

“LA GUERRA” in sala parto

Il ripetersi di episodi di sospetta malpractice in sala parto sta scatenando una vera e propria psicosi. La stampa ha le sue responsabilità ma è certo che qualcosa non funziona. La ginecologia italiana affronta con coraggio questa pagina oscura della sua storia. Senza reticenze ma con la consapevolezza e l'orgoglio di voler riaffermare il primato di una disciplina che ci ha sempre visto all'avanguardia nel mondo

Aestas horribilis per la ginecologia italiana

di Carlo Sbiroli
Past president Aogoi

Ho fatto il “guardiano di sala parto” quando questo lavoro era considerato una missione e non un mestiere. Quando si affrontavano anche 24-48 ore di guardia con entusiasmo perché la grande responsabilità che la struttura ti addossava, nonostante la giovane età, finiva con l'esaltarti. Sono passati, ahimé, 35 anni dalla mia ultima guardia. I tempi sono cambiati. Oggi il rischio di chi fa questa attività è notevolmente aumentato, non tanto per le capacità di saper esercitare l'“arte ostetrica”, quanto per la saggezza di non farsi usurare da questo lavoro e di non farsi assorbire, divorare dalla mediocrità generale.

Prendiamo le storie di sala parto accadute in questo ultimo mese – *aestas horribilis* per la ginecologia italiana – che hanno riempito le pagine dei nostri giornali. Corigliano Calabro, Messina, Roma, Vibo Valentia, Policoro (Matera), Piove di Sacco (Padova) sono tappe (quasi uno scadenario) di una storia che è sempre sfociata in tragedia. Sono situazioni diverse, patologie diverse, ma un quadro comune unisce le diverse vicende: litigiosità in corsia e superficialità nel fare diagnosi. Sono i sintomi della grande tensione con cui viene vissuto questo lavoro. Soprattutto evidenziano che le cose non vanno nelle sale parto d'Italia.

GynecoAogoi diverse volte ha affrontato i problemi della sala parto

e della responsabilità dei medici. Ha sempre evidenziato le difficoltà di questo mestiere. Ha segnalato la “solitudine” di questi operatori nelle sale parto di provincia. Ha registrato il progressivo disinteresse per questo lavoro a rischio, concretizzatosi nel calo delle iscrizioni alle Scuole di specializzazione che si è verificato ne-

gli ultimi anni. Ha rilevato la fuga dalla sala parto verso altri settori della specialità (come l'endocrinologia, l'infertilità, l'oncologia, la ginecologia endoscopica, la diagnostica prenatale e così via), sicuramente meno faticosi e meglio remunerati. Così come in più occasioni ha denunciato la scarsa attenzione che le Scuole pongono

nella preparazione degli specializzandi. “Alcune Scuole di Specializzazione – scrive Sandro Caruso, responsabile della Uoc di Ostetricia e Ginecologia del Policlinico romano Gemelli, in una lettera aperta al *Corriere della Sera* del 9 settembre u.s. – specializzano ostetrici-ginecologi senza avere la sala parto: gli allievi vengo-

no mandati in alcuni ospedali convenzionati, al di fuori di uno stretto controllo di Scuola”. Scuole di specializzazione che non specializzano quindi, ma anche mancato adeguamento delle strutture e degli organici e turni di guardia massacranti.

Nell'ultimo numero di *GynecoAogoi* si è discusso sulla mortalità

Giovanni Monni, presidente Aogoi

Politica e istituzioni si impegnino per un percorso nascita sempre più umano e collaborativo

La stragrande maggioranza dei ginecologi sono operatori seri che hanno a cuore la salute della donna, della coppia e del nascituro. Penso che alcuni isolati e rari casi cosiddetti “affaristici” siano “fisiologici” e che pur facendo parte dell'essere umano debbano essere comunque fortemente combattuti.

L'Aogoi (Associazione che comprende il 93% di ginecologi italiani) ha sempre stigmatizzato ed è sempre intervenuta contro alcuni comportamenti non ortodossi dei nostri associati, ricordando che la gravidanza è uno dei momenti di

maggiore felicità ma anche di grande vulnerabilità psico-emotiva delle donne che si fidano ciecamente del loro ginecologo curante.

Non ho né la ricetta, né la possibilità come presidente di una associazione scientifica e sindacale quale è l'Aogoi per intervenire sull'attuale organizzazione delle strutture pubbliche, ma ritengo che sicuramente un maggiore riconoscimento economico al ginecologo che esegue una attività altamente usurante e con molti rischi medico legali – e che coinvolge tre persone, madre padre e nascituro – possa

limitare questi episodi “affaristici”.

L'organizzazione delle strutture pubbliche spesso carente, con pochi operatori (carenze di personale), soprattutto nei periodi di ferie estive o di malattia non permette sicuramente di instaurare un ottimale rapporto medico-paziente, anche se penso che tutti noi, comprese le ostetriche, riusciamo quasi sempre a supplire, con grande spirito di abnegazione, alle carenze delle strutture e delle scelte politiche e manageriali. Ma le carenze di organico, in un periodo di tagli come questo, si



Giovanni Monni

sentono un po' dappertutto e incidono. In sala parto bisogna essere lucidi ed efficienti e in generale trovarsi sotto pres-

► Segue a pagina 6



materna a proposito dell'ampia analisi pubblicata su *The Lancet* nel maggio di quest'anno. Secondo questi dati l'Italia sembra solo marginalmente toccata dal fenomeno. Anzi è un'eccellenza in questo settore, presentando i più bassi tassi al mondo di mortalità materna: 4 donne per 100 mila nati vivi. Si scopre poi che le cose non stanno proprio così. In realtà nel nostro Paese il valore medio è più alto, 4 volte più

frequente: è di 11,9 casi di morte per ogni 100.000 nati vivi (dati Cnesps-Ccm).

Questo significa che se il numero dei nati vivi in Italia per anno è di circa 540.000, la mortalità materna attesa è di 60-65 casi. Purtroppo di parto si muore. E La mortalità fetale e neonatale fa parte delle statistiche anche dell'ostetricia più avanzata. Sono sempre eventi drammatici a cui nessuno ginecologo vorrebbe as-

sistere. È una dura realtà che l'opinione pubblica non accetta. Che non può accettare, perché concettualmente è contro l'evento stesso della nascita che è un momento positivo, è vita, speranza nel futuro, gioia.

I media amplificano notevolmente queste cronache di malasanità. E in molti casi la versione dei fatti è diversa dalle drammatiche ricostruzioni giornalistiche, che sono sempre alla frenetica ri-

PRESA DI POSIZIONE DELL'AOGOI E DELLA FESMED

"Mai più casi come Messina": la ricetta dei ginecologi ospedalieri

Un manuale di reparto per stabilire come agire anche in caso di crisi, corsi di comunicazione in corsia e ruolo del ginecologo privato "subordinato" a quello pubblico: è questa la ricetta per prevenire episodi gravissimi di malasanità come quello di Messina. La propongono l'Aogoi e la Federazione sindacale medici dirigenti (Fesmed) che chiedono alle autorità politiche e sanitarie una maggiore attenzione all'area materno infantile.

"La triste vicenda siciliana deve stimolare alcune riflessioni e revisioni del sistema, per evitare che possa ripetersi - affermano **Giuseppe Ettore**, segretario regionale Aogoi Sicilia e **Carmine Gigli**, presidente Fesmed -. In primo luogo su come va organizzato un reparto per garantire l'appropriatezza delle cure: va previsto un "manuale" con le procedure condivise, al quale tutto il personale (medici, ostetriche e infermieri) deve fare riferimento. Poi è necessaria una divisione dei ruoli, con il responsabile a fare da coordinatore per intervenire nel risolvere conflitti o crisi, con corsi di formazione per migliorare la

comunicazione e le relazioni in corsia. Un percorso particolarmente utile anche per evitare il ricorso ad una eccessiva medicalizzazione, alla medicina difensiva e ad un abuso del taglio cesareo. Infine, vi è il capitolo più delicato: come mantenere il rapporto medico-gestante nel rispetto delle regole della struttura e dei professionisti che vi operano. Il medico dipendente, nella gestione della paziente in regime privatistico, deve comunque rispettare le procedure assistenziali del reparto preventivamente condivise; il ginecologo frequentatore, che segue la donna privatamente, non ha titolo a prestare assistenza diretta e ad eseguire delle prestazioni sanitarie nel pubblico, il suo ruolo è quello di accompagnare la gestante ad esclusivo sostegno psicologico. Questa situazione si verifica soprattutto nelle regioni dove non si sono applicate le direttive previste dal Progetto obiettivo materno infantile del 2000, qui i servizi territoriali (consultori, ambulatori distrettuali) risultano insufficienti,

► **Segue a pagina 7**

cerca di uno scoop che agganci la notizia in prima pagina. Ma al di là di queste considerazioni e di molte esagerazioni giornalistiche (non è stato registrato ne-

gli ultimi anni un sostanziale incremento dei danni ostetrici in Italia), gli episodi dell'ultimo mese devono farci pensare. Soprattutto devono stimolarci a prestare maggiore attenzione a questo particolare settore dell'ostetricia molto spesso trascurato.

