



ALLO STUDIO UN NUOVO ASSETTO DELL'EMERGENZA SANITARIA

Codici bianchi e verdi fuori dai pronto soccorso

Dopo l'indagine del Senato, il ministro Fazio lancia la sua proposta. I sindacati medici plaudono ma chiedono più risorse per gli organici e una riforma strutturale

Rete ospedaliera

Dall'Agenas la proposta per riorganizzare la sanità nelle Regioni vincolate ai piani di rientro

Banche cordonali

La Stato-Regioni approva le Linee guida per l'accreditamento delle banche pubbliche. Ma sulla conservazione autologa del Sco nelle banche private estere il monito dell'Aogoi: settore da regolamentare

Lavori usuranti

Per la Fesmed il decreto sui lavori usuranti, in vigore dal 26 maggio, disattende le aspettative della categoria

Presidenti

Luigi ALIO, Antonio PERINO, Massimo PETRONIO

Presidenti Onorari

Ettore CITTADINI, Vincenzo GIAMBANCO, Gamal SEROUR

Coordinatori Scientifici

Adolfo ALLEGRA, Francesco RASPAGLIESI, Nicola RIZZO

Segreteria Scientifica

Giuseppe CALÌ, Giuseppe CANZONE, Gaspare CUCINELLA
Michele GULIZZI, Antonio MAIORANA, Renato VENEZIA

Segreteria Organizzativa



Via Lucilio, 60 • 00136 Roma
tel. 06 355301 • fax 06 35340213
sigo2011@triumphgroup.it



PRIMO ANNUNCIO

SIGO 2011

PALERMO



Presidenti: Luigi ALIO, Antonino PERINO, Massimo PETRONIO

DONNE OLTRE LE PARI OPPORTUNITÀ SOCIALI, PROFESSIONALI ... BIOLOGICHE

87° Congresso SIGO

19° Congresso AGUI

52° Congresso AOGOI

25-28 settembre 2011 • Centro Polididattico • Università di Palermo

Gentili colleghe e colleghi,

siamo orgogliosi di attendervi a Palermo in occasione dell'87° Congresso SIGO, evento che acquista un particolare significato in quanto ultimo appuntamento della Ginecologia Italiana prima del FIGO 2012, a Roma. È nostra intenzione, in tale prospettiva, promuovere un livello culturale, scientifico ed organizzativo adeguato a rappresentare il prologo del Congresso mondiale. Per noi inoltre, e per tutta la comunità scientifica palermitana, il ritorno del Congresso SIGO a Palermo, dopo 16 anni, è fonte di indubbia soddisfazione. Il precedente, del 1995, ci piace ricordarlo, fu il primo Congresso della Federazione SIGO-AOGOI-AGUI, momento di ripensamento dei ruoli e di unione che auspichiamo si rinnovi dove ebbe inizio.

Il tema del Congresso è di evidente attualità e di recente il Ministro per le Pari Opportunità ha ricordato come dalla politica e dalle istituzioni ci si attendono interventi a sostegno delle donne gravate dal duplice impegno, familiare e lavorativo, in modo da accelerare la costruzione di una società effettivamente paritaria. Non si può infatti considerare sufficiente ciò che pure avviene in ambiti circoscritti, come le Facoltà mediche e le Scuole di alcune specialità, inclusa la nostra, in cui il sorpasso numerico delle donne sugli uomini è già realtà. Qualche sociologo ha anzi attribuito tale dato alla perdita di fascino e di lucro di determinate professioni.

Le pari opportunità incontrano il costante dialogo tra natura e cultura: ai vantaggi di ruolo corrispondono talora svantaggi biologici. Aumenta l'età media del primo figlio e diminuisce la natalità collettiva; la prevalenza dell'endometriosi è in costante aumento; le malattie ischemiche, un tempo prevalenti nel sesso maschile, colpiscono sempre più le donne in età postfertile.

Nel Congresso si cercherà pertanto di orientare i temi ad una Ginecologia dinamica, al corrente con i tempi: prevenzione delle MTS e vaccino anti-HPV; trattamenti oncologici compatibili con una qualità di vita accettabile; contraccezione ed interruzione di gravidanza, anche alla luce degli aggiornamenti farmacologici; problematiche medico-legali, a sostegno di progetti di depenalizzazione. I colleghi più giovani usufruiranno di spazi dedicati, monotematici, a conclusione di lavori condotti in collaborazione con centri esteri e che si concluderanno con la assegnazione di borse di studio ai più meritevoli.

Palermo ha una consolidata tradizione di accoglienza, che contiamo naturalmente di confermare, grazie anche ad una dotazione alberghiera ampliata negli ultimi anni. Palermo è città-capitale fin dalla dominazione araba, per diventarlo stabilmente dal regno normanno alla corte illuminata di Federico II di Svevia, dai primi aragonesi ai Viceré spagnoli; ha ospitato un'aristocrazia, magari socialmente discutibile, ma che la ha ornata di splendide magioni dentro e fuori la mura; è stata meta obbligata dei gran-tour degli intellettuali romantici (Goethe, nel "Viaggio in Italia" scrisse che l'Italia senza la Sicilia non poteva essere compresa e giudicò Monte Pellegrino "il promontorio più bello del mondo"). Tanti di questi spazi e di questi edifici vi attendono come cornice necessaria e mondana di un importante evento scientifico. Accompagnatrici ed accompagnatori avranno ancora la opportunità di rilassarsi nello shopping in una città sempre sensibile all'eleganza ed al buon gusto.

Vi attendiamo numerosi a settembre 2011, aperti ai vostri suggerimenti, per tracciare insieme la rotta verso FIGO-Roma 2012.

Luigi Alio, Antonio Perino, Massimo Petronio

Editoriale

di Vito Trojano Presidente AOGOI



Un albero dalle radici profonde

Sono molti gli argomenti di sicuro interesse che il mese di maggio, non ancora concluso, ci ha riservato e che troviamo qui proposti. Ad iniziare dalla costruenda riforma dell'emergenza-urgenza. Quello che il ministro Ferruccio Fazio ha definito il "quarto livello", che deve aggiungersi ai tre macrolivelli della sanità già esistenti: la prevenzione, l'assistenza territoriale e quella ospedaliera. Il sistema è ormai in ginocchio. L'urgenza di un'efficiente organizzazione in rete di tutto il sistema è stata sollecitata da un'indagine conoscitiva svolta dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato, di cui sono consulente tecnico, e presentata di recente a Palazzo Madama alla presenza del ministro della Salute. Lo studio portato avanti dai senatori non si è limitato a scattarne un'accurata fotografia ma contiene una serie di proposte suddivise per macroaree. Tra le criticità evidenziate nell'indagine che più ci toccano da vicino, vi è l'organizzazione del trasporto neonatale in emergenza, in quei casi in cui non sia possibile attuare un'anticipata previsione del rischio, che è carente o assente in molte regioni italiane. La prima esigenza forte è quella di ottimizzare il numero dei punti nascita e di assicurare la concentrazione delle gravidanze a rischio e il servizio di trasporto in emergenza del neonato e delle gestanti a rischio. Il recente incontro tra il ministro Fazio e le organizzazioni sindacali dell'area medica ospedaliera e del territorio, per discutere le linee di intervento atte a riformare la rete dell'emergenza, si è svolto all'insegna della condivisione. Anche se per metter mano a un così complesso quadro multifattoriale, occorrerà, come ha sottolineato la nostra categoria, mettere in moto un ampio spettro di azioni, da sostenere con risorse adeguate. La promozione dell'allattamento materno è un altro argomento su cui vorrei soffermarmi. Il basso tasso di allattamento al seno, registrato soprattutto nel Sud Italia, può forse apparire un tema di poco rilievo nel contesto dei tanti problemi (hot topics!) di cui è irto il percorso nascita. Ma così non è. I vantaggi dell'allattamento materno per la salute fisica e psico-affettiva del bambino (ed anche della mamma) sono indubbi. Come ho avuto modo di sottolineare nel corso della mia partecipazione alle iniziative della campagna itinerante, promossa dal ministero della Salute e decollata proprio dalla mia regione, Sigo e Aogoi la ritengono una priorità di grande impatto sulla salute pubblica: da valorizzare tra tutti i medici, a tutti i livelli. Tra le nostre iniziative più importanti voglio ricordare il primo convegno congiunto Unicef-Sigo "Allattamento materno e ospedali amici dei bambini: dieci passi insieme per la qualità del percorso nascita", organizzato a Palermo nell'aprile 2010 a seguito del protocollo siglato al nostro congresso nazionale di Bari, l'anno precedente. Non mi dilungherò sugli altri temi a cui questo numero ha

► Segue in ultima



Indice numero 3-2011

Primo piano

- 4 Il riparto taglia il traguardo**
La Conferenza Stato Regioni raggiunge l'accordo sulla suddivisione del Fsn 2011
- 5 PRONTO SOCCORSO**
Attese lunghe anche 7 ore. Il Nord più veloce ed efficiente
L'indagine conoscitiva del Senato sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza urgenza
- 7 Riforma del sistema di emergenza-urgenza: i sindacati incontrano Fazio**
- 8 La sanità: "osservato speciale"**
La spesa sanitaria nel Documento di economia e finanza
- 9 La proposta Agenas per riorganizzare i servizi sanitari**
- 10 Vaccini. Medici, non abbiate paura**
La giornata di lavoro promossa dal ministero della Salute nella settimana europea della vaccinazione
- 11 Enpam: nel 2012 scatterà la riforma delle pensioni**
- 12 Ecco come funziona l'alternativa al contenzioso medico legale**
A Como va in scena la conciliazione in sanità. Presto una scuola Fnomceo per mediatori
- 13 Conciliazione in sanità: criticità e spunti di riflessione**
di Mina Maisto
- Errori medici: "Sia la struttura a rispondere degli errori. Non il medico"**
A colloquio con Antonio Lepre

Professione

- 15 BANCHE CORDONALI**
Arrivano le linee guida per l'accreditamento
Il documento approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 20 aprile scorso
- 16 Cnt e Cns propongono un Position Statement**
Ma Sigo, Aogoi e Agui avanzano critiche su questa proposta di posizione sulla raccolta e conservazione del sangue cordonale
- 17 Chiantera: "Presto delle nostre Raccomandazioni"**
Intervista al segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera
- 18 "Un futuro punto di riferimento per tutto il centro-sud del Paese"**
Inaugurata la prima Bio-Banca del tessuto ovarico del Lazio
- 19 Allattamento al seno: al via campagna del ministero della Salute**
- 20 La Medicina basata sull'evidenza e aspetti medico-legali**
di Vania Cirese
- 22 Colpa professionale per omessa diagnosi**
di Pier Francesco Tropea
- 23 La disabilità: una nuova sfida per l'ostetrica di comunità**
di Giusy Di Lorenzo
- 24 Niente "lavori usuranti" per i medici**
di Carmine Gigli
- 25 Il Ginecologo ostetrico medico preventivo, Formazione e Servizi ad hoc**
Presentazione del 2° Congresso Nazionale AGITE
- 26 "Nessuno di noi è un'isola"**
Report del 1° Corso interattivo di Ostetricia e Ginecologia (Capri, 9-11 maggio 2011)

Rubriche

28 Meditazioni di G. Gragnaniello / **Cinema** di A. Marra / **29 Fatti & Disfatti** di C.M. Stigliano



NUMERO 3 - 2011
ANNO XXII

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Vito Trojano
Direttore Scientifico
Felice Repetti

Comitato Scientifico
Giovanni Brigato
Antonio Chiantera
Valeria Dubini
Carlo Sbiroli
Direttore Responsabile
Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: gynecoagoi@hcom.it
Pubblicità
Publiem srl
Centro Direzionale Colleoni
Palazzo Perseo 10
20041 Agrate (Milano)
Tel. 039 6899791
Fax 039 6899792

Editore
Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa
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: maggio 2011
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



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

La Conferenza Stato Regioni raggiunge l'accordo sulla suddivisione del Fsn 2011

Per Asl e ospedali stanziati 106,8 mld

Accordo raggiunto, dopo continui stop and go, tra Governo e Regioni sul riparto del Fondo sanitario 2011. Una torta di 106 miliardi, 800 milioni e 300 mila euro sulla quale si è giocato il 20 aprile scorso un primo importantissimo round tra Governo e Regioni (e soprattutto tra le regioni del Nord e quelle del Sud che avevano puntato sull'introduzione del criterio della deprivazione sociale) che hanno convenuto su come spartirsi la fetta più consistente dei fondi, quella non vincolata, pari a 104.380.906.387 euro. La differenza è costituita dai fondi finalizzati e vincolati per un totale di circa 2,4 miliardi di euro.

Il secondo round si è giocato su come suddividersi gli importi, pari a circa 1,3 miliardi, relativi alla mobilità sanitaria interregionale, mentre un terzo possibile round è appeso alla decisione del Governo di coprire o meno il gettito del

Dopo mesi di estenuanti tira e molla le Regioni e il Governo hanno trovato l'accordo su come ripartire i fondi 2011 per il Ssn. In tutto oltre 106 miliardi di euro. Distribuite inoltre le quote per la mobilità sanitaria interregionale. Resta l'incognita sulla copertura del Governo di ulteriori 486,5 milioni necessari a scongiurare il ripristino del ticket sulla specialistica dal 1 giugno prossimo

ticket di 10 euro sulle prestazioni specialistiche, la cui copertura arriva solo fino al 30 maggio, versando alle Regioni altri 486,50 milioni di euro come promesso nel Patto per la Salute. Insomma, la palla passa di nuovo a Tremonti, che dovrà chiarire se e quando metterà sul piatto questi fondi e se

scongiurerà il pagamento dei ticket sulle prestazioni specialistiche già a partire, come abbiamo visto, dal prossimo 1 giugno.

In attesa di conoscere come andrà a finire la partita è interessante la lettura della proposta di delibera per il Cipe, predisposta dal Ministero della Salute il 19 aprile scorso, sulla quale le Regioni hanno operato con la "lima" della politica per rimodulare le singole assegnazioni regionali, arrivando a quell'accordo che costituirà la nuova base di calcolo per il riparto definitivo,

una volta definite le quote di mobilità, in attivo o passivo, spettanti alle singole Regioni. Nella proposta della Salute (da considerare solo per i criteri e non per le tabelle poi modificate a seguito dell'esame delle Regioni) sono infatti illustrati tutti i passaggi che hanno portato alla determinazione del fondo 2011 ed anche i criteri di riparto usati (al netto della citata "limatura" delle Regioni), per ogni branca di assistenza. In particolare è stato usato il parametro della popolazione non pesata per distribuire il 5% delle risorse destinate alla prevenzione, mentre per il riparto del 51% delle risorse per l'assistenza distrettuale si è usato un mix tra non pesata e pesata, come per

l'ospedaliera alla quale è andato il 44% delle risorse disponibili.

Il riparto per età penalizza il Sud

Un altro aspetto da considerare, sempre al netto della mobilità sanitaria che inciderà ulteriormente sui totali, è quello di quanto, in soldoni, hanno ottenuto a livello pro capite le singole Regioni (tabella 1).

La media pro capite nazionale è di un finanziamento pari a 1.730 euro, con picchi in Liguria di 1.866 euro (che è l'unica a superare la soglia dei 1.800 euro) cui fa riscontro la Campania con soli 1.673 euro pro capite.

Una differenza che trova spiegazione nel criterio della popolazione pesata che premia le Regioni più "anziane" a discapito di quelle con popolazione più giovane. Tra questi due picchi, si collocano sopra i 1.750 euro pro capite: Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Molise. Subito dopo, al di sopra la soglia dei 1.700 euro: Abruzzo, Valle d'Aosta, Basilicata, Sardegna, Lombardia, Veneto, Lazio, Trento e Calabria. Infine, sotto i 1.700 euro: Sicilia, Puglia e Bolzano.

Complessivamente (tabella 2), al Nord è andato il 46,18% delle risorse a fronte di una popolazione pari al 45,73% del totale italiano, al Centro il 19,86% delle risorse su una popolazione pari al 19,67% e al Sud (comprese le Isole) il 33,95% a fronte di una popolazione meridionale pari al 34,60%.

Ciò vuol dire che, al netto della mobilità sanitaria che storicamente ha sempre penalizzato il Sud, già oggi le Regioni del Nord hanno avuto 485 milioni in più in proporzione alla loro popolazione. Il Sud, al contrario, ha avuto 678 milioni in meno, mentre il Centro si è aggiudicato 193 milioni in più rispetto alla quota capitaria secca. **Y**

Tabella 1 - Il riparto 2011 per regione e per quota pro capite

Regione	Quota riparto 2011* Euro	Quota pro capite** Euro
Piemonte	7.862.042.000	1.768
Valle d'Aosta	221.985.287	1.735
Lombardia	16.072.121.580	1.727
P.A. Bolzano	847.255.705	1.683
P.A. Trento	899.079.267	1.713
Veneto	8.459.356.257	1.722
Friuli Venezia Giulia	2.187.800.839	1.773
Liguria	3.015.226.812	1.866
Emilia Romagna	7.741.748.671	1.761
Toscana	6.614.542.479	1.773
Umbria	1.592.607.863	1.769
Marche	2.743.452.885	1.759
Lazio	9.779.898.142	1.721
Abruzzo	2.333.343.482	1.743
Molise	567.643.811	1.773
Campania	9.745.762.549	1.673
Puglia	6.920.990.774	1.645
Basilicata	1.019.438.171	1.731
Calabria	3.435.931.958	1.710
Sicilia	8.549.279.757	1.695
Sardegna	2.871.398.100	1.717
ITALIA	104.380.906.387	1.730

Note

* Fabbisogno finale ante mobilità sanitaria, con 347,5 milioni di euro copertura ticket (gennaio-maggio 2011) e 70 milioni di euro fondo riequilibrio di solidarietà delle Regioni

** Popolazione Istat al 1 gennaio 2010

Tabella 2 - Confronto tra risorse assegnate e popolazione residente per grandi aree geografiche

Aree geografiche	% delle risorse su totale riparto	% abitanti su totale Italia	Differenza assegnazioni rispetto alla quota procapite secca (mln. Euro)
Nord	46,18	45,73	+ 485
Centro	19,86	19,67	+ 193
Sud e Isole	33,95	34,60	- 678

Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità su dati Regioni e Istat

Riparto 2011: accordo sulla mobilità sanitaria interregionale

Un abbattimento del 2% delle tariffe, a vantaggio

delle Regioni che "esportano" pazienti. Si riducono dunque le quote delle Regioni ospitanti, che sono comunque consistenti: 433 milioni per la Lombardia, quasi 377

per l'Emilia Romagna. Al terzo posto non una Regione ma il Bambino Gesù (154,6 mln), praticamente l'unica struttura pediatrica del Centro Sud.

► Segue a pagina 7

L'indagine conoscitiva del Senato sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza urgenza

Pronto soccorso: attese lunghe anche 7 ore. Il Nord più veloce ed efficiente

a cura di Lucia Conti e Ester Maragò

Pronto soccorso italiani sono in affanno. Negli ultimi dieci anni il numero degli accessi è cresciuto del 50 per cento fino ad arrivare a quasi 30 milioni di richieste. Con un eccedenza di codici bianchi e codici verdi che finisco per mandare in tilt il sistema. Tanto che, anche per i casi più gravi i tempi di attesa si protraggono in modo "inammissibile". Le attese pre-intervento medico sono mediamente di 200 minuti sul territorio nazionale, con picchi di quasi 600 minuti nel Sud Italia.

Una situazione critica determinata anche dal mancato adeguamento del personale e dall'assenza negli anni di un percorso formativo specialistico ad hoc.

È questo il quadro tracciato dall'indagine conoscitiva della Commissione Igiene e Sanità del Senato sul "Trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza e urgenza" presentata a Palazzo Madama alla presenza del ministro della salute Ferruccio Fazio. Uno studio che mette sul banco degli imputati la mancanza di un'efficiente organizzazione in rete di tutto il sistema.

I dati dell'indagine si basano su questionari inviati alle strutture coinvolte nella gestione delle emergenze-urgenze a cui hanno aderito l'84 per cento delle strutture del Nord, l'81 per cento del Centro e il 54 per cento delle strutture del Sud.

Dall'indagine sono emerse in particolare forti criticità nel soccorso di emergenza al paziente con evento cardiopatico acuto, la cui tempestività è essenziale per ridurre il rischio di attacco cardiaco/infarto miocardico acuto. "Solo il dieci per cento dei pazienti con evento cardiaco raggiunge l'Utic entro le prime due ore - ha detto il relatore Raffaele Calabrò - e un altro 30 per cento tra le due e le sei ore dall'inizio dell'evento acuto e il restante 60 per cento oltre le sei ore".

Ma i senatori puntano il dito anche sulla carente preparazio-

Il sistema dell'emergenza urgenza è in ginocchio. Le attese pre-intervento medico sono mediamente di 200 minuti sul territorio nazionale, con picchi di quasi 600 minuti nel Sud Italia. Il personale scarseggia e la formazione è inadeguata. Manca un'efficiente organizzazione in rete di tutto il sistema. A scattare la fotografia è un'indagine conoscitiva del Senato condotta sull'intero territorio nazionale



ne del personale. "Occorre sviluppare un progetto di formazione specifica e univoca in medicina di emergenza-urgenza",

ha affermato il senatore Michele Saccomanno. Mentre Ulisse Di Giacomo ha sottolineato la necessità di potenziare i servizi

territoriali, sia come filtro al pronto soccorso che per garantire la continuità assistenziale per la dimissione dei pazienti dagli ospedali.

E che serva una riforma del sistema di emergenza-urgenza ne è convinto anche il ministro Fazio, che ha incontrato tutte le sigle sindacali dell'area medica ospedaliera e del territoriale proprio per "esaminare la possibilità di riformare il sistema attraverso la costruzione di una cabina di regia tra ospedale e territorio e ridefinire le procedure di triage del servizio di 118 affinché solo i codici

gialli e rossi siano portati in ospedale, mentre i codici verdi dovranno essere assistiti sul territorio".

"I risultati ottimali non potranno essere immediati" ha rilevato il ministro nel corso della presentazione dell'indagine ma "se già se riuscissimo a mettere sul territorio l'80%" dei codici meno gravi "sarebbe un buon risultato". "Noi - ha continuato il Ministro - vogliamo aggiungere ai tre macrolivelli della sanità già esistenti, prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera, un quarto

► Segue a pagina 6

L'indagine conoscitiva del Senato sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza urgenza

Cinque aree sotto la lente

■ Vediamo, in sintesi, le rilevazioni della Commissione su cinque aree: emergenza cardiovascolare, emergenza traumatologica, emergenza cerebrovascolare, personale e formazione in medicina di urgenza e su altri aspetti particolari come l'attivazione di un numero unico per l'emergenza, la trasmissione di informazione, l'elisoccorso, il trasporto neonatale

1. Emergenza cardiovascolare

L'ottimizzazione dell'assistenza al cardiopatico acuto in Italia deve prevedere una riorganizzazione volta ad attenuare l'attuale disomogeneità organizzativa sul territorio nazionale. In tal senso, la Rete integrata cardiovascolare presuppone la realizzazione di un modello operativo basato sulla centralità delle cardiologie

con Utic ed emodinamica, collegate con gli ospedali periferici che non hanno questa dotazione, secondo l'articolazione Hub and Spoke.

Nel contesto della Rete integrata vanno in particolare definiti i percorsi dei pazienti complessi (angina instabile, infarto miocardico complicato) per potere mettere a disposizione le procedure diagnostiche e terapeutiche inva-

sive in maniera uniforme per tutti i pazienti della provincia. A tal fine, l'istituzione del centralino operativo cardiologico appare uno strumento essenziale per coordinare al meglio il percorso terapeutico del paziente con infarto miocardico acuto.

2. Emergenza traumatologica

• Dall'indagine scaturisce la

proposta di avviare una sperimentazione triennale sui Trauma center, regionali o sovraregionali, in accordo tra Stato e Regioni, monitorandone gli outcome per tre anni.

• Per l'organizzazione del personale, risulta vincente l'approccio multidisciplinare offerto dal trauma team.

• Nell'ambito della fase pre-ospedaliera, si reputa necessario disporre di ambulanze medicalizzate al fine di assicurare sul luogo del trauma la diagnosi e le prime cure,

► Segue a pagina 6



► Segue da pagina 5

livello, quello dell'emergenza-urgenza" da gestire sia attraverso il 118 e i Pronto Soccorso, che attraverso un sistema di soccorso affidato alla medicina generale. E il programma sarà finanziato con una quota dei 350 milioni di euro, pari al 25 per cento del fondo destinato agli obiettivi di Piano: "Dovremo farlo rapidamente perché gli obiettivi sono stati già approvati in Conferenza Stato-Regioni, salvo ulteriori intese sulle cure primarie. Successivamente inizierà il processo vero e proprio di riforma, che in realtà ha già

preso avvio due anni fa con lo stanziamento di 350 milioni annui per l'h24".

I risultati dell'indagine

Nei Pronto Soccorso ad alta specialità (Eas) i tempi di attesa possono arrivare anche a 450 minuti, come nel caso dell'Abruzzo. Tempi che la Commissione di palazzo Madama ha definito "Inammissibili". Così come "obiettivamente troppi" sono anche i 241 minuti di attesa media nei Dipartimenti di emergenza sanitaria (Dea) sempre in Abruzzo. Attese lunghissime che fanno apparire soddisfacenti persi-

no i 100 minuti di attesa media nelle Regioni del Nord. O almeno "ammissibili". In generale, Eas del Nord e del Sud sembrano, infatti, essere più efficienti rispetto a quelli del Centro, con un'attesa media dimezzata.

Le ambulanze stazionano troppo in ospedale, sottraendo in questo modo risorse al territorio. Un tempo di stazionamento accettabile per le ambulanze che trasportano pazienti in codice verde è di 30 minuti. Per i Dea in Liguria la media è di 46 minuti; in Sardegna di 60 minuti. Improporzionabili invece i picchi che si registrano per alcuni Eas,

quali 127 minuti per il Lazio e 152 minuti per la Puglia, in cui i pazienti sostano quasi 3 ore sulla barella dell'ambulanza". Dati che, secondo la Commissione, sollevano anche il dubbio che la "medicina di base non sia in grado di svolgere un fattivo ruolo di filtro" con l'ospedale.

Per quanto riguarda il trasporto, la Commissione rileva come siano presenti "varie tipologie di mezzo di soccorso e svariate composizioni di equipaggi (rianimatore, medico di guardia medica, infermiere professionale, volontario del soccorso) passando attraverso diversificate for-

me di soccorritori più o meno professionali. Tutte queste figure sono variamente intersecate tra salariate e volontarie, andando ulteriormente a diversificare le situazioni, con modalità estremamente difformi non solamente tra le varie Regioni, ma spesso anche all'interno della stessa Regione".

Questo, secondo i senatori, "produce ripercussioni negative sull'offerta assistenziale al paziente (ritardi, lesioni iatrogene, gravi errori e ritardi diagnostico-terapeutici) a causa dell'inappropriatezza della formazione medica".

► Segue da pagina 5

Cinque aree sotto la lente

nonché garantire la continuità dell'assistenza con l'intervento del trauma team a livello ospedaliero, nella prospettiva di ridurre i tempi del trasporto del ferito.

