



Troppo costoso, elefantiaco, contenuti spesso sacrificati rispetto all'immagine. La formula del nostro (ma non solo) Congresso Nazionale sembra entrata in crisi. Ecco come uscirne, per rilanciare un irrinunciabile momento di confronto per la ginecologia italiana

Il congresso che vorrei

FOCUS "CONGRESSO NAZIONALE: È TEMPO DI CAMBIARE?" PAGINE 10-13

■ Medicina della Riproduzione

La direzione delle U.O.M.R. compete ai ginecologi. Lo prevedono le norme, in alcuni casi disattese. L'Aogoi invita Fazio a fare chiarezza

■ Stress lavoro-correlato

Gli operatori della sanità tra le categorie più a rischio. Da gennaio operativo l'obbligo di valutazione dello stress da lavoro

■ Certificati malattia on line

La circolare Brunetta ridimensiona le sanzioni in caso di mancata trasmissione telematica. Ma le Regioni avanzano 5 rilievi

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



La concretezza come buona pratica

In un ideale decalogo di buone pratiche per chi guida una associazione come la nostra, c'è sicuramente l'impegno a dare risposte concrete ed efficaci. Eludere o rinviare istanze e problemi non porta lontano. Nel mio discorso di insediamento ho ricordato le tre forti braccia (il braccio scientifico-sindacale-assicurativo) su cui l'Aogoi può contare e i nostri punti di forza. Tra questi, il ponte, sempre più saldo, costruito con le sedi istituzionali – in particolare nelle Commissioni Sanità di Camera e Senato e nella Commissione Parlamentare d'Inchiesta sugli errori sanitari e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, dove l'Aogoi oggi è presente e attiva. Si tratta di una collaborazione intensa che, restando in tema di concretezza, si traduce in risposte (concrete). Un esempio recente: la forte preoccupazione espressa dall'Aogoi sulla possibilità che la direzione delle Unità operative della medicina della riproduzione venga affidata – come già avvenuto in alcuni casi, in contrasto con le norme in vigore – a professionisti non ginecologi, è stata immediatamente recepita dal collega e onorevole Benedetto Fucci, che ha presentato un'interrogazione parlamentare al ministro della Salute chiedendogli di fare chiarezza. Siamo certi che il ministro Fazio la farà, perché si tratta di un problema delicato, che costituisce un precedente pericoloso a danno della nostra categoria, "indipendentemente dalle condizioni locali e dalle soggettività dei protagonisti", che comunque non possiedono il necessario bagaglio di conoscenze per assumere questa responsabilità. Ed ancora, abbiamo sollecitato un'istanza parlamentare, presentata in commissione Affari sociali, per l'individuazione di una rosa di centri di eccellenza in oncologia ginecologica. Possedere una mappa dei centri di riferimento di alta specializzazione e di quelli in cui l'oncologia ginecologica rappresenta l'attività primaria ci consentirà di offrire un iter diagnostico-terapeutico sempre più elevato e personalizzato, riducendo la mortalità e tagliando gli sprechi, in linea con gli obiettivi del nuovo Piano oncologico nazionale. Questa mappatura andrà fatta anche per le Scuole di specializzazione a indirizzo specifico, come già avviene per la fisiopatologia della riproduzione. Infine un altro punto importante: l'aggiornamento dei giovani colleghi. Soprattutto a loro, che rappresentano il futuro della ginecologia italiana, dobbiamo risposte concrete. In loro riponiamo le nostre speranze ma abbiamo anche il dovere di sostenerli. In stretta collaborazione con l'Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma abbiamo organizzato un corso teorico-pratico dedicato all'innovazione tecnologica in oncologia ginecologica che metterà a disposizione 20 borse di studio (completamente a carico del Corso) per dare loro un'opportunità di alto aggiornamento. Siamo consapevoli che per costruire un percorso diagnostico clinico di sempre più alta qualità, che mantenga alto il profilo scientifico della nostra ginecologia e ostetricia nel confronto europeo e internazionale, come del resto ci richiede il Congresso mondiale del 2012, non sono necessari solo i grandi "salti" ma anche (e direi soprattutto) i tanti "passi", ancorché piccoli purché continui, in avanti. L'aggiornamento è il carburante che ci consente di raggiungere questo obiettivo. E in questo senso la domanda aperta dall'approfondimento proposto su questo numero di *Gyneco* è quanto mai attuale.



Indice numero 1-2011

Primo piano	
4	La sanità nel Milleproroghe
5	Cancro: stop al divario tra Regione e regione Gli obiettivi del nuovo Piano oncologico nazionale 2011/2013
6	RAPPORTO AIFA Boom della farmaceutica ospedaliera
7	Ecco come l'e-Health farà risparmiare il Ssn
8	Arriva la Conferenza della Repubblica
FOCUS ON Il congresso che vorrei	
10	Congresso nazionale: è tempo di cambiare? Il Punto di Carlo Sbiroli. Intervengono: Mario Campogrande, Valeria Dubini, Giuseppe Ettore, Giovanni Fattorini, Nicola Natale, Carlo Maria Stigliano
Dalle Regioni	
14	AOGOI SARDEGNA Riflessioni mediche e metamediche in tema di "percorso assistenziale globale" di Giovanni Urru
15	AOGOI EMILIA R. Didattica e collaborazione con le altre figure professionali A colloquio con Ezio Bergamini
16	AGITE SICILIA Screening del carcinoma del collo uterino: il ruolo del Consultorio di Natalino Ferrara
17	Progetto "Open space": un nuovo modello sociale di salute di Luisa Barbaro
	La videocomunicazione multipla e la democrazia associativa di Maurizio Orlandella
Professione	
18	DIREZIONE U.O.M.R. Una competenza specifica del ginecologo I contenuti dell'interrogazione parlamentare al ministro della Salute
19	Il taglio cesareo tra medicina difensiva e diritto penale di Giuseppe Losappio
20	Stress lavoro correlato in sanità di Nicola Gasparro ■ Il Commento di Carlo Maria Stigliano
21	La professionista ostetrica di Antonella Marchi
22	La prevenzione del parto pretermine di Pier Francesco Tropea
23	Cicolare Brunetta: ridimensionate le sanzioni. Ma le Regioni non sono d'accordo di Carmine Gigli
Aggiornamenti	
25	STUDIO AOGOI Vaginiti & vaginosi: i benefici effetti del lattobacillo
Rubriche	
27	Fatti & Disfatti di C. M. Stigliano / 28 Meditazioni di G. Gragnaniello / Libri / 29 Zoom Congressi / 30 Cinema di A. Marra

G Y N E C O
AOGOI

NUMERO 1 - 2011
ANNO XXII

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Giovanni Monni
Direttore Scientifico
Felice Repetti

Comitato Scientifico
Giovanni Brigato
Antonio Chiantera
Valeria Dubini
Carlo Sbiroli

Direttore Responsabile
Cesare Fassari

Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: gyneco.aogoi@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: marzo 2011
Tiratura 8.000 copie. Costo a copia: 4 euro
La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Organo ufficiale

AOGOI
ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Testata associata

A.N.E.S.
AGENZIA NAZIONALE PER LE ATTIVITÀ PUBBLICHE E PROFESSIONALI

Editore

Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Il singolare iter del Milleproroghe

Un decreto approvato... al volo

I rilievi mossi dal Capo dello Stato al testo del decreto sulle proroghe di numerosi provvedimenti hanno reso necessaria una vera e propria corsa contro il tempo per impedirne la decadenza. E così sabato 26 febbraio l'Aula del Senato, in seconda lettura, ha dato il definitivo via libera

Dalla "fiducia" votata dal Parlamento, ai rilievi del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, fino alla definitiva e rapidissima conversione in legge: il destino del decreto "milleproroghe", insomma, è stato davvero strano. Come si ricorderà il Ddl di conversione in legge, una volta giunto all'Aula del Senato (dove si era svolto il dibattito nelle commissioni Affari costituzionali e Bilancio) era stato "blindato" dal Governo che aveva posto la fiducia (lo scorso 15 febbraio) sul maxi emendamento che sostituiva – con un unico articolo – il testo messo a punto in commissione. Il giorno successivo (16 febbraio) l'Aula di palazzo Madama licenziava il ddl (158 voti favorevoli da Pdl e Lega, 136 contrari da Pd, Idv, Fli, Udc e Mpa e quattro astensioni) nel testo voluto dal Governo e lo trasmetteva senza indugi alla Camera. I tempi, infatti si andavano facendo stretti, considerando che l'approvazione definitiva doveva avvenire entro il termine ultimo del 27 febbraio.

Così il 22 febbraio il "milleproroghe" veniva portato all'attenzione dell'Aula di Montecitorio con una procedura rapidissima che aveva sostanzialmente saltato a piè pari il previsto passaggio nelle commissioni Affari costituzionali e Bilancio della Camera. Nella stessa giornata il cammino parlamentare del Dl, che fino a quel momento era stato davvero spedito, improvvisamente si arrestava. Lo stop giungeva dal Quirinale: il Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, infatti, scriveva ai presidenti delle due Camere

e al presidente del Consiglio, richiamando la loro attenzione "sull'ampiezza e sulla eterogeneità delle modifiche fin qui apportate nel corso del procedimento di conversione al testo originario del decreto-legge cosiddetto Milleproroghe". Come

si legge nella nota del Quirinale che illustra le considerazioni del Presidente Napolitano, "il Capo dello Stato, nel ricordare i rilievi ripetutamente espressi fin dall'inizio del settennato, ha messo in evidenza che la prassi irrituale con cui si introducono

nei decreti-legge disposizioni non strettamente attinenti al loro oggetto, si pone in contrasto con puntuali norme della Costituzione, delle leggi e dei regolamenti parlamentari, eludendo il vaglio preventivo spettante al Capo dello Stato in sede di emanazione dei decreti-legge". Immediata la reazione del Governo: il ministro dell'Economia, Giulio Tremonti, infatti, dopo una serie frenetica di consultazioni, giungeva il 23 febbraio nell'Aula della Camera, rendendo nota la disponibilità dell'esecutivo "ad apportare alcune modifiche al testo del decreto-legge in esame, concernenti, tra l'altro, la normativa inerente l'assunzione dei precari della scuola, il personale della Consob, le demolizioni di



immobili militari nella regione Campania, il salvamento acquatico e il numero di consiglieri del Comune di Roma". La modifica del testo secondo le indicazioni del Capo dello Stato

LA SANITÀ NEL "MILLEPROROGHE"

Le misure già previste

■ **L'intramoenia allargata** (di cui all'art. 1 della legge 120/2007) è prorogata al 31 marzo 2011 rispetto alla scadenza del 31 gennaio 2011 prevista dalla precedente normativa. Scaduto quel termine, a meno che non intervenga un apposito Dpcm che potrà prorogarla fino al 31 dicembre di quest'anno, non si potrà più esercitare la libera professione in regime di intramoenia "allargata", vale a dire quella svolta in strutture al di fuori della struttura pubblica. Sempre al 31 marzo 2011, prorogate due disposizioni vigenti per il sistema del cosiddetto "payback" farmaceutico. La prima riguarda i medicinali immessi in commercio prima del 31 dicembre 2006 (di cui all'art. 9 del-

la legge 31/2008) e la seconda quelli immessi successivamente (di cui all'art. 64 della legge 99/2009). Anche in questo caso ulteriori proroghe possono intervenire solo con un apposito Dpcm.