Sono convinto che se noi restituisseremo il prestigio alle sale parto e maggiore serenità ai medici che lavorano in queste strutture, sicuramente si otterrà un miglioramento delle prestazioni. Soprattutto vorrei che si eliminasse subito l'impressione disperante dell'impossibilità di trovare rimedi.

Si deve evitare che la nuova "sindrome di Copenaghen" - tutti che urlano, nessuna che ragiona - continui a propagarsi pericolosamente.

È per questo che *GynecoAogoi* vuole aprire un forum sull'argomento "Sala Parto" invitando tutti gli ostetrici-ginecologi d'Italia a partecipare inviando una mail a gynecoAogoi@hcom.it o scrivendo sul blog che sarà a breve attivato sul nostro sito www.aogoi.it.

Il punto di vista e i suggerimenti di chi quotidianamente vive la realtà della sala parto è per l'Aogoi la vera "sostanza", la base da cui partire per elaborare proposte utili a migliorare un sistema salute così complesso. Per far compiere alla ginecologia italiana un ulteriore passo in avanti. **Y**

Giorgio Vittori, presidente Sigo

La qualità cresce se c'è il sostegno dell'Azienda

L'assistenza al parto, e quindi i punti nascita, non è patrimonio della ginecologia ma corrisponde a un lavoro di squadra in cui il ginecologo ha il suo ruolo, ma

ruoli altrettanto importanti e complementari sono ricoperti dalle ostetriche, i neonatologi e gli anestesisti. È un gioco di squadra.

Negli ospedali pubblici, nel corso degli ultimi 20 anni, si è assistito a una progressiva svalutazione del sostegno economico nei confronti dell'evento nascita. Al punto tale che oggi un parto, per una struttura pubblica, vale circa 4.000 euro in Danimarca e in Italia vale tra i 1500 e i 2.000 euro.

Credo che il processo più importante per garantire la qualità sia quello di investire di più. La qualità dell'assistenza, infatti, dipende dagli obiettivi strategici di un'azienda. Se il punto nascita entra tra gli obiet-

tivi prioritari della direzione generale, allora l'attività sarà sostenuta e monitorata, con effetti positivi sulla qualità dell'assistenza. Ma in assenza di un interesse specifico da parte delle aziende è difficile che il singolo ginecologo, da solo, possa fare la differenza, tenuto conto delle condizioni in cui lavora. La carenza degli organici è un problema reale. Un sondaggio condotto dalla Sigo ha permesso di verificare che nel 30% delle strutture c'è un solo ginecologo di guardia. Nel 30% delle strutture non c'è l'anestesista di guardia per l'assistenza al parto.

Il punto è che occorre definire degli standard di riferimento, anche attraverso il confronto

con l'Europa. Allora saremo in grado di controllare meglio l'attività e migliorare la qualità. Ma una volta definiti i parametri e gli obiettivi di efficienza, occorrerà mettere in campo le forze necessarie per raggiungerli. Questo vuol dire più risorse finanziarie per garantire anzitutto la presenza del personale necessario, sia in termini di quantità che di profilo professionale.

Serve una "manutenzione" dei punti nascita. Se c'è adeguatezza di personale, di strumentazione e di formazione, anche un punto nascita con meno di 300 parti all'anno può essere un esempio di efficienza. Il problema è che in Italia non c'è ab-

► **Segue a pagina 6**



Giorgio Vittori

I "tagli" ai cesarei

Il cesareo (ritardato o mancato) è stato, a torto o a ragione, al centro dei recenti tragici eventi in sala parto. E questo proprio in un momento in cui sta prendendo corpo una serie di campagne e iniziative volte a promuovere il parto fisiologico e a contrastare un eccessivo ricorso al Tc. A riguardo, il segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera ha però ricordato come questi obiettivi, che restano prioritari per la nostra

associazione, necessitano di "una articolata strategia che affronti e risolva in maniera graduale il complesso delle cause che sono a monte del problema, come sta facendo l'Aogoi da molti anni". E sulla annunciata "scure sui cesarei" prevista dal piano antideficit per il risanamento della sanità campana, avverte: "la questione non si risolve con dichiarazioni di intenti a mezzo stampa o a suon di circolari"

Regione Campania: piano di rientro e scure sui cesarei

La bacchetta magica del Commissario Rocca

Ridurre il ricorso al cesareo si può e si deve. Ma non possono essere certo le Amministrazioni delle aziende ospedaliere sotto lo scacco dei piani di rientro ad orientare la scelta dei sanitari per un parto fisiologico o cesareo. Questo in sintesi il messaggio contenuto nella lettera che il presidente e il segretario nazionale Aogoi hanno indirizzato al presidente della Giunta campana Stefano Caldoro, al consigliere delegato alla Sanità della Regione Campania Raffaele Calabrò, al commissario straordinario della Asl Napoli 2 Nord Francesco Rocca e al Direttore de *Il Mattino* Virman Cusenza riguardo la notizia riportata da *Il Mattino*, nelle pagine dedicate alla cronaca di Napoli dell'edizione del 2 settembre u.s., della preannunciata intenzione della Regione Campania di ricondurre a percentuali omologhe a quelle del resto d'Italia i parti cesarei ("Piano di rientro - Arriva la scure sui parti cesarei"). "La necessità di favorire, soprat-

L'annuncio su *Il Mattino* di Napoli di una "scure sui parti cesarei", una delle misure drastiche previste dal piano antideficit per la sanità campana, ha provocato l'immediata presa di posizione dell'Aogoi

tutto nell'interesse delle partorienti e del nascituro, il parto spontaneo è stato sempre l'obiettivo della nostra Associazione perseguito attraverso documenti informativi e formativi, convegni specifici, attività di formazione, protocolli d'intesa sottoscritti anche con la Regione Campania" afferma la presidenza Aogoi nella lettera, esprimendo "sorpresa" per la dichiarazione attribuita al Commissario della Asl Napoli Nord Francesco Rocca di aver "imposto che entro il 30 novembre il ricorso a parti cesarei scenda oltre il 40%". "A chi e come non è dato sapere", tuttavia "sarebbe interessante conoscere la fonte ed i criteri scientifici utilizzati per ridurre i parti cesarei at-

tualmente attestati sul 70% fino al 40% in soli tre mesi" scrivono Monni e Chiantera, sottolineando come "la questione della scelta del parto cesareo non può essere affrontata con dichiarazioni di 'intenti' o denunce alla stampa e con promessa di tempi che risulteranno poi errati, ben sapendo che la coscienza professionale di molti operatori del settore e, soprattutto dei nostri iscritti, è di altissimo livello".

"Il ricorso al taglio cesareo è nella massima parte dei casi improntata a criteri di massima responsabilità e non si può ignorare che talora la mancata scelta del cesareo ha visto molti operatori esposti al rischio di indagini, se non addirittura di condanne, penali" ribadisce il vertice Aogoi richiamando a una maggiore prudenza "ma soprattutto un maggior approfondimento delle questioni che riguardano la sa-



Antonio Chiantera

nità e soprattutto un maggior impegno nell'ideare, proporre ed attuare iniziative idonee per affrontare e risolvere un problema di tale rilevanza sono molto più difficili che non una chiacchiera con un giornalista per una denuncia che, poi, resta fine a se stessa regalando al massimo all'interessato un minimo di 'visibilità' verso l'opinione pubblica".

Regione Campania: l'annunciata azione di risanamento per la sanità prevede "entro il 30 novembre p.v." un abbattimento dei cesarei sotto il 40%

Giovanni Monni, presidente AOGOI

sione perché si lavora in pochi non aiuta. Episodi come la lite di Messina sono certamente troppo gravi e inaccettabili, ma non dobbiamo sottovalutare che il lavoro in sala parto genera molto stress nei professionisti. I problemi per la nostra specialità li si accentuano notevolmente. La tensione quando ci si trova ad esempio su un cesareo

d'urgenza può creare brutti scherzi. E infatti i ginecologi scelgono sempre più frequentemente attività diverse dall'ostetricia. Inoltre oggi il medico è poco tutelato dal punto di vista della responsabilità professionale. Sarebbe auspicabile che anche l'Istituto Superiore di Sanità, con la sua grande autorità e prestigio, cercasse di influire sul mon-

do politico e sulle istituzioni per favorire un percorso sempre più umano e maggiormente collaborativo per il percorso nascita. L'Aogoi sicuramente è pronta come sempre a favorire tutto ciò che può portare ad un miglioramento della qualità dei servizi e del benessere della salute della donna, della coppia e del nascituro. **Y**

bastanza sostegno economico a garantire il raggiungimento di livelli di qualità adeguati. La Sigo porta comunque avanti il suo impegno concentrando le forze in particolare su due obiettivi: la demedicalizzazione del parto fisiologico, e al contempo lo sviluppo di un ginecologo capace di gestire le problematiche che possono sopraggiungere

all'evento. Il medico, nel giro di 30 secondi, deve essere in grado di prendere le decisioni giuste per gestire le criticità. Questo oggi avviene, ma spesso in strutture che non sono in grado di sostenere il lavoro del professionista. Chiediamo la definizione degli standard assistenziali. E chiediamo che il sistema si adegui a questi standard. Solo a quel pun-

to sarà possibile parlare di obiettivi di qualità. Quanto alla questione pubblico-privato, non esisterebbe se vi fossero parametri ben definiti, obiettivi ben definiti e strategie ben definite. Se un medico privato opera in una struttura pubblica è una scelta della direzione sanitaria. Il problema, anche in questo caso, sussiste solo in assenza di linee chiare. **Y**

Giorgio Vittori, presidente SIGO

Un appello alla politica: presti attenzione al materno infantile

Vorrei soffermarmi su tre elementi cardine che emergono dalla vicenda di Messina. Innanzitutto l'applicazione e il rispetto delle regole di un reparto.

