono da un buon coordinamento del team di specialisti coinvolti. Ma "tale aspetto è frequentemente ostacolato dalla mancanza di procedure concordate efficienti per la gestione delle varie situazioni cliniche, dall'utilizzo di una terminologia non ben codificata per stabilire il grado di urgenza ostetrica alle difficoltà nel monitoraggio accurato del benessere fetale in travaglio di parto. Allo scopo di ottimizzare l'assistenza e le cure, sia per la madre che per il neonato, l'équipe di sala parto dovrebbe possedere conoscenze comuni ed elaborare protocolli standardizzati per le patologie che caratterizzano le emergenze ostetriche e le differenti modalità di trattamento". Proprio per questo gli obiettivi specifici della simulazione come metodologia formativa innovativa mirano a garantire la possibilità di applicare insieme a progetti decisionali la comunicazione e la dinamica di gruppo multidisciplinare.

**Pma.** All'interessante Up to date



svolto da **Giuseppe De Placido** è seguito un ambito dibattito sapientemente diretto dai moderatori. Molti gli stimoli, dalle garanzie di sicurezza da dare alle donne sui rischi di eventuali alterazioni future dell'apparato riproduttivo conseguenti a dosi importanti di farmaci per la stimolazione ovarica agli accertamenti di base per la coppia che vuole accedere alle tecniche di procreazione assistita, non sempre appropriati in termini di costo/efficacia, fino alle difficoltà legate alla normativa italiana sulla Pma. I temi al centro degli altri interventi hanno riguardato il (difficile) Percorso diagnostico-terapeutico della coppia infertile in Italia, illustrato da **Mauricio Costa**, past president della Società italiana dell'infertilità (Sios); la Diagnosi endoscopica dell'infertilità, trattata da **Sergio Schettini**; i Protocolli di trattamento, con up to date di **Peter Platteau**, e le problematiche

questa delicata fase della vita (e di cui meno si parla): la salute urogenitale. "La percentuale delle problematiche uroginologiche si attesta intorno al 45 per cento dei sintomi" ha ricordato **Rossella Nappi** nel suo intervento che ha illustrato a 360 gradi i vari aspetti della sintomatologia climaterica che influenzano in modo globale il benessere psicofisico della donna. Le problematiche che riguardano la salute urogenitale – la secchezza vaginale è una di queste, ma ci sono tanti altri sintomi che possono colpire la vagina della donna in menopausa – possono a loro volta influenzare il tessuto della sessualità riverberando su elementi che interessano anche il sistema nervoso centrale, ovvero l'autostima, l'umore della donna...il senso di salute. In una parola: la qualità di vita. "Colpiscono – come ha sottolineato Nappi – una dimensione più

dell'Aborto ricorrente, infertilità e implantation failure, discusse da **Roberto Palermo**.

### Menopausa e qualità di vita.

"Non solo vampate di calore e chili in più". Se le vampate sono il "sintomo cardine" da un punto di vista della salute generale nella carenza estrogenica (si stima ne soffre una donna su 4) esiste un altro importante sintomo estrogeno-dipendente che affligge la donna in

esistenza, che ha a che fare con il piacere del vivere e dell'essere donna". Ed è anche per questo che meritano una sempre maggiore attenzione.

Tra gli altri temi affrontati dal Corso, le problematiche riguardanti la **candida recidivante**.

La relazione di **Alessandra Graziottin** ha offerto un quadro aggiornato sulle caratteristiche, i fattori predisponenti, le conseguenze e i principi di terapia di questo "nemico insidioso dell'intimità". "L'obiettivo da perseguire è duplice: migliorare la capacità diagnostica e terapeutica del ginecologo e ridurre la vulnerabilità al dolore nella donna causato dalle comorbidità associate" ha ricordato Graziottin che ha poi illustrato un filone di ricerca molto interessante che lega le malattie autoimmuni alla candida recidivante, con delle complicanze a lungo termine molto più gravi di quanto sia una semplice vaginite da candida. Gli altri due argomenti che hanno avuto ampio spazio sono stati: **L'emorragia post partum**, trattata sotto il profilo dei "Fattori di rischio e misure di prevenzione" da **Giuseppe Albano** e delle "Procedure conservative e demolitive" da **Giuseppe Affronti**, e infine **L'evoluzione degli estrogeni** e la salute della donna, con gli interventi di **Stefano Lello** e **Vincenzina Bruni**, che si è soffermata sulla variegata scelta contraccettiva oggi a disposizione della donna italiana mentre **Anna Maria Paoletti** e **Franca Fruzzetti** hanno illustrato il Profilo farmacologico e clinico di una pillola monofasica contenente estradiolo e nometgestrolo acetato. ■