• Quanto alla formazione del personale, occorre incentivare idonei programmi formativi concernenti il management del trauma team nelle situazioni di emergenza-urgenza. Si sottolinea l'esigenza di ricorrere anche ad incentivi economici per i traumatologi, nonché di offrire un'adeguata formazione degli specializzandi.

3. Emergenza cerebrovascolare

• Si evidenzia la necessità di implementare in ogni Provincia un'organizzazione dell'emergenza cerebrovascolare basata sul modello hub and spoke, fermo restando che ogni DEA individuato come centro hub deve disporre di una stroke unit in grado di svolgere operazioni di natura complessa, quali la trombolisi intrarteriosa.

• In ogni centro spoke sia presente uno stroke team in collegamento telematico con un centro hub.

• Si ribadisce altresì l'esigenza che ogni struttura dedicata al trattamento dell'ictus assicuri l'assoluta osservanza alle linee guida in materia, nonché garantisca l'avvio della riabilitazione del paziente nel modo più precoce possibile al fine di consentire il massimo recupero riabilitativo del paziente medesimo.

4. Gestione del personale e formazione in medicina d'urgenza

I pronto soccorso italiani stanno soffrendo moltissimo per il crescente numero degli accessi, per le difficoltà legate al mancato adeguamento del personale e per il fatto di non aver usufruito in passato di un percorso formativo specialistico nel settore. È stato evidenziato che, oltre all'insegnamento di introduzione al

pronto soccorso al primo anno e a un corso specifico e professionalizzante in emergenza e urgenza al sesto anno nell'ambito del corso di laurea in medicina e chirurgia, occorrerebbe prevedere una specifica formazione in tema di medicina di emergenza.

5. Aspetti particolari

(attivazione del numero unico per l'emergenza, trasmissione informazione, elisoccorso, trasporto neonatale)

• Attivazione del numero unico. È stato illustrato il progetto attuativo del Numero unico per l'emergenza "112" istituito a livello europeo, destinato a conglobare le numerazioni attualmente dedicate al 113, al 112, al 115 e al 118 al fine di garantire, attraverso il sistema di telefonia fissa e mobile, la localizzazione effettiva del chiamante. Al riguardo, l'Italia è fortemente in ritardo rispetto agli altri Stati membri nell'esecuzione di tale progetto a livello tecnico-operativo.

• Trasmissione informazioni. Quanto alle tecnologie di comunicazione e connessione, è stata

evidenziata l'importanza delle tecnologie utilizzate per l'interconnessione della rete hub and spoke attraverso la telemedicina, mediante l'utilizzo delle soluzioni a banda larga per il consulto da remoto.

• Elisoccorso

Sono stati evidenziati i limiti operativi dell'elisoccorso legati all'impossibilità di curare ad alta quota e all'incapacità degli elicotteri di volare in assenza di visibilità con il solo supporto strumentale. In proposito sono state illustrate le prospettive evolutive degli apparecchi di nuova generazione, come il convertiplano, che potrebbe essere utilizzato nel campo dell'elisoccorso in modo da consentire la navigazione strumentale autonoma. È necessario predisporre un piano di interconnessione per l'elisoccorso al fine di ottimizzare la rete hub and spoke a livello regionale, nazionale e anche internazionale, nonché l'adeguamento dei relativi regolamenti di navigazione.

• Trasporto neonatale

Nel corso delle audizioni, la

Commissione ha acquisito elementi informativi riguardo al servizio di trasporto neonatale in emergenza, supporto necessario per fronteggiare situazioni di rischio in caso di eventi non prevedibili. Fermo restando che il trasporto ottimale rimane quello in utero, in quanto capace di garantire la nascita nel centro dotato delle migliori condizioni ostetriche e neonatologiche, è stato precisato che nei casi in cui non sia possibile attuare un'anticipata previsione del rischio in tutte le circostanze cliniche, soccorre il servizio di trasporto d'emergenza neonatale, articolato sulla base di due distinti modelli organizzativi, quali il servizio dedicato e il servizio attivabile a richiesta.

Il servizio dedicato è attivo 24 ore su 24 e provvede a tutte le richieste di trasferimento da e per qualsiasi struttura con personale che, pur facendo parte di un Centro di terapia intensiva neonatale (CTIN), svolge prevalentemente o esclusivamente attività di trasporto neo-

natale. Tale modello consente tempi di attivazione molto rapidi e la disponibilità di personale molto esperto per l'elevato numero di trasporti effettuati. La scelta del modello è in funzione dell'area geografica, delle condizioni di viabilità, del numero e del livello qualitativo dei punti nascita, del numero dei trasporti neonatali previsti.

La mancata organizzazione del trasporto del neonato in emergenza in molte Regioni italiane, costituisce uno dei fattori critici dell'assistenza neonatale in Italia. Al riguardo forte è l'esigenza di ottimizzare il numero dei punti nascita e di assicurare la concentrazione delle gravidanze a rischio e il servizio di trasporto in emergenza del neonato e delle gestanti a rischio.

Su WWW.AOGOI.IT è disponibile il documento "Nuovo schema di documento conclusivo presentato dal relatore sull'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza"

Le proposte della Commissione Igiene e Sanità del Senato

Come dare scacco alle criticità in sette mosse

Sono riassunte in sette punti le proposte dei senatori per risolvere le criticità del sistema di emergenza-urgenza emerse dall'indagine conoscitiva

1. Armonizzazione del soccorso extraospedaliero, con particolare riguardo all'omogeneizzazione dei mezzi dedicati allo stesso e alla previsione di una forma di accreditamento delle organizzazioni di soccorso e delle relative società o cooperative che forniscono il personale, per lo meno su base regionale, possibilmente a partire già dai prossimi rinnovi delle convenzioni in essere, con la finalità di ottemperare ad un adeguato e costante livello qualitativo. Particolare attenzione deve essere prestata allo sviluppo dell'elisoccorso e soprattutto del trasporto

neonatale oggi ancora insufficiente in vaste aree del Paese.

2. Razionalizzazione delle figure professionali impegnate, prevalentemente in riferimento ai requisiti curriculari e formativi dei medici, che debbano possedere specifici training specialistici ed intraprendere percorsi formativi estremamente mirati. Necessità di raggiungere l'obiettivo di dotare i Dea (Dipartimenti di emergenza-urgenza accettazione) e gli Eas (Dipartimento d'Emergenza ad alta Specialità) di personale, medico e paramedico qualificato, con una pianta organica dedicata e con un rapporto di lavoro stabile.

3. Implementazione dei supporti informativi ed informatici con

standardizzazione per lo meno su base regionale, con l'obiettivo di uniformare tutti i sistemi regionali.

4. Implementazione dei servizi di stroke unit e di emodinamica cardiologica interventistica nell'ambito dei Dea e degli Eas.

5. Riorganizzazione di Dea ed Eas, con l'identificazione puntuale di percorsi diagnostico-terapeutici privilegiati e procedure specifiche integrate per patologia, graduati per codice d'accesso, in grado di rispondere adeguatamente al livello di gravità dell'emergenza-urgenza e ridurre drasticamente i tempi di stazionamento dei pazienti all'interno delle strutture di Pronto soccorso e delle ambulanze all'esterno degli stessi.

6. Riorganizzazione della medicina territoriale, finalizzata all'incremento della capacità di filtro nei confronti delle inutili richieste di prestazioni di pronto soccorso.

7. Promozione ed ampliamento delle indicazioni e dell'utilizzo della telemedicina per il teleconsulto anche nella catena dei soccorsi extraospedalieri. Dall'indagine, infatti, emerge che, "malgrado sia avvenuta l'elaborazione di apposite linee guida da parte della Conferenza Stato-Regioni, ancora profondamente diversificati appaiono i modelli gestionali della rete dell'emergenza-urgenza, a partire dal trasporto primario finanche all'accettazione e al trattamento presso i Dea. Le uniche Regioni che hanno istituito delle Agenzie regionali per l'emergenza-urgenza sono la Lombardia (Aereu) ed il Lazio (Ares)".

Riforma del sistema di emergenza-urgenza: i sindacati incontrano Fazio

“Codici bianchi e verdi sul territorio”

Riformare il sistema di emergenza-urgenza affidando alle strutture territoriali il compito di curare i codici bianchi e verdi. L'obiettivo ambizioso del ministro della Salute Ferruccio Fazio, a seguito dell'incontro con i sindacati, ha mosso un altro passo dopo le prime reazioni all'indagine svolta dalla commissione Igiene e Sanità del Senato sulle criticità del sistema di emergenza-urgenza.

I medici hanno condiviso il target ministeriale sottolineando, tuttavia, come vi sia l'esigenza di maggiori risorse di personale. Inoltre, “le azioni di riorganizzazione non possono limitarsi alla riduzione dell'affluenza dei codici bianchi e verdi. Le attuali difficoltà del Pronto Soccorso riconoscono, infatti, origini multifattoriali per cui le soluzioni debbono tenere conto di questa complessità e non di un unico tassello, pur importante, rappresentato dai codici minori”. Ecco perché hanno proposto al Ministro specifiche linee di intervento volte a: “garantire adeguati standard strutturali ed organizzativi di tutti i punti della rete dell'emergenza; implementare gli investimenti tecnologici; potenziare l'assistenza territoriale con la conseguente riorganizzazione degli ospedali per acuti; definire una adeguata e coerente programmazione delle dotazioni organiche, anche in deroga ai piani di rientro, e della formazione del personale”.

Tutte le sigle - Anaa-Assomed, Fimmg, Cimo-Assmd, Aaroi-Emac, Fp Cgil Medici, Cisl Medici, Fassisid, Fesmed, Anpo-Ascoti-Fials Medici, Uil Fpl Federazione Medici, Smi, Sumai, Snam e Fimp - hanno poi concordato sul fatto che il vero problema del Pronto Soccorso “è l'eccesso di domanda di ricovero soprattutto nell'area medica per cause epidemiologiche e demografiche cui si è accompagnata negli anni una progressiva riduzione del numero dei posti letto per acuti e di personale dedicato, specie nelle Regioni soggette ai piani di rientro”.

Con la riduzione drastica dei posti letto avvenuta negli ultimi anni, i Ps si sono lentamente trasformati in luoghi di ricovero inadeguati e non attrezzati

■ **Le Organizzazioni Sindacali della dirigenza medica e della medicina convenzionata hanno condiviso le linee di intervento espresse dal Ministro della Salute Ferruccio Fazio nell'incontro che si è svolto il 4 maggio scorso per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza. Tuttavia per i sindacati medici “le azioni di riorganizzazione non possono limitarsi alla riduzione dell'affluenza dei codici bianchi e verdi, poiché le attuali difficoltà del Pronto Soccorso riconoscono origini multifattoriali” per cui occorre tenere conto di questa complessità**

Con la riduzione drastica dei posti letto avvenuta negli ultimi anni, i Ps si sono lentamente trasformati in luoghi di ricovero inadeguati e non attrezzati. Fattore, quest'ultimo che blocca l'attività delle stesse ambulanze (il barellamento selvaggio) con barelle occupate e ferme all'interno dei Ps anche per giorni. Insomma, i Pronto Soccorso sono diventati in sostanza dei veri e propri ‘imbuti’ assistenziali e gli unici luoghi dove i cittadini vedono la possibilità di essere immediatamente visitati senza esse-

re sottoposti alle lunghe attese e pastoie burocratiche del territorio. Nodo duro da sciogliere è quello della carenza di organici causata dal blocco del turnover. Per questo le sigle hanno sottolineato al Ministro “la necessità di risposte urgenti soprattutto in

merito al problema degli organici, procedendo anche a rivedere le linee guida che governano il sistema dagli anni '90”. La proposta ministeriale parte dall'assunto che bisogna utilizzare la medicina del territorio per affrontare i codici bianchi e verdi in modo da arrivare a dei Pronto soccorso divisi sia fisicamente che per team di professionisti che vi lavorano. Altro aspetto su cui insiste il Ministro è quello della canalizzazione delle chiamate per limitare alla fonte l'accesso improprio al Pronto Soccorso che nemmeno i ticket in questi anni ha placato. Sempre seguendo questi paradigmi generali si dovrà arrivare alla creazione di una vera e propria quarta Macroarea dell'Emergenza Urgenza al fianco di quelle della prevenzione, dell'ospedale e del territorio) e di una cabina di regia ospedale-territorio che possa anche ridefinire le procedure di triage del servizio 118. È evidente, però, che se si decide di accollare sul territorio una mole così elevata di domanda vi dovrà essere anche un incremento delle risorse. Il ministro Fazio ha messo sul piatto della bilancia il 25% del Fondo dedicato agli obiettivi di piano per le cure primarie. In cifre si tratta di circa 350 milioni di euro che sono a disposizione delle Regioni per l'attivazione di progetti sperimentali sul tema. Negli ultimi due anni queste risorse sono state utilizzate per far decollare le strutture H24 e H12 per garantire la continuità assistenziale. Insomma, Fazio punta forte sullo sviluppo del territorio anche per curare le ‘emergenze’ e chissà se riuscirà a ‘estorcere’ al Ministero dell'Economia qualche deroga per sbloccare il turnover come chiesto dai Sindacati. Il cammino si annuncia ancora lungo anche perché, ad oggi la risposta alla domanda: “Dove vado a curarmi se mi sento male?” ha ancora una sola risposta: al Pronto soccorso. **Y**



Ferruccio Fazio

► Segue da pagina 4

Riparto 2011: accordo sulla mobilità sanitaria interregionale

Ufficialmente dovrebbe essere approvata a metà maggio, superato il problema posto dalla Sicilia che ha subordinato il suo assenso alla soluzione di un contenzioso con il Governo relativo alla possibilità di

utilizzare i Fas per pagare i debiti della sanità. Ma di fatto la tabella della mobilità sanitaria interregionale, parte integrante del riparto 2011 ma riferita al 2010 e al saldo 2009, è stata approvata dai presidenti delle Regioni il 5 maggio scorso nel corso della Conferenza dei presidenti.

Quasi 1,3 miliardi di euro che le Regioni con mobilità passiva, ovvero quelle i cui abitanti chiedono

prestazioni al di fuori della Regione stessa, dovranno dare alle Regioni ospitanti. La tabella non presenta sorprese: ad attrarre sono soprattutto le Regioni del Nord, nell'ordine Lombardia (433 mln), Emilia Romagna (376,9 mln), Toscana (121 mln) e Veneto (93,7 mln), mentre a “esportare” pazienti sono soprattutto quelle del Centro Sud, Campania (-331 mln), Calabria (-233 mln), Sicilia (-124 mln), Abruzzo (-124 mln). Un discorso a parte va fatto per l'Ospedale Bambino Gesù di Roma, struttura pediatrica di riferimento per tutto il Centro Sud, che da sola vanta una mobilità attiva pari a quella di una Regione, 154,6 mln.

L'accordo tra le Regioni è stato raggiunto grazie ad un abbattimento del 2% delle Tuc, ovvero le tariffe uniche concordate con cui si valutano le prestazioni: una scelta che, ovviamente, a favorito le Regioni debentrici e penalizzato quelle creditrici. Ma, come tiene a sottolineare il coordinatore della Commissione Salute delle Regioni Luca Coletto, l'accordo prevede anche una completa revisione delle Tuc entro il prossimo giugno, per rivalutare le Tuc ad alta complessità, in modo che recuperino almeno il tasso di inflazione visto che il loro valore è fermo da quattro anni, e cercare di agganciare le Tuc ai Drg regionali.

Tabella della mobilità interregionale per il Riparto 2011

REGIONI	TOTALE CASSA MOBILITÀ 2011
ABBATTIMENTO	
PIEMONTE	7.417.128
VALLE D'AOSTA	- 15.726.417
LOMBARDIA	433.038.004
P.A. BOLZANO	1.665.306
P.A. TRENTO	-15.437.690
VENETO	93.752.009
FRIULI V. GIULIA	31.914.858
LIGURIA	.40.017.561
EMILIA ROMAGNA	376.993.239
TOSCANA	121.109.082
UMBRIA	9.959.004
MARCHE	-19.622.709
LAZIO	-52.325.524
ABRUZZO	-124.271.022
MOLISE	37.591.826
CAMPANIA	-331.245.302
PUGLIA	-176.831.433
BASILICATA	-33.179.061
CALABRIA	-233.853.500
SICILIA	-208.513.244
SARDEGNA	-50.904.028
BAMBINO GESÙ	154.628.303
ACISMOM	33.858.644
TOTALE	0

Non vengono annunciati nuovi tagli per la sanità, ma essa, insieme a pensioni e prestazioni sociali, è trattata un po' come un "osservato speciale" al quale prestare massima attenzione ai fini dell'attuazione del Patto di stabilità e crescita.

Per farlo la ricetta del Documento di economia e finanza (Def), approvato il 13 aprile scorso dal Consiglio dei Ministri, è fondamentalmente quella della governance del sistema attraverso una piena attuazione del federalismo.

Del resto che il comparto sanitario sia uno dei grandi pericoli per la finanza pubblica non è una novità e lo confermano anche le previsioni contenute nello stesso Def che indicano una crescita costante della spesa sa-

La spesa sanitaria nel DEF

La sanità: "osservato speciale"

■ Il Documento di economia e finanza non anticipa misure particolari per la sanità, ma punta tutto sulla governance federalista e sulla responsabilità delle Regioni. Previsioni caute sul trend della spesa che tra tre anni raggiungerà i 126,5 miliardi. Confermato che anche nel 2012 non vi sarà copertura per il ticket di 10 euro sulla specialistica. All'interno tutti i test del Def

nitaria pubblica con un'incidenza sul Pil che passerà dal 6,7% del 2005 all'8,1% del 2035, fino all'8,8% del 2055.

E, anche restando più vicini nelle proiezioni temporali, il

Def valuta comunque una crescita nel periodo 2012-2014 con un tasso medio del 3,3% e con un'incidenza sul Pil, alla fine dell'arco temporale, del 7,2%.

Queste ultime previsioni si basano su:

- l'acquisizione dei dati di costo relativi al IV trimestre 2010
- il quadro macroeconomico previsto per il periodo in esame
- la manovra di contenimento della spesa per gli anni 2012 e 2013 e il loro trascinarsi sull'anno 2014 (ci si riferisce in particolare alle misure sul personale adottate dalla manovra del luglio 2010)
- gli oneri per la corresponsione della indennità di vacanza contrattuale per il 2014, relativamente al triennio 2013-2015
- un andamento della spesa farmaceutica convenzionata coerente con il tetto del 13,3% della territoriale e una stima delle entrate del pay back farmaceutico in diminuzione della spesa
- gli effetti del ripristino del tic-

Il DEF è articolato in tre sezioni

- Programma di Stabilità dell'Italia
- Analisi e tendenze della Finanza pubblica e allegata Nota metodologica sui criteri di formulazione delle previsioni tendenziali
- Programma Nazionale di Riforma

I documenti sono disponibili sul sito www.quotidianosanita.it

ket di 10 euro sulle prestazioni specialistiche (lasciando quindi intendere che non vi sarà alcuna nuova copertura per le Regioni degli oneri del mancato gettito. È bene ricordare, comunque, che salvo sorprese per quest'anno sono coperti solo i primi cinque mesi) (vedi box di fianco)

- i risparmi derivanti dai piani di rientro.

Le previsioni di spesa 2011-2014

In soldoni, secondo queste previsioni, la spesa sanitaria pubblica si assesterà su 114.836 milioni (pari al 7,2% del Pil) nel 2011, per passare a 117.391 milioni (7,1% del Pil) nel 2012, a 122.102 milioni (7,2% del Pil) nel 2013 e a 126.512 milioni (7,2% del Pil) nel 2014. ■

Legge di stabilità Rischio ticket specialistica da giugno 2011

■ Per quanto riguarda la sanità, tra le novità più salienti contenute nella Legge di stabilità 2011 approvata il 7 dicembre scorso, c'è senz'altro la copertura degli oneri per la mancata introduzione del ticket di 10 euro sulle visi-

te specialistiche e le prestazioni diagnostiche per la quale, tuttavia, sono garantiti solamente 347,5 milioni di euro sufficienti a coprire solo i primi cinque mesi del 2011. La cifra da coprire è infatti di 834 milioni annui. Se non interverranno ulteriori provvedimenti di copertura, a partire dal 1 giugno 2011, le Regioni dovranno far fronte con fondi propri alla differenza, ripristinando il ticket o attraverso altre misure. Il ticket di cui parliamo, per chi non lo ricordasse, fu introdotto per la

prima volta dal Governo Prodi con la finanziaria 2007. Fin da subito la misura sollevò fortissime proteste. E così, a pochi mesi dalla sua introduzione, lo stesso Governo di centro sinistra, assicurò con fondi statali la copertura degli introiti che sarebbero dovuti pervenire alle Regioni da quel ticket che nessuno voleva. Da allora si andò avanti così, con coperture stabilite anno per anno per un totale di 834 milioni annui, ma senza mai cancellare la norma che introduce questi nuovi ticket.

Utile per migliorare la qualità dello sperma

PROXEED® NF
INTEGRATORE ALIMENTARE

a base di L-carnitina,
Acetil-L-carnitina,
Fruttosio, Acido citrico,
Coenzima Q₁₀,
Vitamine ed
Antiossidanti

1 g di L-carnitina



in caso di infertilità maschile



On line uno studio condotto per il ministero della Salute dall'Istituto Sant'Anna di Pisa

La proposta Agenas per riorganizzare i servizi sanitari

di Eva Antoniotti

Non è un modello, ma una proposta. Non prescrive tagli, ma una riorganizzazione dell'offerta. Non è vincolante, ma indicativo. Fatte tutte queste premesse, resta il fatto che le indicazioni contenute nel documento pubblicato sull'ultimo numero della rivista Monitor, il trimestrale dell'Agenas sanitaria per i servizi sanitari regionali (Agenas), faranno discutere. Si tratta, in sintesi, delle linee di indirizzo da utilizzare per organizzare "al meglio" la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza-urgenza e la rete territoriale, elaborata per orientare le scelte da compiere nelle Regioni sottoposte a Piani di rientro. Proprio l'affiancamento di queste Regioni, infatti, è tra i compiti assegnati all'Agenas dal Patto per la salute 2010-2012. Questo vuol dire che l'Agenas invia esperti e tecnici a lavorare in collaborazione con gli assessorati regionali per definire gli interventi necessari per far sì che la sanità di quella Regione rimetta in ordine il proprio bilancio,

I reparti ospedalieri potrebbero essere ridotti del 10-20% e il personale di circa il 10%. La proposta è stata formulata dall'Agenas per la riorganizzazione della sanità nelle Regioni vincolate ai Piani di rientro, ma, come spiega Fulvio Moirano, potrebbe essere "valida per tutti"

continuando a garantire i servizi sanitari ai cittadini. Almeno così si spera.

Le proposte per la rete ospedaliera

Al centro della proposta c'è l'adozione di un modello "hub e spoke". La formula, che utilizza l'immagine di una ruota con al centro il mozzo (hub) da cui partono i raggi (spoke), prevede l'individuazione di strutture di eccellenza che facciano da fulcro (hub) in collegamento con altre (spoke), più numerose e più diffuse. Corollario naturale, ma difficile da realizzare, è la chiusura dei piccoli ospedali e, in alcuni casi, la loro trasformazione in strutture per post-acute

o in servizi della rete territoriale.

Ma di quanti reparti di chirurgia ha bisogno un territorio? E di quante cardiologie? Per definire quale sia il fabbisogno ottimale a cui "tendere" il documento indica quale dovrebbe essere il bacino di utenza e il numero di posti letto di ciascuna "struttura complessa". Facciamo qualche esempio: un reparto di osteria e ginecologia dovrebbe avere un bacino di utenza di 150/300mila persone, con 24/32 p.l. a disposizione. Un reparto di oncologia invece dovrebbe servire 800/400mila abitanti, avendo a disposizione 16 p.l., anche perché "si ritiene possibile trasferire l'80% delle prestazioni di che-

mioterapia (DRG 410) in regime ambulatoriale, mantenendo la parte restante in ricovero ospedaliero per i soggetti particolarmente fragili".

Utilizzando questi parametri, e confrontandoli con la realtà attuale, il documento indica che "in tutte le Regioni studiate" si evidenzia "una possibilità di riduzione di strutture complesse anche nell'ordine di 10-20%", tanto che nelle Regioni con piano di rientro ci sarebbe un "surplus complessivo di personale che supera il 10%", se confrontato con quanto accade con le realtà più efficienti delle stesse Regioni.

Né va meglio con le strutture: "L'utilizzo delle sale operatorie nei presidi pubblici è, spesso, troppo basso con la conseguenza di un uso non efficiente del personale relativo. È opportuno, quindi, superare il 70% dell'utilizzo concentrando gli interventi per un uso migliore delle risorse".

E qualche criticità si mostra anche nel rapporto tra pubblico e privato. "Si evidenzia - si legge nel documento - la possibilità di razionalizzare fortemente la presenza degli erogatori privati in modo di indirizzare il loro contributo al sistema sanitario in modo più coerente rispetto

alle strutture pubbliche, eliminando le duplicazioni e gli eccessi di offerta". Tutto questo dovrebbe portare a quella razionalizzazione della rete ospedaliera,

prevista dal Patto per la Salute 2010-2012, ottenuta attraverso il passaggio "dal ricovero ordinario al ricovero diurno, dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e, in generale, dal ricovero all'assistenza territoriale e domiciliare". Per ottenere questo risultato occorre innanzi tutto sorvegliare i Drg "ad alto rischio di inappropriatazza" e vigilare sui ricoveri impropri di lungodegenza.

Parametri indicativi anche per la riorganizzazione delle degenze post-acute, in parte da condividere con l'assistenza territoriale e dunque con i Distretti, e comunque da contenere in 0,7 p.l. per mille abitanti, di cui 0,5 per riabilitazio-

ne e 0,2 per lungodegenza post-acute.

Le proposte per la rete territoriale

"Attraverso la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza e ospedaliera si possono liberare importanti risorse umane e materiali da impiegare per un potenziamento della rete territoriale". È questa la premessa alla parte del documento dedicata al territorio, il settore che certamente deve essere più sviluppato. Fulcro di questo sviluppo deve essere il Distretto, che "deve realizzare una reale e concreta presa in carico del paziente cronico, superando lo storico atteggiamento autorizzativo". Muovendo dalla riconversione dei piccoli ospedali locali, il documento indica tre linee di intervento: potenziamento della residenzialità territoriale; implementazione dei Centri di Assistenza Primaria (Cap); potenziamento delle cure domiciliari.

Per i Cap si ipotizzano due parametri: nelle aree metropolitane dovrebbe essercene uno ogni 20/50mila residenti, mentre nelle aree extra-metropolitane uno ogni 15/20mila residenti, con possibili deroghe nelle aree montane.

Le proposte per la rete dell'emergenza-urgenza

La rete dell'emergenza-urgenza è uno dei punti più sensibili del sistema sanitario, quello che fa scattare spesso le denunce per "malasanità", quello che orienta le richieste di intervento e quello che, di frequente, supplisce ad altre carenze.