In ogni struttura, a fronte del turnover del personale e per ottimizzare l'appropriatezza delle procedure assistenziali, viene normalmente istituito un manuale condiviso, a cui tutto il personale, medici, ostetriche e infermieri, devono attenersi e che viene inoltrato alla direzione sanitaria dell'ospedale. È compito poi del responsabile del reparto vigilare sul corretto utilizzo delle linee guida. Di particolare rilevanza risulta tutta l'organizzazione del sistema operativo dell'area parto in merito a taluni coefficienti, e cioè la valutazione del livello di rischi della gestante al momento del ricovero da parte del medico di guardia e o di reparto, l'istituzione dell'ambulatorio della gravidanza a termine, la gestione da parte delle ostetriche del travaglio e parto fisiologico, l'utilizzo sistematico

del partogramma, la pianificazione attenta delle induzioni del travaglio e, infine, un piano di riduzione dei tagli cesarei.

Aogoi e Fesmed hanno espresso solidarietà alla famiglia per quanto accaduto e contestualmente rammarico per i colleghi coinvolti in eventi che non riguardano la professione d'esser medico. È forte il rammarico anche che tali eventi siano accaduti in uno dei tre poli universitari dell'Isola come è forte la solidarietà ai tanti colleghi ginecologi ospedalieri e del territorio che anche in condizioni critiche sul piano organizzativo e per carenze in risorse umane e tecnologiche svolgono con umiltà, abnegazione e spirito di servizio il proprio lavoro, ponendo al centro di ogni interesse la tutela della salute della donna e del bambino e il benessere della coppia. Il richiamo che viene rivolto agli organi politici è di elevare il livello di attenzione in tutta l'area materno-infantile per prevenire l'insorgenza di eventi di mala sanità e mala organizzazione.

► Segue da pagina 5

"Mai più casi come Messina"

carenti e non integrati con le strutture ospedaliere. In queste realtà, le gravidanze seguite presso gli studi privati rappresentano una quota rilevante, con una conseguente ricaduta sull'assistenza al parto, specialmente per quanto riguarda la presenza ed il ruolo dei medici curanti nel team ospedaliero". Il giudizio delle due associazioni sulla vicenda è fermo: "Esprimiamo ovviamente viva solidarietà alla famiglia e rammarico per il comportamento dei colleghi, non assolutamente conciliabile con quello che deve essere tenuto da ogni medico. È importante però ribadire anche la nostra solidarietà verso i numerosi ginecologi ospedalieri e del territorio, di tutto il meridione d'Italia, che si sono visti accomunare nel giudizio negativo espresso su questo caso, da parte della stampa ed anche da esponenti del governo. Infine siamo molto preoccupati perché questi eventi si sono verificati in uno dei tre poli universitari della Sicilia, istituzionalmente impegnati nella formazione dei medici di domani". Da qui l'appello ai rappresentanti delle istituzioni politiche e sanitarie: "È necessario un monitoraggio dei livelli assistenziali, delle precarietà organizzative e delle risorse umane, da non mettere in secondo piano rispetto al lavoro delle commissioni di inchiesta sugli errori sanitari e sulla sicurezza. Serve inoltre un'analisi della

patogenesi degli indici negativi dell'assistenza perinatale in Sicilia (alta percentuale di tagli cesarei, mortalità perinatale, mortalità e morbidità materna) ed un conseguente avvio della formazione del personale e della messa in sicurezza dei punti nascita. È infine urgente un decreto di riforma del settore materno-infantile, per garantire oltre a sicurezza e qualità, anche una riduzione di condizioni ad alto rischio di tensioni, dovute alla precarietà organizzativa che si registra nelle aree di urgenza ed emergenza ostetrica e neonatologica. Un piano speciale va previsto per la Sicilia, per rendere funzionali i servizi territoriali (consultori, ambulatori specialistici pubblici), totalmente carenti in questa regione, per pianificare al meglio il rapporto medico-gestante, esasperato da carenze strutturali, eccesso di medicalizzazione, privatizzazione. Un strada può essere potenziare i percorsi che dovrebbero accompagnare la gestante e la coppia, ottimizzando il ruolo delle ostetriche sotto il profilo delle competenze, dei ruoli e delle responsabilità. Siamo tutti consapevoli che attraverso la misura della tutela della salute della donna e del bambino si misura il livello di democrazia e di civiltà di un Paese".

Carmine Gigli



Le opinioni di medici, manager e cittadini

Malasanità: "Solo scoop o vera emergenza?"

Unanime condanna alla caccia alle streghe. Il nostro Ssn offre ogni giorno milioni di prestazioni di qualità, ricordano i nostri interlocutori. Ma se i medici puntano il dito contro le condizioni strutturali del sistema, le associazioni dei pazienti chiedono di abbattere il clientelismo e i giochi di potere. Dai manager l'impegno a potenziare le politiche di risk management



I MEDICI

Riccardo Cassi
Segretario nazionale CIMO ASMD

Episodi isolati, ma occasione per un forte richiamo alla deontologia

I casi di malasanità sono eventi straordinari. Soprattutto non dobbiamo mai dimenticare che a fronte di un caso negativo che viene portato alla ribalta, ce ne sono migliaia che dimostrano come il lavoro medico venga portato avanti con estrema serietà. Di certo anche se questi sono episodi straordinari, non vanno sottovalutati essendo comunque il sintomo di una "patologia" e per que-

sto vanno curati individuando la causa che li ha prodotti. In sostanza sono fenomeni che vanno e possono essere prevenuti in quanto sinonimi di mal funzionamento e cattiva gestione. Anche da parte della categoria ci vuole sicuramente un richiamo forte ai principi deontolo-

gici che sono alla base della nostra professione. Non è un caso che quello avvenuto a Messina per la tipologia dell'avvenimento abbia colpito non solo i cittadini, ma i medici stessi.

Massimo Cozza
Segretario nazionale FP CGIL Medici

Il colpevole, il più delle volte, è la cattiva organizzazione

Dobbiamo sempre ricordare che ci sono casi e casi, quindi occorre fare le dovute distinzioni. I casi di malasanità sono sempre estremamente complessi e le responsabilità possono essere diverse, non bisogna fermarsi alle apparenze

Dopo il grande risalto dato dagli organi di stampa agli episodi che hanno coinvolto le sale parto, si torna a parlare di "emergenza malasanità". Episodi più o meno gravi, ma quasi all'ordine del giorno. Si tratta di una corsa a sbattere il mostro in prima pagina messa in moto dai giornalisti o forse in Italia esiste una vera emergenza malasanità? Abbiamo rivolto la domanda a: **Massimo Cozza**, segretario nazionale Fp Cgil Medici; **Riccardo Cassi**, presidente Cimo Asmd; **Carmine Gigli**, presidente Fesmed, **Costantino Troise**, segretario nazionale Anaa Assomed; **Giovanni Monchiero**, presidente Fiaso; **Angelo Del Favero**, presidente Federsanità; **Rosaria Iardino**, presidente Donneinrete.it; **Elisabetta Iannelli**, vice presidente Aimac; e **Francesca Moccia**, coordinatrice nazionale Tdm-Tribunale per i diritti del malato. Ecco cosa ci hanno risposto

o cercare il mostro da sbattere in prima pagina. Tolti quelli di manifesta ed unica responsabilità medica, che rappresentano una minoranza, la gran parte degli eventi negativi sono da attribuire a cause organizzative. I media dovrebbero prestare attenzione a non generalizzare e a non enfatizzare aspetti che spesso vengono smentiti dai fatti. Non dimentichiamo quelle che sono le vere criticità del sistema, a cominciare da quelle umane con carichi di lavoro sempre più pesanti tra guardie e aumento non più accettabile di turni di pronta disponibilità, la precarietà del lavoro medico. È ovvio, poi, che rispetto a milioni di prestazioni effettuate, i casi negativi sono una minima parte. Si può lavorare per ridurre, ma di certo non inficiano la bontà del Ssn.