Confermata anche la quota pari a 100 milioni di euro dei 400 milioni di euro del 5 per mille, destinata alla ricerca e all'assistenza domiciliare dei malati di **sclerosi laterale amiotrofica**, anche se nel nuovo testo del Milleproroghe si parla di una cifra "fino a" 100 milioni di euro che potrebbe lasciare intendere che si possa attuare un finanziamento anche minore. Confermata infine anche la proroga dei termini fino all'anno accademico 2012/2013 delle diverse **modalità di ammissione ai corsi di laurea in medicina** da parte degli ufficiali medici delle Forze armate (di cui all'art. 4 della legge 129/2008).

Le nuove disposizioni

■ **Pma.** Viene confermato lo slittamento della data di consegna (oggi indicata nel 28 febbraio di ogni anno) da parte dell'Istituto superiore di sanità al Ministero della Salute dei dati sulla procreazione assistita ai fini della predisposizione della relazione al Parlamento (di cui all'art. 15 della legge 40/2004). Ma cambia la data: nel vecchio testo lo slittamento era al 31 marzo mentre in quello approvato stamattina è al 30 aprile. Sempre in tema di Pma è stato accolto l'emendamento Malan che nei giorni scorsi ha sollevato diverse polemiche. In particolare si prevede che i dati relativi alle attività di procreazio-

ne medicalmente assistita provenienti dalle strutture autorizzate siano inviati al Ministero della Salute cui spetterà il compito dell'inoltro all'Iss e al Centro nazionale trapianti. Le modalità di comunicazione dei dati saranno oggetto di uno specifico decreto del ministero della Salute.

■ **Farmaci.** Per grossisti, farmacisti e industrie farmaceutiche il testo prevede che l'entrata in vigore delle nuove misure sui margini della distribuzione (previste dall'art.11, comma 6 della legge 122/2010) sia anticipata al 31 maggio 2010 (data di emanazione del decreto leg-

ge che prevedeva i nuovi margini) anziché, come previsto attualmente, al 30 luglio 2010 (data di entrata in vigore della legge di conversione). Ciò vuol dire che dovranno essere ricalcolati margini e spettanze della filiera per tutto il periodo che va appunto dal 31 maggio al 30 luglio dello scorso anno.

■ **Accreditamento.** Accolta la richiesta delle Regioni di uno slittamento al 1° gennaio 2013 dei termini per l'accreditamento definitivo delle strutture sanitarie e socio sanitarie private e delle terme. Resta invece il termine, già scaduto, del 1° gennaio 2011 per l'accreditamento definitivo di ospedali e ambulatori privati.

■ **Servizi trasfusionali.** Novità

anche per i servizi trasfusionali, per i quali – nelle more dell'attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici che dovrà comunque essere attuato entro il 31 dicembre 2014 – è prevista una serie di interventi, attraverso appositi decreti del ministero della Salute, per l'istituzione dell'elenco nazionale dei valutatori, per la definizione delle modalità per le convenzioni nel settore della raccolta del sangue e per la disciplina delle immissioni in commercio da parte dell'Aifa degli emoderivati.

■ **Edilizia sanitaria.** Per le Regioni sottoposte a Piani di rientro è prevista la possibilità di sottoscrivere gli accordi di pro-



Il Piano oncologico nazionale 2011/2013

Cancro: stop al divario tra Regione e Regione

■ Offrire standard diagnostici e terapeutici sempre più elevati per diminuire la mortalità tagliando gli sprechi. Ridurre il "gap" esistente fra le diverse aree del Paese accorciando il divario tecnologico, organizzativo e assistenziale. Sviluppare reti oncologiche Hub&Spoke ad alta tecnologia. Sono questi gli obiettivi del nuovo piano triennale anticancro licenziato dalla conferenza Stato Regioni. E promosso a pieni voti dalle Associazioni di volontariato

Parte da più fronti l'assalto al cancro del Piano oncologico nazionale 2011-2013, o meglio del "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro" approvato in via definitiva dalla Conferenza Stato Regioni il 10 febbraio. Una strategia molto accurata che schiera tutte le forze in campo umane e tecnologiche. Anche perché la posta in gioco è alta: occorre, infatti, ridurre il carico di una malattia che riguarda il 30 per cento di tutti i decessi. Soprattutto, bisogna rimediare al divario che divide l'Italia, diminuendo gap di mortalità, "viaggi della speranza", differenze tecnologiche, organizzative e assistenziali. Una strategia che ha incassato anche il consenso delle Associazioni di volontariato. "Per i suoi contenuti propositivi - ha dichiarato Francesco De Lorenzo, presidente Favo - il documento costituisce il riferimento per rivendicare, da parte dei malati, l'equità uniforme dei trattamenti in tutto il Paese, specie in previsione dell'attuazione del federalismo fiscale, e rappresenta, sul piano operativo, l'ambito specifico di azione per le Associazioni di volontariato per coadiuvare, in ogni sede regionale, le istituzioni sanitarie, sociali e previdenziali del territorio per la realizzazione delle soluzioni assistenziali sulle quali è stata raggiunta l'intesa tecnica e politica a livello nazionale".

Cinque fronti e 6 obiettivi

Sono cinque i fronti interessati. Il primo fronte è quello della prevenzione che attraverso le armi messe a disposizione della prevenzione primaria, grazie agli screening e alla vigilanza su complicanze e recidive, alzerà le barriere per contrastare i primi ed eventuali nuovi assalti della malattia.

Il secondo fronte vigila sul percorso che il malato oncologico deve seguire: vede schierati medici di medicina generale, specialisti del terri-

torio e ospedalieri ottimizzando percorsi di cure e organizzando al meglio la rete di assistenza. Sul terzo e quarto fronte troviamo invece schierati strumenti diagnostici, nuove tecnologie e tutto quanto la ricerca mette in campo per potenziare l'efficacia e l'efficienza delle cure. Il quinto fronte si occupa invece della formazione dei professionisti. Sei gli obiettivi da raggiungere per il prossimo triennio: definire standard di qualità telematiche di appropriatezza e metodiche, per ridurre la mortalità diminuendo gli sprechi; accorciare il gap di mortalità tra varie regioni; diminuire i "viaggi della speranza" accorciando il divario tecnologico, organizzativo e assistenziale attualmente esistente nelle realtà locali. E ancora, incrementare la copertura dei Registri Tumori dal 32 per cento al 50 per cento; facilitare le reti telematiche e infine sviluppare modelli tipo Hub&Spoke per incrementare nuove metodologie diagnostiche e terapeutiche. Grande anche l'attenzione al sostegno psicologico e psicoterapeutico per chi affronta la malattia. "Questa è svolta storica nell'oncologia perché dopo 15 anni di battaglie culturali e sociali riconosce l'importanza del supporto psicologico" ha aggiunto il presidente Favo. Il documento recepisce, infatti, molte delle sollecitazioni formulate dal mondo del volontariato, soprattutto in materia di prevenzione delle complicanze e delle recidive, di fruibilità del supporto psico-oncologico, di partecipazione delle Associazioni, parenti e familiari a tutte le fasi del percorso di cura del paziente. Ora però la parola passa alle Regioni, che dovranno recepire il Documento, andando a costituire l'ossatura di una rete oncologica nazionale. Per questo la Favo si impegnerà a collaborare attivamente all'attuazione del Documento tecnico, e anche a monitorare progressi, inerzie o le eventuali difficoltà che potrebbero insorgere a livello locale. **Y**

veniva così affidata alla Conferenza dei 18 (i rappresentanti delle commissioni Bilancio e Affari costituzionali di Montecitorio); dopo l'approvazione della conversione in legge del nuovo testo da parte della Camera però, sarebbe stato necessario un ritorno al Senato per una terza lettura. E qui i tempi si stringevano davvero: il 24 febbraio il ministro per i rapporti con il Parlamento, Elio Vito comunicava l'intenzione dell'Esecutivo di porre la questione di fiducia anche alla Camera. Il testo oggetto del voto - senza subemendamenti ed articoli aggiuntivi - sarebbe stato quello dell'emendamento Dis. 1.1 che sostituiva integralmente il precedente.

Il successivo 25 febbraio l'Aula di Montecitorio licenziava rapidamente il provvedimento confermando la fiducia con 300 voti favorevoli e 277 contrari. Appena 24 ore dopo, il Milleproroghe tornava al Senato che con 159 voti a favore, 126 contrari e 2 astenuti approvava definitivamente la sua conversione in legge.

Un dibattito parlamentare tanto rapido non ha ovviamente permesso modifiche del testo che, a parte l'eliminazione dei punti indicati dal Capo dello Stato, non ha subito particolari ritocchi rispetto alla sua formulazione originale (quella cioè approvata dal Senato il 16 febbraio). Di seguito vediamo nel dettaglio le norme approvate sulla sanità. **Y**

gramma con il ministero della Salute per la realizzazione di opere di edilizia sanitaria, purché gli investimenti siano in linea con quanto previsto dal Piano di rientro dal deficit sanitario.

■ **Ricerca, assistenza e cura dei malati oncologici.** È previsto che una quota non inferiore ai 40 milioni di euro, a valere sui 120 milioni di euro facenti parte di somme non utilizzate nell'ambito degli stanziamenti di cui alla legge 201/2008 (soprattutto edilizia e costruzioni), sia destinata ad incrementare nel 2011 le attività di ricerca, assistenza e cura dei malati oncologici e altre attività sociali e di sviluppo dei territori previste dall'art. 6 della legge 220/2010.

■ **"Alleanza degli ospedali ita-**

liani nel mondo". A favore dell'associazione è previsto uno stanziamento di 200 mila euro per il 2011.

■ **Ordini dei biologi, chimici e assistenti sociali.** Viene portato da due a tre il numero massimo di mandati consecutivi per i consiglieri territoriali dei tre Ordini.

■ Il testo inoltre prevede che i 70 milioni di euro finalizzati agli accertamenti medico legali sui dipendenti delle amministrazioni pubbliche assenti per malattia, il cui precedente riparto tra le Regioni era stato considerato incostituzionale, siano attribuiti alle Regioni dal ministero della Salute sulla base di nuovi criteri da definire d'intesa con le Regioni stesse.

Il Piano Oncologico in sintesi

Azioni Programmatiche Triennio 2011/2013

- Definire standard di qualità telematiche di appropriatezza e di metodiche per la loro valutazione al fine di ridurre la mortalità per cancro a fronte di una riduzione degli sprechi
- Ridurre il divario in mortalità per cancro fra le varie Regioni mediante un più razionale impiego delle risorse disponibili nella lotta contro il cancro
- Ridurre la migrazione sanitaria fra le varie Regioni, favorendo una riduzione del divario tecnologico, organizzativo e assistenziale

- Incrementare la copertura da parte dei Registri Tumori del territorio nazionale dal 32% attuale al ≥ 50%
- Facilitare la creazione di Reti telematiche dei Registri Tumori
- Sviluppare reti oncologiche con modelli tipo Hub&Spoke, dedicate in particolare allo sviluppo ed applicazione di nuove metodologie diagnostiche e terapeutiche ad alto contenuto tecnologico.