Il documento Agenas propone la creazione di una gamma differenziata di punti di pronto soccorso: si va dal Dea (Dipartimento di emergenza e accettazione) di II livello inserito in un centro Hub - dovrebbe essercene uno ogni 500mila/1 milione di residenti -, al Dea di primo livello inserito in un ospedale Spoke - uno ogni 150/300mila residenti -, al Pronto Soccorso semplice - con almeno 20mila accessi all'anno -, al Punto di Primo Intervento, al Pronto Soccorso in area disagiata. Le disponibilità, professionali e strumentali, di queste strutture sono ovviamente diverse e diventa quindi strategico il ruolo del 118 e dei suoi mezzi di soccorso, che hanno il compito di far arrivare ogni caso verso il centro più adatto alla specifica situazione. **Y**

Moirano: "Riorganizzare la rete dell'offerta"

Fulvio Moirano è il direttore dell'Agenas, che attraverso ricerche, studi e analisi fa da supporto alle scelte regionali in materia di organizzazione sanitaria. Abbiamo chiesto a lui, quindi, di spiegarci le motivazioni di questa proposta

■ Dottor Moirano, come nasce questa ricerca?

Diciamo subito che non è una ri-

cerca, ma piuttosto il frutto di un lavoro comune di osservazione dell'esistente compiuto dagli

esperti Agenas in collaborazione con i tecnici di diverse Regioni, che ci ha consentito di definire l'articolazione e i parametri ottimali della rete dell'offerta dei servizi e delle prestazioni, articolata per rete ospedaliera, rete dell'emergenza urgenza, rete territoriale. Poi ci sono anche molti altri aspetti, la spesa farmaceutica o protesica, il sistema della formazione. Ma noi prevalentemente ci siamo occupati di questo.

Questo lavoro è stato realizzato per le Regioni in deficit di bilancio e vale solo per loro?

È un lavoro che può essere valido per tutti, perché risponde a esigenze generali di ammodernamento del nostro sistema sanitario, ma che è particolarmente urgente realizzare nelle Regioni che hanno i bilanci in rosso e dunque sono sottoposte a Piani di rientro.

► **Segue a pagina 10**



Settimana europea della vaccinazione

Vaccini. Medici, non abbiate paura

Se i tassi di copertura vaccinale sono ancora subottimali in diverse zone del Paese ed esiste un problema di comunicazione, anche la figura chiave del medico dovrebbe essere maggiormente da esempio per i propri pazienti. Il problema è che i vaccini sono una realtà distante anche per i camici bianchi. Solo 160 mila i camici bianchi che ogni anno ricorrono all'utilizzo del vaccino antinfluenzale, e paradossalmente sono le figlie dei medici quelle che fanno registrare l'adesione più bassa al vaccino per l'Hpv. È quanto emerso oggi durante la giornata di lavoro promossa dal ministero della Salute per tirare le fila sulla Settimana europea della vaccinazione da poco conclusa (23-30 aprile 2011).

Protagonisti del pomeriggio sono stati proprio i rappresentanti delle Federazioni, Società e Fondazioni dei professionisti della Sanità. Quello che è emerso, nel corso del confronto, è da

Se nel Paese il tasso di copertura vaccinale è intorno al 60%, paradossalmente è proprio l'adesione alla vaccinazione da parte delle figlie dei medici a far registrare le cifre più basse ”

■ Questo il messaggio lanciato al convegno promosso dal ministero della Salute per fare il punto sulla Settimana europea della vaccinazione da poco conclusa. Nel corso dei lavori, infatti, è emerso che sono solo 160 mila i camici bianchi che ogni anno ricorrono all'utilizzo del vaccino antinfluenzale, e paradossalmente sono le figlie dei medici quelle che fanno registrare l'adesione più bassa al vaccino per l'Hpv

una parte il ruolo chiave del medico per la promozione di una nuova cultura della vaccinazione che tenga conto dei mutamenti della società, come l'invecchiamento della popolazione; dall'altra quelle criticità che hanno investito per primi proprio quei camici bianchi che dovrebbero essere da esempio per i propri pazienti.

A dimostrazione di questo, è stato **Carlo Maria Stigliano**, tesoriere della Aogoi, a ricordare che “se nel Paese il tasso di copertura vaccinale contro il papillomavirus è intorno al 60%, paradossalmente è proprio l'adesione alla vaccinazione da parte delle figlie dei medici a far registrare le cifre più basse”. Anche il vicepresidente della Fondazione Lorenzini, **Andrea Peracino**, ha fatto notare come “sono solo 160 mila i medici che ogni anno ricorrono al vaccino antinfluenzale, è un tasso ancora troppo basso”.

Spesso accade anche peggio, ossia che siano proprio i medici, riscontrando nei pazienti patologie come ad esempio il diabete, ad utilizzare queste patologie di base come ragione per uno sconsigliato ricorso alla vaccinazione, nonostante l'assenza di controindicazioni. È stata **Marta Ciofi degli Atti**, della Società Italiana di Pediatria-Sip, a sottolineare questo aspetto, facendo notare come “i 3 milioni di bambini e adolescenti italiani affetti da malattie croniche, vanno oggi incontro ad un duplice problema: una mancata esecuzione delle raccomandazioni sulla somministrazione di vaccini antinfluenzali, e la scarsità d'informazione che spesso fa diventare proprio queste malattie di base il motivo per non ricorrere ai vaccini in via precauzionale”.

Un contributo fondamentale per la diffusione di una nuova cultura delle vaccinazioni potrà venire anche dai medici di famiglia e dai pediatri, come hanno evidenziato **Giampiero Chiamenti**, responsabile vaccinazione della Federazione Italiana Medici Pediatri - Fimp, e **Dona-**

tella Alesso, della Federazione Italiana Medici di Famiglia-Fimmg. Se oggi una larga maggioranza delle vaccinazioni avviene grazie al supporto dei centri vaccinali, “una vaccinazione diretta dei propri assistiti potrebbe essere fondamentale non solo per favorire una maggiore conoscenza del prodotto, e della sua sicurezza, ma soprattutto per favorire la puntualità delle vaccinazioni stesse”, ha affermato Chiamenti. Sulla stessa lunghezza d'onda Alesso, che vede proprio nel medico di medicina generale “la figura più adatta per un'operazione di counseling, visto che abbiamo l'opportunità di consigliare e praticare vaccinazioni a gruppi mirati, come avviene per il vaccino antinfluenzale”. La selezione di “gruppi target per età e patologie tra i propri assistiti”, è il contributo che, a parere di Alessandro Rossi, della Simmg, può fornire il medico di medicina generale “operando in maniera integrata e paritaria con i medici specialisti ed altre figure professionali”.

È da considerare, infine, un'altra fetta della popolazione. Quel-

la che va dai 21 ai 50 anni, e che, godendo solitamente di buona salute, non ha un costante rapporto con il proprio medico di famiglia. Proprio per sensibilizzare questa categoria sull'argomento vaccinazioni, potrebbe risultare fondamentale il ruolo delle farmacie, come ricordato dal tesoriere della Fofi, **Franco Cantagalli**. “Solo lo scorso anno – ha ricordato Cantagalli – sono stati distribuiti all'interno delle farmacie italiane oltre 1 milione di opuscoli informativi sul vaccino antinfluenzale. Il supporto del farmacista – ha concluso – può aiutare la diffusione di una cultura della prevenzione/vaccinazione, e potrà farlo ancor di più con il nuovo ruolo che da qui a breve le farmacie andranno a ricoprire”.

(G.R.)

► Segue da pagina 9

Moirano: “Riorganizzare la rete dell'offerta”

Come Agenas, infatti, abbiamo affiancato le Regioni con Piani di rientro (Sicilia, Calabria, Abruzzo, Piemonte, ecc.), sulla base di quanto previsto nel Patto per la Salute 2009. Ma abbiamo dato consulenza anche a Regioni che non hanno i Piani di rientro, co-

me la Sardegna, la Basilicata e la Liguria.

Che situazione avete trovato nelle diverse Regioni?

Ci siamo trovati spesso in presenza di programmazioni vecchie, datate. E in qualche caso la programmazione non era proprio stata fatta. Quando le reti dell'offerta non sono ben programmate, o non sono programmate affatto, ti trovi a constatare che le strutture, gli ospedali e non solo, sono cresciute in maniera estemporanea, sulla base di interessi specifici dei politici locali, dei professionisti

locali o altro. Così ci sono reti di offerta che non hanno un bacino adeguato: questo vuol dire che le strutture non sono pienamente utilizzate e anche che non possono raggiungere l'eccellenza, in mancanza di una “massa critica” adeguata.

I risultati si calcolano solo sotto il profilo dei bilanci?

Non solo: si deve da una parte rientrare e dall'altra riqualificare, andando a recuperare risorse dagli ospedali per portarle sul territorio. Una strada che è difficile ma che dà buoni risultati.

Nel vostro documento è scritto chiaramente che l'obiettivo non è tanto ridurre il numero dei posti letto, ma piuttosto ridurre il numero delle strutture. Questo vuol dire che ci saranno tagli del personale medico e sanitario?

Bisogna essere seri. In molte Regioni, in questi anni, si sono ridotti i posti letto in maniera parcellizzata, levandone due qua e due là. In questo modo non si sono ridotti i costi, ma si sono soltanto rese più inefficienti le strutture.

Detto questo, il taglio del personale nel servizio pubblico non si può fare, visto che non si possono fare licenziamenti. Al massimo si può utilizzare il blocco del turn over, ma personalmente credo che un blocco del turn over totale non sia realizzabile e che sia più appropriato invece pensare a percentuali di blocco che consentano alle amministrazioni di gestire la situazione: ci sono dei “cessati” che si può benissimo non sostituire, mentre altri vanno sostituiti per non creare problemi ai servizi.



Previdenza

Enpam: nel 2012 scatterà la riforma delle pensioni

Una vera riforma delle pensioni che scatterà dal 1° gennaio 2012. Questo è ciò che ha annunciato a fine aprile la Fondazione Enpam, che gestisce la previdenza di medici e dentisti non dipendenti dal Ssn.

La decisione nasce dall'allarme lanciato dalla Corte dei Conti nella sua ultima relazione di controllo, resa nota nei giorni scorsi, riguardo alla stabilità economico-finanziaria della cassa. In particolare la Corte si riferisce ai bilanci 2008 e 2009, ovvero a quelli immediatamente successivi alla finanziaria 2007, che ha previsto che tutte

■ Non saranno toccate le pensioni in essere e i diritti acquisiti, ma l'allarme lanciato dalla Corte dei Conti sui bilanci 2008 e 2009 impone al CdA di rivedere le aliquote contributive e i rendimenti. Le decisioni di dettaglio saranno prese entro novembre

le casse di previdenza garantissero il proprio equilibrio finanziario in una prospettiva non più di 15 ma di 30 anni. "L'asticella è stata alzata troppo rapidamente - ha commentato Alberto Oliveti, vicepresidente vicario della cassa dei medici e dei dentisti - e ora ci si prospetta un periodo di sacrifici. Non taglieremo però le pensioni attuali e faremo interventi che salvaguardino le giovani generazioni".

Prima ancora che intervenisse la Corte dei Conti, la presidenza dell'Enpam, sulla base dei bilanci tecnico-attuariali del dicembre 2010, aveva già avviato un'ampia consultazione con il CdA e le Consulte dei diversi Fondi. Il risultato di questo lavoro, si legge nella nota diffusa, sarà una "riforma che interverrà sulle aliquote contributive e sui rendimenti ma che lascerà comunque invariata la scelta sul momento

del pensionamento, a fronte di eventuali penalizzazioni commisurate all'aspettativa di vita post-lavorativa. In ogni caso non verranno toccate le pensioni in essere e verranno fatti salvi i diritti acquisiti prima della riforma (nel rispetto del cosiddetto principio del pro rata)".

Secondo le previsioni, la riforma dovrebbe essere varata il prossimo novembre, per diventare operativa nel gennaio 2012. **Y**

Oliveti: "Garantire il massimo di pensione a tutti, ma nella logica del patto generazionale"

Alberto Oliveti è stato eletto l'estate scorsa vice presidente vicario dell'Enpam. Ora tocca a lui annunciare una riforma delle pensioni di medici e dentisti che non sarà certo indolore

Dottor Oliveti, la riforma significherà che si dovrà pagare di più per avere la pensione?

Bisogna essere realisti. C'è un incremento costante dell'aspettativa di vita, c'è un quadro economico che conosciamo tutti e c'è stato un improvviso innalzamento del periodo per il quale l'Ente è tenuto a garantire l'equilibrio, passato in una notte da 15 a 30 anni. Tutte queste condizioni ci impongono di aumentare i contributi da versare e di dire che, mantenendo aperta l'opzione sul momento in cui si va in pensione tra i 60 e i 70 anni, il calcolo dovrà però tener conto dell'aspettativa di vita. Vogliamo dare a tutti il massimo di pensione sostenibile, ma nella logica del patto tra generazioni, e quindi garantendo anche per il futuro. Altrimenti si pagano le pensioni oggi, magari più ricche, usando i soldi delle generazioni più giovani. Che poi si troverebbero scoperte.

Perché avete annunciato ora questa decisione?

La relazione della Corte dei Conti, relativa ai bilanci 2008 e 2009, è arrivata a fine 2010. Da quel momento ci siamo messi a lavorare per formulare ipotesi di intervento, in un percorso condiviso con il CdA della Fondazione e con le Consulte. Ora abbiamo capito in che direzione muoverci e entro novembre la riforma sarà approvata.

Non era possibile intervenire sulla redditività del patrimonio?

Per fronteggiare la richiesta di garanzia di equilibrio a 30 anni, avremmo dovuto far crescere la redditività degli investimenti in modo pazzesco. E questo si fa in un modo solo: falsificando i bilanci. Oltre tutto, riguardo al patrimonio, è bene ricordare che il nostro continua ad essere sottoposto ad una doppia tassazione.

La vendita di 5.000 case avviata dall'Enpam qualche mese fa è un modo per "fare cassa"?

No, non è stato quello lo scopo della vendita. Il nostro scopo è mettere a reddito il meglio possibile i contributi versati, per poter pagare le pensioni. Invece oggi, investire in case da dare in affitto, con tutti i costi di gestione e di manutenzione, non è conveniente. (E.A.)

I medici bocciano il ddl e chiedono una revisione del testo

Governo Clinico "Il ddl non sia l'ennesima occasione sprecata"

L'attuale testo del ddl sul Governo clinico è giudicato "del tutto inadatto" a risolvere i problemi "che pure si dice di volere risolvere". È per questo che, in una lettera indirizzata alla commissione Affari Sociali della Camera, l'Intersindacale medica ha chiesto di correggere il testo e compiere quel salto "culturale e politico" in grado di cancellare "l'invasione della politica nella sfera della sanità" e quella "cultura aziendalista" che "minimizza i valori della professione medica"

Compatti contro il Governo clinico. Perché il testo di legge, già tante volte criticato nelle precedenti formulazioni, non piace ai medici neanche nella nuova veste attualmente in discussione alla commissione Affari Sociali della Camera, come era già emerso dal commento del presidente della Fesmed Carmine Gigli pubblicato sullo scorso numero del nostro giornale. Ed ora è stato ufficializzato con una lettera che l'intersindacale medica ha inviato alla commissione e, per conoscenza, al ministero della Salute e alle Regioni. I medici definiscono i contenuti del testo, "così come formulati", "insufficienti", "quando non peggiorativi", rispetto ai problemi "che pure si dice di volere risolvere". E puntano il dito sulla "cornice legislativa degli assetti organizzativi del Ssn, che non impedisce alla politica di invadere la sfera della sanità

né ad una certa cultura aziendalista di minimizzare i valori della professione medica, che si è tradotta in una rigida catena di comando che tutto ha sacrificato sull'altare del pareggio di bilancio, senza nemmeno raggiungere l'obiettivo, come il disastro dei conti dimostra. Le aziende sanitarie - si legge nella lettera - adottano regole di ingaggio sempre più radicate in un efficientismo gestionale che esercita un controllo pressoché assoluto dei medici, privi di un coinvolgimento operativo nei percorsi organizzativi, considerati solo come costosi fattori di produzione. Evidente il conflitto, latente o manifesto, tra i loro obblighi deontologici, che la magistratura sempre più frequentemente richiama, e le regole del sistema". Se occorre costruire un nuovo modello gestionale, e secondo i medici ve ne è assoluto bisogno, esso però "deve, allora, origina-

re dalla idea del governo clinico nata, ormai molti anni fa", ma che non si rispecchia, secondo l'Intersindacale, nel testo in discussione alla Camera. Che dovrebbe, invece, "contrastare una cultura che nelle organizzazioni sanitarie riduce i medici alla stregua di macchine banali ed anonime, rinunciando alle loro competenze e professionalità". L'intersindacale chiede ai deputati di "ri-definire ruolo e responsabilità del medico" ricordando che il suo "compito fondamentale è governare le cure". E di "disegnare l'integrazione delle competenze e dei poteri nelle aziende sanitarie anche attribuendo agli organismi rappresentativi dei professionisti reali margini di autonomia e responsabilità per orientare e supportare il management aziendale nelle scelte tecniche. Una governance integrata, che individui procedure di selezione e verifica delle carriere meno di-

screzionali ed autoritarie, sottraendole, a cominciare dalla nomina dei Direttori di struttura, al puro rapporto fiduciario con il Direttore generale, e quindi alle incursioni della politica, per valorizzare la valutazione professionale anche ai fini del rinnovo degli incarichi". Una sfida che "esige un sostanziale cambio di paradigma culturale e politico". "Il testo in esame, invece - aggiunge l'intersindacale nella lettera - appare limitarsi a dettare norme di funzionalità delle aziende sanitarie lambendo solo il nocciolo del problema. Il risultato di tante discussioni è, insomma, una legge, forse non priva di qualche merito, ma del tutto inadatta alla soluzione dei problemi che ne sono alla origine". I medici, infine, chiedono di rivedere anche la determinazione della età di quiescenza che "non può essere avulsa da quella dell'età di ingresso nel sistema, pena un irrigidimento delle carriere ed un ulteriore contributo all'invecchiamento della categoria. Ci sembrano maturi i tempi, e favorevole la occasione, per restituire un ruolo formativo professionalizzante al Ssn anticipando l'incontro tra mondo della formazione e mondo del lavoro, vista l'eccessiva lunghezza di un percorso che nega ai giovani medici la massima tutela previdenziale. Anche in vista della annunciata, e ormai prossima, carenza di risorse professionali".

■ Su WWW.AOGO.IT il testo della lettera dell'Intersindacale medica indirizzata al presidente della Commissione Affari Sociali, al relatore del Disegno di Legge, ai componenti della Commissione Affari Sociali e ai responsabili Sanità dei Partiti



Va in scena la conciliazione in sanità. Presto una scuola Fnomceo per mediatori

Ecco come funziona l'alternativa al contenzioso medico legale

■ A poco più di due mesi dall'entrata in vigore del D.lgs 28/2010 che stabilisce l'obbligatorietà della conciliazione per molte controversie civili, la Fnomceo ha promosso la simulazione di un caso di conciliazione in materia di responsabilità sanitaria per capire se i medici sono pronti ad assumere il nuovo possibile ruolo di mediatori. Presto, con la collaborazione del Consiglio nazionale Forense, nascerà anche una scuola per mediatori in sanità

Il 21 marzo è entrato in vigore il dlgs 28/2010 e il regolamento di attuazione Dm 180/2010 che stabilisce che per risolvere molte controversie civili (tra queste quelle di carattere medico sanitario), prima di andare in tribunale, è necessario passare attraverso un tentativo di mediazione. Considerato ciò, la Fnomceo, nel corso del Workshop "Mediazione e responsabilità medica" che ha organizzato a Como il 29 e 30 aprile scorsi, ha deciso di mettere in scena, sotto la regia di Ilaria Pagni, professore ordinario di Diritto processuale civile all'Università di Firenze, una simulazione di un caso di conciliazione in materia di responsabilità sanitaria, basato su un fatto di cronaca risalente al 2006.

Un cast di consulenti medici e avvocati, parti in causa e compagnia assicuratrice, hanno interpretato i diversi ruoli per rappresentare la seduta di conciliazione di un ipotetico caso clinico

In pratica, un cast di consulenti medici e avvocati, parti in causa e compagnia assicuratrice, armati di copione, hanno interpretato i diversi ruoli per rappresentare la seduta di conciliazione di un ipotetico caso clinico.

La due giorni promossa dalla Fnomceo muove i passi dalla consapevolezza che, pur riconoscendo gli indiscussi vantaggi che la normativa porterà in termini di celerità e alleggerimento delle procedure, sono ancora molti i pun-

ti critici od oscuri della legge. Tra le incognite, come ha ricordato il segretario della Federazione Gabriele Peperoni, ci sono il rischio di un aumento delle controversie proprio per i bassi costi che la conciliazione comporta, la territorialità

Bianco: "Conciliazione processo innovativo per la risoluzione dei conflitti"

L'iniziativa di Como è "occasione utile e interessante per cogliere alcune dimensioni della problematica". A dirlo è Amedeo Bianco presidente Fnomceo, commentando la due giorni di lavoro lariano. "La conciliazione è un processo innovativo per il sistema di risoluzione dei conflitti che sta ingolfando i processi e le aule dei tribunali".

Bianco quindi plaude a queste proposte che definisce "innovative" in quanto vanno nel senso di alleggerire il sistema che fa fatica a "smaltire il contenzioso che ha assunto dimensioni preoccupanti". Anche perché, sottolinea il presidente della Federazione dei medici, i conflitti stanno generando le "pratiche difensivistiche" da parte dei medici che oltre ad essere "costo-

se" e "rischiose" generano soprattutto "pratiche professionali non libere e non autonome. Il medico perde l'autonomia e il senso di responsabilità, caratteristiche fondamentali del medico".

Altro momento importante è "la comunicazione dell'errore" perché in grado di dare la percezione dell'evento negativo".

"Per il medico - ha proseguito Bianco - la causa di esclusione della responsabilità penale è il consenso, accompagnato dalla partecipazione. Senza consenso, c'è il rischio penale, magari non per omicidio colposo, ma per violenza privata".

Entrando dunque maggiormente nel dettaglio come si affrontano le problematiche connesse al contenzioso? Il presidente Bianco le

riassume in tre punti: diritto del cittadino ad avere un risarcimento, oneri diretti e indiretti inferiori, sede "confidenziale", che non vuol dire omertosa, ma un luogo dove si adottano procedure per cui tutti gli elementi possono emergere per tentare una soluzione.

"Questi sono tre obiettivi di sistema - ha spiegato Bianco - tenendo conto che la professione medica ha una forte esposizione, anche mediatica. Noi ci auguriamo che questo modello possa funzionare e che le camere di conciliazione abbiano un carattere di terzietà. Vediamo in prospettiva una professione di qualità in un sistema di tutela dei diritti delle persone, perché anche questi sono gli elementi portanti del sistema Paese".

lità (chi ricorre può rivolgersi a un organismo di mediazione insediato in luogo diverso da quello dove si è verificato l'evento) e il comportamento di compagnie assicuratrici e aziende sanitarie.

Nei giorni scorsi, infatti, il Tar del Lazio ha dichiarato rilevanti alcune delle questioni di legittimità costituzionale sollevate sulla normativa - tra gli altri - dall'organismo unitario dell'avvocatura. La parola ora passa alla Corte Costituzionale.

"La normativa resta ovviamente in vigore - ha spiegato il presidente Fnomceo, Amedeo Bianco chiarendo che per i cittadini nell'immediato non cambia nulla -, ma è chiaro che la pronuncia della Corte Costituzionale avrà rilevanza".

A Como è stato inoltre discusso l'ipotesi di accordo tra gli Ordini dei medici e il Consiglio nazionale Forense per l'istituzione, nelle 26 sedi di Corti d'Appello, di una scuola di formazione di conciliazione con un programma unico su tutto il territorio che dovrebbe prevedere almeno 8/10 ore di insegnamento in materie sanitarie. "Per ora esiste una bozza - dice Gianluigi Spata, presidente Omceo di Como - su cui stiamo lavorando per creare un documento approvato dalla Federazione e dal Consiglio Forense. L'obiettivo è quello di formare figure professionali che, rispetto a quelle già presenti, abbiano conoscenze e capacità specifiche nel nostro particolare settore". Il tutto, ovviamente, dopo che la Corte costituzionale si sarà espressa sulla legittimità della riforma del processo civile. **Y**



Amedeo Bianco

La responsabilità medica è uno degli ambiti più delicati

La conciliazione in sanità: criticità e spunti di riflessione

■ A poche settimane dalla sua entrata in vigore, la neonata conciliazione è stata rinviata da un'ordinanza del Tar del Lazio alla Corte costituzionale. Con ogni probabilità la Consulta deciderà tra qualche mese, ma nel frattempo tutto il meccanismo è gravato da un'oggettiva incertezza

di **Mina Maisto**
Avvocato, Foro di Roma

Per risolvere numerose controversie ora le parti non possono più andare direttamente innanzi al giudice senza essersi rivolte prima al "conciliatore". Tanto che, nel caso in cui si presentassero davanti al giudice senza essere prima passate per il tentativo di mediazione, sarebbe il giudice stesso ad invitare le parti alla presentazione della domanda entro 15 giorni. L'obiettivo di questo nuovo sistema è quello di facilitare l'accordo tra i contendenti, al fine di favorire una soluzione meno dispendiosa in termini di tempo e di emotività. La responsabilità medica rientra tra le materie di conciliazione obbligatoria e si tratta senza dubbio di uno dei campi in cui la questione si mostra più delicata. Partiamo da un'analisi di tipo statistico: nel 2001 le richieste di risarcimento danni avviate da pazienti nei confronti di medici operanti sul territorio italiano sono state 12 mila; oggi secondo i dati Ania le denunce sono 30 mila, con un trend di crescita del 150%. La responsabilità professionale del medico rappresenta il 5% dell'intero ramo della responsabilità civile trattato dalle assicurazioni private e secondo le stime il totale dei danni provocati da malpractice è di 260 milioni di euro. Diminuiscono gli esposti nei confronti delle strutture sanitarie e crescono quelli contro i medici; i pazienti non si fidano più troppo di chi li ha in cura e cercano informazioni online. L'aumento delle richieste di danni per malpractice ha provocato il diffondersi della medicina difensiva con conseguente ripercussione su costi, accessibilità e qualità tecnica delle prestazioni sanitarie.