Carmine Gigli
Presidente FESMED

Più prudenza da parte dei giornalisti e più impegno nel ricercare le cause dell'evento avverso

“Malasanità” è un'espressione giornalistica la cui connotazione negativa viene immediatamente percepita ma il cui reale significato rimane oscuro. Viene utilizzata in riferimento ad eventi molto diversi, che vanno dall'errore sanitario, al danno per colpa, sino ad arrivare nei casi estremi al reato doloso. In realtà, i casi accertati di danno al paziente, per responsabilità del medico, sono molto pochi, specialmente se li rapportiamo alle milioni di prestazioni sanitarie che vengono erogate ogni anno nel nostro paese. Allora, perché questa parola ricorre così frequentemente sulla stampa? Dobbiamo tener conto che molte persone sono spinte a denunciare dei supposti episodi di malasanità nella speranza di lucrare gli indennizzi riconosciuti dalle assicurazioni, sempre pronte al patteggiamento, e dalla magistratura che, in non pochi casi, ha assunto il ruolo di “elemosiniere”.

Non si può che auspicare una maggiore prudenza, da parte dei giornalisti, nell'utilizzo di questa parola, ormai logora e stanca come tutti i luoghi comuni, ed un maggior impegno nella ricerca delle cause che hanno prodotto l'evento avverso.

Costantino Troise
Segretario nazionale ANAAO ASSOMED

L'80% delle denunce ai medici finiscono con un'assoluzione

Quando si parla di casi di mala-

sanità bisogna agire con estrema cautela. I casi di errore, da considerare sempre presunto, attengono a tutte le attività umane. Quindi, bisogna sempre tenere ben a mente che occorre stabilire un rapporto di causa/effetto tra il presunto errore e il verificarsi di un evento sfavorevole. Prestiamo perciò grande attenzione a non amplificare le notizie che portano a pensare che dietro ogni fenomeno negativo registrato, ci sia un comportamento colposo. L'esperienza dimostra che l'80% delle denunce medico legali finiscono con assoluzioni, e nei rimanenti casi in cui si verifica un evento sfavorevole le cause sono da attribuire a problemi di organizzazione. La frequenza di eventi negativi è quindi estremamente bassa, soprattutto se consideriamo che ogni anno si producono 13 milioni di ricoveri e milioni di prestazioni specialistiche per cui ci sono 4 eventi negativi ogni 100 procedure e non sono da attribuire a colpe del medico. Non dimentichiamo poi che la medicina non è una scienza esatta, per cui possiamo ridurre il rischio ma non abolirlo.

LE AZIENDE

Angelo Del Favero
Presidente Federsanità ANCI

Casi isolati, ma l'Italia è ancora indietro con le politiche di risk management

Rispetto ai volumi enormi di prestazioni erogate della sanità italiana i casi di malasanità sono tutto sommato isolati e non c'è una patologia sistemica, però, come Paese siamo molto indietro nell'applicazione di politiche di risk management che andrebbero rafforzate. E poi, è necessario evidenziare come gli errori spesso avvengono in ospedali molto piccoli, che andrebbero chiusi, e che proprio per le loro dimensioni minime non possiedono tutti i servizi diagnostici di supporto e non hanno un'esperienza su una casistica vasta e articolata.

Giovanni Monchiero
Presidente FIASO

Solidarietà alle vittime, ma senza falsare l'immagine del Ssn

Lo scalpore mediatico sui recenti errori clinici non può far dimenticare che nella sanità pubblica italiana l'indice di sinistrosità è a malapena dello 0,2% e di questa percentuale solo un terzo, ossia lo 0,0 qualcosa si trasforma in effettivo

risarcimento del danno, ovvero nel riconoscimento di un reale errore clinico. La solidarietà per le vittime e il doveroso accertamento delle responsabilità individuali che questa comporta non devono dunque far perdere di vista i dati reali, che smentiscono l'immagine di un Servizio sanitario nazionale “colabrodo”. Immagine che stride tra l'altro con le classifiche dell'organizzazione Mondiale della Sanità che colloca l'Italia nelle prime posizioni su aspettativa di vita e benessere psico-fisico della popolazione.

Quando si denunciano i 30mila casi l'anno di errori clinici in Italia, come ha fatto di recente “Cittadinanza Attiva”, bisognerebbe mettere a confronto questo dato con le decine di milioni di prestazioni erogate annualmente dal nostro troppo spesso bistrattato Ssn.

Ricordare questi numeri non significa abbassare la guardia, ma semplicemente inquadrare il problema nelle giuste dimensioni. Nonostante la continue campagne mediatiche sulla “Malasanità”, i cittadini italiani nei ripetuti sondaggi mostrano però di aver capito la lezione e continuano a ritenere il nostro Ssn, così invidiato all'estero, un bene prezioso da tutelare. Questo non vuol dire tuttavia che bisogna restare con le mani in mano. Asl e Aziende ospedaliere stanno infatti facendo da tempo la loro parte come dimostra la costituzione ormai diffusa di strutture operative dedicate al risk management che coinvolgono attivamente tutti i ruoli sanitari ai vari livelli aziendali per il miglioramento delle performance del nostro prezioso Ssn.

I CITTADINI

Elisabetta Iannelli
Vice presidente AIMAC

Non minare la fiducia nel Ssn con forzature mediatiche

A volte la sensazione che i giornali compiano delle forzature è piuttosto forte. Nei recenti casi di Messina e di Roma, ad esempio, si è insistito sulla lite tra medici, ma mi sembra che i due episodi siano molto differenti tra loro. Questo è un gioco pericoloso, perché mina la fiducia dei pazienti nel Ssn e rischia di creare nelle persone malate uno stato di paura e di rassegnazione che possono compromettere le cure. La sanità italiana è indubbiamente un'ottima sanità, i malati devono saperlo e i media hanno la responsabilità di non dimenticarlo. Non credo che esista un'emergenza malasanità. Esistono, purtroppo, singoli episodi di inaccettabili negligenza e realtà lo-



cali con carenze croniche, come dimostrano il fenomeno di mobilità sanitaria. Contro questi fenomeni è giusto richiamare alla responsabilità politica, amministrativa e professionale, compresa quella degli Ordini, per recuperare il controllo sulle situazioni e in generale il sistema. Il ruolo dei media, in questo caso, è quello di non abbandonare i casi dopo aver gridato allo scandalo, ma di seguire l'evolversi degli eventi per accertare che vengano messe in campo i provvedimenti necessari a migliorare la sanità italiana.

Rosaria Iardino
Presidente Donneinrete.it

Nessuna emergenza malasanità, ma i semi cattivi vanno eradicati

Il giornalismo è un mestiere da svolgere con grande responsabilità, e questo significa non scatenare cacce alle streghe o corse allo scoop. Ma se fatto con serietà, ha il merito di far emergere episodi e criticità che sicuramente vanno contrastati. Non credo, però, che esista un'allarme malasanità nel nostro Paese. Il Ssn è uno dei migliori al mondo. Occorre inoltre distinguere la malasanità dall'errore medico. Quest'ultimo è un rischio insito nella professione. C'è poi un rischio su cui il Ssn può e deve intervenire con maggiore incisività rafforzando l'efficienza organizzativa e strumentale degli ospedali. Ma la malasanità è un'altra cosa. Sono gli ospedali fatiscenti, i reparti con i topi, le apparecchiature tenute in cantina perché non si ha la premura di assumere un tecnico per utilizzarlo, è lasciare entrare negli ospedali medici incapaci, è scegliere il personale secondo la logica del favoritismo anziché quella del merito. Purtroppo in Italia esistono casi del genere, contro i quali bisogna essere severi mandando a casa i medici che non fanno il loro lavoro e i dirigenti che pensano solo all'economia e

non alla qualità dei servizi. Per far questo non serve un piano straordinario, ma la responsabilità e la volontà di applicare le leggi che esistono e che vanno nella direzione di migliorare i servizi.

Francesca Moccia
Coordinatrice nazionale TDM

Non demonizzare il Ssn, ma promuovere best practices e trasparenza

Ci sono gravi episodi di sanità che sono stati accertati e che la stampa non ha fatto che rendere noti al grande pubblico. Questo non è sbagliato in sé, lo diventa nel momento in cui innesca una demonizzazione del Ssn e una corsa allo scoop, se non poi tacere su altre disfunzioni del Ssn che fanno meno notizia, ma che quotidianamente ostacolano l'accesso e la qualità delle cure. Il Tribunale per i diritti del malato riceve ogni giorno segnalazioni di mal costume, di violazione delle regole e dei diritti dei pazienti, di mancanza di trasparenza tra servizio pubblico e servizio privato. Denunce più o meno gravi, che sicuramente vanno accertate e contrastate. Non ritengo, tuttavia, che esista un'emergenza malasanità che richieda un piano straordinario. Quel che occorre fare è migliorare la gestione e il controllo del sistema, promuovere le best practices, dare attuazione alle linee guida e alle strategie di prevenzione dei rischi in sanità, soprattutto nelle Regioni del Sud, dove più spesso si verificano questi episodi. Per arginare il malcostume credo che sia prioritario intervenire sul rapporto pubblico-privato, sui medici pubblici che esercitano la libera professione privata e sui liberi professionisti che utilizzano le strutture pubbliche. In questo ambito, messo anche in risalto dalla vicenda di Messina, si nascondono zone d'ombra che nuocciono al cittadino, ma anche al rapporto tra medici. Y

Gli interventi e le iniziative del ministro della Salute

Un Piano in 5 punti per un parto sicuro

Il ministro Ferruccio Fazio ha seguito con attenzione tutte le vicende che hanno investito in queste ultime settimane la sanità e in particolare la ginecologia italiana, intervenendo con dichiarazioni sui media, ma soprattutto preparando una serie di interventi per correggere e migliorare la sicurezza nell'assistenza al parto.