Prevenzione Universale (Primaria)

L'obiettivo di ridurre l'incidenza dei tumori riguarda l'attuazione di interventi di prevenzione universale o primaria efficaci contro determinanti caratteristici della popolazione. Gli obiettivi di salute ritenuti allo stato attuale

delle conoscenze, supportati da evidenze di efficacia sono:

- **Combattere il fumo** (promuovendo le competenze dei Mmg per attività di counselling e gestione dei fumatori, rafforzando gli interventi nelle scuole e sostenendo l'attivazione e la promozione dei centri anti fumo)
- **Promuovere alimentazione salubre e attività fisica** (anche mediante campagne informative)
- **Combattere l'uso dell'alcol** (contrastando la pubblicità di alcolici; favorendo le Onlus nella riduzione del danno da alcol, nella informazione e la mobilitazione della società civile; portando a 18 l'età minima per la vendita di alcolici e impedendo la

- ▶ vendita sulla rete autostradale, promuovendo campagne di informazione; favorendo il coinvolgimento di Mmg, servizi sociali, gruppi di aiuto)
- Combattere gli agenti infettivi oncogeni (monitorando il rispetto delle procedure di selezione dei donatori di sangue; rafforzando le campagne informative sui rischi di trasmissione sessuale e sulle possibilità di prevenzione; migliorando le coperture vaccinali contro epatite B e Hpv)
- Combattere l'esposizione ad oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro controllando la qualità dei combustibili dei sistemi d di riscaldamento,
- Sviluppo tecnologico

Sono strumentali al raggiungimento di questi obiettivi e funzionali agli interventi da implementare:

- Le politiche intersettoriali
- La realizzazione di partnership con gli stakeholders
- Il coordinamento e la sinergia con la ricerca di base.

Prevenzione Secondaria (Screening)

Gli obiettivi di prevenzione secondaria dei tumori (screening) per riduzione della mortalità causa specifica (talora anche dell'incidenza), sono raggiunti mediante interventi di sanità pubblica di popolazione o mediante un'attività di iniziativa dei professionisti negli ambiti erogativi della specialistica. Sarà quindi incrementata in maniera specifica la partecipazione a

campagne di screening per tumore mammario, colon-retto e cervice uterina in tutto il territorio. Contemporaneamente saranno sperimentati programmi innovativi di screening in accordo con le Regioni e sviluppato un Piano nazionale di Public health genomics.

Prevenzione Terziaria: la prevenzione delle complicanze e recidive di malattia

I programmi di prevenzione terziaria sono incentrati su percorsi ben definiti di follow-up mirati alla prevenzione delle complicanze e delle recidive. Sarà inoltre sostenuto l'adeguamento tecnologico, soprattutto di imaging così come la possibilità di un adeguato supporto psicologico. Sarà perciò promossa:

- l'organizzazione di percorsi sul territorio per la presa in carico attraverso il coinvolgimento attivo dei malati per la prevenzione delle complicanze e delle recidive.
- La diffusione di protocolli diagnostico-terapeutici di gestione integrata come standard di best practice.
- La fruibilità di supporti psico-oncologici.
- Il miglioramento professionale continuo degli specialisti.

Il percorso del malato oncologico.

È previsto il coinvolgimento del medico di famiglia (Mmg) nella rete oncologica e negli interventi di counselling e la sua partecipazione alla elaborazione di percorsi diagnostici terapeutici, nonché l'attivazione

dell'assistenza h24. Sarà inoltre realizzata l'integrazione degli ambulatori ospedalieri e territoriali dei Dipartimenti oncologici. L'ospedale garantisce l'approccio multidisciplinare con l'organizzazione dipartimentale; elabora piani personalizzati e percorsi terapeutici omogenei con il coinvolgimento di Mmg e specialisti ambulatoriali. Si punta soprattutto a ottimizzare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, dalla diagnosi alle cure palliative su tutto il territorio nazionale grazie anche alla creazione di reti regionali che si interfacciano con la rete oncologica. Un ruolo importante nella continuità delle cure rivestito dai medici di famiglia, dai pediatri di libera scelta e dalle Associazioni di volontariato.

Sarà data inoltre massima attenzione al paziente anziano attraverso la creazione di unità di coordinamento di Onco Geriatria (Ucog) e sviluppate azioni programmatiche per i tumori pediatrici, quelli rari e per l'oncoematologia.

Rinnovo tecnologico delle attrezzature.

Le attrezzature diagnostiche attualmente disponibili non sono sufficienti a soddisfare tutti i bisogni della popolazione in quanto numericamente e tecnicamente inadeguate. Il Piano punta quindi a rinnovare e modernizzare gli strumenti tecnologici. L'obiettivo è perciò

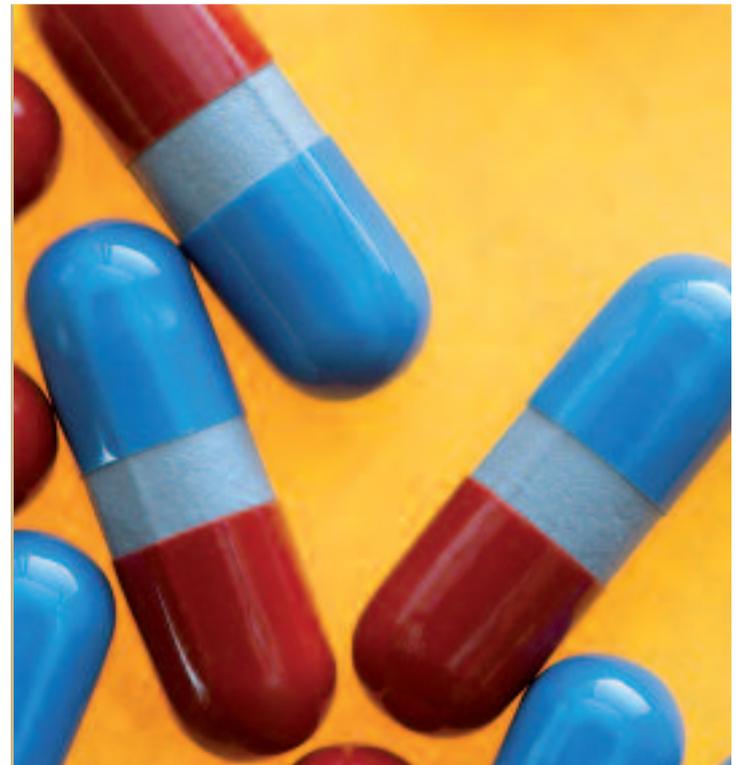
quello di diffondere, nelle strutture di anatomia patologica, standard comuni diagnostici attraverso l'utilizzo delle tecnologie più innovative. Per quanto riguarda le prestazioni altamente specialistiche si auspica la centralizzazione della diagnostica e una sempre maggiore diffusione della Tele patologia. Per quanto riguarda la diagnostica per immagini le azioni saranno incentrate sulla rottamazione con incentivi (sostituzione) della tecnologia tradizionale analogica con quella digitale e con sistemi Pacs, cercando di ridurre le differenze sul parco macchine tra le regioni italiane. Si punta inoltre a incrementare in maniera omogenea il parco tecnologico Pet-Tac. E a rinnovare le attrezzature di radioterapia.

Innovazione in oncologia.

Il Piano intende definire la situazione delle Biobanche in Italia e sviluppare un programma comune di governance, programmi di ricerca condivisi e sviluppare sperimentazioni cliniche. Inoltre punta a implementare e sviluppare metodologie diagnostiche e

terapeutiche correlate alle indagini molecolari. E ancora, tra gli obiettivi prioritari c'è anche il riordino e il potenziamento del settore della terapia cellulare e del trapianto di cellule staminali emopoietiche. Ci saranno quindi finanziamenti da hoc per gli istituti coinvolti in programmi a maggior impatto clinico. Per quanto riguarda la ricerca clinica dovranno essere snelliti gli aspetti burocratici, e creata una rete di strutture d'eccellenza in particolare per gli studi di fase 1 e 2. È data poi la massima attenzione ai nuovi farmaci in particolare quelli biologici.

Formazione. Sarà proposto un Piano nazionale di formazione in oncologia per garantire il raggiungimento di livelli formativi adeguati ai bisogni dei malati. Inoltre saranno raccolte informazioni dal Miur, dalla Salute, dalle regioni e dalle Società scientifiche sui percorsi di formazione attualmente in corso. Sarà anche rivista, nell'ambito della scuola di specializzazione, la formazione alla comunicazione del medico oncologo.



Rapporto AIFA

Boom della farmaceutica ospedaliera

■ La spesa complessiva per farmaci a carico del Ssn è stata di 15,356 miliardi. Lo rileva l'ultimo report dell'Aifa che fotografa l'andamento della spesa da gennaio a ottobre dello scorso anno. Il tetto programmato tiene per la territoriale, che registra addirittura un - 42 milioni di spesa, mentre crolla per l'ospedaliera. E intanto il ticket a carico del cittadino vola a un + 15,7% rispetto al 2009

Da gennaio a ottobre del 2010 il Ssn ha speso 15,356 miliardi di euro per farmaci, con uno scostamento di 1,595 miliardi rispetto al tetto complessivo del 15,7% (13,3 territoriale + 2,4 ospedaliera). Lo sfondamento è dato dalla differenza tra la maggiore spesa dell'ospedaliera, che da sola ha fatto registrare una maggiore spesa di 1,637 miliardi, e la minore spesa della territoriale che, a ottobre, segnava un - 42 milioni di euro rispetto al tetto. Questi i dati registrati dall'Aifa in un report approvato dal Cda dell'Agenzia il 27 gennaio scorso che offre uno spaccato analitico del settore, regione per regione. Importante anche il dato del ticket che ha ormai raggiunto la cifra di 806,9 milioni di euro, con un aumento del 15,7% rispetto ai primi dieci mesi del 2009.

Ma vediamo più in dettaglio i dati per le singole aree.

La spesa in farmacia

La spesa del canale farmacia registra un aumento lordo di 48,9 milioni di euro rispetto al 2009 e si assesta su 10,803 miliardi, con un aumento dei consumi calcolati in ricette pari al 2,7%. Se si considera però la spesa netta (quella a carico del Ssn) essa si ferma a 9,260 miliardi di euro, con una contrazione di 209,1 milioni di euro rispetto allo scorso anno. E questa, almeno per metà, è dovuta all'aumento del 15,7% del ticket (+ 109,4 milioni di euro in valori assoluti) rispetto allo stesso periodo del 2009. La restante parte del risparmio è invece addebitabile alle misure sui prezzi e sui margini della distribuzione.

Per quanto riguarda il ticket, l'Aifa sottolinea come l'aumento della quota a carico del cittadino, che in alcune Regioni è stato addirittura del 30%, sia dovuto, per oltre il 90% dei casi, più che all'aumento del ticket

fisso per ricetta, all'incremento della compartecipazione pagata dal cittadino rispetto al prezzo di riferimento in caso di non utilizzo del farmaco generico-equivalente. E questo anche come conseguenza del recente inserimento di farmaci generici di principi attivi ad alta incidenza di spesa (per esempio bisoprololo, perindopril e lecanidipina) per i quali evidentemente persiste la preferenza per il "griffato" e poi anche dal fatto che in alcune Regioni si sia deciso di applicare il prezzo di riferimento nella categoria degli inibitori della pompa acida.

La spesa territoriale (convenzionata + distribuzione diretta)

Se al canale farmacia aggiungiamo anche la distribuzione diretta arriviamo ad una spesa a carico del Ssn di 11,615 miliardi di euro, in linea con il tetto del 13,3%, rispetto al quale si re-

gistra addirittura un risparmio di 42 milioni di euro. Da sottolineare che per Sicilia e Provincia di Bolzano, che non hanno inviato i dati completi relativi alla spesa per distribuzione diretta, è stata attribuita una spesa fottaria stimata pari al 40% della farmaceutica non convenzionata.