Il punto centrale nella valutazione di tali preoccupanti dati sembra essere il deterioramento del rapporto tra medico e paziente: il malato si fida di meno e chi lo cura invece non è sereno perché ha paura di una denuncia. Alla luce di tali premesse, a giudizio degli studiosi della materia, la responsabilità medica si candi-

da come materia dove maggiormente possono emergere i benefici della conciliazione introdotta dal decreto legislativo n. 28/2010, che impegna medici e pazienti a confrontarsi al tavolo della mediazione prima di arrivare davanti al giudice. La finalità è quella di abbreviare i tempi del contenzioso, favorendo il dialogo, lo scambio, l'ascolto tra medico e malato e, pertanto, evitare gli "scontri" tra paziente e medi-

co in un clima più disteso volto a rinsaldare la base di fiducia che deve sussistere tra le due parti. Tuttavia lo sviluppo di tale sistema ha già incontrato un primo ostacolo. A poche settimane dall'entrata in vigore del provvedimento, infatti, la neonata conciliazione, è stata rinviata da un'ordinanza del Tar del Lazio alla Corte costituzionale. I giudici amministrativi hanno quindi sospeso la decisione del ricorso proposto dal-



Mina Maisto

l'Oua (Organismo Unitario Avvocatura) contro il regolamento attuativo sulla conciliazione obbligatoria, in attesa della pronuncia della Corte costituzionale. Intanto la mediazione obbligatoria, in vigore dal 21 marzo, va avanti. Con ogni probabilità la Consulta deciderà tra qualche mese, ma

nel frattempo tutto il meccanismo è gravato da un'oggettiva incertezza, tanto che dall'avvocatura arrivano forti e chiari gli appelli al ministro Angelino Alfano per arrivare a uno stop di tutta la conciliazione. Dal fronte del Consiglio nazionale forense arriva invece la notizia della prossima probabile presentazione di un provvedimento volto a riscrivere l'istituto della mediazione di modo renderlo compatibile con la Costituzione. Con ogni probabilità, inoltre, importanti modifiche al decreto sulla conciliazione saranno apportate tramite un maxiemendamento che sarà presentato al dl sviluppo, provvedimento che inizierà l'iter in Parlamento l'ultima settimana di maggio. Quale sarà l'esito della conciliazione? Quale il giudizio della Consulta? Troppo presto per rispondere a questi interrogativi. Di certo l'istituto nel campo della responsabilità medica potrebbe gettare un "ponte" tra paziente e medico, ricucendo quel rapporto troppo spesso logorato dalla sede giudiziale. Nelle more dell'esito della Corte Costituzionale, sarebbe comunque importante che il Legislatore intervenisse nella disciplina della responsabilità medica con norme ad hoc volte a ripartire in maniera equa l'eventuale responsabilità tra struttura medica e professionista e tutelare maggiormente la figura del medico. ■

di **Lucia Conti**

È stato presentato il 9 maggio scorso, presso la sede dell'Ordine dei Medici di Napoli, il nuovo libro di Antonio Lepre, magistrato ordinario presso il Tribunale di Napoli. Il volume parte dalla identificazione degli enti sanitari pubblici e privati operanti nell'ambito del servizio sanitario nazionale per affrontare i rapporti tra tutela della salute del consumatore/paziente e il principio di libera concorrenza, evidenziando come la prestazione sanitaria sia l'intersecarsi di elementi organizzativi, strutturali, clinici e multiprofessionali le cui responsabilità non possono ricadere esclusivamente sul medico e l'atto medico. Soprattutto per la mancanza, spesso, di un nesso causale tra l'atto medico e il danno subito.

Per tutelare il paziente, migliorare il Ssn e la professionalità di chi vi opera, afferma Lepre, occorre il coinvolgimento totale della struttura sanitaria. Anche in termini di responsabilità civile e penale da danno causato sui cittadini. Ed è in questa direzione che si sta muovendo la giurisprudenza, come dimostrano anche due recenti sentenze della Cassazione (vedi box in basso) che non hanno mancato di suscitare un vivace dibattito.

Dottor Lepre, si invoca la relazione di fiducia medico-paziente, l'affezione al Ssn e il diritto alla salute come diritto univer-

A colloquio con Antonio Lepre, magistrato ordinario presso il Tribunale di Napoli

Errori medici: "Sia la struttura a rispondere degli errori. Non il medico"

■ È stato presentato a Napoli, presso l'Ordine dei medici, il volume "La responsabilità civile delle strutture sanitarie. Ospedali pubblici, case di cura private e attività intramuraria". Abbiamo intervistato il suo autore, Antonio Lepre, magistrato ordinario presso il Tribunale di Napoli, secondo il quale "la prestazione sanitaria è l'insieme di una serie di elementi la cui responsabilità deve ricadere sulla struttura, non sul medico"

sale e assoluto. Lei stesso, però, apre il suo libro chiamando il Ssn "mercato" e il paziente "consumatore". Non è una contraddizione?

Da un certo punto di vista è così, ma la contraddizione dipende dal tipo di modello sanitario ed è innegabile che oggi il modello sanitario italiano metta in tendenziale competizione il pubblico e il privato. Dove c'è competizione, c'è logica imprenditoriale, anche se non spinta all'estremo. E le logiche di profitto comportano dei rischi, per il Ssn e anche per il paziente.

Definire il Ssn in termini di "quasimercato" e il paziente "consumatore" non appare, al-

lora, così contraddittorio, neanche per la giurisprudenza. Perché la disciplina del consumatore aiuta a determinare le condizioni in cui il consumatore, in questo caso il paziente, ha subito un danno. Nel mio libro sottolineo che la nozione di paziente come "consumatore" è accettata solo se significa l'applicazione della disciplina a tutela del consumatore, per rafforzare la tutela del paziente. Proprio perché i beni fondamentali, come la salute, devono essere sot-

tratti dalla logica del mercato e dal rischio di abusi da parte delle "imprese".

Cosa significa questo per la giurisprudenza?

Significa dover bilanciare la tutela del consumatore con i principi di libera concorrenza e di mercato. Quando si parla di sanità, questo bilanciamento è molto delicato. Il rischio da evitare è quello di esaurire il concetto di paziente nella nozione di consumatore, ma le prime sentenze che hanno qua-



► Segue a pagina 14

► Segue da pagina 13

Errori medici: "Sia la struttura a rispondere degli errori. Non il medico"

Il paziente come consumatore lo hanno fatto proprio allo scopo di garantirne una maggiore tutela.

Come ho scritto nel mio libro, io credo che si debba qualificare il paziente come consumatore, anche di fronte all'ospedale pubblico. La mia è una posizione che si discosta dal parere della Cassazione, ma sono convinto che non farlo possa pregiudicare la tutela del paziente nei confronti della struttura pubblica che oggi è parte integrante del mercato della sanità. Lo scopo principale da perseguire resta quello di evitare che il diritto alla salute entri in conflitto, soccombendo, con i principi del mercato.

I dati sulle denunce in sanità rivelano che i casi si stanno sempre più spostando dalla responsabilità del singolo medico a quella della struttura. Una dinamica che nel suo libro è condivisa. Perché?

Il passaggio dalla denuncia al medico a quella contro la struttura è essenziale per pacificare la materia e rasserenare gli animi. Il diritto civile, del resto, nasce con l'obiettivo di riparare la vittima, non di punire l'autore. Per questo la condanna può avvenire anche senza colpa o con colpa presunta. Cosa che non può invece accadere nel Penale, dove la colpa deve

essere accertata perché quel ramo del diritto è destinato ad applicare una pena, peraltro la più grave essendo idonea a privare il soggetto della libertà personale.

Se l'obiettivo è il risarcimento, allora la logica dovrebbe spingere a favorire il coinvolgimento della struttura a fini del giudizio Civile, non tanto del medico.

Le ragioni sono numerose e le conseguenze positive. Anzitutto la struttura è un soggetto sicuramente solvibile e in quanto spesso anche un soggetto imprenditoriale, quindi più portato alla transazione di quanto non lo sia un individuo privato.

Inoltre, questo permette di non inasprire il processo coinvolgendo direttamente il medico, che inevitabilmente vedrebbe messa in gioco la propria dignità professionale e il proprio buon nome. Anche considerato che spesso il nesso causale tra il danno subito e l'errore medico è incerto, anche perché il danno spesso si verifica per tante ragioni e l'atto medico è solo una parte della più ampia e complessa prestazione sanitaria. Questo spesso rende difficile per il giudice emettere una sentenza di condanna nei confronti del singolo medico, ma non lo sarebbe nei confronti della struttura: la responsabilità del medico, cioè, coinvolge inevitabilmente quella della struttura, ma non è vero il contrario.

C'è anche un vantaggio a livello di qualità dei servizi, perché se è la struttura a dover subire le conseguenze economiche degli errori sanitari, sarà anche più incentivata a risolvere quelle problematiche che possono aver causato il danno rimuovendo

la causa. Potrebbe quindi tradursi in uno stimolo a migliorare l'organizzazione, l'efficienza, la qualità delle strutture e della preparazione del personale.

Senza un coinvolgimento della struttura, nel Civile, come nel Penale, si rischia un'eccessiva severità di giudizio. Questo la prassi lo sta capendo.

Perché finora questi concetti non sono stati ancora metabolizzati?

Il primo problema è la necessità di formare la classe forense, le assicurazioni e i vari soggetti coinvolti in un certo modo, cioè evidenziando la convenienza per tutti nel far sì che nei giudizi di responsabilità sia coinvolta la sola struttura e non il singolo professionista. L'altro problema è che la legislazione italiana non prevede ancora la responsabilità penale e amministrativa degli enti sanitari in caso di responsabilità connessa all'esercizio di attività sanitaria. C'è una legge sulla responsabilità degli enti (dlgs 231/2001), ma le strutture sanitarie vi sono escluse. Di conseguenza, il processo penale, in sanità, è inevitabilmente contro il singolo medico. Il che è assurdo, anche considerato che le strutture sanitarie possono incorrere in varie ipotesi di responsabilità penali, le truffe o corruzioni ad esempio, che con l'errore medico non hanno nulla a che fare.

Anche alcune recenti sentenze della Cassazione hanno avuto un atteggiamento favorevole nei confronti dei medici.

E l'hanno fatto proprio in questa direzione. Sono sentenze che contengono elementi anche forse non del tutto condivisibili sot-

to il profilo giuridico, ma che sicuramente mostrano una tendenza ad essere molto cauti nei confronti del professionista.

La Cassazione penale sta sottolineando che tante volte il nesso causale non è accertabile, sia perché può esserci la responsabilità di altri che condizioni cliniche pre-esistenti nel paziente. Non è quindi detto che sia stato il comportamento del medico, seppure negligente, ad aver effettivamente causato il decesso.

Ed non può esserci una sentenza di condanna in assenza di un'alta probabilità logica che sia stato proprio quel comportamento a causare il decesso. È chiaro che la certezza non potrà mai esserci, ma mentre prima la Cassazione era più severa, oggi la tendenza è a moderare la valutazione della condotta medica. Ma questo non esclude il giudizio disciplinare e quello civilistico. Che però sono tutt'altra cosa.

Insomma, nel giudizio in sanità ci si muove in un terreno molto indefinito...

Ci sono due limiti, in particolare. La mancanza di responsabilità para-penale degli enti sanitari e il fatto che, per quanto le interpretazioni dei giudici e le linee degli avvocati possano spingere verso la responsabilità delle strutture sanitarie, talvolta avviene che sia poi la struttura stessa a chiamare in giudizio il medico, direttamente o attraverso l'assicurazione. Tornando così al punto di partenza. E vanificando gli effetti positivi dell'agire dei giudici e degli avvocati.

Qual è il suo parere sul Dlgs 28/2010 che ha introdotto, per il processo civile, l'obbligo di

tentativo di mediazione. Sul decreto sono stati sollevati dubbi di legittimità, ma l'esigenza di accelerare le soluzioni dei contenziosi e di rendere meno aspri i processi è molto sentita dai medici, ma anche dai cittadini.

Ritengo che lo strumento della mediazione, in generale, sia stata una grande intuizione del legislatore. Ma questa è una legge fatta contro il parere di tutta l'avvocatura ed era prevedibile che non sarebbe stata accettata passivamente. Del resto, anche componenti significative della magistratura hanno espresso forti riserve.

Il problema è che questa brillante intuizione è forse vanificata dalle concrete modalità operative previste e quelle previste dal dlgs 28/2010 pongono molti dubbi.

Quali?

Anzitutto quello di imporre l'obbligo di tentativo di mediazione. L'imposizione solitamente non è qualcosa che ha molto successo, anzi. Da una parte suscita malumori e dall'altra si trova sempre il modo di aggirarla.

Ci sono poi aspetti che la rendono poco trasparente e poco sicura per chi deve ricorrervi. I soggetti che devono mediare, infatti, non sono giudici e non sono enti pubblici, ma possono anche essere soggetti privati e totalmente a scopo di lucro. E questo non offre alcuna garanzia sulla loro indipendenza, sul loro essere super partes.

Quando si parla di contenzioso medico, la questione diventa ancora più delicata, perché si tratta di salute. Dove è la tutela del paziente nel costringerlo ad andare da un mediatore che non dà garanzia di indipendenza? Peraltro la legge prevede tempi strettissimi per decidere e, personalmente, sono molto scettico nei confronti dell'idea che un processo di responsabilità medica debba chiudersi in quattro mesi. Ci sono una serie di valutazioni che richiedono tempo, non si può essere frettolosi.

Bisognerebbe inoltre prevedere che i mediatori abbiano una preparazione specifica sulla materia e una preparazione tecnica in medicina.

Non si può inoltre escludere che forti soggetti imprenditoriali sanitari si creino strutture di mediazione ad hoc, formalmente distinte ma che sostanzialmente facenti capo alle strutture stesse. Di fronte a interessi grandi, questo sistema di mediazione è pericoloso.

Le esigenze di snellire i procedimenti civili in sanità però resta...

Sì, ma non possono essere risolte così. È giusto cercare soluzioni di mediazione che velocizzino i contenziosi in sanità, anche perché oltre ad essere un'esigenza delle parti in causa è anche un'esigenza dell'economia del Paese. Si tratta però di perfezionare lo strumento della mediazione per renderlo efficace. Ma serve perfezionarlo molto. **Y**

Condotta omissiva: due recentissime sentenze della Cassazione assolvono i medici

Paziente muore. Assolto medico che aveva sbagliato diagnosi

■ Una nuova sentenza della Cassazione sulla responsabilità dei medici (sez. IV Penale, sentenza n. 13758/11; 20 gennaio - 7 aprile 2011) non ha mancato di suscitare dibattito e polemica. Questa volta i giudici della Suprema Corte hanno stabilito il principio, rifacendosi anche a precedenti pronunzie della stessa Corte di Cassazione, secondo il quale un medico non può essere giudicato colpevole di atti omissivi senza valutare le conseguenze pratiche della presunta omissione. Ciò vuol dire che sbagliare diagnosi e omettere di prescrivere accertamenti conseguenti non costituisce di per sé una mancanza professionale perseguibile qualora non sia dimostrabile che quello sbaglio sia stato causa diretta di danni al pazien-

te. In altre parole, se non è certo che il paziente poteva essere salvato da una diagnosi corretta, il medico non va punito anche se ha sbagliato diagnosi.

Il caso era quello di una dottoressa ligure condannata a due anni di reclusione in primo grado nel dicembre 2008 con l'accusa di omicidio colposo. Il Tribunale di Genova aveva infatti riconosciuto un comportamento omissivo da parte del medico nei confronti di un paziente da lei visitato in pronto soccorso che accusava dolore toracico, formicolio al braccio sinistro, ipertensione. Eseguito l'elettrocardiogramma che dava risultato negativo, il paziente veniva dimesso senza prescrizioni particolari. La notte successiva il paziente decedeva a causa di "acuta insufficienza cardiocircolatoria, secondaria a tamponamento cardiaco da rottura della parete posteriore del ventricolo sinistro in soggetto con infarto miocardico acuto".

Prosciolti medici su caso "difficile" e "urgente"

■ Nessuna indulgenza per i medici che mettono in atto "condotte omissive che non si sa se attribuire a scelte difensive o a carenze di preparazione", ma "una attenta e prudente analisi della realtà di ciascun caso può consentire di cogliere i casi nei quali vi è una particolare difficoltà di diagnosi, sovente accresciuta dall'urgenza; e di distinguere tale situazione da quelle in cui il medico è malaccorto, non si adopera per fronteggiare adeguatamente l'urgenza o tiene comportamenti semplicemente omissivi, tanto più quando la sua specializzazione gli impone di agire tempestivamente proprio in urgenza". È con questa motivazione che la IV Sezione Penale della Corte di Cassazione (Sentenza 5 aprile - 26 aprile 2011, n. 16328) ha confermato il proscioglimento

di un medico del Pronto soccorso e di un cardiologo dell'ospedale di Rossano (Cs) accusati di mancata diagnosi e omissione di alcuni esami in un paziente condotto nella struttura in stato comatoso. Il coma fu attribuito a problemi neurologici e il paziente fu trasferito in un altro ospedale più attrezzato, dove tuttavia morì poche ore dopo (leggi qui la sentenza).

Seconda la Corte Suprema, che ha confermato il "non luogo a procedere" per i due medici per "non aver commesso il fatto", "la sentenza impugnata ha infatti tenuto conto della ambiguità della sintomatologia e dell'esito degli esami ematochimici, nonché della necessità di avviare con prontezza il paziente alla struttura sanitaria che, nella situazione data, appariva ragionevolmente dotato delle competenze ed attrezzature più adeguate in relazione alla prospettata patologia neurologica". Il paziente, infatti, "non avrebbe potuto comunque essere trattato con successo nelle strutture locali".

Sul sito www.aogoi.it (in allegato all'articolo) è disponibile il testo delle due sentenze della Cassazione



Via libera della Conferenza Stato Regioni alle "Linee guida per l'accreditamento delle Banche di sangue da cordone ombelicale". Il documento ha dettato tutti gli aspetti organizzativi, tecnici e operativi delle Banche, dalla raccolta al rilascio delle unità cordonali per finalità terapeutiche, ed anche dei punti nascita a queste collegati per lo svolgimento dell'attività di raccolta. Ferme restando le competenze delle singole Regioni e Province autonome nella disciplina delle autorizzazioni, accreditamento, programmazione e organizzazione delle attività sanitarie. I criteri adottati dalla Linee guida procedono sul solco dei principi e delle finalità stabiliti sia nell'Accordo Stato-Regioni del 29 ottobre 2009 sui requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici minimi per l'esercizio delle attività sanitarie delle Banche, sia nel Decreto Ministeriale del 18 novembre 2009 che ha istituito una rete nazionale delle stesse, il tutto sulla base delle indicazioni fornite dal Centro nazionale sangue e dal Centro nazionale trapianti.

I requisiti delle Banche

Per quanto riguarda i requisiti generali, la Banca dovrà disporre di risorse strutturali, organizzative e tecnologiche, qualitativamente e quantitativamente commisurate a svolgere le attività relative alle tipologie di raccolta consentite dalla normativa e l'attività di raccolta dei punti nascita collegati alla Banca deve essere garantita possibilmente senza interruzioni orarie e giornaliere e senza alcuna interferenza con l'assistenza al parto. Inoltre la Banca deve definire gli assetti organizzativi da adottare per garantire la processazione delle unità raccolte e il congelamento delle unità idonee al bancaggio.

Il numero delle Banche sul territorio regionale e nazionale deve essere determinato in base ai bisogni del bacino di utenza, nell'ottica della razionalizzazione dell'impiego delle risorse del Ssn e della conformità agli standard internazionali, per garan-

Il documento è stato approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 20 aprile scorso

Banche cordonali Arrivano le linee guida per l'accreditamento

Le misure per l'accreditamento delle Banche di sangue da cordone ombelicale e dei punti nascita afferenti e le specifiche indicazioni per tutte le fasi della donazione e della raccolta al momento del parto sono state messe nero su bianco nelle "Linee guida per l'accreditamento delle Banche di sangue da cordone ombelicale" approvate in Conferenza Stato Regioni. Un documento che ribadisce la possibilità della conservazione autologa solo per particolari necessità cliniche

tire elevati livelli di qualità e sicurezza.

Le Banche concorrono al conseguimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi definiti, rappresentati da elevati standard di qualità e sicurezza dei prodotti

biologici bancati, dall'incremento delle unità disponibili per trapianto e dall'aumento dell'attività di rilascio.

Infine, le Banche devono notificare eventi e reazioni avverse gravi connessi con la raccolta,

processazione, stoccaggio e trasporto.

L'organizzazione e le regole sul consenso informato

Sotto il profilo organizzativo si

prevede che la Banca, la cui organizzazione complessiva è affidata al direttore del servizio trasfusionale, debba attivare e mantenere una rete integrata con i punti nascita del territorio, che abbiano un numero di parti ade-

La raccolta del sangue da cordone ombelicale

Secondo la normativa vigente (DM 18 novembre/2009) la raccolta di sangue da cordone ombelicale (Sco) può avvenire solo in strutture pubbliche accreditate ed è sempre autorizzata in caso di donazione a fini allogenei (previa verifica dello stato di salute e della compatibilità generale del quadro clinico dei genitori), mentre per la raccol-

ta autologo-dedicata le norme prevedono che essa possa essere effettuata solo in determinati casi:

- quando il neonato ha una patologia in atto al momento della nascita o evidenziata in epoca prenatale, o per uso dedicato a consanguineo con patologia in atto al momento della raccolta o progressa, per la quale risulti scien-

tificamente fondato e clinicamente appropriato l'utilizzo di cellule staminali da sangue cordonale, previa presentazione di motivata documentazione clinico sanitaria;

- nel caso di famiglie a rischio di avere figli affetti da malattie geneticamente determinate per le quali risulti scientificamente fon-

dato e clinicamente appropriato l'utilizzo di cellule staminali da sangue cordonale, previa presentazione di motivata documentazione clinico sanitaria rilasciata da parte di un medico specialista nel relativo ambito clinico;

- per le indicazioni cliniche per le quali è consolidato l'uso per il trapianto di cellule staminali emopoietiche, secondo apposito elenco periodicamente aggiornato in

base alle nuove evidenze scientifiche;

- può essere infine consentita nel caso di particolari patologie non ancora ricomprese nell'elenco, ma per le quali sussistano comprovate evidenze scientifiche di un possibile impiego di cellule staminali del sangue da cordone ombelicale anche nell'ambito di sperimentazioni cliniche approvate secondo la normativa vigente.

guato – sopra i 500 l'anno – a mantenere nel tempo la competenza del personale addetto alla raccolta, per garantire la qualità e la sicurezza del sangue raccolto. Il punto nascita deve avere una sola banca di riferimento nell'ambito di quelle che fan-

no parte della Rete nazionale di Banche. I rapporti tra la Banca e i punti nascita sia del territorio, sia extra regionali, dovranno essere messi nero su bianco con accordo ad hoc

La raccolta di Sco può essere effettuata solo dopo aver ottenuto il consenso informato della madre o di entrambe i genitori. Consenso che non può essere raccolto durante il travaglio. Entrambe i genitori possono ritirare il consenso alla donazione fino al momento della raccolta, e in caso di disaccordo prevale la decisione della madre. Deve inoltre essere espressa la rinuncia alla conservazione a esclusivo beneficio del neonato. La banca deve inoltre fornire una serie di informazioni, elencate dalla legge, dettagliate e corrette.

Selezione e valutazione della donatrice

L'unità di sangue cordonale può essere raccolta solo se si hanno tutte le informazioni anamnestiche di entrambe i genitori e delle rispettive famiglie. Protocolli e selezione della donatrice sono stabiliti dalla Banca, in conformità con la normativa vigente, e condivisi con tutti i punti nascita afferenti che, a loro volta, si avvarranno se possibile delle strutture trasfusionali di riferimento.

Devono poi essere stabiliti i criteri per agire in deroga alle cause di esclusione dalla raccolta in caso di donazione dedicata.

Raccolta

Il cordone non dovrebbe essere clampato prima dei 60 secondi dalla nascita. E la raccolta deve essere effettuata solo in condizione di sicurezza e da personale adeguatamente formato. Per la raccolta allogenica il tempo di gestazione non deve essere inferiore alle 37 settimane, a 34 settimane per la donazione dedicata. Al momento del parto deve essere raccolto un campione di sangue materno per effettuare test di qualificazione biologica come previsto dalla legge in materia trasfusionale. Tutto deve es-

Le linee guida definiscono gli aspetti organizzativi tecnici e operativi che caratterizzano le attività proprie delle Banche di Sco: dalla raccolta al rilascio delle unità cordonali per finalità terapeutiche

sere associato a un codice univoco per garantire l'identificazione e la rintracciabilità del donatore. Deve poi essere garantita l'adeguata conservazione delle unità cordonali e dei campioni biologici associati con apparecchiature refrigeranti a temperatura controllata e sottoposte a manutenzione preventiva. Se il punto nascita non dispone di un'attrezzatura rispondente ai requisiti di legge deve immediatamente provvedere al trasferimento delle unità cordonali presso la Banca di riferimento o attivare sinergie collaborative all'interno della propria Azienda sanitaria. Deve poi essere registrata e conservata un'accurata descrizione di qualunque evento avverso si sia verificato durante o immediatamente dopo la raccolta.

L'unità di uso allogenico deve essere trasferita alla Banca in tempi che consentano l'inizio del congelamento entro 48 ore dalla raccolta. Per le unità di uso dedicato l'intervallo di tempo può essere esteso fino ad un massimo di 72 ore. **Y**

sere associato a un codice univoco per garantire l'identificazione e la rintracciabilità del donatore.

Deve poi essere garantita l'adeguata conservazione delle unità cordonali e dei campioni biologici associati con apparecchiature refrigeranti a temperatura controllata e sottoposte a manutenzione preventiva.

La posizione di alcune società della comunità scientifica sulla raccolta e conservazione del sangue cordonale in Italia

Cnt e Cns propongono un Position Statement

Ma Sigo, Aogoi e Agui hanno nominato una commissione di studio che, nelle sue conclusioni, si dissocia parzialmente da quanto contenuto in questo documento

In occasione del convegno "Il sangue cordonale: aspetti scientifici e organizzativi", svoltosi a Roma il 1° dicembre scorso, tutte le società scientifiche di settore sono state invitate a sottoscrivere un position statement sulla Raccolta e conservazione del sangue cordonale. Il documento, sottoposto alla Sigo, alla Aieop (Associazione italiana di Ematologia Oncologia Pediatrica), alla Sin (società italiana di Neonatologia) e alla Sip (società italiana di Pediatria) dal direttore del Centro nazionale Trapianti (Cnt), Nanni Costa, e dal direttore del Centro nazionale sangue (Cns), Giuliano Grazzini, propone in dieci punti e cinque Raccomandazioni una road map condivisa per un impiego ottimale delle cellule staminali emopoietiche (Cse) contenute nel sangue del cordone ombelicale (Sco) sulla base delle più recenti evidenze scientifiche.

In particolare impegna le società scientifiche a:

- sostenere e valorizzare l'uso delle Cse del Sco nell'ambito delle applicazioni cliniche or-

mai consolidate da comprovate evidenze scientifiche

- sviluppare sinergie interdisciplinari per intraprendere progetti finalizzati all'incremento dell'inventario nazionale delle unità di Sco conservate a scopo solidaristico e dedicato. Eventuali nuove applicazioni cliniche del Sco (come quelle nell'ambito della medicina rigenerativa) dovranno essere sostenute da protocolli di ricerca finalizzati a fornire evidenze scientifiche della loro appropriatezza e condotti in modo indipendente da interessi economici

- potenziare e sostenere la rete italiana delle Banche di Sco in termini di risorse umane e tecnologiche, per rispondere più adeguatamente ai requisiti di sicurezza e qualità richiesti dalla comunità scientifica e dagli standard internazionali

- potenziare e qualificare la rete dei Punti nascita attraverso un'adeguata formazione del personale e il miglioramento della funzionalità delle strutture per una risposta ottimale alla crescente do-

manda di raccolta del Sco. Per quanto riguarda la conservazione autologa, il position statement è chiaro: la conservazione per uso personale, intesa come "assicurazione biologica" per il neonato/famiglia, non solo non risponde ai principi di efficacia e appropriatezza ma apre importanti problemi etici, di equità e di solidarietà su cui si basa l'accesso al Ssn e pertanto lo sviluppo di programmi di conservazione per uso personale a pagamento presso le Banche della rete pubblica italiana non viene ritenuto appropriato. Per questo viene richiesto alle società scientifiche, ma anche alle istituzioni e alle associazioni di volontariato, di sostenere il valore etico della donazione volontaria (consapevole, anonima e gratuita) soprattutto attraverso una capillare corretta informazione scientifica sull'uso appropriato del Sco. A partire da tutti gli operatori sanitari coinvolti a qualsiasi titolo nelle attività correlate alla raccolta e conservazione del Sco, che dovranno ricevere una formazione specifica finalizzata a fornire all'opinione pubblica un'informazione completa, corretta, equilibrata e non ingannevole.