Ai cittadini Fazio ha voluto lanciare un messaggio rassicurante, ricordando come la sanità italiana offra nel complesso un'ottima assistenza alle donne. "Ci sono stati errori umani o inadeguatezze professionali da parte dei medici - ha dichiarato il ministro nel corso di un'intervista a Sky TG24 - ma partorire in Italia è sicuro, come dimostra uno studio pubblicato sulla prestigiosa rivista britannica *The Lancet* secondo il quale siamo uno dei Paesi, se non il Paese con la più bassa mortalità materna". "L'errore umano è sempre possibile, ma le linee guida ci sono, i controlli ci sono, i rapporti tra ministero e Regioni sono costanti", ha sottolineato, anticipando però l'intenzione di convocare un incontro con le Regioni per verificare la corretta applicazione delle linee guida che il ministero invia periodicamente alle Regioni.

Intervenendo poi, l'8 settembre scorso, alla trasmissione radiofonica "Radio Anch'io", che prendeva le mosse da una riflessione sul "caso Messina", il ministro ha annunciato anche provvedimenti di urgenza per definire meglio l'attività libero professionale all'interno delle strutture pubbliche. "È giusto che vi sia un rapporto tra pubblico-

"Partorire in Italia è sicuro", ha ricordato il ministro facendo riferimento ad una ricerca pubblicata sull'autorevole *The Lancet*. Ma per migliorare il sistema sta elaborando con le Regioni una serie di interventi che regolino i punti nascita, il ricorso al cesareo e anche la formazione dei futuri ginecologi

privato - ha detto Fazio -, ma va regolamentato con chiarezza e soprattutto con una rigida governance pubblica. La legge attuale è sicuramente migliorabile, e si potrebbero adottare provvedimenti urgenti per definire meglio queste questioni". Uno sforzo verso la trasparenza e la governance va fatto nei confronti di tutto il si-

stema, ha osservato il ministro, sottolineando come questa sia la condizione fondamentale per avere una sanità di qualità e a costi contenuti. "La cattiva sanità - ha osservato Fazio - costa tanto perché il suo obiettivo non è la qualità, ma gli interessi politici ed economici. Credo che tutti i presidenti delle Regioni lo abbiano capito e



Ferruccio Fazio

stiano facendo uno sforzo per combattere l'interesse privato nel pubblico. Un aspetto che interessa anche i medici e sul quale dobbiamo agire con tolleranza zero". Secondo il ministro, il caso di Messina "non è stato solo inaccettabile da un punto di vista sanitario, ma anche sotto l'aspetto civile, cioè dei rapporti umani e della vita, a maggior ragione quando sono coinvolti dei pazienti. L'ho già detto e lo ribadisco: spero che vengano presi provvedimenti disciplinari esemplari che siano anche un monito per l'intero sistema". E perché eventi del genere non si ripetano, il ministro ha assicurato che "ci impegneremo con le Regioni e con tutti gli strumenti a disposizione per garantire verifiche e provvedimenti severi dove ce ne sia bisogno". E le intenzioni annunciate da Fazio hanno cominciato a concretizzarsi nell'incontro svoltosi il 23 settembre scorso al ministero della Salute cui hanno partecipato i rappresentanti delle Regioni, nel corso del quale il ministro ha presentato il suo Piano per la sicurezza in sala parto (v. box a fianco), che sarà ora messo a punto da una apposita Commissione mista Ministero-Regioni. Y

FESMED: Sui fatti di Messina richiesto un incontro urgente al ministro Fazio

"Gli avvenimenti che hanno turbato nelle ultime settimane la sanità italiana ed in particolare i punti nascita hanno provocato uno stato di tensione nell'opinione pubblica e nella stessa classe medica. Non è esagerato sostenere che la situazione rischia di sfociare in una psicosi collettiva, tale da far considerare i medici come i responsabili di ogni evento avverso che si possa verificare durante il parto e la gravidanza più in generale.

Il recente episodio di aggressione fisica nei confronti del ginecologo di Messina, da parte del marito di una donna che aveva partorito da pochi giorni, secondo la Fesmed, rappresenta la spia di una situazione che richiede degli interventi immediati, al fine di ristabilire una corretta dinamica nei rapporti fra medico e paziente. Per questa ragione, il presidente Fesmed Carmine Gigli ha annunciato, il 20 settembre scorso, di aver chiesto un incontro urgente al ministro della Salute Ferruccio Fazio "per manifestargli la preoccupazione della categoria e proporgli delle possibili azioni che consentano di ridurre lo stato di apprensione delle donne in gravidanza e delle loro famiglie, nonché di restituire serenità ai medici ed a tutti i professionisti che operano nei punti nascita e nei consultori".

Nasce il tavolo Ministero-SIGO per la sicurezza in sala parto

Il primo passo sarà la messa a punto di protocolli per tutelare i cittadini, valorizzare le professionalità sanitarie e riportare serenità fra la popolazione dopo i casi di malasanità che hanno investito le sale parto nelle scorse settimane. Ad annunciarlo Giorgio Vittori, presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, il 22 settembre scorso.

L'istituzione di un tavolo permanente tra ministero della Salute e Sigo sulla salute materno infantile è stata accolta con grande soddisfazione da Vittori, che sottolinea come sia "indispensabile" che, dopo i casi di malasanità che hanno investito le sale parto nelle ultime settimane, la "Sigo e le Istituzioni, in particolare il ministero della Salute, passino dalla denuncia, dalla cronaca ad una strategia attiva e risolutiva che coinvolga media, pazienti e

► Segue a pagina 13

Il "Piano Fazio"

- 1. In tempi rapidissimi saranno inviate alle Regioni rigorose raccomandazioni sull'appropriatezza del parto cesareo, che preludono alle linee guida che sta elaborando l'Iss e che dovrebbero arrivare entro la fine dell'anno.**
- 2. Sempre in tempi rapidi il ministero invierà una circolare per ricordare alle Regioni di rispettare gli standard di sicurezza e qualità che prevedono che in ogni punto nascita siano effettuati almeno 1.000 parti all'anno.**
- 3. Le Regioni riceveranno una raccomandazione per l'aumento dell'offerta del parto indolore, anche allo scopo di ridurre il ricorso al cesareo.**
- 4. Per la riduzione dei tagli cesarei, soprattutto in termini di inappropriatezza, verrà inviato entro un mese un documento che raccoglie una serie di criteri per potenziare l'organizzazione dei punti nascita e per avviare un'attenta azione di monitoraggio sui cesarei effettuati. La riduzione dei tagli inappropriati non dovrà però essere troppo rapida, ma progressiva, per evitare problemi a livello organizzativo o confusione al momento di decidere le procedure da applicare per il parto.**
- 5. In collaborazione con la Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia) sarà elaborato un adeguamento dei programmi formativi nelle scuole di specializzazione in ginecologia, ostetricia e anesthesiologia allo scopo di promuovere tra la classe professionale le procedure ottimali in termini di qualità e appropriatezza. Si lavorerà sia sulla teoria che sulla pratica durante il tirocinio, con un'attenzione rivolta anche alla preparazione al parto nei confronti delle donne.**

Monica Bettoni, Direttore Istituto Superiore di Sanità

Troppi "affari" in sala parto

Le cronache di questi giorni riportano diversi casi drammatici di incidenti avvenuti durante o dopo il parto.

Ci colpiscono particolarmente perché riguardano giovani donne e bambini appena nati e trasformano in tragedie eventi che, di norma, sono gioiosi e densi di aspettative.

Al di là delle eventuali responsabilità individuali del personale sanitario che saranno accertate dalla magistratura, al di là della giusta indignazione per episodi incresciosi avvenuti in luoghi come la sala parto o la sala operatoria che richiedono, più di altri, massima calma e massima concentrazione; al di là della presunta negligenza

"Chi ha la responsabilità dell'organizzazione di una U.O. ma anche chi ha le responsabilità dell'azienda sanitaria deve dare regole e linee guida da seguire per evitare il ripetersi di tali situazioni"

messata in evidenza dalla stampa, vorrei far riflettere su due fatti. Il primo è che ogni giorno migliaia di professionisti, medici e dunque anche ginecologi e il personale sanitario tutto, svolgono con competenza e senza clamore il proprio lavoro, contribuendo a far sì che l'Italia abbia un posto elevato nella classifica sulla qualità del Servizio sanitario nazionale, e questo corrisponde all'interesse primario dei cittadini.