La spesa ospedaliera

Questo è il capitolo delle dolenti note, almeno per quanto riguarda la spesa a carico del Servizio sanitario. Mentre il comparto della spesa territoriale risparmia e rispetta il tetto assegnatogli, la spesa per farmaci in ospedale (con l'esclusione dei vaccini - circa 208 milioni di euro - e al netto della distribuzione diretta dei farmaci di fascia A) supera di molto il tetto programmato del 2,4%, pari a circa 2,104 miliardi di euro. Nei primi dieci mesi del 2010, infatti, sono stati spesi 3,741 miliardi di euro (con un'incidenza sul Fon-

do sanitario nazionale in crescita del 4,3%), cioè 1,637 miliardi di euro in più rispetto al tetto.

L'analisi dell'Aifa mostra come tra tutte le specialità di uso ospedaliero, ce ne siano 30 che danno ragione del 73,3% della spesa. I primi tre sono gli anticorpi monoclonali (per loro sono stati spesi 485 milioni di euro), i preparati antianemici (330 milioni di euro) e gli interferoni (325 milioni di euro). L'Aifa propone anche un approfondimento del dato, individuando, Regione per Regione, le percentuali di incidenza della spesa di questi 30 farmaci sul totale della spesa ospedaliera. E le differenze non sono affatto macroscopiche: in Sicilia è stata registrata la massima incidenza con il 78,8%, mentre la Val d'Aosta (Regione molto più piccola e con molti meno abitanti) ha speso, comunque il 62,3% del totale dei fondi previsti per la spesa ospedaliera. **Y**

Glielo aveva promesso e lo ha fatto: Renato Brunetta, ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione ha inviato al presidente dell'Emilia Romagna e della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, un report sugli studi fin qui condotti sul tema dei risparmi realizzabili attraverso la digitalizzazione e i programmi di e-Health ovvero medici in rete, certificati di malattia digitali, fascicolo sanitario elettronico, e via dicendo.

I dati, consultabili da tutti sul sito del Ministero guidato da Brunetta, li aveva chiesti lo stesso presidente Errani, in occasione della sottoscrizione tra le due istituzioni di un protocollo d'intesa su iniziative comuni in materia di e-Government.

In una nota il Ministro afferma che "secondo uno studio di Confindustria Servizi Innovativi e Tecnologici del 2010 l'introduzione della Information and Communication Technology (Ict) nella sanità (medici in rete, ricette e certificati di malattia digitali, fascicolo sanitario elettronico, prenotazioni di prestazioni online con pagamenti e refertazione digitale, telemedicina) comporterebbe un risparmio complessivo stimato in 12,4 miliardi di euro (pari all'11,7% dell'intera spesa del Servizio Sanitario Nazionale).

L'introduzione della sola ricetta digitale comporterebbe invece un risparmio di circa 2 miliardi di euro (pari all'1,84% della spesa Ssn). Si tratta di stime derivanti da elaborazioni di Confindustria basate sullo studio "Best Demonstrated Practice eHealth Impact", commissionato dalla Commissione europea a Booz Allen Hamilton (2005). Le stime ottenute sono state confermate da alcuni casi di studio realizza-

Sanità elettronica: il report del ministro Brunetta

Ecco come l'e-Health farà risparmiare il Ssn

Medici in rete, ricette e certificati di malattia digitali, fascicolo sanitario elettronico, prenotazioni di prestazioni online con pagamenti e refertazione digitale. In due parole sanità digitale, in termini pratici 12,4 miliardi risparmiati ogni anno dal Ssn. Lo sostiene il report del ministro Brunetta inviato a Vasco Errani, presidente dell'Emilia Romagna e della Conferenza delle Regioni



ti nelle regioni Campania, Piemonte e Marche".

"Un altro studio - riferisce ancora la nota di Brunetta - elaborato questa volta dal Tavolo della Sanità Elettronica (sede istituzionale di confronto tra Re-

gioni e Province autonome), sostiene che grazie all'introduzione della ricetta digitale si otterrebbe una riduzione tra 1,8 e 2,1 miliardi di euro annui (pari all'1,6-1,9% della spesa del Ssn): 600 milioni di euro derivanti dal-

l'abolizione dei flussi cartacei e 1,2-1,5 miliardi di euro derivanti dalla riduzione di abusi e di errori materiali".

Il Ministro ricorda inoltre al presidente Errani che "la Regione Lombardia ha annunciato l'at-

tivazione del progetto 'ricetta digitale' a partire dal 2011: i risparmi, riferiti alla regione, sono stati stimati in circa 1 euro a ricetta, per un totale superiore ai 50 milioni di euro. La stima si riferisce esclusivamente ai risparmi derivanti dall'abolizione dell'intero ciclo della ricetta rossa".

Nell'ultima parte del report, quella dedicata ad "altri risparmi", le stime del Ministero prevedono che, grazie all'introduzione del certificato di malattia on-line, sarà possibile risparmiare complessivamente una cifra stimabile di 590 mln che Brunetta spiega in questo modo: "500 milioni di euro a favore dell'Inps derivanti dall'abolizione del data entry dei certificati di malattia cartacei; 20 milioni di euro a favore delle imprese derivanti dalla possibilità di un monitoraggio più efficace dell'assenteismo attraverso il certificato di malattia elettronico (attualmente le giornate indennizzate sono 60.277.000 per un costo totale di 1,9 miliardi l'anno, di cui 1,6 a carico delle imprese); 70 milioni di euro derivanti dall'abolizione dell'invio con raccomandata del certificato di malattia all'Inps e al datore di lavoro (il costo di ogni raccomandata è pari a 2,80 euro e i certificati di malattia emessi per i dipendenti del settore privato sono circa 12 milioni l'anno, per un totale di 24 milioni di raccomandate inviate ogni anno)".

Brunetta segnala infine a Errani ulteriori risparmi "possibili derivanti dall'adozione dei servizi di pagamento e di refertazione online che - oltre a introdurre semplificazioni e agevolazioni consistenti per i cittadini, sia in termini di tempo che di costi - consentirebbero di accelerare il percorso di innovazione dei sistemi informativi e delle procedure aziendali, favorendo la messa a sistema di soluzioni spesso attivate in forma sperimentale. Questo intervento può generare un impatto quantificabile, in termini di minore spesa pubblica, in oltre 400 milioni di euro annui". ■

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO: INTESA STATO-REGIONI

Agevolare la cura nel rispetto della privacy. Ecco le linee guida

■ È arrivato il 10 febbraio scorso il via libera della Conferenza Stato-Regioni alle linee guida sul Fascicolo sanitario elettronico (Fse), fulcro di quell'e-health che nel nostro Paese, secondo il piano e-Gov2012, dovrebbe essere a regime entro il prossimo anno.

Le linee guida nascono anche per mettere un freno alla disomogeneità presente nelle diverse Regioni riguardo al Fse. Diverse Regioni, infatti, hanno già avviato attività progettuali per la realizzazione del sistema a livello regionale (es. Lombardia, Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Sardegna). Tuttavia i modelli messi in campo sono sostanzialmente diversi l'uno dall'altro.

Le linee guida hanno quindi l'obiettivo di condividere un unico modello di riferimento nazionale. Con una duplice finalità: rendere più omogenea l'erogazione dei servizi ai cittadini, ma anche rendere più fruibile la condivisione dei fascicoli su tutto il territorio nazionale.

Ma cosa prevede, nei fatti, il documento approvato dalla Stato-Regioni? Si ricorda anzitutto che il Fse è quell'insieme di documenti digitali di tipo sanitario riguardanti la storia clinica presente e passata del paziente. L'intento è quello di facilitare l'utilizzo dei dati relativi alla storia clinica del paziente, favorendo una maggiore integrazione tra diverse com-

petenze professionali, e permettendo ai medici di poter più facilmente inquadrare i pazienti venendo a conoscenza delle eventuali terapie o diagnosi fatte dai colleghi.

Le linee guida prevedono inoltre la creazione di un "Patient Summary", ossia un documento informatico che riassume la storia clinica e la situazione corrente del paziente, che sarà suscettibile di aggiornamento da parte del medico ogni qual volta intervengano cambiamenti ritenuti rilevanti. Al suo interno sarà data anche la possibilità di esprimere la propria volontà riguardo la donazione degli organi.

L'iniziativa dovrebbe migliorare

l'attuale sistema anche a livello gestionale, permettendo di condividere tra gli operatori informazioni relative ad esempio a ricette o prenotazioni di visite specialistiche. E non dovrebbero mancare miglioramenti a livello organizzativo anche per le reti di supporto ai pazienti cronici o disabili. Particolare attenzione sarà dedicata alla privacy, e quindi al trattamento dei dati personali del paziente contenuti all'interno del Fse. A tal fine sarà richiesto il consenso esplicito del paziente alla creazione del proprio fascicolo; consenso che potrà essere modificato o revocato in qualsiasi momento. I dati, infine, dovranno rispettare le disposizioni normati-

ve a tutela dell'anonimato per tutti quei casi di violenza sessuale, sieropositività, uso di sostanze stupefacenti o interruzione di gravidanza.

L'approvazione delle Linee Guida nazionali proposte dal Ministero della Salute "è un importante passo avanti del Progetto di Fse, che entro il 2012 potrà essere reso disponibile su tutto il territorio nazionale per i cittadini italiani" ha dichiarato il Ministro Ferruccio Fazio. "Il Fascicolo sanitario elettronico, che ogni italiano porterà con sé come una vera e propria carta d'identità sanitaria, consentirà di migliorare enormemente l'assistenza sanitaria, permetterà di intervenire rapidamente ed efficacemente in caso di emergenze e farà risparmiare notevoli risorse al sistema sanitario".

Consiglio dei ministri: novità per la Salute e le Regioni

Arriva la Conferenza della Repubblica

Palazzo Chigi licenzia due provvedimenti che propongono il riassetto organizzativo del ministero della Salute e una sostanziale modifica dell'assetto della Conferenza Stato-Regioni che dovrebbe essere accorpata in un unico organismo insieme alla Conferenza delle Autonomie Locali e a quella Unificata

Lo scorso 18 febbraio il Consiglio dei ministri ha dato via libera a due provvedimenti che interessano da vicino l'assetto organizzativo del nostro sistema sanitario. Il primo – uno schema di Dpr proposto dallo stesso ministro della Salute Ferruccio Fazio – contiene il regolamento per la riorganizzazione del Ministero. Si tratta di misure che puntano a un'ottimizzazione delle spese, alla razionalizzazione delle strutture e all'adeguamento delle formule organizzative ai mutamenti seguiti alla "separazione" del dicastero della Salute da quello del Lavoro e delle politiche sociali.

Il secondo provvedimento è invece uno schema di disegno di legge – proposto questa volta dal presidente del Consiglio, Silvio Berlusconi e dal ministro per i Rapporti con le Regioni e la coesione territoriale, Raffaele Fitto – che delega il Governo a riordinare il sistema di concertazione tra Stato e livelli decentrati: un provvedimento che punta a una migliore rispondenza del sistema – attualmente ripartito tra le Conferenze Stato-Regioni, Stato-Autonomie locali e Conferenza Unificata – alla riforma del Titolo V della Costituzione. Quelle modifiche costituzionali, il grande peso oggi attribuito alla negoziazione tra lo Stato,

le Regioni e le Autonomie "in forza del modello improntato ad una leale collaborazione destinata a crescere ulteriormente", hanno reso opportuno un riordino del sistema che dovrebbe far confluire le attuali tre Conferenze in un'unica "Conferenza della Repubblica" suddivisa in due Sezioni, una per le Regioni e una per le Autonomie locali, che dovrà avere una più razionale disciplina anche dal punto di vista organizzativo e funzionale.