Le 5 Raccomandazioni

1. Incoraggiare la donazione a scopo solidaristico, con l'obiettivo di triplicare l'inventario disponibile (fino ad arrivare a 75mila unità cordonali disponibili all'uso trapiatologico)
2. Scoraggiare la conservazione del Sco per uso personale qualora non sussistano le indicazioni cliniche per la raccolta dedicata
3. Contrastare l'informazione scientificamente infondata e ingannevole, per tutelare il pubblico da possibili illusioni terapeutiche
4. Invitare i genitori in attesa di una nascita, orientati alla conservazione autologa, a verificare le caratteristiche del servizio offerto loro dalle Banche private, acquisendo informazioni sulla adeguatezza scientifica, nonché sulle modalità di prelievo, trasporto, conservazione e re-importazione del campione esportato
5. Impegnare tutti gli operatori coinvolti a sviluppare nuovi filoni di ricerca finalizzati a dimostrare le potenzialità del Sco per applicazioni cliniche diverse dagli impieghi oggi consolidati. **Y**



Il Position Statement contiene Raccomandazioni "generiche, senza una proposta articolata". Ma soprattutto lascia inaffrontato il vero nodo da sciogliere per quanto riguarda la conservazione autologa: l'accREDITAMENTO delle banche private estere nel nostro Paese. E, cosa ben più grave, sottolinea il segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera: "fa ricadere sui genitori l'onere di una verifica dei requisiti scientifici e degli standard di adeguatezza che non può che essere affidato alle istituzioni o alle società scientifiche"

La conservazione autologa nelle Banche estere. Quali garanzie?

Aogoi: criticità ancora irrisolte

Per l'associazione dei ginecologi italiani oltre a un serio riordino delle banche pubbliche di conservazione del Sco occorre soprattutto una chiara regolamentazione nell'ambito della conservazione autologa. In particolare per quanto concerne l'accreditamento delle banche private estere che operano sul nostro territorio tramite soggetti intitolati a sottoscrivere contratti con pazienti italiane e a ottenere il sangue cordonale con il concorso delle strutture pubbliche. Un vuoto normativo che lascia i genitori in balia del mercato

Sigo e Aogoi stanno elaborando una serie di proposte per superare alcune criticità rimaste irrisolte nell'attuale normativa e nel documento proposto alla comunità scientifica. Tra i punti chiave di quelle che dovrebbero diventare le Raccomandazioni dei ginecologi italiani sulla conservazione delle staminali cordonali, a cui dedicheremo un approfondimento sui prossimi numeri di *GynecoAogoi*, vi è il riordino delle banche cordonali pubbliche, che andrebbero razionalizzate e potenziate. Sono ben 19 nel nostro paese (l'Australia ne conta solo 3) e molte di queste non raggiungono i numeri adeguati di campioni stoccati. Se le banche pubbliche, selezionate per la loro qualità e collocazione territoriale, ricevessero fondi adeguati a migliorare il trasporto con la rete degli ospedali loro affidata, questo consentirebbe il bancaggio di 2-3mila cordoni anno, quantità minima per giustificare i costi in carico a una bio-banca.

Ma il problema più urgente che l'Aogoi ritiene debba essere affrontato riguarda le criticità nel rapporto pubblico privato, in particolare quelle legate alla conservazione del Sco per uso autologo in banche private estere. Un punto ancora irrisolto e che per Sigo e Aogoi rimane il vero nodo da sciogliere.

Come è noto, nel nostro paese è vietata l'istituzione di banche private per la conservazione del sangue cordonale, ma viene autorizzata l'esportazione, finalizzata alla conservazione del Sco presso Banche private estere,

previa autorizzazione rilasciata dal ministero della Salute. Ebbene, il problema su cui le nostre società scientifiche puntano il dito è il vuoto normativo per quel che concerne l'accreditamento delle banche private che operano nel "mercato" italiano,

a garanzia degli standard di qualità adottati dalle banche stesse. Vuoto che ha generato una situazione che espone i genitori a situazioni poco trasparenti. Il più delle volte infatti essi pensano di sottoscrivere il contratto con una banca e non con una

società di servizi, potenzialmente priva dei minimi requisiti di affidabilità. In alcuni casi poi nel contratto non viene neppure specificato il laboratorio dove le cellule saranno conservate (la destinazione è riportata solo sul certificato di conservazione che viene inviato ai genitori diversi mesi dopo il parto). I genitori quindi non hanno alcuna possibilità di verificare gli standard qualitativi del laboratorio cui saranno affidate le cellule staminali e loro valutazioni non possono che limitarsi a una consultazione dei siti internet in cui società commerciali possono spacciarsi per società di ricerca, con tanto di comitato scientifico. Inoltre va detto che molte di queste realtà sono economicamente e finanziariamente poco solide, essendo per lo più società a responsabilità limitata.

Conservazione autologa: una domanda in crescita

Dal 2007 al 2009 le richieste di esportazione inoltrate al ministero della Salute si sono triplicate: da 6mila a 18mila. E, sempre nello stesso triennio, gli operatori che offrono il servizio in Italia sono passati da 6 a 23, suddivisi in Banche con laboratori (solo 5) e società commerciali che "rivendono" servizi di altre banche (18). Delle 5 banche realmente titolari di laboratori, solo alcune hanno standard di qualità che garantiscono il futuro utilizzo, in caso di trapianto, delle cellule conservate.

L'assenza di una chiara regolamentazione ha generato una situazione che ha tutti i connotati di una vera e propria giungla

in cui i futuri genitori non hanno riferimenti istituzionali realmente in grado di proteggere le loro scelte. Una scelta, quella della conservazione autologa, che per Sigo e Aogoi, non può che essere a carico del privato, innanzitutto per ragioni di sostenibilità, dato che il nostro Ssn versa già in condizioni difficili, come ha spiegato il professor Chiantera nell'intervista in questa pagina.

Ma come fare in modo che le mamme e i papà italiani che decidono per la conservazione autologa non vengano lasciati in balia del mercato? L'accreditamento presso il ministero della Salute o presso gli assessorati regionali delle banche private che operano sul nostro territorio potrebbe essere una possibile soluzione, in quanto consentirebbe quell'indispensabile verifica dei requisiti e degli standard di qualità necessari per poter utilizzare le cellule conservate per un eventuale trapianto. Lo strumento con cui attuarla, una task force, composta da esperti del ministero della salute, del Centro nazionale sangue e del Centro nazionale trapianti: un team in grado di valutare se si tratta di una "banca vera", e non una società di servizi, e se è una "banca sicura", in regola con gli standard e le certificazioni internazionali.

Le proposte di Sigo Aogoi sono ancora in fase di elaborazione, ma il problema di mettere ordine in questo nuovo far west, che oltretutto penalizza anche gli stessi operatori del settore che invece agiscono nel rispetto delle regole, è urgente e va affrontato al più presto. **Y**

Intervista al segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera

Chiantera: "Presto delle nostre Raccomandazioni"

Professor Chiantera perché avete avvertito la necessità di elaborare delle vostre Raccomandazioni, in particolare per quanto riguarda la conservazione autologa del Sco?

Innanzitutto perché a riguardo esiste un vero e proprio vuoto normativo che va colmato, soprattutto per quanto riguarda l'accreditamento delle banche private estere che operano sul nostro territorio. La conservazione autologa viene unanimemente (e pesantemente) sconsigliata perché "non risponde ai principi di efficacia e appropriatezza" e, come indicato nel documento proposto da Cnt e Cns, "apre importanti problemi etici, di equità e di solidarietà" e quindi viene semplicemente "liquidata". La questione invece va affrontata non solo perché, come ci dicono i dati, c'è una domanda in crescita ma soprattutto perché va salvaguardato il diritto individuale ad una scelta informata e consapevole.

Il trapianto autologo da staminali emopoietiche è una realtà clinica e l'esclusione aprioristica delle staminali cordonali non trova a nostro avviso giustificazioni scientifiche. La scienza fa passi da gigante e le prospettive di utilizzo in oncologia o medicina rigenerativa, seppur oggi ipotetiche o in fase iniziale di sperimentazione, potrebbero un domani rivelarsi più che promettenti. Anche se comunque riteniamo che la scelta della conservazione per uso personale deve certamente essere a carico del privato in quanto, allo stato attuale delle conoscenze, in relazione alla possibilità di utilizzo del campione stesso, in assenza di familiarità già dimostrabile prima del parto, non può essere garantita dal nostro Ssn che versa già in condizioni difficili e che non può soddisfare le giuste richieste di prevenzione. Anche se queste permetteranno in futuro un abbattimento

importante della spesa sanitaria stessa.

Qual è la critica più forte che avanzate sul documento proposta da Cnt e Cns?

Senz'altro quello che riguarda "l'invito" ai futuri genitori orientati alla conservazione autologa di verificare in proprio le caratteristiche del servizio loro offerto dalle banche private "acquistando informazioni sulla adeguatezza scientifica nonché sulle modalità di prelievo, trasporto, conservazione e re-importazione del campione esportato". Ma vi rendete conto? Questo punto davvero si commenta da sé. Nessuna persona di buon senso potrebbe dividerlo. Come possono dei semplici cittadini acquisire informazioni valide sulla affidabilità di queste "banche" o "società di servizi", non solo dal punto di vista dei requisiti scientifici e degli standard di appropriatezza, ma anche dal punto di vista della solidità finanziaria? Come, navi-

gando in internet? Molte di queste realtà nei fatti non possiedono la patrimonialità con cui rispondere agli impegni conseguenti al delicato servizio che espletano. Genitori in veste di "scienziati" o di "esperti di finanza?...un assurdo! Parlerei piuttosto di genitori lasciati in balia di un mercato che può rappresentare la pirateria.

E dunque?

Ci impegneremo con tutte le nostre forze per trovare una soluzione a questa situazione che rischia di trasformarsi in un altro far west nostrano. Sarà un'altra delle nostre battaglie importanti che condurremo anche a livello istituzionale. Il primo passo intanto sarà quello di emanare delle nostre raccomandazioni.



Inaugurata presso l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma

Al via la prima bio banca del tessuto ovarico nel Lazio

“Se per una donna adulta affrontare le terapie anticancro con la speranza di poter esaudire il desiderio di maternità risulta essere un fondamentale supporto psicologico, è invece d'obbligo offrire alle donne in età pre-pubere, colpite da patologie neoplastiche, dopo la guarigione, una normale crescita e un normale sviluppo senza minare la possibilità di procreare e costruire una famiglia.” Queste parole, pronunciate dal professor **Enrico Vizza** alla cerimonia di presentazione della nuova Banca del tessuto ovarico di cui è il responsabile, riassumono bene il significato e il valore di questa “nuova eccellenza italiana” che rappresenta “il futu-

È stata inaugurata alla presenza del ministro Fazio e della presidente della Regione Polverini questa “nuova eccellenza italiana”. È la prima bio banca del tessuto ovarico nel Lazio e l'unica istituita in un Irccs pubblico. Il progetto di trapianto di tessuto ovarico è patrocinato dall'Aogoi

ro punto di riferimento per tutto il centro-sud del Paese”, come ha sottolineato la governatrice della Regione Lazio, **Renata Polverini**, tra le autorità presenti, insieme al ministro della Salute **Ferruccio Fazio**, all'inaugurazione della bio Banca lo scorso 19 aprile. Grazie a questa nuova struttura, la prima istituita in un Irccs pubblico, “il Lazio si pone come Re-

gione all'avanguardia, non più concentrata sul passato e sui problemi economici accumulati, ma puntando a diventare eccellenza e riferimento nazionale, un modello di sanità innovativa e di qualità” – ha detto Renata Polverini, sottolineando come “8mila donne all'anno potrebbero rivolgersi a questo servizio”.

Il progetto della Banca del Tessuto Ovarico, per la sua importanza, ha ricevuto dal ministero della Salute un finanziamento di circa 400 mila euro. Oggi, infatti, sono quasi 200 mila le persone sotto i 40 anni che hanno avuto un tumore, come hanno ricordato i relatori nel corso dell'inaugurazione. E sono circa 12 mila i bambini/adolescenti al di sotto dei 19 anni cui ogni anno viene diagnosticato un cancro, con una percentuale di guarigione che in questa fascia di età raggiunge il 45%.

Grazie alla diagnosi precoce e alle terapie sempre più innovative, oggi di tumore si può guarire e si può convivere con esso per molti anni con una prospettiva di vita simile alle persone non colpite da tale malattia. Per questo è fondamentale una particolare attenzione alla qualità di vita delle persone in tutto il percorso che si intraprende dopo una diagnosi di neoplasia. E in questa ottica che il nostro Ssn deve programmare con attenzione, nel breve e lungo termine, le risposte più adeguate ai bisogni di assistenza dei malati di tumore.

“Le Banche presenti nei nostri Istituti sono due realtà di grande rilevanza nel panorama sanitario regionale e nazionale – ha affermato **Lucio Capurso**, direttore generale degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri. - La Banca del Tessuto Muscolo Scheletrico è la prima Banca pubblica della Regione Lazio, l'unica del Centro Sud e rimarrà tale in quanto vengono create in base al numero di abitan-

portante funzione nel settore della ricerca.”

Da diversi anni, in letteratura si dibatte per la scelta di una strategia sperimentalmente valida ed eticamente condivisa da tutti, ha spiegato il professor Vizza, direttore della Ginecologia Oncologica dell'Ire, evidenziando come la banca de tessuto ovarico risponda ad entrambi gli obiettivi in quanto “alternativa non solo clinicamente valida per le pazienti oncologiche ma anche condivisa dal punto dal punto di vista etico”.

“La medicina moderna ha consolidato i trapianti d'organo e nel contempo ha fatto passi da gigante nei trapianti di tessuti - ha poi concluso **Fabio Erba**, responsabile della Banca del tessuto Muscolo Scheletrico. “Questi piccoli o grandi frammenti di strutture oggi consentono a molteplici specialità chirurgiche di evitare pesanti ed inutili mutilazioni.”

Oltre a rispondere alle esigenze cliniche, le nostre banche avranno un'importante funzione nel settore della ricerca



Lucio Capurso e Ferruccio Fazio

Fazio: “Ospedali facciano convenzioni con le università”

“Per fare ricerca ci vogliono i giovani, e per avere i giovani ci vogliono le università”. Per questo il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, intervenendo alla presentazione della Banca del Tessuto Ovarico, ha invitato le strutture di eccellenza a “istituire qualche forma di collaborazione con le università”. “Ad oggi è difficile pensare ad un ospedale moderno che non faccia innovazione e ricerca. Strut-

ture importanti come il Regina Elena potrebbero istituire una qualche forma di collaborazione, in particolar modo riguardo la ricerca, con le università – ha affermato Fazio. La legge consente a qualsiasi università del Lazio di fare convenzioni, aprire qui scuole di specializzazione e corsi di laurea. Mi auguro che anche il Regina Elena possa percorrere questa strada. Se lo farà, avrà tutto il mio sostegno”.



Renata Polverini

Vizza: “L'IRE pioniere nell'approccio multidisciplinare della qualità di vita del paziente oncologico”

■ **La crioconservazione del tessuto ovarico è “un'alternativa non solo clinicamente valida per le pazienti oncologiche ma anche condivisa dal punto di vista etico” spiega il responsabile della Bio banca in questa breve intervista. E riguardo alla scelta della sede, sottolinea come “l'Istituto Regina Elena esprime tutte le caratteristiche necessarie per realizzare una Banca di tessuto ovarico e un progetto di trapianto di tessuto ovarico”.**

Prof. Vizza, come si colloca la banca del tessuto ovarico dal punto di vista etico?

Da diversi anni si dibatte per la scelta di una strategia valida ed eticamente condivisa da tutti per pre-

servare o restituire la fertilità alle pazienti oncologiche.

La crioconservazione degli ovociti è, in Italia, la via intrapresa nell'ambito delle tecniche della procreazione medicalmente assistita. Nonostante si registri una bassa efficienza in termini di percentuale di gravidanza, tra l'1% e il 5%, tale metodica è tutt'ora applicata in molti centri poiché rappresenta un metodo alternativo alla consolidata tecnica di congelamento embrionario che risolve problemi etici-legali e morali legati allo stoccaggio degli embrioni. D'altra parte la crioconservazione ovocitaria richiede la stimolazione ovarica ed un pick up, prelievo, ovocitario che possono ritardare il trattamento oncologico, aumentando le possibilità di crescita e di metastatizzazione del cancro. Va inoltre ricordato che la

È partita da Foggia l'8 maggio, in concomitanza con la festa della mamma, e si concluderà in Calabria il 12 giugno la seconda edizione della campagna ministeriale per la promozione dell'allattamento al seno "Il latte della mamma non si scorda mai". Si tratta di una campagna itinerante volta a sensibilizzare le neomamme sui vantaggi dell'allattamento al seno per la salute del bambino sia dal punto di vista nutrizionale che su quello affettivo-psicologico, in particolar modo nel Sud Italia, dove si registrano tassi di allattamento al seno esclusivo o predominante mediamente più bassi. Per questo le Regioni individuate per la realizzazione di maggiori iniziative sono state la Calabria e la Puglia.

La campagna, che coinvolgerà direttamente le strutture sanitarie locali e le associazioni di settore, prevede un percorso a tappe che toccherà le città di Foggia, Bari, Roma, Cosenza e Reggio Calabria, dove un camper allestito ad hoc farà sosta nelle principali piazze promuovendo l'allattamento al seno attraverso la distribuzione di materiale informativo e attività di sensibilizzazione sul tema (mostre, convegni, consulenze di esperti e di operatori sanitari). L'allattamen-

Le Regioni individuate per la realizzazione di maggiori iniziative sono Puglia e Calabria

Allattamento al seno Parte la campagna del ministero della Salute

■ **L'obiettivo della campagna di comunicazione è la sensibilizzazione delle neomamme sui vantaggi dell'allattamento al seno per la salute del bambino. Per Aogoi e Sigo la promozione dell'allattamento materno rappresenta un tassello fondamentale del percorso nascita e va valorizzato fra tutti i medici**

to al seno "è un gesto naturale, dobbiamo promuovere e restituire una cultura 'spontanea' della maternità - ha sottolineato il sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella nel corso della presentazione della campagna presso il ministero della Salute.

Va modificata anche la percezione comune che se ne ha, non è possibile che oggi venga visto come un gesto sconveniente in luoghi pubblici". "C'è troppa paura a essere madri - ha affermato Roccella - una paura dovuta alla mancanza di sostegno da parte delle istituzioni, al veder sconvolta la propria vita. Ma anche paura del dolore. In questo senso mi piacerebbe poter allargare la prossima campagna anche alla promozione del parto naturale".

L'importanza di valorizzare l'allattamento materno tra i medici, a tutti i livelli, è stata sottolineata dal presidente Aogoi Vito Trojano in occasione del suo intervento durante la tappa barese della campagna ministeriale. Trojano ha ricordato come Sigo

e Aogoi considerino da tempo la promozione dell'allattamento materno "una priorità di salute pubblica" che richiede "un impegno congiunto con le istituzioni e gli organismi più rappresentativi impegnati a favore della salute materno infantile". Tra le iniziative più importanti in questa direzione, il presidente Aogoi ha ricordato il primo Congresso Unicef-Sigo "Allattamento materno e Ospedali Amici dei Bambini: Dieci passi insieme per la qualità del percorso nascita", che si è svolto a Palermo nell'aprile 2010. Obiettivo principale del convegno, primo frutto del protocollo d'intesa Unicef-Sigo siglato nel corso del convegno nazionale Sigo Aogoi di Bari nel 2009, far conoscere e applicare il decalogo redatto

con l'Organizzazione mondiale della Sanità che prevede, fra l'altro, la definizione di un protocollo scritto da far conoscere a tutto il personale sanitario, un'informazione completa alle donne in gravidanza sui vantaggi e i metodi di realizzazione di questa pratica, l'aiuto alle mamme perché comincino ad allattare al seno subito dopo il parto, la sistemazione del neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrono insieme 24 ore su 24 anche durante la permanenza in ospedale.

Alla presentazione delle iniziative che si sono svolte nel capoluogo pugliese, cui ha partecipato il presidente dell'Aogoi, il segretario regionale Aogoi Emilio Poddi e la presidente del Collegio provinciale delle ostetriche di Bari, Maria Pompea Schiavelli, erano presenti il presidente della Regione Nichi Vendola, l'assessore alla salute Tommaso Fiore e l'assessore al welfare Elena Gentile.

In Italia, l'allattamento al seno non è diffuso e praticato in modo uniforme sul territorio. Ci sono aree dove le percentuali delle donne che allattano sono basse rispetto ai valori nazionali



stimolazione ovarica con gonadotropine aumenta la concentrazione ematica di estrogeno che può aggravare tumori estrogeno sensibili come il cancro della mammella. In questi casi visto che il rischio è chiaro ed il beneficio incerto, la proposta di crioconservazione oocitaria è eticamente inaccettabile. In tale scenario la banca del tessuto ovarico si inserisce come un'al-

ternativa non solo clinicamente valida per le pazienti oncologiche ma anche condivisa dal punto di vista etico.

Perché è stato scelto l'Istituto Regina Elena come sede per una banca del tessuto ovarico?

La sede Ifo rappresenta l'unica biobanca del Lazio. L'Istituto Regina Elena, per mission, competenze e disponibilità di spazi, esprime tutte le caratteristiche necessarie per realizzare una Banca di tessuto ovarico ed un progetto di trapianto di tessuto ovarico. L'Ire è pioniera nell'approccio multidisciplinare della qualità di vita del paziente oncologico, finalizzata oltre che alla guarigione dalla malattia anche al ripristino delle funzioni fisiologiche. Il coordinamento di tutte le azioni che si riferiscono all'assistenza del paziente neoplastico, è un punto cruciale, irrinunciabile ai fini del raggiungimento di elevati standard di qualità della stessa assistenza oncologica.

Quali sono le istituzioni coinvolte nel progetto?

I partner dell'Istituto Regina Elena sono: il Ministero della Salute, che ha finanziato il progetto per 400.000 euro assegnati alla Regione Lazio Responsabile della biobanca; l'Istituto Superiore di Sanità che ha un ruolo di coordinamento e vigilanza e di consulenza scientifica; l'Università La Sapienza, nella persona del Prof. Andrea Lenzi del Dipartimento di Fisiopatologia Medica, per le problematiche di sterilità maschile e il Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Tor Vergata, diretto dal Prof. Emilio Piccione. Infine Ettore Cittadini, professore di ostetricia e ginecologia dell'Università degli Studi di Palermo e responsabile scientifico del Tavolo tecnico per "il completamento del percorso di miglioramento della qualità nel settore della procreazione medicalmente assistita", svolge un ruolo di consulenza scientifica.

L'iniziativa è inoltre sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica ed è patrocinata dall'Aogoi.



Enrico Vizza

di Vania Cirese
Foro di Roma

La Medicina basata sull'evidenza è un movimento culturale che si è progressivamente diffuso a livello internazionale, espressione del concetto che è possibile basare le proprie decisioni, diagnostiche e terapeutiche, sulla valutazione critica dei risultati della letteratura scientifica.

La crisi dei modelli tradizionali della medicina ha comportato la diffusione della Evidence Based Medicine (Ebm). Le ragioni possono essere così riassunte:

- la crescita esponenziale dell'informazione biomedica, che ha reso sempre più difficile l'aggiornamento professionale;
- il limitato trasferimento dei risultati della ricerca all'assistenza sanitaria (variabilità della pratica professionale, utilizzo di trattamenti inefficaci, inappropriatezza, scarsa diffusione di trattamenti efficaci);
- la crisi economica dei sistemi sanitari, la crescita della domanda e dei costi dell'assistenza;
- il maggior livello di consapevolezza degli utenti sui servizi e le prestazioni sanitarie;
- lo sviluppo delle tecnologie informatiche, l'esplosione di internet (nuova era dell'informazione biomedica).

Secondo la definizione di D. Sackett: "l'Ebm è un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente".

Le evidenze riguardano l'accuratezza dei test diagnostici, la potenza dei fattori prognostici, l'efficacia e sicurezza dei trattamenti preventivi, terapeutici e riabilitativi.

Rimangono però aree grigie: in molti settori della medicina non esiste ricerca di buona qualità e permane l'incertezza sull'efficacia di un intervento diagnostico-terapeutico e/o delle sue alternative.

I risultati dei trial controllati non sempre sono applicabili al paziente individuale (generalmente sono condotti su popolazioni selezionate e omogenee, non pazienti "complessi") e ciò rischia di compromettere la validità interna dello studio. Vi sono poi ostacoli logistici, barriere linguistiche, scarsa disponibilità di riviste, limitata diffusione degli strumenti informatici. Ed ancora difficoltà pratiche: tempo, cambiamenti, scarsa attitudine a discutere le proprie conoscenze, complessità di strategia e ricerca ottimale.



La Medicina basata sull'evidenza e aspetti medico-legali

La medicina basata sull'evidenza registra comunque un successo. La principale spiegazione è ricollegabile al conflitto fra la provvisorietà della scienza (l'errore è fatalmente connotato in tutta l'attività medico-chirurgica) e l'esigenza di cautelarsi dall'errore. La complessità dei fenomeni biologici implica una rigorosa e meticolosa applicazione degli strumenti statistici a disposizione per giungere a risultati obiettivi e misurabili.

L'Ebm in ambito medico legale

In Italia il dibattito sull'utilizzo dell'Ebm e delle Linee Guida in ambito giudiziario rimane acceso. Anche i pareri tecnici motivati, richiesti dai giudici (perizie e CtU) risultano validi (anche eticamente) se hanno consistenza scientifica. Sarebbero, infatti, astratti e immotivati qualora non tenessero conto dei nuovi canoni metodologici e dei per-

Il rispetto e l'applicazione fedele delle linee guida e dei Protocolli possono considerarsi una sorta di "garanzia preventiva" sulla correttezza dell'operato medico? E, viceversa, la loro eventuale inosservanza può essere ritenuta prova o indizio di responsabilità medica per condotta imprudente o negligente? Le riflessioni qui proposte affrontano questi quesiti, sul filo del confronto, in chiave giuridica, tra Ebm e medicina delle scelte

corsi diagnostico-curativi acquisiti e validati.

Questo comporta una decisa apertura alla Ebm, che si traduce in:

- necessità di ricorrere a leggi scientifiche per lo studio della causalità materiale;
- opportunità di ispirarsi alla letteratura poiché sempre più si impongono riferimenti scientifici condivisi.

È riscontrabile la contrapposizione, anche sul piano clinico, con la medicina delle scelte, che

enfatica l'autonomia decisionale del sanitario.