Il secondo fatto è che la gravidanza e il parto sono diventate ormai un vero mercimonio e ciò deve farci allarmare.

È su quest'ultima affermazione, che è ovviamente personale e che deriva dalla mia pregressa attività di medico e di parlamentare impegnato nel settore della sanità, che vorrei svolgere alcune osservazioni.

Ben ha fatto il Ministro della Salute a sottolineare che c'è un

Il direttore dell'Iss interviene sulle problematiche dell'evento nascita: "Più attenzione alle esigenze della donna e separazione netta tra pubblico e privato nella professione medica"

problema di rapporto pubblico-privato nelle strutture sanitarie pubbliche che va ulteriormente regolamentato.

Allora bisogna capire bene quello che accade e che ruota intorno alla maternità e al parto.

All'annuncio della gravidanza la donna e la coppia hanno, fra le prime preoccupazioni, che tutto si svolga regolarmente per la salute della donna e del nascituro e si rivolgono al ginecologo.

Nella stragrande maggioranza dei casi con quest'ultimo il rapporto è privatistico, sia che avvenga in intramoenia che all'esterno ed il professionista viene remunerato per le prestazioni rese.

Raro, se non in presenza di marcata difficoltà finanziaria della coppia, che ci si rivolga all'ambulatorio della Asl. In primo luogo perché nella struttura pubblica, per come è organizzata, è difficile poter conservare un rapporto sempre con la stessa persona cui si dà fiducia.

In secondo luogo perché ormai di consultori ce ne sono veramente pochi.

Al rapporto col ginecologo a volte, soprattutto in alcune zone del Paese, si affianca un identico rapporto con l'ostetrica a cui si pensa come ad una persona che, in quanto spesso donna e professionalmente competente, può accompagnare la neomamma nei giorni successivi al parto insegnando quelle "manovre" necessarie per la cura del neonato e per la sua nutrizione.

Poi arriva il momento del parto

ed ecco che possono insorgere i problemi.

Se la coincidenza fortuita dei turni di guardia fa sì che al parto possa essere presente lo stesso ginecologo che ha seguito la donna per tutta la gravidanza, questa si sente rassicurata e l'evolversi degli eventi sarà strettamente correlato alle capacità professionali del medico. Ovviamente ciò non significa che non possano verificarsi eventi minacciosi per la vita della donna e del nascituro indipendenti dalla perizia del professionista.

Se invece il ginecologo di fiducia accompagna la donna in sala parto, magari dietro corresponsione di una lauta parcella, possono insorgere divergenze di pareri sulla condotta terapeutica da tenere con il gineco-

logo di turno su cui grava la responsabilità degli atti compiuti sulla paziente.

E qui, nella concitazione legata ad eventuali emergenze, nella delicata fase di dover prendere decisioni rapide e corrette, possono insorgere conflitti che solo soggetti non responsabili spingono alle estreme conseguenze, ma che sono comunque potenzialmente pericolose. Che fare?

Intanto chi ha la responsabilità dell'organizzazione di una uni-

tà operativa ma anche chi ha le responsabilità dell'azienda sanitaria deve dare regole e linee guida da seguire per evitare il ripetersi di tali situazioni.

Ma occorre per evitare il "supermarket delle gravidanze", che peraltro incrementa la spesa sanitaria in termini di eccesso di ricorso a prestazioni diagnostiche e terapeutiche nonché a tagli cesarei.

L'elevato e non appropriato numero dei tagli cesarei praticato in Italia ha ovviamente varie cause; tra le possibili anche che questa procedura, quasi sempre programmabile, è congeniale a quanto ho prima descritto.

Credo allora che il problema debba essere affrontato in altre due direzioni.

Da un lato umanizzare le strutture pubbliche: occorre pensare infatti ad una organizzazione che consenta un rapporto fiduciario anche con il medico della strut-

tura pubblica senza richiedere a quei medici che lo consentono un surplus di lavoro e senza, d'altro canto, per il paziente, dover ricorrere per forza all'intramoenia. Dall'altro continuo a pensare e oggi più che mai che sia necessaria

una più chiara e netta separazione tra pubblico e privato nella professione medica.

Il riconoscimento del valore sociale della maternità che ha caratterizzato il nostro tempo deve indurci a studiare ed elaborare dei processi nuovi che nel mondo complesso della buona sanità italiana permettano un percorso "privilegiato" alle donne in gravidanza anche nel servizio pubblico. **Y**



Monica Bettoni



Francesco Benedetto Fucci, Commissione Affari Sociali, Commissione d'inchiesta sugli errori sanitari

La priorità? Riorganizzare la rete dei Punti nascita

Onorevole Fucci nel suo intervento su *Gyneco*, solo pochi mesi fa (*GynecoAogoi* 5/2010) aveva indicato come prioritaria "la riorganizzazione e riqualificazione della rete dei punti nascita. Soprattutto al Sud, dove persiste un eccesso di centri dove viene effettuato un numero di parti molto marginale". Quasi una premonizione, alla luce delle vicende di malasanità che hanno investito successivamente i punti nascita di tutta Italia, ma in particolare del Mezzogiorno. Conoscere i problemi non significa poterli facilmente risolvere. Oggi, però, il miglioramento della qualità dell'assistenza nel comparto materno infantile in generale e la riqualificazione dei punti nascita, in particolare, sembra essere a un vero punto di svolta. Da tragedie come queste bisogna ripartire, per evitare, nella maniera più assoluta, il ripetersi delle stesse. Per questo mi auguro che lo specifico filone di indagine che ho promosso presso la commissione di inchiesta per approfondire l'analisi sui punti nascita, anche con il contributo dei consulenti della Sigo, possa in tempi brevi metterci in grado di avviare un serio progetto di riorganizzazione e riqualificazione di tutta la rete dei punti nascita. A partire dal Mezzogiorno.

Il lavoro di ricerca, verifica e analisi dei dati è complesso, ma sono certo che la sinergia con le società scientifiche, peraltro già consolidata, renderà più agevole questo percorso.

Io mi considero "un ginecologo prestato alla politica", è perciò nel mio Dna di medico ritenere che la sinergia tra Parlamento e società scientifiche sia essenziale, direi imprescindibile, per rivedere e migliorare l'assetto delle attività medico-assistenziali nell'area materno infantile.

Qual è il punto di partenza di questa indagine?

Il punto di partenza è quantificare il numero totale dei punti nascita e monitorare il numero di parti che avvengono annualmente in ogni centro. La soglia minima per avere garanzia di servizi ottimali è di almeno 800-1.000 parti l'anno mentre i dati in possesso della Commissione parlamentare attestano che in Italia il 66% dei centri di maternità svolge meno di 1.000 parti all'anno e mediamente ogni anno più di un parto su quattro avviene in queste strutture. Sarebbe auspicabile avere meno punti nascita ma tutti superefficienti, perché la sanità è fatta anche di esperienza e tecnologia. Elementi questi che, so-

E riguardo alla regolamentazione del rapporto pubblico-privato nelle strutture sanitarie pubbliche, afferma Fucci in questa intervista: "occorrono linee guida ben definite e uniformi su tutto il territorio che prevedano, nel contesto più ampio dell'umanizzazione delle strutture pubbliche, anche la possibilità per i medici di fiducia di essere presenti al parto della propria paziente"



prattutto nei piccoli centri parto, tendono ad essere scarsi, a discapito della sicurezza delle donne e dei neonati. L'indagine è decollata e abbiamo già elaborato un questionario che sarà inviato a tutte le Regioni per comprendere la situazione organizzativa e gestionale dei punti nascita.

I vari interventi riguardo ai recenti tragici eventi di "malasanità" fanno emergere una problematica urgente: la necessità

di regolamentare ulteriormente il rapporto pubblico-privato nelle strutture sanitarie pubbliche. Sì, questo è un punto cruciale, come ha sottolineato il Ministro Fazio e come è emerso dai vari interventi qui pubblicati. Soprattutto in considerazione del rapporto fiduciario che lega il ginecologo curante alla gestante. Nel più ampio e variegato contesto di umanizzazione delle strutture pubbliche, che va for-

temente migliorato, credo infatti che occorra prevedere la possibilità per il medico di fiducia di essere presente al parto della propria paziente, anche se non di turno o anche se esterno alla struttura sanitaria stessa.

Bisogna infatti dare risposta all'esigenza, fortemente sentita dalla donna, di avere accanto, nel momento forse più importante di tutta la sua vita, il ginecologo che l'ha seguita nei nove mesi di gravidanza.