Lo schema di legge delega prevede tra l'altro, l'assegnazione al presidente del Consiglio dei ministri, della carica di presidente della "nuova" Conferenza e delle due Sezioni; verrà poi istituita una sessione europea delle due Sezioni e sarà attivo un meccanismo di monitoraggio dell'attività delle Regioni all'interno della Sezione "Stato e Regioni". Infine dovranno anche essere stabiliti "termini perentori" per l'acquisizione dell'assenso delle Autonomie regionali e locali sui provvedimenti del Governo. Per quanto riguarda il primo provvedimento, il commento del ministro **Ferruccio Fazio** è positivo: "Il nuovo assetto della Salute – ha affermato – consentirà di conseguire attraverso una razionalizzazione delle strutture notevoli risparmi di



Ferruccio Fazio ministro della Salute

Raffaele Fitto ministro per i Rapporti con le Regioni

Vasco Errani presidente della Conferenza delle Regioni

spesa e di migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema. Quando il Regolamento entrerà a pieno regime avremo un assetto più agile e snello con tre Dipartimenti al posto dei quattro attuali, la riduzione del 20% dei posti di funzione dirigenziale generale e la creazione di un Ufficio centrale con competenze trasversali che vanno dalle risorse, all'organizzazione, al bilancio".

Più interlocutorio quello di **Vasco Errani**, presidente della Conferenza delle Regioni: "Apprendo dalle agenzie di stampa che il Consiglio dei ministri

ha licenziato lo schema della legge delega per il riordino del sistema delle Conferenze ed è mia intenzione richiedere un confronto urgente con il Governo su tale testo". "Si tratta di un provvedimento che pone diverse criticità e che per molti aspetti prefigura un accentramento, lontano da ogni logica federalista, oltre a delineare un quadro di particolare farraginosità sul piano delle procedure. Può essere condivisibile il titolo, "Conferenza della Repubblica" ma occorre che ad esso corrisponda un testo in linea con l'obiettivo e l'idea di un organismo unico, apprezzabile se serve davvero a migliorare la collaborazione istituzionale e a giungere ad una condivisione delle politiche pubbliche fra tutti i livelli di Governo. Nel merito – ha aggiunto Errani – la delega concessa al Governo appare generica e non vengono fissati chiaramente principi

e criteri dell'iniziativa legislativa statale. C'è poi un'eccessiva discrezionalità per il legislatore delegato che appare in contraddizione con l'obiettivo che ci si vuole dare, ovvero un più efficace strumento di governance. Destano forti perplessità l'ampiezza della delega rispetto alle funzioni, la tipologia degli atti, il funzionamento e la composizione della futura Conferenza. Se poi si vuole davvero dare una più puntuale applicazione all'articolo 114 della Costituzione non si può certamente tornare indietro rispetto a quanto previsto oggi attraverso l'obbligatorietà del parere delle Regioni sui provvedimenti del Governo relativi a materie di competenza regionale. Così come non si può bypassare il giudizio di Regioni e Autonomie locali sui provvedimenti economico finanziari che hanno impatto sui loro bilanci. Ecco perché – ha concluso Errani – è opportuno e urgente avviare un serrato confronto su questo disegno di legge, riportando il suo impianto nell'ambito di una corretta concertazione, attraverso la condivisione di tutti i soggetti istituzionali interessati".

L'Italia delle vaccinazioni

Funziona l'obbligo ma non la comunicazione

Se i risultati delle vaccinazioni della prima infanzia sono ottimi non altrettanto si può dire per quelle, facoltative, da eseguire nel resto della vita. L'avvio della vaccinazione contro l'Hpv, poi, rappresenta una sfida ancora lontana dall'essere vinta.

Il convegno "La vaccinazione tra diritto e dovere. Quale comunicazione per facilitare la scelta?", promosso dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con *Donneinrete*, ha fatto il punto sulle vaccinazioni in Italia

“È come se ci fosse un equivoco semantico, che porta “la popolazione a considerare l'obbligo di vaccinazione come un 'marcatore' di importanza. Pertanto, se non c'è una legge allora la vaccinazione non è importante”

Benissimo le vaccinazioni obbligatorie della prima infanzia. Peggio quelle non obbligatorie consigliate nel resto della vita.

Potrebbero bastare queste poche parole a descrivere lo scenario delle vaccinazioni in Italia. In realtà il quadro, a osservarlo nei dettagli, è molto più articolato, e i numeri – tutto sommato – buoni nascondono tendenze che potrebbero mettere a rischio le conquiste ottenute negli ultimi decenni.

Come per tutte le malattie, anche per quelle contro cui sono attive campagne vaccinali, vale una regola: al diminuire della loro incidenza cala anche la percezione del rischio associato alla patologia. E quando crolla la percezione del pericolo comincia ad affievolirsi anche la consapevolezza dell'utilità della vaccinazione. Prende invece il sopravvento la paura dei rischi.

È questa una delle tendenze in atto in Italia, dove decenni di vaccinazioni hanno quasi debellato diverse patologie infettive – da quanto non sentiamo parlare di poliomielite? – ma proprio questo successo rischia di farci tornare indietro di anni. Soprattutto in una fase storica in cui l'obbligo vaccinale appare sempre più un retaggio del passato da sostituire con una scelta informata e consapevole affidata al paziente o, nel caso dei bambini, ai loro genitori.

Sono stati questi alcuni dei temi principali affrontati nel corso del convegno “La vaccinazione tra diritto e dovere. Quale comuni-



cazione per facilitare la scelta?” organizzato dall'Istituto superiore di sanità in collaborazione con l'associazione *Donneinrete*.

Protezione totale per la prima infanzia

A leggere i dati delle coperture delle vaccinazioni da eseguire nel primo anno di vita, emerge con forza quanto l'obbligo vaccinale imposto quasi mezzo secolo fa si sia mostrato efficace. Più del 95 per cento dei bambini al di sotto di un anno di età riceve il vaccino per l'immuniz-

zazione da poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite B ed Haemophilus influenzae di tipo B. Al punto che queste patologie sono quasi scomparse dall'Italia.

“Quest'obbligo – ha spiegato Stefania Salmaso, direttore del Centro di Epidemiologia, Sorveglianza e Prevenzione della Salute dell'Iss – ha una sua storia, una sua ragione, in un'Italia, quella degli anni '60, estremamente diversificata per cultura, condizioni economiche e sociali. In quell'Italia, l'obbligo ha

consentito di offrire un servizio su tutto il territorio nazionale e per giunta gratuitamente. Garantire uno stesso diritto alla salute a tutti i neonati, dalla Sicilia alle Alpi”.

Ed ha assolto a pieno al suo compito.

Tuttavia, quando dalle vaccinazioni obbligatorie si passa a quelle consigliate, lo scenario cambia.

Facoltativo vuol dire “non importante”?

È come se ci fosse un equivoco semantico, che porta “la popolazione a considerare l'obbligo di vaccinazione come un 'marcatore' di importanza, pertanto, se non c'è una legge allora la vaccinazione non è importante”, aggiunge Salmaso. Infatti, il calo della copertura per le vaccinazioni offerte tra il primo e il secondo anno di età è evidente. Si sottopone a vaccinazione per morbillo, parotite e rosolia poco più dell'85 per cento dei bambini in questa fascia d'età. Sono “malattie – precisa l'esperta dell'Iss – che nella percezione comune sono banali. In realtà, per quanto concerne il morbillo esiste un discreto tasso di complicanze, come encefaliti virali, polmoniti. I problemi principali connessi alla rosolia si riscontrano invece quando l'infezione è contratta in gravidanza. Il rischio è di dare alla luce un bambino affetto da rosolia congenita, a cui sono associate malformazioni, cataratta congenita, problemi all'udito e molte altre manifestazioni temibili. Inoltre, può accadere che una donna in gravidanza a cui viene diagnosticata l'infezione rubeolica consideri e scelga l'interruzione. Un'infezione confermata di rosolia in gravidanza, insomma, è sempre un danno per la donna”.

Nel 2008 sono stati confermati 58 casi di rosolia in donne in gravidanza, mai vaccinate. Stupisce che circa il 40 per cento non fosse al primo parto: ciò significa che sono state perse precedenti occasioni di verifica e vaccinazione.

Se si cerca una tendenza generale nelle coperture vaccinali, ci si accorge che mediamente i tassi calano al crescere dell'età. Così, la mancata vaccinazione di larghe fasce della popolazione ne-

gli anni passati ha fatto degli adolescenti e dei giovani adulti le categorie che più sostengono le infezioni di morbillo, parotite e rosolia. Inoltre restano basse (intorno al 50 per cento) le vaccinazioni di richiamo per tetano e difterite, da eseguire a 14 anni.

Hpv, una vaccinazione diversa

Tra i nuovi vaccini offerti alla popolazione c'è poi quello contro il Papillomavirus umano (Hpv). La campagna vaccinale anti-Hpv è stata avviata in Italia dal 2007 in modo esteso e gratuito per le adolescenti nate nel 1997 (la prima corte ad aver ricevuto l'offerta sistemica di vaccinazione in tutte le regioni italiane) e prevede di raggiungere entro il 2013, una copertura del 95 per cento attraverso la somministrazione di tre dosi di vaccino.

Le coperture vaccinali anti-Hpv non sono ancora definitive, ma è possibile tracciare un primo bilancio prendendo come riferimento proprio le ragazze del 1997: ha completato la somministrazione del ciclo vaccinale Hpv, il 59 per cento delle giovani donne. Forte la variabilità regionale con punte dell'80 per cento in Basilicata (dove cui la vaccinazione è stata avviata prima) e coperture ancora basse (27 per cento) nella Provincia Autonoma di Bolzano.

In tal caso, però “si tratta di una nuova vaccinazione e non ci si aspetta che raggiunga immediatamente gli obiettivi”, ha commentato Salmaso aggiungendo che, “piuttosto, rappresenta un banco di prova per la sanità pubblica. Le forti differenze regionali, infatti, ci dicono che l'attività locale, la parte organizzativa, la comunicazione fanno la differenza”.

Una comunicazione da riscrivere

Proprio la comunicazione è stato uno dei temi portanti del convegno. Il potenziale abbandono dell'obbligo vaccinale e la pluralità di fonti di informazione – prima tra tutte internet – con cui si confrontano i cittadini e gli operatori sanitari stanno mostrando con sempre maggiore forza la necessità di cambiare un modello comunicativo ormai inadatto ai tempi. “Svecchiare il modo di comunicare, adeguandolo al nuovo contesto, è un imperativo a cui nessuno di noi può sottrarsi. A cominciare dall'organo che più di tutti è deputato a farlo, l'Istituto superiore di sanità”, ha osservato Rosaria Iardino, presidente *Donneinrete* Onlus. Un'opinione condivisa dallo stesso Iss: “A lungo – ha concluso Salmaso – gli operatori si sono avvantaggiati della presenza della legge che imponeva l'obbligo della vaccinazione senza investire su comunicazione e informazione. Oggi, invece, l'educazione sanitaria, il convincimento degli operatori sanitari stessi sono indispensabili per garantire coperture vaccinali accettabili”. **Y**

Congresso nazionale:

Dopo l'ultimo Congresso Nazionale Sigo-Aogoi di Milano, sono giunte in redazione alcune riflessioni critiche riguardo al "format" di questa manifestazione, da molti ritenuto ormai logoro, se non del tutto superato. Per questo ci è sembrato importante e doveroso aprire un forum sull'argomento.