In realtà Ebm e medicina delle scelte sono due opzioni culturali diverse, ma non inconciliabili: scientifica e oggettiva la prima, soggettiva la seconda, sono modi e tempi diversi della scelta del sanitario.

La scelta è costituita da un'opzione professionale che contempla esigenze interne ed esterne nell'interesse del paziente, in quanto professionale deve esse-

re risolta con metodologia professionale. Ne è infatti presupposto e conseguenza la responsabilità dell'operatore.

La scelta di una particolare opzione diagnostico-terapeutica è invero un'opinione individuale ma anche risultanza di una esperienza personale e culturale, supportata e guidata da canoni scientifici e metodologici.

Ebm: le questioni aperte

Attualmente l'Ebm è condivisa

L'Ebm è un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente



dalla maggior parte della comunità medica. Permangono comunque questioni aperte incentrate sui seguenti punti:

- L'Ebm come "metascienza": contestazione della natura "astratta" delle risultanze delle ricerche in ambito di Ebm (dalle procedure di selezione dei soggetti da studiare alle modalità di analisi dei risultati).
- Traducibilità e utilizzo dei dati costitutivi dell'Ebm nella prestazione medica ("medicina dei modelli").
- Il rischio di deresponsabilizzazione dei medici: se i dati dell'Ebm traslano dal sapere al dovere si minimizza libertà e responsabilità nelle scelte terapeutiche.

Ma i Protocolli e le Linee Guida hanno segnato la fine della libertà terapeutica?

E la responsabilità medica va valutata tenendo conto che il sanitario deve attenersi a schemi predefiniti di comportamento (criteri elaborati dalla giurisprudenza)?

Non v'è dubbio che negli ultimi anni la cosiddetta "medicina fondata sull'evidenza" corrisponda al ruolo di regolatore della pratica medica e a essa si rifanno gli estensori delle innumerevoli linee guida (Lg).

In sostanza le Lg rappresentano uno strumento finalizzato ad indirizzare le pratiche professionali verso un utilizzo clinicamente razionale delle risorse, favorendo l'impiego di interventi sanitari efficaci.

Oggi, in molti paesi, all'elaborazione di linee guida vengono dedicate specifiche e strutturate iniziative nazionali. Attraverso la collaborazione delle competenze professionali, rappresentate generalmente dalle società scientifiche, si fa in modo che la loro produzione avvenga in modo coordinato, su problemi assistenziali rilevanti e attraverso percorsi metodologici che garantiscano la qualità scientifica del prodotto.

Nel nostro Paese, il Programma nazionale per le linee guida è stato avviato a partire dal 1999, anche se con un investimento ancora lontano dagli analoghi programmi di altri paesi.

Le linee guida sono state concepite sia come semplici raccomandazioni di comportamento che il singolo medico è libero di decidere se adottare o meno, sia come "direttive" amministrative che delimitano rigidamente le opzioni diagnostico-terapeutiche accettabili.

La produzione di linee guida a livello aziendale nell'ambito di una regione conferma quindi la necessità sia di chiarire il ruolo che le linee-guida dovrebbero avere nei contesti aziendali, sia di garantire la loro qualità metodologica e scientifica.

I risultati degli studi e delle revisioni sistematiche della letteratura attestano come le linee guida possano essere uno strumento efficace per migliorare la qualità dell'assistenza solo laddove siano adeguatamente calate nei diversi contesti assistenziali, attraverso appropriate strategie, comportamenti, professionali e non, da intendersi come un fenomeno complesso risultante dalla interazione di diversi fattori. Per raggiungere l'obiettivo della qualità dell'assistenza, è necessario che da un lato ci sia la traduzione delle linee-guida in percorsi diagnostico-terapeutici e dall'altro, la valutazione dell'impatto delle raccomandazioni sui contesti clinici ed organizzativi locali.

Lg: un salvagente per la colpa professionale?

In un contesto come quello sanitario, in cui il timore di essere perseguiti dall'Autorità giudiziaria aumenta in modo costante, la domanda che molti medici potrebbero porsi nel quotidiano confronto con le innumerevoli difficoltà dovute alla professione sanitaria e al crescente inasprimento del contenzioso legale (civile e penale), potrebbe essere questa: *la fedele applicazione di Linee guida e di Protocolli sanitari può rendere il medico immune da qualsiasi censura di tipo penale per le lesioni (o morte) procurate al paziente, ovvero proteggerlo dall'imputazione per una presunta responsabilità professionale di tipo colposo?*

Come sappiamo la scienza medica, pur avendo fatto passi da gigante nelle conquiste tecnico scientifiche è ancora oggi ben lungi dal poter essere ritenuta una scienza esatta. L'attività medica resta, per sua stessa natura, attività pericolosa, riconosciuta come lecita (dall'ordinamento giuridico) perché socialmente utile e tesa alla tutela del bene primario della salute quale bene costituzionalmente garantito (art. 32 Cost.). La professione medica deve essere esercitata sempre nel rispetto delle leggi vigenti e della perizia tecnica, ossia dei limiti posti dall'ordinamento a tutela

dell'individuo e della sua integrità fisica. Quando l'attività medico-chirurgica è condotta nel rispetto delle *leges artis*, il medico non può incorrere in sanzioni di tipo penalmente rilevante (anche senza un consenso espresso del paziente, vedi sentenza Cass. Pen. S.U. n. 2437/2009).

La responsabilità giuridica per cui più comunemente il medico rischia di essere chiamato a rispondere, nel processo penale, è quella colposa (imprudenza, negligenza o imperizia), quella cioè in cui l'evento dannoso per il paziente non è voluto dal medico, ma si verifica a causa di sua negligenza, imprudenza, imperizia (colpa generica) o per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e di-



discipline (colpa specifica). L'errore professionale colpevole presuppone cioè una prestazione viziata da una condotta (attiva o omissiva) cui consegue un danno al paziente, sussistendo un nesso causale tra l'errore del medico e il danno subito dal paziente.

Il medico quindi sarà chiamato a rispondere penalmente di un delitto colposo solo quando il nesso causale tra il suo errore e il danno subito dal paziente sia provato in giudizio oltre ogni ragionevole dubbio.

Ciò premesso, tentiamo ora di sciogliere il quesito anzi posto, partendo dalla seguente considerazione: le Linee Guida e i Protocolli sono indubbiamente strumenti essenziali per meglio consentire al Giudice (anche attraverso i periti nominati) di effettuare il controllo e la valutazione sull'atto medico.

In un'ottica di prudente esercizio della professione (se non addirittura di medicina difensivi-

sta), quindi, molti medici potrebbero essere indotti a ritenere che il non adeguarsi fideisticamente a quanto raccomandato da Lg e Protocolli (prescindendo dal loro intrinseco valore scientifico) potrebbe essere di per sé valutato come un grave errore di natura professionale, sempre censurabile da parte del magistrato giudicante con una sentenza di condanna.

Certamente Linee guida e Protocolli possono rappresentare un mezzo di controllo sociale (e giurisdizionale) sull'operato dei medici, uno strumento senz'altro utile per il Giudice che deve verificare e valutare la diligenza o perizia della scelta medica operata (per la ricostruzione del rapporto causale fra la scelta medica e l'evento dannoso da cui scaturisce la responsabilità). Ma in una valutazione complessa e approfondita delle scelte terapeutiche operate dal medico per il paziente, il Giudice, per valutare una eventuale responsabilità penale, non può limitarsi a considerare unicamente se quest'ultimo si è attenuto o meno a Lg o Protocolli.

Va comunque sottolineata che un corretto utilizzo di Lg e Protocolli può consentire di ridurre i margini di rischio ed incertezza a cui è esposto il medico, ponendo una sorta di "garanzia preventiva" sulla correttezza del suo operato.

Ebm e Medicina delle scelte

Se le Lg introducono elementi di chiarezza nel rapporto con il paziente e allo stesso tempo offrono maggiori garanzie di "copertura" per l'operatore, ciò non implica automaticamente che il medico debba essere obbligato ad adottare pedissequamente le raccomandazioni contenute nelle Lg quando affronta un caso da esse disciplinato. La medicina non può essere ridotta a meccanica applicazione di norme di comportamento sia perché tale non è, sia perché deve essere assicurato al singolo medico il potere dovere di scegliere secondo scienza e coscienza.

Lg e Protocolli, inoltre, devono presentare determinate caratteristiche o qualità per essere utilizzate dal Giudice in sede di controllo di responsabilità del medico. Vi possono essere Lg di diversa qualità ed efficacia, con

conseguente maggiore o minore capacità di influenzare la condotta professionale, pertanto, nella valutazione legale, si dovrà considerare la maggiore o minore autorevolezza delle Lg e parametrarle anche alla luce di tale gerarchia di autorevolezza.

Naturalmente l'eventuale dissenso rispetto ai criteri elaborati nelle Lg dovrà (potrà) essere adeguatamente motivata ed il medico dovrà indicare l'ipotesi diagnostica e terapeutica che ha imposto il diverso trattamento (il codice deontologico afferma che le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche).

L'atto medico è e deve rimanere libero, ma non può godere di una libertà assoluta (arbitrio). La libertà della scienza medica deve perciò temperarsi con altri fattori e trovare un punto di equilibrio che tenga anche conto dello stato delle migliori acquisizioni di conoscenza e delle elaborazioni scientifiche.

Al Giudice, rimane sempre un margine rilevante per valutare in modo positivo un'eventuale diversa condotta posta in essere dal medico, rispetto alle indicazioni fornite dalle Lg e Protocolli.

Il punto di equilibrio

In conclusione possiamo dire che se da un lato Lg e Protocolli rappresentano, nel processo penale, la linea di comparazione nella valutazione della corretta risposta data dal medico alla patologia, specie se presenti alcune caratteristiche o qualità (prodotte da gruppi multidisciplinari di esperti a livello internazionale fondate su ricerche, lavori ed evidenze scientifiche trasparenti ed ufficiali), dall'altro lato, la loro eventuale inosservanza non determina ictu oculi una conseguente prova (o indizio) della responsabilità del medico per condotta imprudente, negligente o imperita nei riguardi del paziente.

Il pedissequo rispetto e applicazione di Lg e Protocolli non rende (a priori) immune il medico da possibili censure di natura penale, tanto più se dalla sua condotta (attiva o passiva) si sia comunque prodotto un evento infausto per il malato (lesioni o morte).

La cieca e immotivata adozione di Lg e protocolli da parte del medico, si rivelerebbe come una condotta di natura difensivistica, inadatta alle reali esigenze del paziente, inadeguata a tutelare i suoi interessi. In tale ottica, Lg e Protocolli non salvano né limitano l'esperienza o la professionalità del singolo medico, ma lo costringono a confrontarsi con le evidenze scientifiche. ■

Lg e Protocolli non salvano né limitano l'esperienza o la professionalità del singolo medico, ma lo costringono a confrontarsi con le evidenze scientifiche

Contenzioso medico legale

Colpa professionale per omessa diagnosi

di Pier Francesco Tropea

In tema di responsabilità professionale del medico nell'esercizio della sua attività, le ipotesi di colpa possono essere molteplici, legate, non soltanto alle azioni o omissioni del sanitario, ma anche alle eventuali lesioni prodottesi nel paziente, in conseguenza delle decisioni terapeutiche ovvero per il semplice aggravamento delle condizioni di salute del malato stesso.

Per tale motivo, è importante giungere ad una definizione dello stato di malattia che oggi va intesa, non solo come alterazione organica o anatomica del corpo umano, ma anche come lesione dell'integrità fisica o anche solo psichica dell'individuo che configuri una limitazione funzionale dell'organismo.

Tali concetti risultano compiutamente espressi in una pronuncia della Corte di Cassazione (Sez. IVa pen., sentenza n. 2474 ottobre 2009 - gennaio 2010) concernente una errata diagnosi che ha comportato la ritardata scoperta di una patologia tumorale, con conseguente ritardo nell'esecuzione di un corretto trattamento del caso in oggetto.

I giudici del primo grado di giudizio avevano ritenuto i medici colpevoli di imperizia e negligenza per aver omesso di sottoporre il paziente ai necessari accertamenti che avrebbero consentito la diagnosi di un tumore intestinale, in luogo della gastrite erroneamente diagnosticata.

In Corte d'Appello il reato era stato dichiarato estinto per intervenuta prescrizione ma, nonostante tale sentenza favorevole, i medici avevano presentato un ricorso in Cassazione, con l'obiettivo di ottenere una piena assoluzione. I giudici della Suprema Corte, pur confermando l'estinzione del reato per prescrizione, avevano ritenuta corretta la mancata assoluzione degli imputati, in quanto sussistenti, a loro giudizio, i profili di colpa per imperizia e negligenza caratte-

■ L'interesse della sentenza qui commentata verte su due concetti che meritano di essere riportati all'attenzione dei medici. Il caso riguarda una errata diagnosi che ha comportato la ritardata scoperta di una patologia tumorale, con conseguente ritardo nell'esecuzione di un corretto trattamento

rizzanti la condotta professionale dei medici imputati. A tal proposito, risultano molto interessanti le motivazioni addotte dai giudici che hanno condotto questi ultimi ad affermare la colpa professionale dei medici che avevano omesso la diagnosi di malattia tumorale, con ciò ingenerando un ritardo nell'esatta individuazione del tumore e nel conseguente trattamento di tale patologia. In sostanza, sostiene la sentenza in oggetto, la mancata, tempestiva diagnosi conseguente alla negligente con-

dotta medica, pur non essendo la causa della patologia tumorale di cui il paziente è risultato portatore e pur non essendo dimostrabile che il ritardo diagnostico abbia comportato un aggravamento del quadro patologico, ha certamente inciso negativamente sull'integrità psico-fisica del paziente, in ragione di una sofferenza, sia fisica che morale, che ne ha ostacolato la pronta guarigione, attraverso la permanenza nel tempo del processo patologico istauratosi. Tali concetti trovano il loro presup-

posto nelle più moderne nozioni mediche concernenti la salute della persona, intesa nell'accezione di equilibrio ed integrità fisica e psichica individuale, laddove il concetto di malattia non è inerente soltanto alle alterazioni di natura anatomica, ma riguarda più globalmente i processi che conducono alla limitazione funzionale, ancorché temporanea dell'organismo umano.

Lo stato di sofferenza del paziente, indotto dalla malattia, può risultare aggravato o prolungato a causa della mancata risoluzione della patologia conseguente a un'omissione o a un ritardo nell'intervento medico



Un'interpretazione di questo tipo era stata già avanzata in sede giurisprudenziale da parte della Corte di Cassazione la quale in una pronuncia dell'anno 2008 (n. 17505) aveva affermato che non necessariamente la patologia anatomica si esprime in uno stato di malattia, in quanto "possono esistere malattie non riconducibili ad una lesione anatomica". Tale assunto è stato riaffermato in una recente sentenza della Corte di Cassazione (Cass. Pen. Sez. V°, n. 40428, giugno - ottobre 2009) nella quale viene sottolineato che è da considerate malattia ogni limitazione anche temporanea delle funzioni dell'organismo, indipendentemente da un'alterazione di ordine anatomico.

Una sentenza interessante

L'interesse della sentenza qui commentata è, a nostro avviso, duplice, in quanto essa si sofferma su due concetti che meritano di essere riportati all'attenzione dei medici.



La prima considerazione riguarda la diligenza del medico, in assenza della quale è agevolmente ravvisabile da parte del giudice un profilo di colpa sanitaria,

e ciò indipendentemente dalla perizia impiegata dal medico nella definizione diagnostica del caso in esame.

Si conferma cioè (e tale affermazione non sembra paradossale ai non addetti ai lavori) che il giudice è più incline a valutare con comprensione ed indulgenza un atto terapeutico che può risultare discutibile in ordine ad una scelta dettata da orientamenti talvolta divergenti per ragioni di Scuola, piuttosto che omettere di sanzionare una condotta negligente che è sempre e comunque condannabile. Il secondo rilievo concerne l'attenzione dei giudici nei confronti dello stato di sofferenza del paziente indotto dalla malattia, che può risultare aggravato o prolungato a causa della mancata risoluzione della patologia conseguente ad un'omissione o ad un ritardo nell'intervento medico. Su tale presupposto si basa essenzialmente il riconoscimento di un danno morale indotto nel paziente, che, in caso di confermata colpa medica, apre la strada ad un risarcimento economico, anche relativamente ad altre tipologie di danno risarcibile, quali il danno biologico e quello esistenziale, più volte riconosciuti sia dalle Corti di merito che in sede di legittimità. **Y**

L'ostetrica e il Consultorio

La disabilità: una nuova sfida per l'ostetrica di comunità

■ L'ostetrica di comunità nasce dall'evoluzione di un modello assistenziale proposto nel 1975, quando con la legge 405 si attivava un servizio socio-sanitario territoriale all'interno di una struttura sanitaria non ospedaliera: il consultorio familiare

di Giusy Di Lorenzo
Segretario nazionale A.I.O.



Nel Convegno "La donna e la Maternità" nel 1974, l'U.D.I. (Unione Donne in Italia) poneva come obiettivo di lotta delle donne il superamento dell'aborto come mezzo di controllo delle nascite attraverso la prevenzione generalizzata e istituzionalizzata. Nasce così l'esigenza di costituire dei Consultori familiari, un servizio pubblico per mettere a disposizione di tutte le donne i più moderni antifecondativi. In quello stesso convegno, il consultorio veniva richiesto non solo come una struttura a sostegno della prevenzione di una procreazione indesiderata, ma anche del diritto della maternità e alla sessualità. Viene così approvata la legge sopra citata che affida alle Regioni il compito della programmazione e regolamentazione dei Consultori.

Le regioni meridionali dovranno fare i conti con una realtà profondamente disgregata, con strutture socio-sanitarie deboli e ancora burocraticamente accentrata e gestite. La tenacia e la volontà degli operatori (equi-

pe multidisciplinare) e dei comitati di donne per il Consultorio hanno consentito di mettere a punto un metodo di lavoro, avviandone il funzionamento e sviluppando le condizioni per il suo miglioramento.

Pur non possedendo un'esperienza di attività consultoriale l'equipe si è continuamente formata e confrontata con altre realtà così da sviluppare modelli assistenziali favorevoli al contesto territoriale.

Sicuramente l'ostetrica ha saputo cogliere da subito questo modello assistenziale, poiché la sua radice professionale è territoriale, di comunità (ostetrica condotta) ed ha pienamente accolto i vari regolamenti dettati dai decreti ministeriali di questi ultimi anni.

L'ostetrica e il consultorio

All'interno della struttura consultoriale l'ostetrica è impegnata in molteplici attività e percorsi. Con un sistema articolato di interventi è in grado di fornire, secondo criteri di integrazione e coordinamento fra diversi presidi, un complesso di prestazioni afferenti la gravidanza, il parto-nascita, il puerperio, il neonato. Il punto di forza di questo sistema è l'attività di gruppo di prepara-

zione pre e postnatale che ha l'obiettivo principale di attivare dei processi di trasformazione, capacitazione e traduzione dello stimolo negativo del dolore del parto in positivo. La donna impara ad avere fiducia nel proprio corpo e nei propri istinti e vive intensamente la profonda esperienza emozionale del parto. Si rafforza in questo modo la competenza materna rispetto al saper fare, al saper essere all'interno dei vari laboratori previsti nel corso di preparazione alla nascita. Questo percorso si interscambia con quello donna/coppia il cui sistema si articola in interventi per consulenze di coppia per la contraccezione, consulenza e sostegno alla donna e alla coppia con problemi di infertilità/sterilità. Sono necessari per questo tipo di assistenza protocolli di intervento condivisi con altre U.O. e centri specialistici.

I campi di attività vanno dalla **Prevenzione** (diagnosi e cura delle malattie a trasmissione sessuale), agli **screening** del carcinoma della cervice uterina e della mammella (secondo le modalità previste dagli atti di indirizzo regionali), alla realizzazione di **programmi educativo-informativi** per le problematiche connesse al **climaterio/menopausa** e per la **prevenzione delle MST** e la **contraccezione**.

Lo spazio adolescenti

Un'attenzione particolare merita l'attività dell'ostetrica nell'ambito dello "spazio adolescenti". Nel corso dei programmi educativo-informativi sulla prevenzione delle Mst e la contraccezione svolti nelle scuole, gli adolescen-

ti vengono informati sullo "spazio" loro dedicato all'interno dei consultori. Il team che vi opera svolge un ruolo delicato e di fondamentale importanza in quanto deve costruire nell'immediato una relazione personalizzata e centrata sull'utente adolescente che può presentarsi singolarmente, in coppia o in gruppo. È ormai consolidata l'abilità di counsellor da parte dell'ostetrica, la quale accoglie la richiesta dell'adolescente in stato di gravidanza per il percorso nascita o per un eventuale percorso Ivg o per altre problematiche.

La disabilità: una nuova sfida

In un progetto di salute l'ostetrica è in grado di rimodulare il suo ambito assistenziale attraverso il continuo mutamento culturale, ponendo la sua professionalità al servizio della comunità. Infatti possiede le capacità necessarie per costruire e realizzare modelli organizzativi assistenziali attraverso il case management territoriale, ponendo la massima attenzione alle più diverse richieste nel campo della salute e della prevenzione. Nella società odierna l'ostetrica deve essere in grado di dare risposta anche alle specifiche esigenze delle donne diversamente abili, come nel caso delle donne non udenti alle quali è stato dedicato uno specifico progetto di preparazione al parto.

In un celebre film, trasmesso alcuni anni fa sui nostri schermi, i sordomuti venivano chiamati "Figli di un Dio minore", perché essi, in mancanza di un'efficace azione educativa, ricorrevano solo al linguaggio gestuale, rinunciando completamente all'uso del linguaggio parlato, che, secondo l'opinione degli studiosi dell'ultimo secolo, sarebbe "il solo mezzo di comunicazione universale, legato al più ampio e complesso sviluppo mentale". I non udenti, usando i mezzi sensoriali di cui dispongono, possono acquisire la capacità di esprimersi attraverso il linguaggio parlato e la Lingua dei Segni, il che favorisce enormemente il loro processo di normalizzazione, sia sul piano intellettuale che su quello morale e sociale. L'Ente Nazionale Sordi (Ens) di Napoli offrirà, a breve, l'opportunità alle donne sorde di questo

territorio di avere a disposizione un corso di preparazione alla nascita. È il segno di un'attenzione particolare alle donne non udenti che devono poter vivere questo momento usufruendo delle stesse possibilità e degli stessi canali di accesso all'informazione. Il corso verrà condotto da un'ostetrica coadiuvata dalla presenza di una interprete LIS (lingua dei segni). A latere di questa iniziativa è previsto un corso di formazione di primo livello con 120 ore di training per la lingua dei segni base (principi generali di comunicazione). Mi auguro che questo contributo descrittivo dell'attività dell'ostetrica di comunità possa offrire lo spunto per un confronto e uno scambio di esperienze con le colleghe/ghi di altre realtà territoriali, nell'ottica di valorizzare le nostre competenze in seno a una più ampia strategia finalizzata al miglioramento dei servizi territoriali nel loro complesso. La realtà professionale di un'ostetrica di comunità può essere molto gratificante se si mettono in campo volontà e professionalità. In un senso più propriamente sociologico, potremmo dire che per poter essere una buona ostetrica di comunità occorrono caratteristiche forti, tali da creare un'identità professionale con valore riconosciuto.



UNA CASA COMUNE PER GINECOLOGI E OSTETRICHE

"Auspichiamo che le finalità della nuova Associazione, oltre ad essere da te condivise, incontrino il tuo desiderio di adesione e di partecipazione attiva a questa nuova Associazione che vuole essere la "casa comune" di tutti coloro che hanno a cuore la tutela della salute della donna e del suo bambino attraverso la completa espressione e condivisione delle professionalità".

PER ISCRIVERTI compila il modulo scaricabile sul sito www.aogoi.it



Giuseppina Di Lorenzo

L'ostetrica possiede le capacità necessarie per costruire e realizzare modelli organizzativi assistenziali attraverso il case management territoriale, ponendo la massima attenzione alle più diverse richieste nel campo della salute e della prevenzione

Il decreto sui lavori usuranti disattende le aspettative della categoria

Niente "lavori usuranti" per i medici

di Carmine Gigli
Presidente FESMED

È stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, n. 108 del 11 maggio 2011, il decreto legislativo n. 67 sui lavori usuranti: "Accesso anticipato al pensionamento per gli addetti alle lavorazioni particolarmente faticose e pesanti" e ho ritenuto utile procedere ad un esame dell'articolato, alla ricerca di qualche norma applicabile ai medici che operano in condizioni stressanti e faticose.

Lavoratori interessati

Purtroppo, ho dovuto constatare che difficilmente i medici potranno godere dei vantaggi previsti da questa normativa. Infatti, il decreto stabilisce che "il diritto per l'accesso al trattamento pensionistico anticipato" è riservato alle seguenti tipologie di lavoratori dipendenti:

- lavoratori già previsti dal decreto Salvi del 1999 (lavori in gallerie, cave e miniere, in cassoni ad aria compressa, in spazi sottomarini, quelli eseguiti ad alte temperature, in spazi ristretti, per asportazione dell'amianto, etc.);
- lavoratori a turni, che prestano la loro attività nel periodo notturno (compreso il periodo tra la mezzanotte e le cinque del mattino);
- lavoratori addetti alla cosiddetta «linea catena» (impiegati in un processo produttivo in se-

L'unica attività che i medici dipendenti potrebbero far valere come lavoro usurante è quella relativa al lavoro notturno. Ma vi sono molte limitazioni per poter rivendicare i benefici previsti dal decreto legislativo che entrerà in vigore dal 26 maggio. La battaglia per l'accesso anticipato al pensionamento dei lavoratori del Ssn impiegati nelle aree dell'emergenza, dunque, è destinata a ricominciare

rie, con misurazione di tempi di produzione, organizzato in sequenze di postazioni, con ripetizione costante dello stesso ciclo lavorativo);

- conducenti di veicoli pesanti adibiti a servizi pubblici di trasporto di persone.