Questo certo pone dei problemi di tipo organizzativo, e inoltre non dobbiamo dimenticare che da un punto di vista medico-legale la responsabilità della gestione è sempre del medico di turno. Per questo la materia va riesaminata e armonizzata, con linee guida chiare e uniformi su tutto il territorio, nel rispetto dei ruoli e delle regole organizzative di un reparto.

Il settore materno infantile nel suo complesso comunque, vorrei ribadirlo, attende una riforma urgente che punti alla qualità del percorso nascita e alla messa in sicurezza dei punti nascita attraverso una serie di misure che superino anche la precarietà organizzativa che si registra nelle aree di urgenza ed emergenza ostetrica e neonatologica, soprattutto nel nostro meridione.



Benedetto Francesco Fucci

Per "un ginecologo prestato alla politica", la sinergia tra Parlamento e società scientifiche è la base di partenza per migliorare l'assetto del comparto materno infantile

IL COMMENTO

IL MEDICO

"Il parto non è che l'epifenomeno di un vissuto di nove mesi"

Rosalba Paesano

Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università di Roma "La Sapienza", resp. Uos Gravidanze a rischio Casa di cura "Fabia Mater"

Una volta Umberto Eco disse, riguardo al rapporto tra i bambini e la televisione: "Ancora non si sa se la televisione fa male ai bambini, ma è certo che i bambini fanno male alla televisione". Se ri-

ferissimo questa affermazione al rapporto tra sanità e televisione, le conclusioni però sarebbero rovesciate: la televisione fa male alla sanità.

La partecipazione dei medici invitati ai vari talk show è ormai un refrain buono ad alimentare quell'esibizionismo "sensazionalistico" di cui la Tv (e non solo) si nutre, con il risultato di prospettare possibili *passpartout* contro la morte, formule magiche per l'immortalità.

Anche se sappiamo bene che non è così. La morte esiste e colpisce in vario modo: si può morire di fango, per una buca o una pietra lanciata da qualche viadotto... e si può morire in una sala parto. La cronaca ci ha fatto abituare alla morte "inusuale" ma ci fa sconvolgere per quella "usuale": morire per malattia. Si può obiettare che il parto non

è una malattia, ma nel momento in cui si muore lo è, o forse lo era o lo è diventata.

Se continuiamo a vedere il parto come un momento staccato dalla storia clinica di quella donna prima e durante la gravidanza, perdiamo le tracce dell'assassino. Il parto non è che l'epifenomeno di un vissuto di nove mesi, la cui lettura, nonostante le recenti acquisizioni scientifiche, risulta ancor oggi difficile da decodificare in assenza della conoscenza della storia clinica della partoriente (vedi un'emergenza in un Pronto Soccorso di I Livello). Ho partecipato molte volte a Commissioni che dovevano elaborare Linee Guida per i controlli, i test diagnostici e le varie terapie per una miglior gestione della gravidanza. L'armonia nel controllo globale della gravidanza e del parto è stata in genere disattesa per un'impossibilità eco-

nomica a realizzare il progetto. In un Paese civile ci si aspetta che, al momento dei tagli finanziari, qualcuno richieda agli "esperti" cosa eliminare e se la loro eliminazione in una Linea Guida potrà avallare quei comportamenti che, di certo, non rappresenteranno "la buona pratica medica". Gazzette ufficiali hanno a volte sancito quel poco che si poteva fare, come il meglio o l'indispensabile per seguire una gravidanza, dando, così, uno strumento legale inoppugnabile per "la cattiva pratica medica". Il parto non è che un momento conclusivo di tutta una gravidanza e se non si conosce bene l'una è molto probabile che si possano commettere errori anche per l'altro. Fino a quando non saremo convinti di questo continueremo a leggere: "Ancora oggi si può morire di parto".



IL COMMENTO

L'AVVOCATO

Tra i due litiganti... il terzo muore

Vania Cirese

Avvocato Foro di Roma

Apochi giorni di distanza dalla lite tra i medici che a Messina ha fatto ipotizzare un ritardo nell'effettuazione del cesareo con conseguenti danni al neonato ed asportazione dell'utero alla mamma, un'altra struttura ed un'altra equipe sanitaria, a Roma, è stata teatro di un nuovo episodio la cui inquietante descrizione di malasana sulla cronaca giornalistica suscita sconcerto, allarme e martellanti interrogativi.

Per entrambi i casi, a fronte dello scalpore destato, è stato disposto l'invio di ispettori regionali e a livello del governo centrale si è attivata la Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari che procederanno



di pari passo all'attività inquirente della magistratura per far luce sull'accaduto, dare delle risposte ai genitori (il cui dolore e la cui rabbia non può che suscitare rispetto e solidarietà). Non è compito semplice delineare il quadro di responsabilità all'emersione di queste punte di iceberg che nuovamente pongono alla ribalta il problema della gestione del rischio clinico in sanità, dell'efficienza e della sicurezza delle cure e dell'assistenza nei presidi ospedalieri pubblici e nell'ospedalità privata. Diverse e complesse sono le problematiche da affrontare, non solo per identificare e sanzionare eventuali condotte censurabili dei singoli o della struttura, ma soprattutto per costringere i responsabili coinvolti nei vari livelli decisionali ad affrontare con un approccio sistemico ed indifferibile il nodo dell'organizzazione del Ssn nel nostro paese, le fragilità, i versanti che attendono un'impellente e compiuta riforma, ed una più corretta interazione di funzioni tra Stato, Regioni e Presidi ospeda-

lieri, per garantire condizioni di lavoro serene e soddisfacenti agli operatori sanitari, affinché erogino ai pazienti le cure più appropriate in sicurezza.

Il nostro Ssn attende da tempo pronte risposte alla ricorrente mancanza di organizzazione delle strutture che più di ogni altra causa incide sulla resa delle prestazioni professionali nel clima di precarietà nella risoluzione delle emergenze che troppo spesso i sanitari sono costretti ad affrontare con sforzi solitari e personali in assenza di protocolli, chiare disposizioni, programmazione affidabile su cui poter contare.

Il nostro Ssn attende disposizioni normative sull'assicurazione obbligatoria per la struttura, su fondi regionali obbligatori per l'indennizzo dei pazienti con danni gravi (come bambini cerebrolesi!) che necessitano di assistenza tutta la vita e che derivano le loro lesioni dall'"alea terapeutica" ossia da quei tanti temuti rischi insiti nella metodica, o nella patologia e non riconducibili a condotte negligenti o imperite degli operatori sanitari.

Il nostro servizio sanitario attende da troppo tempo un sistema obbligatorio di monitoraggio, prevenzione e gestione dei rischi e degli eventi avversi per ridurre se non eliminare, quelli che sono i danni ricorrenti ai pazienti.

Finché tutti i presidi ospedalieri non saranno tenuti, per obbligo sanzionato in caso di violazione, ad istituire delle attrezzate unità di identificazione e gestione del rischio clinico con mezzi ed organico a ciò deputati, finché non ci sarà un osservatorio a livello regionale che funga da collettore dei risultati fruibili per emettere circolari, direttive, raccomanda-

zioni ed applicare sanzioni a fronte di casi di reale responsabilità dei singoli, dell'equipe o della struttura disorganizzata, finché non ci sarà un organismo (agenzia) a livello governativo per coordinare e vigilare su una coerente ed efficiente politica sanitaria, ne faranno ancora le spese i singoli medici ed i singoli pazienti, gli uni e gli altri lesi nei diritti della persona.

Dalle Regioni e dal Ministro ci attendiamo, oltre alle doverose inchieste sul personale sanitario e alla indiscutibile solidarietà ai danneggiati, improrogabili riforme al passo con gli orientamenti dell'Unione europea.



IL GIORNALISTA

Naturale, cesareo o con rissa?

Cesare Fassari

Messina e Roma e poi altri casi sospetti, fino alla notizia della recente condanna di due ginecologi a Cagliari. Parti finiti in tragedia. Diverse situazioni, diversi quadri clinici ma un dato comune che sembra unire le due vicende: quello della rissa tra sanitari. "Naturale, cesareo o con rissa?"

Così ha sintetizzato il nostro Vincenzo nella vignetta pubblicata a fianco centrando l'aspetto paradossale della vicenda. Se fino a ieri malasana voleva infatti dire malpractice e quindi inesperienza, disorganizzazione, mal funzionamento dei macchinari e così via, dopo gli ultimi episodi sembra affermarsi una nuova fattispecie: quella del tasso di litigiosità in corsia.

Ma le cose stanno realmente così? Quanto accaduto a Messina è clamoroso. Ha avuto testimoni diretti che hanno potuto confermare il litigio tra i due medici in sala parto. Quanto accaduto a Roma, invece, è tuttora avvolto nel dubbio. E per quanto concerne

Cagliari il caso risale addirittura al 2004 ed è bene attendere di leggere il dispositivo della sentenza di condanna prima di emettere verdetti approssimativi sulle motivazioni e sui capi di imputazione reali. Ma anche nel caso di Cagliari il titolo della stampa è stato secco "Ginecologi condannati per una lite in sala parto".