Il Punto di Carlo Sbiroli e il punto di vista di: Mario Campogrande, Valeria Dubini, Giuseppe Ettore, Giovanni Fattorini, Nicola Natale, Carlo Maria Stigliano, Elsa Viora

Mario Campogrande
Past president Aogoi

Dai giovani suggerimenti utili per un necessario cambiamento

È vero che nell'arco dell'ultimo decennio le occasioni di Congressi, Convegni, Seminari, Corsi che annualmente si tengono in Italia ogni anno, promossi e organizzati sia dalle numerose Società scientifiche superspecialistiche, affiliate o no ad Aogoi o Sigo, sia da Aso, Asl, Università, Sezioni regionali delle Associazioni nazionali, si sono moltiplicate, così da offrire a tutti gli specialisti innumerevoli momenti di incontro, di formazione, di dibattito, con una inevitabile ma necessaria frammentazione dei temi, delle problematiche e delle soluzioni proposte.

Contemporaneamente si è accresciuta a dismisura la possibilità di accesso per tutti, attraverso la rete, a fonti originali della letteratura scientifica nazionale ed internazionale. Quale significato avrà allora, in questa condizione, un Congresso Nazionale annuale delle Società madri?

In termini molto generali mi pare di dover dire che il significato più forte potrà essere quello di rappresentare davvero un momento di sintesi del conoscere, per riflettere insieme sul nuovo che nell'ultimo anno è venuto alla luce, si è ricercato, è stato realizzato. Anche gli specialisti che dedicano il proprio tempo a studiare e lavorare su temi, ad esempio, quale l'oncologia, o la medicina perinatale, sentono la necessità di un aggiornamento sulle problematiche della menopausa e sulle ultime acquisizioni in tema di uroginecologia. La necessaria sintesi che si chiede al Congresso dovrà consistere allora in una attenta, selezionata presentazione di relazioni che non debbono contenere l'universo scibile, ma le reali novità più significative.

Dobbiamo pensare che i colleghi giovani leggono, conoscono, confrontano oggi, con grande facilità, le acquisizioni più recenti. In questa ottica potrebbe essere valorizzata la partecipazione dei numerosi relatori stranieri, invitati proprio a presentare lo stato dell'arte raggiunto nei diversi paesi. In tal modo si potrà valorizzare la loro presenza, che in molti dei congressi recenti è stata talora soltanto di rappresentanza più che di sostanza. Ai relatori italiani, che dobbiamo finalmente individuare tra i giovani, rappresentativi di diverse aree geografiche, chiederemo di non trascurare aspetti di natura epidemiologica, che con-

sentano davvero di valutare il significato del loro lavoro.

Tra i temi che si possono proporre, e raramente abbiamo visto trattati, l'economia sanitaria e la politica sanitaria dovrebbero avere uno spazio adeguato, anche in considerazione delle recenti prese di posizioni del Ministero della Salute, dell'Istituto superiore di Sanità, della Conferenza permanente Stato-Regioni sull'organizzazione del percorso nascita.

E la metodologia congressuale? I giovani, ancora una volta, potrebbero suggerire ora, in fase preparatoria, i cambiamenti ritenuti necessari. Tavole rotonde autoreferenziali, che rotonde non sono mai state, dovranno avere una diversa realizzazione, con una vera preparazione collegiale, che richiede certamente tempo e voglia di cambiamento, ma che è oggi facilmente realizzabile con preventivi confronti a distanza. E spazio agli interventi estemporanei, non necessariamente confinati al termine delle presentazioni, ma sollecitati da un vero moderatore-conduttore che sappia stimolare, o frenare, il dibattito a più voci, ma, concedetemelo, non sovrapposte come troppo spesso succede nei talk show televisivi. È vero, la televisione si può spegnere: ma al Congresso non si può mancare! **Y**

Valeria Dubini
Vicepresidente Aogoi

Reinventare formule comunicative per stimolare il dibattito

Inizierò col dire, forse un po' in controtendenza, che al vecchio Nazionale sono molto affezionata. Certo negli anni la sua formula è forse un po' invecchiata e alcuni miglioramenti, non solo di facciata, si rendono necessari. Però penso che, pur nei suoi limiti attuali, esso continui ad essere un irrinunciabile momento di confronto su argomenti generalmente caldi, controversi, sui quali è sempre utile, e a volte doveroso, dialogare e discutere.

L'incontro e lo scambio di idee ed esperienze tra tanti ginecologi italiani e stranieri e anche con altre figure professionali, medici di altre specialità e ostetriche,

ILPUNTO
di Carlo Sbiroli

Salviamo il Nazionale

■ Perché il Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui non gode più dei favori dei nostri soci? E cosa chiedono i lettori di *Gyneco-Aogoi*?

Sono in molti a ritenere che sia giunto il tempo di cambiare. "La necessità di rivedere la formula del congresso classico comincia a farsi sentire", scrive Giovanni Fattorini nel suo articolo su *GynecoAogoi* (N. 10/2010). E continua: "...riflettere su questi aspetti, anche in funzione dei futuri impegni congressuali delle nostre organizzazioni, è un compito che dovremmo assumerci con umiltà e intelligenza". E nella rubrica *Meditazioni* dell'ultimo numero di *Gyneco*, Giuseppe

pe Gragnaniello è molto severo e così si esprime: "...di fronte alle mie perplessità se andare o meno al Congresso Nazionale, un illustre collega, con qualche anno in più, saggiamente concludeva: in fondo, se non ci vai, non ti perdi niente! A ben pensarci, come dargli torto? Per cui ho disertato Milano". Si fa presto a dire che il Nazionale non va. Che la formula utilizzata è ormai superata e non risponde alle esigenze di una moderna manifestazione congressuale medica. Che si tratta di un mastodonte dai piedi di argilla e che tutto si riduce a una pura formalità annuale, per cui non vale più la pena partecipare. Eppure per anni è stato ben accetto. È sempre stato un riferimento, anche con le sue pause, le sue magagne, le sue sorprese, le sue delusioni...e le sue rassegnazioni. Sicuramente però è un congresso che negli ultimi anni ha vissuto di

contribuisce non poco ad arricchire il nostro bagaglio professionale e umano.

Credo molto nel valore delle relazioni umane e penso che guardarsi negli occhi, conoscersi e passare dei giorni insieme sia sempre una bella esperienza. Inoltre il congresso nazionale è anche la sede in cui le principali componenti del panorama ginecologico italiano - ospedale, territorio e università - si incontrano e provano a dialogare, ciascuna portando le sue specificità e le sue esigenze diverse. Il congresso ci dà anche l'opportunità di uscire dalla solitudine della routine quotidiana e ci fa sentire parte di un pianeta complesso, ampio e articolato i cui confini spaziano oltre i nostri limitati orizzonti abituali. Detto questo, c'è ampio margine al miglioramento. Le mie critiche in particolare vertono su tre



è tempo di cambiare?

nostalgia. Nostalgia di tutto: degli anni a cavallo tra la fine del secolo scorso e i primi anni del Duemila, dell'allora boom economico per le casse delle nostre società scientifiche. E soprattutto della facile partecipazione alla manifestazione che doveva essere rigorosamente gratis, per cui sempre "lode al Nazionale": lo stesso, e comunque, e nonostante. Il fatto è che negli anni questo benedetto Congresso non si è rimesso a nuovo, anzi si è gravemente ammalato. Il morbo è ormai cronico e il suo nome è "perpetuazione" (parola non elegante, ma incisiva) di un cliché che non si è rinnovato negli anni. Cliché costituito prevalentemente da caccia all'audience, furiosa partigianeria a senso unico, e soprattutto da "destituzione" e "oblitterazione" di qualsiasi elemento professionale nella scelta dei temi, delle testimonianze e della conduzione.

Va comunque detto che questo tipo di congresso ha avuto un ruolo positivo e determinante nel cambiamento culturale della ginecologia italiana, soprattutto per quanto riguarda la componente ospedaliera. La fusione in un'unica manifestazione dei congressi Sigo, Aogoi, Agui, che si realizzò negli anni Novanta, costrinse gli ospedalieri a confrontarsi direttamente con gli universitari. La cultura clinica, che fino ad allora sembrava appartenere solo all'accademia, diventava invece materia d'incontro e di raffronto. Nel tempo i risultati sono stati straordinari, perché ha costretto all'aggiornamento. E come conseguenza diretta, il fiorire nelle sedi periferiche di corsi, meeting, simposia nei diversi campi dell'ostetricia e della ginecologia. Si prese coscienza che, come tutte le altre componenti mediche del Paese, anche i ginecologi erano chiamati a confrontarsi con le nuove realtà della professione e ad agganciarsi ai continui progressi della medicina e della ricerca. Ma ora, a distanza di circa 15-20 anni da quei primi entusiasmi, siamo proprio arrivati al calor bianco? O è possibile recuperare qualcosa del Nazionale?

Cosa pensano di tutto questo i nostri colleghi? *Gyneco* ha posto queste domande (per telefono) ad alcuni ginecologi, sia del territorio che ospedalieri. In rapida sintesi si può dire che la maggior parte dei nostri colleghi si è mostrata poco interessata a partecipare a un Congresso "in cui si parla un po' di tutto, in modo superficiale e noioso...di argomenti che facilmente e rapidamente è possibile rintracciare sul pc, smantellando in Internet". Ma la cosa più interessante è che quasi tutti gli intervistati pretendono che il Nazionale venga "servito gratis". "(Ri)metterci del mio, non mi è parso opportuno, per cosa poi", scrive Gragnaniello nel suo articolo su *Gyneco*. E poi, la sede è "troppo lontana e troppo costosa". In parole povere non si è disposti a pagare neanche il viaggio. Ora è tempo di cambiare. "Anzitutto è necessario fare un maquillage al vostro grasso, grosso Congresso Nazionale", sentenzia il manager di una casa farmaceutica, tra i principa-

li sponsor congressuali. "È importante snellire l'intera manifestazione. Cambiare l'impostazione megalomane, che vuole stupire più che aggiornare e acculturare". In altre parole, bisogna porre fine agli sprechi. Eppure negli ultimi anni l'Aogoi ha imposto una certa austerità non



solo per evitare lo spreco, ma anche perché lo consigliava l'andamento dell'economia del

nostro Paese. Questo non è stato sufficiente. Bisognerà essere più rigorosi.

Ora è importante fare proposte operative anche se molto probabilmente susciteranno critiche. Possono però costituire una buona base su cui discutere nei prossimi forum di *Gyneco*. Proviamo a fare un semplice elenco di cose che si possono realizzare facilmente e che in qualche misura possono ammodernare il Nazionale. Per esempio: (1) ridur-

re a due giorni la manifestazione congressuale; (2) dedicare l'aula principale a incontri di "politica" sanitaria (laddove per politica s'intende tutto quello che riguarda la sfera delle decisioni collettive); (3) riservare le aule più piccole ai simposi delle società affiliate, che dovranno presentare solo i dati più interessanti emersi nell'ultimo anno nel loro campo; (4) prevedere dei meeting organizzati da case farmaceutiche per la presentazione di nuovi prodotti o di risultati di ricerche o trial clinici; (5) stabilire un tetto al numero dei relatori.