## Fernand Coupez ci ha lasciati

Se ne va, in punta di piedi, un grande uomo di scienza e un grande Maestro



■ Si è spento a Parigi, il 22 aprile scorso, il Dottor Fernand Coupez. Autore di alcuni libri e numerose pubblicazioni sulla patologia cervico-vaginale, Egli ha rappresentato per molti ginecologi ed in numerose nazioni un punto di riferimento fondamentale per lo studio e le conoscenze delle modificazioni fisiopatologiche del basso tratto genitale femminile. Ricordiamo il suo impegno e la sua passione in tanti anni di attività formativa di molti Allievi, dopo intuizioni scientifiche che lasciano e lasceranno fondamentale traccia nella storia della colposcopia. Tante sono le attività, tutte ben riuscite, da Lui promosse fra le quali la fondazione della Società Francese di Colposcopia e Patologia Cervico-Vaginale che è stata di impulso perché venisse costituita ad Ascoli Piceno nel 1980 la Società Italiana di Colposcopia e Patologia Cervico-Vaginale, sostenendola anche nel riconoscimento da me promosso nell'ambito della International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC), avvenuta l'anno successivo a Londra, evento che diede prestigio e notorietà alla nostra Società. Se ne va, in punta di piedi, un grande uomo di scienza e un grande Maestro: da parte nostra un grazie per tutto quanto ci ha insegnato e per la grande umanità a cui ha sempre improntato i nostri rapporti. (Mario Peroni)

## ► Segue da pagina 19

ritardo di crescita fetale, il distacco di placenta e la pre-eclampsia.

Come è organizzata l'indagine?

L'indagine è uno studio osservazionale prospettico: ogni decisione relativa agli esami da eseguire ed ad eventuali trattamenti è lasciata allo sperimentatore. Prevede una fase trasversale di ingresso in studio e una fase prospettica durante la quale le donne verranno seguite nel corso della gravidanza per descrivere le decisioni terapeutiche e l'esito della stessa/sviluppo di episodi tromboembolici. Il protocollo non prevede alcun esame diagnostico o trattamento. Nel progetto verranno inserite tutte le donne gravide entro la 12<sup>a</sup> settimana di gestazione, con almeno uno-due fattori di rischio per patologia tromboembolica osservate presso i centri

partecipanti. Non sono previsti criteri di esclusione, se si eccettua la capacità di comprendere le finalità dello studio e di rispondere ai quesiti del questionario. La donna andrà seguita nel corso della gravidanza in accorso alla normale routine clinica propria del centro e al termine della gravidanza verranno raccolte informazioni su gli eventuali trattamenti effettuati rispetto al rischio tromboembolico e l'esito della gravidanza. I dati vengono raccolti attraverso una scheda comune a tutti.

Quante donne saranno reclutate e quanti centri saranno coinvolti?

Prevediamo di includere nella ricerca circa 300 donne identificate in 20 centri, ma naturalmente ci auguriamo che il loro numero possa ampliarsi. Ogni centro recluterà consecutivamente le donne eleggibili osservate dalla attivazione dello studio fino al

raggiungimento di almeno 15 casi reclutati. Un centro potrà reclutare fino ad un massimo di 30 casi: il reclutamento di 300 casi permetterà di stimare la frequenza di scelte diagnostiche e terapeutiche (ad es. la frequenza di trattamento con terapia antitrombotica in gravidanza), con limiti di confidenza inferiori al 25% per esami o scelte terapeutiche effettuate in almeno il 25% dei casi osservati nello studio.

Per promuovere nuove adesioni a questo studio ha lanciato una nuova formula.

Sì, per coloro che parteciperanno attivamente allo studio ho proposto l'iscrizione gratis al terzo Corso interattivo di Capri. Mi sembra un bell'incentivo, non le pare? Comunque invito tutti i colleghi interessati a rivolgersi alla segreteria Aogoi per ulteriori informazioni e poi acquisire eventualmente il materiale necessario.

GYNECO  
AOGOI

NUMERO 4 - 2012  
ANNO XXIII

ORGANO UFFICIALE  
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI  
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente  
Vito Trojano  
Direttore Scientifico  
Felice Repetti

#### Comitato Scientifico

Antonio Chiantera  
Valeria Dubini  
Carlo Sbiroli  
Carlo Maria Stigliano  
Direttore Responsabile  
Cesare Fassari  
Coordinamento Editoriale  
Arianna Alberti  
email: gynecoogoi@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  
Progetto grafico  
Giancarlo D'Orsi  
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: giugno 2012  
Tiratura 6.000 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

**In un'unica capsula,**  
 il corretto pool di micronutrienti  
 utili alla gravidanza

# NATALBEN *più*

Componenti	per capsula	% RDA*
Acido folico	400 µg	200**
Vitamina B12	2,5 µg	100
Vitamina B6	1,4 mg	100
Vitamina B1	1,1 mg	100
Vitamina B2	1,4 mg	100
Vitamina B3	16 mg	100
Acido pantotenico	6 mg	100
Biotina	50 µg	100
Vitamina C	40 mg	50
Iodio	200 µg	133
Ferro	28 mg	200**
Zinco	10 mg	100
Selenio	55 µg	100
DHA	200 mg	-
Vitamina D	5 µg	100

\* RDA= recommended Daily Allowance (Dose giornaliera raccomandata)  
 \*\* In accordo con i dosaggi specifici raccomandati per la donna in gravidanza



**SENZA SACCAROSIO, GLUTINE E LATTOSIO**

**SOLO 12,20 €**  
**PER UN MESE DI INTEGRAZIONE**





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