Ma torniamo al caso del Policlinico Casilino di Roma. Il litigio di cui ha parlato il papà del bimbo non ha testimoni e in ogni caso si sarebbe svolto prima dell'intervento e quindi senza alcuna ricaduta diretta sull'andamento del cesareo come, ma anche questo è oggetto di indagini, sembrerebbe sia accaduto a Messina.

Ma ormai la notizia è esplosa: in corsia si litiga, per soldi come sembra nel caso di Messina o per decidere se e quando intervenire come nel presunto caso romano, e chi ci rimette sono i pazienti.

Ho parlato con il primario neonatologo del Policlinico Casilino, Piermichele Paolillo. Nei giorni dei fatti era in ferie e quindi non era presente in ospedale al mo-

mento dell'episodio raccontato dalla stampa. Nonostante ciò, raggiunto telefonicamente da un giornalista mentre era per l'appunto in ferie, non si è tirato indietro e, dopo aver parlato con i colleghi che lo sostituivano a Roma, ha messo le sue parole e la sua faccia davanti ai riflettori per spiegare quanto accaduto. La sua versione dei fatti appare subito molto diversa dalle drammatiche ricostruzioni giornalistiche. La rissa non c'è stata, a meno di non chiamare tale un normale confronto tra colleghi sul

momento più opportuno per effettuare il cesareo. L'intervento è stato eseguito a regola d'arte, come tutte le procedure post operatorie per monitorare il neonato che presentava fin da subito un

quadro clinico preoccupante. E poi un'escalation purtroppo nefasta. "Purtroppo in ospedale si muore - mi dice oggi Paolillo - e noi, che operiamo in neonatologia d'emergenza con centinaia di gravidanze ad altissimo rischio ogni anno, ne vediamo di casi drammatici come questo". "Ma di tutto ciò - sottolinea Paolillo - non si tiene conto, nella forsennata ricerca di uno scoop che agganci la notizia di prima pagina. Poco importa se nel tritacarne mediatico ci finiscono dentro professionisti e strutture che non hanno fatto nulla di cui vergognarsi".

Parole semplici e chiare che penso riflettano lo stato d'animo di molti medici che da anni sono oggetto del film della malasana. Intendiamoci, in Italia ci sono aree intere del sistema sanitario con grosse pecche di efficienza e qualità. Ma se è vero che medici e operatori sanitari a volte sbagliano, da noi come in ogni parte del mondo, è altrettanto vero che non è umanamente possibile prevenire "tutti" gli errori e a fronte

di alcuni specifici casi di vera malasana (non solo errori ma anche truffe e raggiri spregiudicati sulla pelle degli ammalati), la stragrande maggioranza degli episodi contestati in tribunale finisce con l'assoluzione di medici e sanitari.

Per questo continuo ad essere convinto che la malasana in Italia sia un fenomeno più mediatico che reale, come ho già avuto modo di scrivere su *Gyneco* (cfr. numero 1/2010). Ma questo non toglie che la questione esista e che, soprattutto, è l'insieme dei medici e del sistema sanitario, un insieme sano, efficiente e di qualità, a subire un danno incalcolabile in termini di calo della fiducia tra i cittadini.

Nello stesso tempo, scaricare ogni colpa sui media, è facile ma altrettanto inutile perché, comunque, alla fine, ognuno fa il suo mestiere e quello del giornalista è prioritariamente quello di dare notizie.

Il punto è che oggi a differenza del passato, non possiamo più contare su un'aura di virtù e autorevolezza indiscussa in capo alla categoria medica che, a torto o a ragione, ha costituito per decenni una barriera invalicabile alla messa in discussione del suo operato. Non è più così. La stima, la fiducia, la credibilità del medico sono



“Dopo Messina e Roma si afferma una nuova fattispecie: quella del tasso di litigiosità in corsia. Ma le cose stanno realmente così?”

► Segue a fianco



Sbatti il mostro in Tv

“Parti da incubo”

■ La trasmissione andata in onda nell'ambito del programma “Domenica 5”, su Canale 5, dal titolo Morire di Parto “ha molto disorientato la nostra Associazione che si è sentita coprire di denunce improprie e inopportune, altamente lesive della nostra dignità”. Così il presidente Aogoi ha commentato la puntata televisiva condotta da Barbara D'Urso, che nella parte dedicata all'attualità ha trattato il tema: “Parti da incubo”. Presenti oltre al Senatore Ignazio Marino, anche l'On. Alessandra Mussolini, in teleconferenza, e coppie di genitori “che hanno proceduto ad una serie di accuse contro i ginecologi italiani presentati, genericamente e collegialmente, come i

responsabili di ogni episodio di malasanità”. Per verificare il significato di questa trasmissione, ha precisato Monni “abbiamo richiesto in via bonaria a Mediaset la copia del video in questione per valutare l'opportunità di eventuali denunce-querelle ma ci è stata dichiarata la precisa volontà di non farci pervenire detto materiale”. “Quello che è stato trasmesso è stato un programma altamente lesivo della nostra dignità e professionalità in cui – ha sottolineato con rammarico Monni – l'unica che ha speso qualche parola a nostro favore è stata l'On. Mussolini mentre il Sen. Marino presentava concetti che offendevano

l'operato di tutti i ginecologi Italiani e della categoria medica tutta. Nè il conduttore né il Direttore Responsabile della rete hanno ritenuto doveroso invitare a partecipare alla trasmissione alcun rappresentante legittimo dei ginecologi Italiani conducendo quindi un dibattito fazioso e tendenzioso”. Per questo l'Aogoi, che rappresenta oltre 5.700 ginecologi Italiani su circa 8.000 operanti su tutto il territorio, ha deciso di dare mandato al suo ufficio legale “per difendere la nostra Associazione e per riportare il tema ad una logica di chiarezza e revisione critica equanime che non tenda solo a posizioni accusatorie spietate ed unilaterali”.

► Segue

ormai quotidianamente messe in discussione e valutate, e non sempre con raziocinio e scientificità, quanto con approssimazione e voglia violenta di rivalsa. A partire dai pazienti.

I media vivono nel mondo e dal mondo assorbono logiche e tendenze. Con una innata propensione alla serializzazione, anche artificiale, dei fatti. E indubbiamente la suggestione della “rissa in corsia” è stata troppo forte per non essere colta al volo da fantasiosi titolisti.

Ma questa è la realtà in cui viviamo, con la quale si deve imparare a confrontarsi, anche se non ci piace. E c'è solo una via per farlo mantenendo la schiena dritta: quella di ritrovare la stima e l'orgoglio di una professione straordinaria ma molto, molto difficile. **Y**

► Segue da pagina 9

Nasce il tavolo Ministero-SIGO per sicurezza in sala parto

professionisti”.

“La salute della donna e del bambino – ha aggiunto il presidente della Sigo – è prioritaria per il futuro stesso di un Paese e le conseguenze di un'insufficiente attenzione e di scarsi investimenti potrebbero essere pesantissime ed imprevedibili. Lo dimostra la decisione odierna dell'Onu di destinare a questo obiettivo 40 miliardi di dollari nei prossimi 5 anni”.

Il primo passo del tavolo sulla ginecologia e l'ostetricia sarà la messa a punto di protocolli per tutelare i cittadini, valorizzare le professionalità sanitarie e riportare serenità fra la

popolazione. “I recenti episodi drammatici che hanno coinvolto alcuni punti nascita stanno scuotendo tutti: medici, pazienti e Istituzioni”, ha osservato Vittori, secondo il quale “le cronache hanno mosso le emozioni e ingenerato preoccupazione e perplessità per casi di presunta malasanità che colpiscono il settore materno-infantile”. Rispetto a queste vicende la Sigo, che rappresenta oltre 6000 ginecologi di tutti i settori, “esprime la più profonda partecipazione al dolore di tutte le persone coinvolte in questi veri e propri disastri e propone soluzioni positive”. E sottolinea l'urgenza di trovare una risposta che, però, osserva Vittori, “deve essere di sistema e non va formulata sulla singola emergenza: parlare di tasso di taglio cesareo, di mortalità

“Vittori: Dobbiamo muoverci come l'Onu e tutelare donne e bambini

materna e perinatale, di isterectomie senza citare la rete dei punti nascita, i livelli assistenziali di riferimento, le risorse disponibili, tasso di fecondità, l'età media della prima gravidanza, la situazione demografica, antropologica e sociale dei nostri tempi rischia di essere uno sterile esercizio. Da alcuni anni abbiamo instaurato una comunicazione con le Istituzioni preposte (presidenza del Consiglio, ministero della Salute, ministero delle Pari

Opportunità, ministero della Gioventù, ministero della Ricerca e della Pubblica Istruzione, Istituto Superiore di Sanità, Agenas) per sensibilizzare tutti alla complessità crescente del settore materno infantile e della salute della donna e sulla necessità di intraprendere tempestive strategie speciali e prioritarie. È giunto il momento di metterla a frutto per formulare risposte adeguate a quanto tutti si aspettano, il tavolo permanente è lo strumento più adatto”.