Forse per alcuni una simile proposta potrebbe sembrare un passo indietro nel tempo. Una specie di ritorno al passato, agli anni Sessanta, quando vi erano scarse risorse economiche. Quando il Nazionale costituiva l'unico o uno dei pochi momenti di aggiornamento e d'incontro. Certo la strada per ammodernare questo Nazionale appare in salita. E probabilmente l'opposizione maggiore arriverà proprio da coloro che, senza i grassi e grossi Congressi Nazionali, si sentirebbero privati di una parte della propria identità. Staremo a vedere.

aspetti. Trovo che la formula delle relazioni "autoreferenziali", senza confronto e senza dibattito, sia ormai logora. Troppo spesso poi alcuni argomenti sono trattati sempre solo dallo stesso punto di vista e non raggiungono nuovi possibili interlocutori. Inoltre, viene messa troppa carne al fuoco e la quantità spesso va a scapito della qualità. Ed ancora, la difficoltà di seguire le varie sessioni, troppi gli argomenti in contemporanea. Reinventare formule comunicative che mirino a stimolare la discussione piuttosto che a mettere in vetrina i relatori è una missione difficile ma non impossibile. Penso a sessioni che prevedano la presenza di un esperto a favore e uno contro su alcuni temi controversi...e poi via alla discussione. Tavole rotonde moderate da giornalisti con il ruolo di provoker al fine di stimolare il dibattito. Anche un maggiore uso di mezzi comunicativi, come spot o filmati, sarebbe senz'altro auspicabile. Per riassumere, ecco un elenco di proposte facilmente percorribili per migliorare il Nazionale:

- meno argomenti e scelti tra quelli più caldi e innovativi. Inutile raccontarci cose che già sappiamo, e

dunque meno relazioni frontali e più occasioni di dibattito con i partecipanti.

- Più spazio al confronto tra punti di vista differenti, anche trattando gli argomenti in maniera trasversale (per esempio chirurgia vs terapia medica, messa a confronto tra aspetti chirurgici, sociali e psicologici ecc...).
- Coinvolgimento di personaggi fuori dagli schemi consueti (un allenatore per parlare di team building, associazioni di donne per parlare di problemi come parto o menopausa, ecc...).
- Indicazioni precise ai relatori, scelti tra i migliori esperti nei singoli argomenti, su come strutturare le relazioni.
- Take home message che si traducano in brevi elaborati e/o prese di posizione delle società partecipanti su alcuni temi sensibili. **Y**

Giuseppe Ettore

Segretario regionale Aogoi Sicilia

Se non è proprio tutto da cambiare necessita almeno di un forte restauro

Riflettere sulle finalità del Congresso nazionale e maturare nuovi modelli organizzativi deve rappresentare oggi un obiettivo che investe non solo l'appropriatezza di un programma scientifico al passo coi tempi, ma anche il ruolo e i valori che la Società

Il congresso che vorrei



senso né risulterebbe efficace solo una permanente "moral suasion" da parte dei vertici istituzionali della Sanità italiana (Consiglio Superiore di Sanità, coadiuvato dall'Iss in cooperazione con il Ministero della Salute e l'Agenas) potrebbe facilitare questo percorso che è di razionalizzazione ed insieme di responsabilizzazione di tutta la categoria. Percorso che andrebbe intrapreso però a partire dalla revisione del sistema Ecm.

Il secondo piano riguarda le modalità, le caratteristiche proprie che distinguono la "forma" congresso. Ancora oggi il modello principe è quello della relazione "ex cathedra" temperata da alcuni stratagemmi che ne limitano la "unidirezionalità", come gli interventi preordinati, la presenza di discussant, lo sforzo di lasciare ampi spazi alla discussione ecc. Ora personalmente non credo che questo strumento sia obsoleto, anzi, credo che le "Lezioni" siano sempre più necessarie, ma le lezioni le devono fare i Maestri che non devono essere utilizzati raramente e ritualmente solo per le lezioni magistrali.

In parziale sostituzione delle tradizionali relazioni si possono immaginare invece soluzioni più "moderne". Qualche esempio.

Rapporti, riassunti, ricognizioni sui risultati delle ultime metaanalisi alla luce della Ebm presentati da un collega esperto da offrire alla discussione di tutti.

Confronto a più voci tra diversi colleghi a partire da un caso, da un argomento, brevemente e neutralmente presentato con tempi a disposizione anche molto più lunghi di una normale sessione congressuale dedicati all'approfondimento e all'interscambio (vedi il successo del forum "Confronto Ost. Gin." promosso da Pietro Leli su Internet).

Coinvolgimento sempre più esteso di operatori di altre specialità, di altri universi culturali sia quando si tratta di "patologie di confine" sia quando si tratta di temi complessi dalle valenze non esclusivamente sanitarie. Dicevo nell'articolo uscito nel numero 10 del 2010 di *GynecoAgoi* che questo tema richiede per essere affrontato umiltà ed intelligenza e spero di essermi attenuto in questa occasione a queste due virtù. Ma non ne sono certo, perché è difficile essere umili e l'intelligenza come il coraggio uno non se la può dare. Ma è solo un piccolo ed iniziale contributo. Mi auguro che su questi argomenti possa svilupparsi una discussione che continui nei prossimi numeri della rivista. **Y**

Nicola Natale

Segretario Fism, Primario emerito di Ginecologia e Ostetricia, A.O. Manzoni, Lecco

Meno passerella e più sostanza

In un momento in cui il Ministero della Salute ci invita a modificare profondamente il nostro comportamento e il nostro ruolo diventa indispensabile ripensare al ripristino delle nostre conoscenze onde acquisirne il pieno possesso e giungere ad essere pienamente affidabili nel gestire la professione ed offrire alle nostre pazienti quanto di meglio la scienza ostetrica e ginecologica offre.

Il progetto Ecm che voleva offrire ai medici e ai cittadini una garanzia di aggiornamento corretto e adeguato sta prolungandosi in una serie infinita di proposte e controproposte senza raggiungere un punto di stabilità, un terreno solido su cui poggiare con certezza i nostri processi di aggiornamento.

La professione medica rischia l'impovertimento non perché abbia progressivamente perso il possesso dei mezzi di produzione ma perché rischia di perdere il controllo delle fonti di produzione e dei processi di trasmissione, sviluppo e valutazione delle conoscenze e competenze innovative. In questo contesto vanno dunque inseriti i moderni ruoli e compiti delle Società Scientifiche chiamate a garantire ai cittadini e alle istituzioni sanitarie la qualità dei professionisti e dei servizi da questi resi.

In questa ottica va posizionato il Congresso Nazionale. Esso oggi rappresenta nei fatti oltre che nell'immaginario il momento più forte di incontro tra professionisti della stessa specialità per un confronto a tutto cam-

vuole e deve rappresentare ed esprimere oggi nella e per la ginecologia italiana. Un programma scientifico si fa con i contenuti, ma quello che rimane ai partecipanti non sono i contenuti "comunicati", ma quelli percepiti. La scelta dei temi congressuali, i contenuti e l'organizzazione delle sessioni, la scelta dei relatori, l'approccio interattivo necessitano di un forte restauro.

Ai prossimi organizzatori forse sarà utile ricordare una felice affermazione di Bertold Brecht: "La scienza conosce un solo comandamento: contribuire allo sviluppo scientifico". È vero, se il programma è "scientifico" forse vale la pena puntare ad una impostazione rigorosamente scientifica e non al solito "festival" spesso stonato, dispendioso, eterogeneo, affollato e dispersivo nello stesso tempo.

La Società deve indicare annualmente delle aree tematiche di sviluppo che, anche e non solo nella fase organizzativa del congresso nazionale, devono rispondere essenzialmente a:

- up-date della ricerca scientifica finalizzata a tutelare e migliorare la qualificazione scientifica stessa e professionale dei ginecologi e delle professioni sanitarie coinvolte (ostetriche in particolare);
- miglioramento dei piani di assistenza tra evidence, innovazione tecnologica ed etica;
- appropriatezza dei percorsi diagnostici e terapeutici con la pubblicazione e distribuzione dei vari aggiornamenti
- modelli e piani formativi in particolare per i giovani (sessioni dedicate)
- sviluppo di modelli assistenziali in rete per il coinvolgimento razionale e appropriato di tutte le figure sanitarie coinvolte (territorio-ospedale; interdisciplinarietà; team di assistenza)
- sviluppo della medicina di genere e delle tematiche socio-sanitarie della donna, per ridurre il forte ritardo italiano in ambito europeo.

Il ricorso urgente all'appropriatezza delle numerose idee, proposte, progetti e azioni della Società risulta oggi necessario e da non rinviare, anche in considerazione dei modelli che l'Europa in particolare e il mondo ci chiede da un confronto sempre crescente.

Lo sviluppo di tale innovazione potrebbe risultare incisiva ed efficace anche per le scelte della politica nell'ambito della medicina della donna per la donna.

Il piano di forte coesione e integrazione di tutte le aree della ginecologia, da tempo avviato, credo che potrà rappresentarne la più qualificata garanzia. **Y**

Giovanni Fattorini
Presidente Agite

Congressi scientifici: quale formula?

Il tema della "formula" degli incontri scientifici è attuale per diversi motivi. Ci si interroga sempre più spesso infatti sulla "efficacia, formativa e didattica" del congresso tradizionale quale principale opportunità di aggiornamento e ci si lamenta sempre di più del-

la ripetitività dei temi proposti e delle scarse novità che in molti casi verrebbero offerte a chi intende seriamente porsi il problema della qualificazione professionale. Credo che il tema dovrebbe essere affrontato tenendo distinti due piani.

Il primo riguarda la programmazione delle attività congressuali. Fatta salva infatti la libertà di ogni soggetto singolo o di ogni società di organizzare ciò che vuole, ritengo che le società nazionali, le più grandi e le più autorevoli, dovrebbero farsi carico di indicare i criteri da seguire per mettere un po' d'ordine in quella che appare talvolta una disorganica, anarchica e spesso interessata corsa all'aggiornamento. Due gli strumenti. Un Codice etico da condividere tra tutti, che stabilisca alcuni principi sui quali tutti possano convenire. Proviamo a fare qualche caso concreto. Sarebbe auspicabile, per esempio, che tutte le società scientifiche che si dedicano allo stesso tema, patologia, argomento, si accordassero per programmare un'attività congressuale comune e che tra tutti i cultori di quella materia, al di là delle appartenenze, si stabilissero regole comuni di pianificazione della formazione-aggiornamento. Sarebbe, ancora, altrettanto opportuno rivedere la periodicità di alcuni eventi, onde evitare il ripetersi dello stanco rituale di alcuni appuntamenti "che non possono non essere celebrati".

Meglio dirsi prima che sia la scarsa partecipazione dei colleghi o il venir meno delle sponsorizzazioni a decretarne la fine, che quell'iniziativa nata in un certo contesto non è più attuale ed in modo trasparente deciderne la conclusione.

Sarebbe per ultimo molto utile che si perseguisse l'integrazione delle principali iniziative scientifiche, almeno a livello europeo. Il futuro, soprattutto per i più giovani, è quello di confrontarsi scientificamente, ma anche operativamente a livello globale ed in primis con l'Europa.