I turni notturni

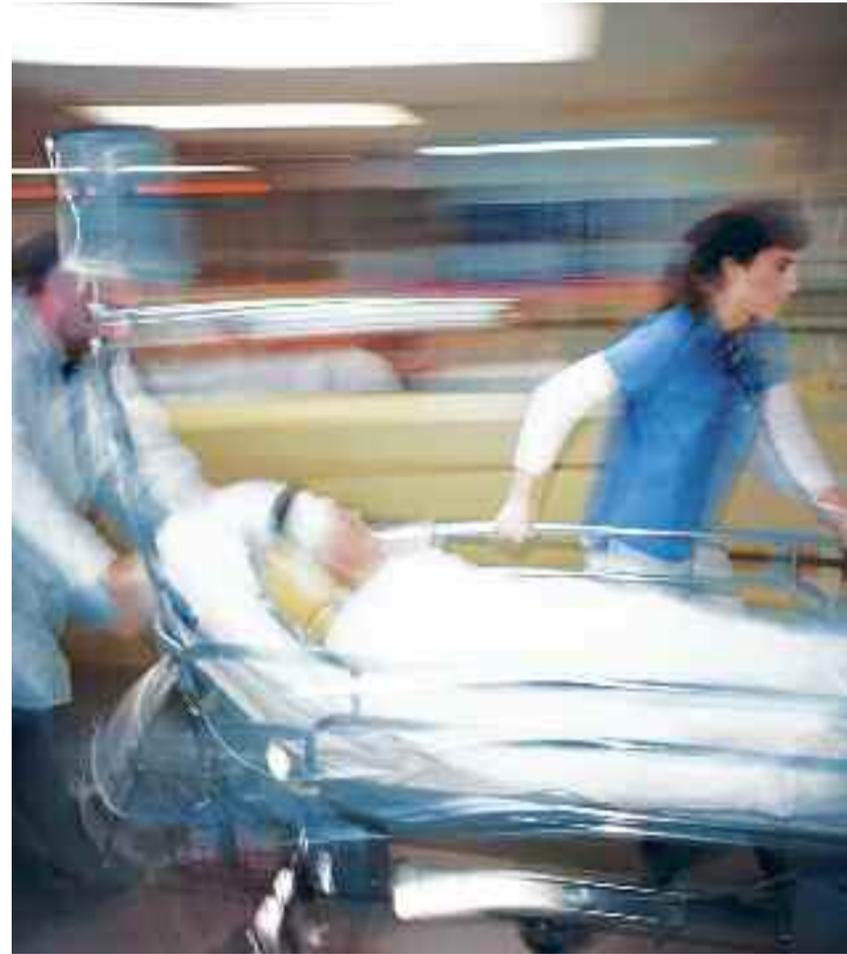
Di queste attività, l'unica che i medici dipendenti potrebbero far valere come lavoro usurante è quella relativa al lavoro notturno, che il medico deve aver svolto per almeno 6 ore (comprendenti l'intervallo tra la mezzanotte e le cinque del mattino), per un numero minimo di giorni lavorativi all'anno non inferiore a 78. Inoltre, per poter rivendicare i benefici previsti dal decreto, il medico deve aver svolto detti 78 turni notturni per almeno sette anni, compreso quello di maturazione dei requisiti, negli ultimi dieci anni di lavoro. Fermi restando il requisito di an-

zianità contributiva non inferiore a trentacinque anni e il regime di decorrenza del pensionamento (finestre), vigente al momento della maturazione dei requisiti agevolati.

I benefici previsti

Il decreto prevede che, a decorrere dal 1° gennaio 2013, se è in possesso dei requisiti precedentemente elencati, il medico consegue il diritto al trattamento pensionistico con un'età anagrafica ridotta di tre anni e una somma di età anagrafica e anzianità contributiva ridotta di tre unità rispetto ai requisiti previsti dalla Tabella B di cui all'allegato 1 della legge n. 247 del 2007.

In verità, il decreto stabilisce anche delle norme transitorie, valide nel periodo 2008-2012, che prevedono la riduzione di un anno dell'età anagrafica necessaria per andare in pensione, per i lavoratori che hanno svolto 78



notti l'anno per almeno sette anni ed hanno maturato i requisiti pensionistici tra il 1° gennaio 2008 e il 30 giugno 2009. In pratica, possono andare in pensione con 57 anni d'età e 35 anni di contributi, invece dei 58 anni di età previsti dalla legge 247/2007 per avere diritto alla pensione di "anzianità".

Periodo transitorio

I lavoratori che hanno maturato i requisiti a partire dal 1° luglio 2009 possono ottenere i benefici previsti dal decreto, anche se non hanno svolto 78 notti per anno. In questo caso si possono configurare due diverse situazioni, in funzione del numero di notti lavorate mediamente ogni anno:

- lavoratori che hanno svolto lavoro notturno nel corso dell'anno per un numero di turni compreso fra 64 e 71, vedono il requisito anagrafico fissato a 58 anni nel 2009 e 2010, l'età sale a 59 anni per il 2011 e si ferma a 60 anni nel 2013;
- lavoratori che hanno svolto un numero di notti compreso fra 72 e 77, hanno diritto alla riduzione sull'età anagrafica di due anni e quindi, il requisito anagrafico richiesto è fissato in 57 anni per il 2009 e sale a 58 nel 2011, per stabilizzarsi a 59 anni a partire dal 2013.

Norme di salvaguardia

Restano validi gli adeguamenti dei requisiti agli incrementi della speranza di vita previsti dal-

I lavoratori che potrebbero trarre beneficio da questo decreto è previsto che possano essere circa 15mila l'anno ma, trattandosi di una stima, il decreto prevede anche delle clausole di salvaguardia che condizionano i pensionamenti anticipati alla copertura finanziaria indicata dal testo legislativo

l'articolo 12 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

I lavoratori che potrebbero trarre beneficio da questo decreto è previsto che possano essere circa 15mila l'anno ma, trattandosi di una stima, il decreto prevede anche delle clausole di salvaguardia che condizionano i pensionamenti anticipati alla copertura finanziaria indicata dal testo legislativo.

Purtroppo l'accesso anticipato al pensionamento dei lavoratori del Servizio sanitario impiegati nelle aree dell'emergenza, di cui si è parlato molto negli scorsi anni, è stato completamente disatteso da questo decreto. La battaglia è destinata a ricominciare.

Accesso anticipato al pensionamento per i lavoratori con 78 turni notturni/anno

Anno	Decreto "lavori usuranti"		Pensionamento di "anzianità" legge 247/2007	
	Età	Contributi	Età	Contributi
1.01.2008 - 30.06. 2009	57 anni	35 anni	58 anni	35 anni
1.07.2009 - 31.12.2009	Quota 93 (57 + 36)		Quota 95 (59+36 o 60+35)	
2010	Quota 94 (57 + 37)		Quota 95 (59+36 o 60+35)	
2011-2012	Quota 94 (57 + 37)		Quota 96 (60+36 o 61+35)	
2013	Quota 94 (58 + 36)		Quota 97 (61+36 o 62+35)	

Presentazione del 2° Congresso Nazionale AGITE

Il Ginecologo e ostetrico "medico preventivo" Formazione e Servizi ad hoc

di **Maurizio Orlandella**

Past President AGITE,
Vice Presidente SMIC

Il percorso fatto

Nel periodo della diaspora tra mondo universitario e ospedaliero, in un periodo di crisi economica e scarsità di fondi, Agite ha saputo lavorare "a basso budget". Dal gennaio 2008, dallo start-up di Roma alla Casa Internazionale delle donne, ci siamo imposti, dopo la fuoriuscita dalle preesistenti associazioni per la ginecologia territoriale, di essere credibili per esprimere qualcosa di nuovo e di più maturo: un'associazione che mettesse in primo piano: la ridefinizione dei compiti del ginecologo territoriale; lo sviluppo di relazioni strette con Sigo e Aogoi, capaci di sostenere il riconoscimento delle peculiarità del ginecologo territoriale anche in ambito politico; la riorganizzazione dei servizi a misura dei rischi professionali; una più stretta comunicazione con i ginecologi ospedalieri anche grazie alla diffusione capillare di GynecoAogoi.

Il primo Congresso Nazionale di Agite, a Villasimius nel maggio del 2009, ha focalizzato l'attenzione sulla ridefinizione della visita ginecologica, sulle necessità diagnostiche e terapeutiche delle disfunzioni del pavimento pelvico e sulle diverse realtà e i metodi di lavoro rappresentati dai consultori laici e dalle associazioni per la salute riproduttiva, organizzando contemporaneamente dei gruppi di lavoro su 10 aree tematiche.

Il 1° Congresso Agite ha riaffermato che il ruolo del ginecologo del territorio è stato aggiornato già dai primi consultori degli anni '60, che l'empowerment della donna, cioè favorire le conoscenze della salute come strumento di migliori outcome di salute, promosso dal costante lavoro dell'Istituto Superiore di Sanità, vuol dire andare oltre il motivo di visita dichiarato dalla donna per favorire la prevenzione, tramite l'emersione dei problemi. Siamo nel campo della clinica e della prevenzione e solo la visita ginecologica rende possibile, grazie alla sua alta frequenza anche in donne apparentemente sane, rinforzare comportamenti virtuosi: dall'uso della contraccezione, alla vigilanza oncologica, alla cura precoce della incontinenza urinaria lieve.

Con il primo Congresso Nazionale Agite, quindi, abbiamo risollevato il problema dei tempi della visita ginecologica e ostetrica, iniziando a lavorare sui do-

Se non si svolge attività di sala parto, chirurgia maggiore e si svolge attività sul Territorio questa è la professione del ginecologo e ostetrico medico preventivo: ginecologo formato alla clinica, alla prevenzione e agli incontri con la popolazione. Tanti sono i ginecologi negli ambulatori, nei consultori e negli studi privati, ma in Italia manca una vera formazione ad hoc per questi professionisti. O è carente o si basa più sull'estemporaneità del "marketing" delle case farmaceutiche che su una vera programmazione nazionale.

Il secondo Congresso Agite sarà incentrato sulle conoscenze e sul know-how che tale professione richiede e tratterà delle strade che AGITE ha aperto per i servizi associativi e assicurativi, le conoscenze normative e gli ambulatori ultraspecialistici di primo livello.

Qui di seguito riassumo il percorso che ci ha condotto fino a questo secondo congresso nazionale. Unico percorso logico per abbandonare la strada della "estemporaneità", a seconda del finanziamento di progetti. Per un confronto costruttivo su temi specifici e realtà regionali. Verso l'omogenizzazione delle procedure su tutto il territorio nazionale.

cumenti che devono permettere che, a determinate azioni preventive, corrisponda il tempo necessario dedicato dal medico e concesso dalle aziende.

Pronti per il 2° Congresso nazionale

Il 2° Congresso nazionale Agite che si svolgerà congiuntamente al 2° Congresso della Smic, con la quale è sinergico lo sforzo nel campo della contraccezione e della salute riproduttiva, si pone tre obiettivi principali:

- se nel primo congresso venivano definiti i campi attinenti alla prevenzione in diverse aree, il 2° Congresso apre agli ambulatori ultraspecialistici di primo livello, il gradino precedente l'invio coordinato a centri di 2° livello ospedalieri;
- rappresentare il lavoro di Agite in questo quadriennio: nel campo assicurativo e dei servizi per gli associati, della promozione di una cartella adolescenti unica su tutto il territorio nazionale, della costituzione del primo gruppo di ricerca epidemiologica per la ginecologia territoriale (con l'adozione di uno strumento tecnologico utile allo sviluppo di una rete di ricercatori), della promozione della prevenzione dei danni da chlamydia
- enucleare, a partire dalle prime linee guida sulla gravidanza fisiologica prodotte dall'Istituto Superiore della Sanità e dal Ceveas, le raccomandazioni sulle questioni più dibattute,

al fine di uniformare le procedure cliniche per superare la medicina difensiva.

Gli 8 punti in programma

La data provvisoria del Congresso è prevista per il 25-27 novembre del 2011 a Roma. Il programma congressuale, che includerà una o due sessioni dedicate ai temi associativi, prevede al momento, i seguenti temi:

1. Evoluzione della Contraccezione: nuovi estrogeni, progestinici, contraccezione d'emergenza, vie di somministrazione
2. Cartella unificata consultori adolescenti: know-how e consenso tra gli operatori
3. La ricerca sulla Condilomatosi genitale, infezioni Hpv e correlate
4. Responsabilità professionale dei ginecologi territoriali: le polizze assicurative e i servizi associativi
5. Uroginecologia: il primo livello e la riabilitazione sul territorio, una svolta per la urologia femminile
6. Gravidanza: le linee guida per la gravidanza fisiologica
7. Gravidanza: collaborazione tra operatori territoriali e coordinamento con gli ospedali
8. Menopausa e Hrt: modulare i rischi, ottimizzare i benefici

Alcuni dettagli sulle sessioni scientifiche

La contraccezione ormonale e d'emergenza raggiunge finalmente in Italia un buon livello

di differenziazione, con nuovi estrogeni, nuovi progestinici, nuova contraccezione d'emergenza e nuove vie di somministrazione. Ormai la libertà di scelta è ampia, ma dobbiamo calibrare sempre meglio dosaggi e molecole, in modo da minimizzare gli effetti collaterali conseguenti alla contraccezione ormonale e garantire un'alta efficacia di azione nonché un alto tasso di continuità.

La cartella adolescenti è stata promossa da Smic e Agite quando, alla consapevolezza della sua necessità ai fini di standardizzare le procedure e facilitare la ricerca e la raccolta dati, si associava una grossa demotivazione per precedenti fallimenti. Sulla scorta dell'esperienza del gruppo adolescenti del primo congresso Agite e delle due riviste della Smic sugli item e le esperienze italiane di lavoro sugli adolescenti, questa volta il tentativo è andato a buon fine e viene presentata una sua prima versione grafica cartacea. Non dimentichiamo altresì la necessità di una versione digitale e della sua adozione nelle diverse Asl. Al momento c'è ampio consenso su tale cartella tra tutti i promotori: Agite, Aogoi, Siga, Smic, con il patrocinio e in sinergia con la Sigo, la cui ultima presidenza è stata particolarmente attiva sul terreno dell'adolescenza e della prevenzione della Ivg. La prima ricerca del territorio sulla epidemiologia della condilomatosi è ormai nella sua fase conclusiva e al prossimo congresso ne verranno portati i risultati conclusivi. Ma ancora più importante è che si sia costituito un primo gruppo di ricercatori e che la piattaforma digitale con server rimanga disponibile per ulteriori ricerche, avendo ormai risolto un enorme numero di difficoltà burocratiche che permettessero lo sviluppo del progetto. Inoltre, dopo aver proposto le indagini sulla epidemiologia e prevenzione delle complicazioni della Chlamydia trachomatis come progetto Agite per Figo 2012, si inizierà a discutere a breve con l'Iss sulla possibilità di indagini nazionali in questo ambito.

La sessione sulla professione, presenterà le polizze Agite, mirate sul lavoro territoriale, minimizzando i premi in base alla precisa definizione delle azioni e compiti svolti, con rischi ben inferiori ai colleghi ospedalieri coinvolti in parti e interventi. Nell'eventualità di un contenzioso legale con le pazienti o con le aziende per cui si lavora, è indispensabile conoscere le procedure burocratiche e fare una

buona valutazione delle coperture assicurative. Questa sessione affronterà le procedure gestibili in un ambulatorio non ospedaliero o studio personale. Dopo aver organizzato in sinergia con l'Aiug il corso pregressuale alla Sigo 2010 di Milano sulla semeiotica del pavimento pelvico, miriamo ad approfondire quell'ambito "sommerso" dell'incontinenza urinaria, che non può emergere se non si introduce nella pratica clinica quotidiana una serie di domande sui disturbi urinari, spesso sottovalutati e facilmente curabili quando affrontati nella fase iniziale. La conoscenza dei farmaci per l'incontinenza di urgenza e i presidi strumentali con la proposta di una flow chart per l'emersione, la diagnosi e la cura dell'incontinenza oltre alla rivalutazione del tempo per una corretta semeiotica sono il focus di questa sessione.

La gravidanza viene affrontata da due punti di vista, uno clinico e uno organizzativo-formativo. Oltre alla omogenizzazione delle indagini e del consenso informato viene promosso un metodo di lavoro e una formazione ai Corsi di accompagnamento alla nascita (Can). Verranno presentate le realtà di diverse regioni, ancora sul solco della omogenizzazione delle procedure.

Infine, se nella costruzione del dettaglio del programma ve ne sarà lo spazio, la 8a sessione verterà sulla menopausa. Dopo soli 5 mesi dal Congresso Mondiale sulla Menopausa di Roma, in un contesto bibliografico sempre più rassicurante dopo i terrifici WHI e One Million Study dove, come nella contraccezione, è possibile l'adozione di regimi terapeutici individualizzati comunque in grado di non aumentare né i rischi cerebrovascolari né il rischio di tumore mammario (e le paure dei prescrittori). Un focus sull'osteoporosi, dal timing della diagnostica e della necessità di terapie complete il focus sulla menopausa.

Perché è importante l'appuntamento di Roma

Il nostro obiettivo principale è di promuovere tra i colleghi di tutta Italia la più ampia conoscenza del grande lavoro di documentazione sulle attività ambulatoriali e consultori fin qui svolto. Vi chiediamo dunque adesione e partecipazione. Come si sa, tutte le strade portano a Roma!

Sui prossimi numeri di GynecoAogoi vi terremo aggiornati sull'organizzazione congressuale e la sua fattibilità. ■

Capri, 5-7 maggio 2011
1° Corso interattivo di Ostetricia e Ginecologia

“Nessuno di noi è un'isola”

Al centro de “La salute della donna tra evidenze scientifiche e nuove opportunità terapeutiche” sono state alcune sfide importanti per il ginecologo di oggi: l'emorragia post partum, il rischio tromboembolico, l'aborto spontaneo ricorrente e la nuova contraccezione.

L'incidenza di morte materna per **emorragia post partum** infatti è ancora molto significativa, anche in Occidente, e il suo management rappresenta ancora un vero *couchemar* per il ginecologo perché può presentarsi anche in assenza di segnali clinici evidenti, rientrando quindi nella casistica di quegli eventi avversi potenzialmente “imprevedibili” e dalle conseguenze fatali.

A rendere il tutto più complicato è che il 40 per cento delle trombosi venose profonde (Tev) si verifica dopo la dimissione ospedaliera. Nel puerperio, specie dopo un parto chirurgico e un allattamento prolungato, le alterazioni di tipo emodinamico, soprattutto emocoagulativo, persistono per settimane dopo il parto. La normale profilassi prevede una settimana, ma nei fatti il 60 per cento degli eventi avversi si verifica nelle prime due settimane e il 40% tra la 3^a e 6^a settimana dopo la dimissione. Il che rende oggi necessario un aggiornamento delle nostre linee guida. Anche la modalità del parto svolge un ruolo importante nell'insorgenza di evento trombo embolico: il rischio, rispetto al parto vaginale, è triplicato nel cesareo elettivo e quadruplicato nel cesareo d'urgenza. Più di tre quarti delle morti post partum per Tev avvengono dopo un taglio cesareo, come dimostrano i più recenti studi. L'emorragia post partum dunque continua tutt'oggi ad essere un “hot topic”, anche perché si correla all'età e al BMI e, nel-

Poche volte, come in questo caso, i protagonisti sono stati loro: i partecipanti. Ha mantenuto la sua promessa di fare un corso “veramente interattivo” Fabio Sirimarco che in questa tre giorni di Capri, da lui organizzata e co-gestita insieme al professor Antonio Chiantera, presidente del Corso, e agli illustri moderatori delle sessioni, ha fatto davvero di tutto affinché il ruolo di protagonista lo avesse il dibattito in sala più che le relazioni, sia pure importanti, tenute da una folta rappresentanza dell'eccellenza italiana in ginecologia e ostetricia

la nostra realtà, le pazienti sono sempre più mature e in sovrappeso. Perciò è importante che il ginecologo sia in grado di fare prevenzione attraverso un'attenta valutazione del **rischio trombotico** individuale. “Con una buona diagnostica ante partum – ha più volte sottolineato il professor Sirimarco – molti degli eventi drammatici che poi finiscono sui giornali potrebbero essere evitati”.

Nel corso delle sessioni dedicate alla Tev e all'emorragia post partum ha avuto un ampio spazio il dibattito in sala, seguito agli interventi di Maria Grazia Frigo, Emilio Di Maria, Fabio Sirimarco, Giuseppe Albano, Giuseppe Affronti e Antonio Ragusa, che hanno esplorato gli ambiti della “gestione delle criticità emorragiche attraverso uno statement condiviso”, dei “test genetici per la malattia tromboembolica”, del “rischio tromboembolico in ostetricia e ginecologia”, dei “fattori di rischio e le misure di prevenzione”, delle “nuove acquisizioni nelle terapie farmacologiche” ed infine delle “procedure conservative e la chirurgia demolitiva”. Fabio Parazzini ha poi presentato il Progetto della Fondazione Confalonieri Ragonese che ha per oggetto un'indagine conoscitiva sull'incidenza del tromboembolismo in gravidanza.

Il tema che ha dominato la seconda giornata di studio è stato l'**abortività ricorrente**. Ad illustrarne i “fattori di rischio non anatomici e le terapie mirate” Cristoforo De Stefano, mentre Carlo Caravetta è intervenuto sui “fattori di rischio anatomici e le metodiche diagnostiche a

confronto”. Ha concluso la sessione Stefano Bettocchi, stimolando la discussione sulle correlazioni tra Asr e procreazione medicalmente assistita.

L'aborto ricorrente, secondo la definizione internazionalmente accettata, è quello che si verifica tre volte consecutive, indipendentemente dal fatto che vi sia stato in passato la nascita

di un feto vivo. Lo Asr si presenta come una condizione eterogena, con molte cause possibili, e spesso comporta un “cospicuo e costoso pacchetto di indagini”. Molti fattori possono celarsi dietro gli aborti ricorrenti che possono essere il sintomo di una patologia sistemica. Gran parte di essi è dovuta a patologie genetiche cromosomiche, una parte discreta, considerata con sempre maggiore attenzione, è legata alle patologie coagulatorie o dell'immunità, un'altra è parte legata a problemi endocrini ed un'altra ancora a problemi anatomici. Un dato piuttosto sorprendente è che

l'aborto ricorrente ha un'incidenza di 1 su 100. Un rischio significativamente maggiore di quello che teoricamente ci aspetteremmo da un punto di vista statistico, atteso che il rischio di abortività presente in tutte le gravidanze (cosiddetto aborto clinico) è intorno al 10-15 per cento. Questo in parte è spiegato dal fatto che non tutti gli aborti vengono censiti, riconosciuti da un punto di vista statistico, soprattutto quelli molto precoci che spesso non transitano nelle strutture di ricovero e cura e di conseguenza, con la mancata identificazione e classificazione di questi aborti, perdiamo una serie di dati.

Un aspetto non secondario è che solo una parte delle donne che hanno aborti ricorrenti riceverà una diagnosi, si stima non più del 30 massimo 50 per cento. I due dati anamnestici più rilevanti che devono spingere a una valutazione probabilitica sono la storia ostetrica e l'età materna avanzata, che espone straordinariamente ad un rischio aumentato di aborto. Per quanto riguarda l'Asr nel contesto della Pma, è stato sottolineato, è sempre forte la tendenza a considerare un *unicum*, dal punto di vista nosologico, gli insuccessi di impianto, la sterilità non spiegata e l'abortività ricorrente. E questo, tradotto in comportamenti clinici, significa che le scelte terapeutiche spesso implicano una serie grandissima di opzioni, alcune non prive di rischi per la paziente, non basandosi sugli elementi di conoscenza più aggiornati.

La giornata conclusiva ha affrontato un altro capitolo: la “**Rivoluzione nella contraccezione**”. Franca Fruzzetti ha fatto il punto su “cosa è cambiato dall'etinlestradiolo all'estradiolo” e Annamaria Paoletti ha illustrato i

vantaggi che il Nomac/E2 offre in contraccezione. Si tratta di un nuovo contraccettivo orale, su cui l'Agenzia Europea dei Medicinali (Ema) ha appena espresso parere positivo. Un regime monofase basato su estrogeni naturali: un estrogeno che è strutturalmente identico al principale estrogeno prodotto dalle ovaie di donne sane non in gravidanza, in combinazione con un analogo selettivo progesterone, l'acetato nomegestrolo, che ha la particolarità di avere un'elevata attività progestinica e di non interferire con l'azione dell'estrogeno essendo metabolicamente neutrale. È un prodotto nuovo che, pur senza annullare quelli che sono le controindicazioni alla pillola e la storia di una molecola sempre valida come l'etinlestradiolo, può “allargare gli orizzonti di prescrizione ad alcune tipologie di donne e in alcune condizioni può aumentare quel margine di sicurezza ottimale alla nostra pratica clinica”. Infine sul tema spinoso e più che mai attuale della contraccezione di emergenza sono intervenuti Angelo Cagnacci e Alessandra Graziottin.

Ma, come detto all'inizio, è stato il dibattito in sala a caratterizzare le soleggiate giornate capresi a cui, eroicamente, i 200 partecipanti al corso hanno quasi sempre saputo resistere.

Una discussione animata, a volte appassionata, sempre interessante. Anche perché dal confronto delle esperienze e dei casi clinici, dalle tante domande, dall'eterogeneità delle situazioni,

dalla piccola struttura fino al centro di alta specializzazione, scaturisce poi la “realtà vera”: quella che viviamo ogni giorno nei nostri ospedali. E così si entra subito nel vivo dei problemi e nel cuore delle possibili soluzioni. (A.A.)



Maria Grazia Frigo



Fabio Sirimarco

SAVE THE DATE

■ L'appuntamento per il 2° Corso interattivo di Ostetricia e Ginecologia è a Capri: dal 9 all'11 maggio 2012

Un nuovo modo di fare formazione: il Progetto "manichino itinerante"

La simulazione sta diventando un elemento sempre più importante nella formazione sanitaria e moltissimi dati suggeriscono che dovrebbe costituire un elemento obbligatorio nei piani di studio di formazione sanitaria. Ma pur non essendo una conquista nuova, la simulazione medica è ancora agli albori nel contesto dei piani di studio sanitari. Mentre costituisce un elemento formativo centrale in molti settori, dall'aviazione alla produzione di energia nucleare e all'esercito. Ecco perché Sigo e Aogoi sono interessate a questo progetto che potrà consentire ai ginecologi italiani, specializzandi e specialisti, una formazione altamente efficace, a costi contenuti, anche e soprattutto in quelle strutture dove non ci sono i "grandi numeri".

Il manichino-partoriente (e parlante) protagonista della "messa in scena" al corso di Capri - dove sono state simulate due situazioni routinarie trasformate in drammatiche emergenze - è un prototipo molto costoso, con un software complicato da gestire. "Funziona in base agli input che gli vengono dati e perciò la simulazione richiede la presenza di un ingegnere e di una regia per la realizzazione di scenari clinici tailor made, che ricreino un ambiente virtuale ma di elevato realismo" come è stato spiegato.

Non è necessario acquistare molti simulatori, perché il "manichino" viaggerà per l'Italia, raggiungendo le strutture, ospedali o centri universitari, dove verranno organizzati corsi con 20 partecipanti, che prevedono 4 di-

■ Va in scena il parto. I ginecologi, come i piloti, alle prese con la "simulazione" fanno pratica sul manichino. L'obiettivo della simulazione medica è di abbattere gli errori clinici, migliorare la qualità dell'assistenza e gli effetti sui pazienti



Fabio Sirimarco con il presidente Sigo Nicola Surico



Gli specialisti possono trattare le condizioni patologiche oggetto del corso dal punto di vista diagnostico e terapeutico e coordinare le diverse figure professionali presenti sulla scena. Al termine di ciascuno scenario tutto quanto accaduto durante la simulazione viene riproposto e discusso in modo interattivo con istruttori esperti. La simulazione consente anche di valutare e migliorare aspetti non prettamente medico scientifici come la comunicazione, la leadership, il lavoro in team, la capacità decisionale e organizzativa

verse simulazioni. Cinque medici saranno impegnati a rotazione nella simulazione, non soltanto delle emergenze ma anche di situazioni standard. Una casistica che verrà continuamente arricchita creando un database sempre più importante. Tra qualche mese il simulatore sarà disponibile anche per la fecondazione assistita pura e, dal pick-up di ovociti al transfer di embrioni, verranno proposte tutta una serie di situazioni che i ginecologici si trovano ad affrontare.

"A differenza dei corsi sui maiali, che obbligano i partecipanti a spostarsi a Napoli al Centro di Biotecnologie dell'Ospedale Cardarelli, questo progetto innovativo non richiede un posto fisso dove fare formazione" - ha sottolineato **Fabio Sirimarco**, direttore scientifico della Scuola di Perfezionamento Post-Universitaria in Chirurgia Pelvica. "Credo molto in questo progetto formativo che può essere proposto

in tutte le strutture sia ospedaliere che universitarie, da Trieste a Palermo. Si tratta di una proposta in grado di fornire un bagaglio teorico ma soprattutto pratico preziosissimo, contenendo gli alti costi che una formazione up-to-date comporta".

"Si può imparare molto più rapidamente e meglio 'facendo' piuttosto che 'leggendo' o 'ascoltando'. Quello che si è capito non è sempre detto che siamo in grado di farlo. Inoltre la simulazione ci permette di traslare le difficoltà che incontriamo nel nostro quotidiano, ripercorrendo i nostri casi clinici. Nella simulazione possiamo interrompere e ripetere, fino a conseguire un elevato livello di competenza in manovre e procedure

interventistiche complesse". Così **Maria Grazia Frigo**, ginecologa e anestesista (responsabile del Dipartimento Materno Infantile del Fatebenefratelli Isola Tiberina Roma), ha introdotto il concetto di simulazione nella didattica. Una simulazione di tipo collaborativo, che offre il massimo in termini di apprendimento, valorizza lo spirito di squadra, la comunicazione tra gli operatori, aiuta a distribuire al meglio i carichi di lavoro e a utilizzare le risorse disponibili. Mantiene alto il livello di attenzione. "Ci sentiamo nella stessa situazione di un pilota quando, in fase di decollo, si presenta un'emergenza e... non si può improvvisare".

Grande importanza riveste anche la sessione di debriefing che segue la simulazione, perché "permette di soffermarci sugli errori che commettiamo, con il coraggio di metterci in discussione e riconfrontarci in un contesto possibilmente anche multidisciplinare".

Apprezzamento per questa metodologia didattica, che prevede l'utilizzo di simulatori avanzati in ambiente intra ed extra ospedaliero completamente attrezzato, è stato espresso dal presidente della Sigo **Nicola Surico** che si è soffermato sulla valenza del modello itinerante "che offre una formazione di qualità alla portata di tutti". E del presidente Aogoi **Vito Trojano**, che ha annunciato l'intenzione, espressa nell'ultimo consiglio nazionale, di rendere disponibile "un manichino in ogni regione". Entrambi hanno evidenziato come la distinzione tra medico ospedaliero e universitario vada superata e come gli ospedali debbano sempre più rappresentare un modello di integrazione tra assistenza, ricerca e didattica.

A favore di questa nuova modalità formativa anche il presidente della Fondazione Confalonieri Ragonese, **Giampaolo Mandruzzato**, il presidente della Società Italiana di Fertilità e Sterilità (Sifes), **Pablo Levi Setti**, **Sergio Schettini**, in rappresentanza della Società Italiana di Endoscopia Ginecologica (Segi), e **Fulvio Zullo**, in rappresentanza dell'Agui, che ha sottolineato come oggi, fortunatamente "non esistono più bravi chirurghi solo perché avevano bravi maestri".



Il presidente Aogoi Vito Trojano



Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello



Aspettando il cambiamento

A chi nelle occasioni congressuali si complimenta per questi miei scritti rispondo sempre allo stesso modo. Indubbiamente ringraziandoli, ma, per uscire dalle ricorrenti lamentazioni pettegole, raccomandando loro di far sentire la propria voce, il loro apprezzamento ai vertici, onde evitare che si continui a dire (e a pensare soprattutto) di me che sono l'eterno rompiscatole. Ritenendo di non aver ancora portato il cervello all'ammasso, credo sia molto opportuno, anzi quasi doveroso, di tanto in tanto fermarsi un attimo e riflettere (ecco le motivazioni del titolo della mia rubrica) su quello che accade intorno a noi, in modo particolare sulla nostra professione e dintorni, avendo l'ambizione non tanto di esprimere giudizi quanto di offrire modesti consigli che scaturiscono, se non dalla cultura, da una lunga esperienza (è una delle poche cose

Da quanto tempo, politicamente e professionalmente, sentiamo parlare di una transizione che non sappiamo quando è cominciata, né quando finirà o addirittura se sia mai iniziata...

belle dell'età che avanza!). Appartengo ad una generazione che ha visto scivolare davanti a sé l'atteso cambiamento, non diversamente dal "Rex" di felliniana memoria. La grande nave che esce un attimo dalle nebbie per ritornarvi dentro subito dopo. Da quanto tempo, politicamente e professionalmente, sentiamo parlare di una transizione che non sappiamo quando è cominciata, né quando

finirà o addirittura se sia mai iniziata. Per noi, poi, non vi è stato nemmeno il gattopardiano cambiare tutto per non cambiare niente. Sì, c'è pure stata qualche scaramuccia, ma una vera rivoluzione no. Gira e rigira, sempre le solite facce da almeno un quarto di secolo. Spesso dico che abbiamo perso la stagione dei quarantenni. Quei pochi nuovi che oggi riescono ad apparire

hanno superato da un pezzo quell'età. E con essa hanno perso la freschezza delle idee e la voglia di cambiare per davvero. Così tutto resta adagiato nel più apatico conformismo. Un esempio per tutti. La cosiddetta "rottamazione" al quarantesimo anno di contribuzione figurativa era più che giusta (tant'è che me la sono autoapplicata) soprattutto per far

spazio ai giovani. Invece abbiamo subito gridato alla lesa maestà, che veniva a mortificare consolidate professionalità. Così, grazie ai sindacati, alla fine abbiamo ottenuto più di quanto sperato, con l'allungamento da sessantasette sino a settanta anni. A parte il fatto che delle abilità raggiunte uno può trarne vantaggio fin che gli pare nel privato, il probabile pensionamento dilazionato di tanti sposta inevitabilmente in avanti il necessario turnover nella sanità pubblica, affidando la medicina di

domani a professionisti non più giovanissimi verso cui l'egoismo e la mediocrità degli anziani di oggi ha dato davvero poco. Fosse la lobby medica così autorevole e potente in altre e ben più gravi questioni!



CinemaChePassione

di Annunziata Marra



Il cigno nero

Non è solo la trama di un film drammatico, ma anche il vissuto di alcune giovani che si rivolgono ai nostri ambulatori

Sullo sfondo di una coreografia – il lago dei cigni – che dalla vista arriva al cuore e col sottofondo musicale di note che dall'udito arrivano all'anima facendola vibrare, si svolge la breve vita della giovane protagonista. Per assurgere al ruolo di étoile ha compiuto un percorso durissimo, fatto di

esercizi continui, di prove, di rinunce a tutto campo (dal cibo al sesso) e di incontri – scontri con figure di riferimento, come la madre ed il direttore artistico. Uomo affascinante ma pericoloso: uno che ti sceglie, ti porta anche al successo, ma che ti mette da parte quando un altro fiore è pronto da cogliere. Meglio rimanere bambine, bloccare il corpo, negare la sua metamorfosi, perfino martoriarlo: rinunciare ad essere donna che seduce, che prova e dà piacere, che gode della sua femminilità.

Una sintesi non sembra possibile e la scelta va in direzione della purezza adolescenziale, anche a costo della vita stessa... Non è solo la trama di un film drammatico, ma anche il vissuto di alcune giovani che nei nostri ambulatori chiedono il consulto per patologia del ciclo mestruale e che hanno un BMI al di sotto della norma.



Nessuno mi può giudicare

Dopo le risate, l'amara constatazione che il messaggio che passa dallo schermo non è politically correct

S ride abbastanza, anzi molto, guardando questo film: battute esilaranti, scene comiche e intrecci al limite del sensazionale, non mancano di certo. Il tutto padroneggiato da attrici e attori di grande bravura. La protagonista, p. e., sembra uscita da un manuale dal titolo "Tecniche amatorie per donne moderne" ovvero scopri la "torbida morena" che c'è in te; risveglia il desiderio del partner facendolo volare in alto come

"batman"; rivelagli la tua sensualità più sexy di una coniglietta di playmen: insomma fallo impazzire con le mille strategie degne di una Circe dell'amore! Ma perché una donna moderna, capace, intelligente, ironica, per salvare il patrimonio di famiglia deve fare la escort? E questo può davvero essere un ripiego così allegro, così festosamente vissuto come una fase bohemienne di una vita che riprenderà il suo corso con tanto



di finale romantico? Dopo le risate l'amara constatazione che il messaggio che passa dallo schermo non è "politically correct", perché la mercificazione del proprio corpo non è propriamente quella scorciatoia che vale la pena di prendere, tanto poi si fa sempre in tempo a tornare indietro. Banalizzare il "mestiere" è una mistificazione e una mancanza di riguardo per le nostre giovani così confuse sui modelli da seguire. Si legge su "Sette" che una minorenni moldava, che si offriva in cambio di denaro, abiti e gioielli, si sentiva condizionata nei comportamenti e nelle scelte dalla vicenda di Ruby-rubacuori.

I FILM

Il cigno nero (The black swan)
di Darren Aronofsky

Nessuno mi può giudicare
di Massimiliano Bruno

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



Missione impossibile

I medici in Italia sono genericamente 'dr' al pari di ogni altro laureato: perché non si può specificare il titolo di medico?

Vi siete mai chiesti per quale ragione sugli elenchi del telefono nel nostro Paese non compare accanto al nome di un collega il titolo di medico ma soltanto quello di "dr"?

La stessa dicitura si legge accanto al nome di un insegnante, di un farmacista, di un commercialista o di un direttore di banca e anche per un impiegato laureato del catasto (con tutto il rispetto per queste attività lavorative, naturalmente). Dice: in Italia chiunque prenda una laurea è automaticamente "dr."! Appunto, siamo tutti dottori indipendentemente dalla facoltà in cui tale laurea è stata conseguita. Però qualcosa non quadra, perché sugli elenchi del telefono i dottori in Giurisprudenza sono "Avv.", in ingegneria sono "Ing." e quelli laureati in architettura "Arch.", mica semplici 'dr.'! E allora per trovare il numero di telefono del dr. Mario Rossi, medico chirurgo regolarmente iscritto all'apposito Albo, bisognerà spulciare nell'elenco tra una miriade di 'dr.' omonimi, magari tirando a sorte per rintracciarlo? Perché non viene scritto sull'elenco "dr.med." come buon senso e necessità imporrebbero? Nei Paesi anglosassoni per esempio il medico è definito 'MD' (se si va su internet si trova: M.D.: Italian translation = dottore, nel senso di medico) e nessun laureato non medico viene chiamato dottore! In Italia invece non si può correttamente definire dr. med., cioè dottore medico uno di noi: perché?

Ho provato a chiamare l'azienda telefonica e dopo un po' di attesa e una frenetica consultazione è arrivata la risposta: non si può, i medici sono dottori come gli altri, appunto, ma non si può specificare, non è previsto! Se uno proprio ci tiene, pagando (guarda un po'!) se poi fa: si deve trasformare il suo abbonamento in commerciale, cioè deve essere equiparato a quello di uno studio medico e miracolosamente comparirà la dicitura: Mario Rossi, dr. Medico Chirurgo! Ho chiesto il perché ciò valga solo per i medici ma la risposta è stata praticamente che... è così. Prendi e porta a casa! Tempo fa avevo chiesto all'ordine dei medici ma anche lì nessuno ha saputo rispondermi, se non rimandandomi al gestore telefonico o meglio a quello degli elenchi.

Ma allora perché questo strano ed



incomprensibile 'trattamento' nei confronti dei medici, anche in un aspetto così banale ma non certo irrilevante? E' indubbio che la cosa sia penalizzante per molti, soprattutto per quelli con un cognome molto diffuso nella propria città. A me sembra proprio una discriminazione bella e buona. Possibile che la società dei telefoni nutra una preconcetta ostilità nei confronti dei medici? Poco probabile. E perché allora? Forse che questi professionisti non pagano la bolletta come gli avv. gli ing. o gli arch.? A parte i laureati, anche un geom., un rag., un per.ind. e persino un sac. hanno diritto ad essere agevolmente individuati negli elenchi ma i medici no, questo privilegio a loro non spetta! Perché mai? Il peggio è che il nostro titolo professionale non ci viene riconosciuto in nessuna indicazione ufficiale: siamo 'dr.' o al massimo 'dott.' e basta, per qualunque aspetto della nostra vita; persino per il nostro ordine professionale, il che è il colmo: che l'Ordine dei medici invii una missiva al dr. Bruni, medico o al dr. Bruni commercialista, non fa differenza nel titolo professionale! Che possiamo aspettarci dagli altri? Il dott. Bianchi, medico chirurgo

specialista è in realtà per la nostra burocrazia 'dr.' e basta! E nelle ASL: non c'è alcuna differenza tra il dr. Brambilla, dottore in medicina e chirurgia, specialista ginecologo, e il dr. Brambilla impiegato laureato dell'ufficio beni e servizi! Ce n'è invece sicuramente con il dr. in giurisprudenza, l'avv. Brambilla, dell'ufficio legale della stessa ASL, cui si scriverà precisando "Avv.", ci mancherebbe altro! Perché questa disparità, perché questa tenace volontà di cancellare il titolo (l'importanza?) del medico? A qualcuno l'argomento di questa nota sembrerà futile, a fronte degli enormi problemi che la nostra categoria si trova ad affrontare, soprattutto in questo periodo; tuttavia è dalle piccole cose che occorre partire per arrivar poi alle grandi questioni. Non sfugga il senso di disagio della categoria dinanzi ad una progressiva caduta d'immagine e di ruolo della professione di medico nel nostro Paese, all'incalzante processo di penalizzazione (in tutti i sensi) di una figura di professionista che una parte della nostra società guarda ormai con diffidenza se non proprio con ostilità. È noto che altri professionisti percepiscono dalla professione

ricavi spesso assai rilevanti (pensate a certi principi del foro o a taluni ingegneri o architetti) senza che alcuno meni per ciò scandalo. Se però un bravo medico, nella libera professione, chiedesse per un grande e difficile intervento (per altro andato anche a buon fine) una parcella da un milione di euro, tasse e balzelli compresi, potete credere che il/la paziente pagherebbe senza batter ciglio, anche avendone la disponibilità? Non penserebbe - quantomeno - che il professionista è un esoso o addirittura uno sfruttatore dei guai altrui? L'avvocato che vince la causa viene invece ricompensato con entusiasmo, riconoscenza e generosità! Perché? Forse perché per anni anche noi (finendo poi per convincercene)

abbiamo continuato ad assecondare l'idea del medico comunque 'benestante', del professionista che di fronte alla malattia dovesse naturalmente comportarsi come il buon samaritano; il concetto che i medici "poveri", "scalzi", erano vicini alla gente mentre gli altri, quelli che svolgevano un lavoro, una professione e che per questo andavano giustamente retribuiti erano "sfruttatori del popolo" e parassiti.

È difficile ora far comprendere che il nostro è sì un lavoro particolare ma è pur sempre uno strumento di sostegno personale e familiare, di affermazione professionale e di elevazione sociale e come tale va giustamente retribuito come ogni altra professione.

In questo il nostro Ordine professionale non ci aiuta di certo, impegnato com'è a tutelare soprattutto le categorie più numerose di iscritti e non certo noi specialisti. Ecco: i responsabili dell'Ordine dei medici dovrebbero spendersi particolarmente nel ripristinare l'immagine del medico italiano, nel fare intendere ai cittadini quanto sia ormai difficile esercitare la professione di medico soprattutto specialista in questo Paese, vessati come siamo dalla burocrazia, dal fisco, dalla politica e dalla... giustizia! Lo faranno? O continueranno ad insorgere con vigore soltanto quando si tratterà di proteggere una certa parte degli iscritti perché più numerosi e... politicamente più determinanti? La gente continua a ripetere che quella del medico è una missione: sarà pure una "missione" la nostra, ma a me pare diventata una missione... impossibile!

A qualcuno l'argomento di questa nota sembrerà futile, a fronte degli enormi problemi che la nostra categoria si trova ad affrontare, soprattutto in questo periodo. Tuttavia è dalle piccole cose che occorre partire per arrivar poi alle grandi questioni

► Segue da pag. 3

Un albero dalle radici profonde

dato spazio e approfondimento, dalla vaccinazione (in particolare anti-Hpv) alla conciliazione in sanità, dai "lavori usuranti", al nuovo, innovativo, progetto di formazione centrato sulla "simulazione medica", presentato a Capri, in occasione del Corso interattivo presieduto dal segretario nazionale Antonio Chiantera e diretto da Fabio Sirimarco, a cui ho partecipato insieme al presidente della Sigo Nicola Surico.

Vorrei però segnalare l'importanza di un tema affrontato in queste pagine a latere delle linee guida per l'accreditamento delle Banche di sangue da cordone ombelicale, approvate dalla Conferenza Stato Regioni, ovvero quello della conservazione autologa del Sgo: in particolare riguardo all'accreditamento delle banche private estere che operano sul nostro territorio. Un ambito tutto da regolamentare. Come ha annunciato il nostro

segretario nazionale Antonio Chiantera nell'intervista qui pubblicata, emaneremo presto delle nostre Raccomandazioni affinché venga al più presto colmato quel vuoto normativo che oggi espone i futuri genitori che optano per la conservazione autologa a situazioni a non molto trasparenti. Sono poi particolarmente lieto di annunciarvi che, seppur ancora in via informale, il sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella si è espressa a favore della nostra richiesta al Governo di stabilire che la direzione delle Unità operative di medicina della riproduzione venga affidata in via esclusiva ai ginecologi. Richiesta di cui l'onorevole Benedetto Fucci si è fatto portavoce, con successo, in un'interpellanza parlamentare. A lui rinnovo, anche da qui, il mio ringraziamento a nome di tutti i colleghi.

Vorrei infine concludere questo excursus con un'altra nota positiva e un invito, rivolto soprattutto ai nostri segretari regionali. Da un punto di vista associativo stiamo vivendo un momento di grande armonia e la sintonia con la Sigo, in primis con il presidente Surico, è piena. Ciò favorisce, rafforzandolo, il nostro rapporto con le istituzioni. Il dialogo col ministro della Salute Fazio ci vede interlocutori attivi, abbiamo la possibilità concreta di portare avanti, da protagonisti,

una serie di azioni volte a promuovere il materno infantile che, nella riforma dei punti nascita, ha il suo perno centrale. Penso che questa 'speciale congiunzione' sia un'occasione da non sprecare. Tutti noi dovremmo impegnarci per metterla a frutto. Innanzitutto agendo da 'megafoni', da amplificatori attivi sul territorio delle istanze e delle proposte che la nostra associazione sta portando avanti a livello istituzionale. Soprattutto i nostri segretari regionali, a cui rivolgo l'invito ad aprire "tavoli di trattativa" con gli assessorati regionali alla Sanità sulle problematiche più importanti su cui l'Aogoi si sta battendo in sede istituzionale e di commissioni parlamentari. Sono sicuro che il mio appello non rimarrà da voi inascoltato, del resto tutti noi sappiamo che un albero, perché sia solido, deve avere radici profonde. E l'Aogoi è un grande albero di cui voi siete le radici, ben ancorate nel terreno.



Vito Trojano
Presidente AOGOI

Sostieni la formazione AOGOI

Devolvi il 5 per mille alla Fondazione Confalonieri Ragonese



I modelli per la dichiarazione dei redditi CUD, 730 e UNICO contengono uno spazio dedicato al 5 per mille in cui puoi firmare e indicare il **codice fiscale 97201430150** nel riquadro "Enti del volontariato".

Il tuo contributo alla Fondazione non comporterà nessuna spesa aggiuntiva alla tua dichiarazione dei redditi



Un ricordo di Angelo Di Sparti

Un amico che muore è qualcosa di noi che se ne va

Addio, Angelo!

La mattina del 26 marzo ci hai lasciati sgomenti, in modo repentino, un amico che muore è qualcosa di noi che se ne va.



La tristezza può essere attenuata dalla certezza che Angelo ha vissuto con pienezza la sua vita con il legame ferreo con il lavoro e la sua famiglia. Angelo, ti siamo grati per quello che hai dato a tutti noi, sia professionalmente che come uomo. Ci mancherà quel tuo sorriso sereno e quel "Mi...". Penso che chi, come me, ti ha conosciuto non possa dire diversamente. Ci siamo conosciuti nel 1978 e da allora il nostro cammino, sotto gli occhi del nostro maestro Professor Pietro

Ragonese, che ci ha visti l'uno accanto all'altro a condividere momenti belli e momenti brutti.

Anche l'Aogoi ti ringrazia per l'impegno dato come segretario provinciale. Le parole che si esprimono in occasioni dolorose sono inevitabilmente generiche, inadeguate, ma sono la testimonianza di un'amicizia sincera e duratura.

Ciao Angelo, penso con umiltà che ci darai un'occhiata anche da lassù.

Con affetto
Sara Graziano



Scuola Multidisciplinare di Formazione Aggiornamento e Qualificazione in Fisiopatologia del Tratto Genitale e Malattie a Trasmissione Sessuale
www.scuolacolposcopiamts.it

RICONOSCIUTA DALLA I.U.S.T.I. - EUROPE
INTERNATIONAL UNION AGAINST SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS
UNION INTERNATIONALE CONTRE LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISES

report

Corso di Formazione ed Aggiornamento in Fisiopatologia Cervico-Vaginale e Vulvare e Malattie a Trasmissione Sessuale

Ascoli Piceno 11-14 aprile 2011

Si è svolto con successo il tradizionale Corso di Formazione ed Aggiornamento in Fisiopatologia Cervico-Vaginale e Vulvare e Malattie a Trasmissione Sessuale, che ogni anno vede la partecipazione di numerosi colleghi italiani Ostetrici Ginecologi, già specialisti o in corso di specializzazione, come anche di colleghi di nazionalità straniera.

Il Corso, coordinato dal presidente della Scuola Mario Peroni, Medaglia al Merito della Sanità Pubblica, ha ottenuto, analogamente all'anno 2010, 22 crediti formativi Ecm e, oltre a quello dell'Aogoi e della Sigo, ha potuto contare sul patrocinio del Consorzio Universitario Piceno e di importanti Enti istituzionali.

La prolusione al Corso, sul tema: "Immigrazioni in Italia: aspetti socio-sanitari", è stata svolta dal dottor Salvatore Geraci di Roma, responsabile del settore medico della Caritas, il quale si è soffermato anche su alcuni aspetti legali del problema.

Docente straniero d'onore è stato il professor Jean Charles Boulanger, Cattedratico dell'Università di Amiens (Francia), che ha illustrato, con puntualità,

i diversi aspetti multifocali delle patologie HPV e le problematiche dei vaccini preventivi. Notevole interesse hanno suscitato tra l'altro gli Ateliers di lavori pratici, ove gli allievi, suddivisi in piccoli gruppi e guidati da esperti tutor, hanno effettuato escissioni e vaporizzazioni laser ed escissioni e con ansa diatermica e dia termocoagulazioni su tessuti animali, interpretazioni di immagini microscopiche, colposcopiche ed isteroscopiche - quest'ultime su appositi set di lesioni con l'ausilio di telecamere e comparazioni successive delle immagini ecografiche di repertorio. La conclusione dell'Insegnamento sul tema: "Donna: salute ginecologica, benessere psico-fisico e obiettivi da raggiungere", argomento trattato in maniera pluridisciplinare, ha visto fra l'altro la partecipazione dei professori Sergio Schonauer, Ettore Cicinelli e quella del presidente Aogoi Vito Trojano, che ha portato il saluto dell'Associazione e il suo personale ed apprezzato contributo scientifico.

(Mario Peroni)



Siamo lieti di annunciare che il Consiglio Direttivo Nazionale Aogoi, riunitosi lo scorso 27 aprile, ha riconosciuto all'unanimità la Scuola Multidisciplinare di Formazione Aggiornamento e Qualificazione in Fisiopatologia del Tratto Genitale e Malattie a Trasmissione Sessuale come polo culturale di eccellenza per le attività didattiche e scientifiche dalla stessa promosse.

CONTRACCZIONE

Un metodo tecnologico nato pensando alla donna

INNOCUO

senza effetti collaterali

REVERSIBILE

utilizzabile in qualsiasi momento come aiuto per la procreazione

ACCETTABILE

di facile impiego e non interferisce con la spontaneità dei rapporti

CONVENIENTE

senza acquisti di stick per il suo utilizzo

DINAMICO

anche per donne con cicli irregolari e/o che fanno i turni di notte

CON UTILITÀ DIAGNOSTICA

per il Controllo della Fertilità
complemento per il ginecologo ad analisi e monitoraggi clinici

Di cosa si tratta?

Tecnologia tedesca d'avanguardia, anni di ricerca nella pianificazione familiare naturale hanno reso possibile la realizzazione di strumenti per la determinazione dei giorni fertili e infertili del ciclo mestruale.

Gli apparecchi a disposizione sono tre: BabyComp, LadyComp e Pearly.

Perché tre apparecchi?

Le esigenze delle donne sono diverse.

Pearly è per la sola contraccezione

LadyComp per la contraccezione e il controllo dell'ovulazione

BabyComp per contraccezione, pianificazione mirata, monitoraggio completo del ciclo e dell'ovulazione.

Come funzionano?

Facilità e comodità di utilizzo sono le caratteristiche dei nostri apparecchi.

Per sapere se è fertile o no, la donna deve misurare - in modo sublinguale - con l'apposito termistore, la sua temperatura basale e, quando presente, confermare la mestruazione.

Il software fa il resto: memorizza e analizza i dati riconoscendo quelli non attendibili (ad es. per febbre elevata) e, in tempo reale, le indica se quel giorno può essere fertile oppure no. L'indicazione di fertilità è valida per 24 ore.

Fiducia in un metodo, che soddisfa le aspettative

La sicurezza di metodo di BabyComp, LadyComp e Pearly risulta essere del 99,3% quando il metodo è usato secondo le istruzioni e come unico metodo contraccettivo.

Gli apparecchi non offrono alcuna protezione dalle infezioni trasmesse per via sessuale o dall'HIV.

www.babycomp-medical.it



PEARLY*



LADY-COMP*



BABY-COMP*



Sono dispositivi medici CE 0124. - Aut. Min. del 24/05/2009
Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso.

La salute delle gengive è una sicurezza in più.



Attenzione ai sintomi.

Cambiamenti fisiologici come quelli che avvengono durante la gravidanza possono favorire l'insorgenza di disturbi gengivali e un maggiore accumulo di placca.

Più protezione durante la gravidanza.

È importante prendersi cura delle gengive: ogni donna in gravidanza, infatti, può sviluppare una forma di "gengivite gravidica". Se non si rimuove regolarmente la placca, il processo infiammatorio può estendersi alla struttura di sostegno del dente (parodontite). In tal senso un'igiene orale quotidiana e specifica aiuta a ridurre il rischio di gengivite.

Il Sistema meridol® a base di fluoruro amminico/fluoruro stannoso, aiuta a prevenire e trattare i disturbi gengivali. È scientificamente testato e non presenta controindicazioni o limitazioni d'uso.

meridol® 

Balsamo per le gengive

Per saperne di più: www.gengivesane.it