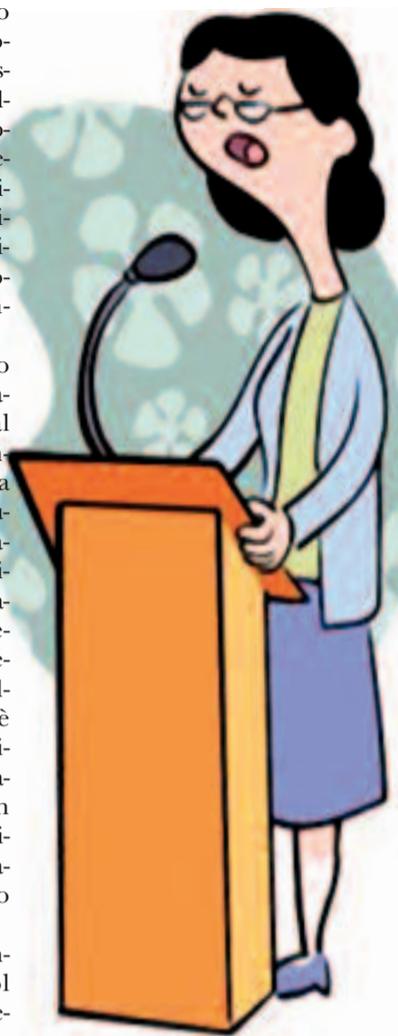
Ma forse un Codice etico, per quanto condiviso, non è sufficiente, e dal momento che qualsiasi forma di "autoritarismo" in un ambito come questo non avrebbe né



po: da quello sindacale a quello comportamentale, da quello deontologico a quello di aggiornamento scientifico. Ci si aspetta di sentire le ultime novità scientifiche, i risultati delle ricerche più avanzate, i consigli per la migliore diagnosi, cura ed assistenza del momento. Ma queste aspettative sono rimaste molto spesso disattese in quanto troppo spesso il congresso si è dimostrato solo un momento di passerella, tanto che per molti colleghi esso è diventato poco appetibile. A renderlo ancora meno appetibile la proposta di riconoscere ad esso un bassissimo numero di crediti formativi, inducendo così un ulteriore impoverimento del congresso stesso.

Di fronte al depauperamento culturale di cui i congressi nazionali soffrono e di fronte al (conseguente?) deprezzamento sociale, la Società scientifica deve farsi avanti con forza recuperando dignità e credito, basati sul riconoscimento scientifico. La qualità dei relatori va valutata accuratamente, richiedendo loro la competenza necessaria per introdurre e svolgere il tema assegnato. Oggi è possibile (ed è un aspetto positivo) accedere facilmente ai dati della letteratura ed un buon presentatore può farne un'ottima sintesi; ma non si può basare solo su questo un Congresso Nazionale.

Ridurre il numero di sale contemporaneamente attive vuol dire diminuire il numero di relatori, con conseguente maggior scrematura degli stessi, scegliere con maggior cura gli argomenti da trattare ed impostare una vera discussione che coinvolga maggiormente l'audience. Questi due passaggi (riduzione del numero delle relazioni affidate a relatori esperti e maggior tempo riservato ad una discussione ben guidata) permetteranno di raggiungere obiettivi concreti ed operativi (linee guida condivise, protocolli di ricerca approvati, verifica di implementazione di linee guida) e di ricercare meno le apparenze e più la sostanza. **Y**



tabilmente le società scientifiche hanno dovuto sostituire gli enti pubblici e anche in tale opera meritoria l'Aogoi è stata in questi anni certamente in prima linea. In tal modo il congresso nazionale, così come i corsi ed i convegni diventano comunque fondamentali per offrire occasioni di incontro e di confronto, altrimenti ciascuno nel chiuso del suo studio si confronterà esclusivamente con il proprio computer, cercando in internet le risposte ai propri dubbi o alle proprie necessità di informazione, senza riscontri e senza discussione: e questo è sicuramente sbagliato e inaccettabile!

D'altro canto, come sono solito ribadire, il famoso "turismo congressuale" era 'anche' un modo per sprovincializzare i colleghi, specialmente quelli meno fortunati, vivendo e operando in realtà periferiche e con mezzi tecnologicamente non all'avanguardia.

Ma il perbenismo di facciata di certe componenti della nostra società ha ritenuto bellamente di eliminare il rischio di condizionamenti o di corruzione nei confronti dei medici. Semplicemente impedendo a questi di utilizzare anche alla luce del sole le risorse delle aziende farmaceutiche destinate all'aggiornamento degli specialisti ed anche al loro... benessere psico-fisico (perché no?).

Dunque: ora niente congressi, niente aggiornamento, niente "turismo" epperò l'aggiornamento è obbligatorio! O dobbiamo pagarlo coi nostri magri stipendi? Ritengo pertanto chiarito il primo punto della questione: il congresso nazionale è un insostituibile momento di incontro dei cultori della nostra disciplina come opportunità di confronto sui temi scientifici più attuali ma è anche un importante occasione di rivalizzazione di contatti umani, di conoscenza, di socializzazione tra medici con

interessi scientifici, culturali e di vita in comune. Altro discorso è invece quello delle modalità di effettuazione del congresso nazionale: 8-10 sale in contemporanea rischiano di parcellizzare l'esperienza congressuale e quindi di vanificare proprio le occasioni di incontro e di confronto! Spesso alcune sessioni risultano ripetitive o assai poco frequentate o perché superflue o perché déjà vu! E poi diciamocelo francamente: centinaia di moderatori e relatori da 'sistemare' ad ogni costo, sono forse un lusso inutile e deleterio proprio per l'aspetto pletorico assunto dalle assise nazionali di specialità.

Dunque, che fare? Riduciamo le sessioni, i simposi, le tavole rotonde: qualcuno inizialmente si dispiacerà per non leggere il proprio nome nella brochure del congresso ma questo risulterà certamente più conciso e più utile a tutti; prevediamo le discussioni su pochi argomenti di reale interesse per la categoria, su tematiche scientifiche e comportamentali concrete, in particolare per i giovani, e sono certo che l'interesse per il nostro incontro annuale nazionale rifiorirà richiamando ancor più partecipanti. Magari, sarebbe meglio prevedere per un numero ancora maggiore di colleghi borse di studio per l'iscrizione e la partecipazione, coniugando così la gratificazione personale e l'interesse partecipativo e garantendo un sicuro successo di contenuti e di presenze al nostro congresso. **Y**

Elsa Viora
Consigliere Sigo

Come coniugare aggiornamento e confronto

È tempo di cambiare? La prima risposta che mi viene spontanea a questa domanda è: credo proprio di sì. Certamente il congresso nazionale ha rappresentato una insostituibile occasione di aggiornamento e noi ospedalieri, dal confronto con le realtà universitarie, abbiamo imparato a studiare, a preparare una relazione, a capire che le nostre conoscenze sono "effimere" e che, in quanto tali, vanno continuamente riviste. Insomma ormai sappiamo con certezza che l'educazione permanente è in-



dispensabile anche nella nostra pratica clinica, ossia per dirla in termini più popolari "non si smette mai di imparare".

È però vero che negli ultimi anni i Congressi nazionali, non solo il nostro, sono diventati inevitabilmente sempre più grandi, con moltissime sessioni in contemporanea, con un numero elevato di relatori, moderatori, sponsor e in cui i partecipanti hanno talora difficoltà a seguire in modo continuativo un argomento senza essere distratti dalle tante, forse troppe "attrazioni". Ciò premesso dobbiamo chiederci: quali sono le alternative possibili?

La risposta non è facile né può essere univoca e questo per vari motivi. Il congresso nazionale è una importante, forse unica, occasione di incontro delle varie anime della nostra specialità che non sono più solo la ginecologia e l'ostetricia, ma anche l'oncologia, l'uroginecologia, la medicina della riproduzione, l'ecografia, la medicina fetale, l'endocrinologia ginecologica ecc.

È anche una occasione di confronto fra colleghe/i delle varie sedi dove svolgiamo la nostra attività di ostetrico-ginecologi: il territorio, l'ospedale, le cliniche universitarie, le strutture private, ognuna con delle caratteristiche e delle problematiche proprie e che inevitabilmente necessitano di un dialogo diretto e costante per poter arrivare ad una integrazione vera, non solo a parole.

È vero che l'aggiornamento medico-scientifico può essere effettuato anche su internet. Questo strumento è di sempre più agevole consultazione, anche per chi di noi ha meno dimestichezza con il computer, con la possibilità di accedere a relazioni, a corsi on-line che hanno il pregio di essere accessibili in qualunque momento, senza necessità di spostarsi da casa propria, dal proprio lavoro, dalla propria famiglia. In tal modo si ha anche un vantaggio economico perché non vi sono spese di viaggio, di hotel e di pranzi, forse con minore soddisfazione degli operatori turistici e degli organizzatori di congressi.

Per contro, tale strumento non offre la possibilità di interagire pienamente con il docente, col relatore e con i colleghi, anche se metodologie come i forum di discussione o le chat, ad esempio, possono in parte ovviare a questi limiti.

Una possibile soluzione potrebbe essere una via di mezzo: utilizzare internet per l'aggiornamento, inteso come lettura di articoli pubblicati, partecipazione a corsi e/o relazioni on-line in modo da avere uno stato dell'arte di vari argomenti e "usare" i congressi come strumento/occasione di incontro e confronto magari con una sola relazione e due o più moderatori per una vera discussione fra tutti i presenti in sala. È ovvio che è indispensabile un grosso cambiamento, non solo nel modo di pensare/organizzare il congresso, ma all'interno di tutti noi:

- come relatori e moderatori non dovremo stupirci di non essere invitati in quanto tali. Inevitabilmente diminuiranno in modo esponenziale il numero di relatori ufficiali, ma aumenteranno i partecipanti veri, chiamati a discutere in modo costruttivo, ed è in questa ottica che dovremo pensare di essere presenti.
- come partecipanti dovremo arrivare al congresso preparati alla discussione perché l'unica relazione sarà volta a riassumere gli aspetti nuovi dell'argomento trattato, mentre la discussione sarà l'anima viva della sessione.

Non so se sia un progetto percorribile, ma potremmo provarci: a tornare indietro si fa sempre in tempo, pensare oltre è una scommessa. **Y**

Carlo Maria Stigliano

Ginecologia Preventiva Asp di Cosenza

Distinguiamo la forma dalla sostanza

Che cos'è oggi il congresso nazionale della nostra specialità? Che cosa rappresenta per la ginecologia italiana questo incontro annuale? Una semplice liturgia ripetitiva e sostanzialmente inutile oppure un'opportunità di incontro e di confronto della nostra comunità scientifica? In buona sostanza: serve ancora questa assise nazionale ed è indispensabile celebrarla ogni anno o si potrebbe rimandare l'appuntamento ad una cadenza un poco più lunga?

Sono questi i temi del dibattito sollevato più volte, magari sommessamente da alcuni colleghi che per ragioni differenti manifestano perplessità emergenti sulla validità dell'attuale formula congressuale nazionale di specialità.

A mio parere ciò che è preliminarmente necessario concordare è il significato da attribuire al congresso nazionale di ostetricia e ginecologia. Ho già avuto modo di esprimere un mio specifico punto di vista sulle incongruenze di una politica dell'Ecm che accettabile in via teorica, come spesso avviene in Italia, lascia poi le cose incomplete: l'aggiornamento dei medici è divenuto giustamente obbligatorio ma le risorse per realizzarlo non sono poi adeguatamente previste e stabilite; una regione alle prese con problemi di rilevante disavanzo, metterà sufficienti risorse su questa posta? E anche le altre, come realizzano un effettivo processo di aggiornamento e formazione del personale sanitario? Inve-

Aogoi Sardegna

Riflessioni mediche e metamediche in tema di "percorso assistenziale globale"



Giovanni Urru

Segretario regionale Aogoi Sardegna

Da alcuni anni si assiste ad un dibattito, non sempre ben articolato e produttivo, sul problema della "presa in carico globale" del paziente/utente, e più in generale della "politica" sanitaria nel suo complesso.

Sembra che a questo riguardo vi sia una costante necessità di rendere complicato un problema semplice, come se prevalesse una certa prassi politica che dice "quello che si deve dire" e non obbligatoriamente "quello che si deve fare".

Pur esistendo un atto programmatico politico nazionale e regionale, la realtà è diversa nelle varie regioni italiane.

Si dice...che per il riordino della rete ospedaliera i piccoli ospedali debbano essere chiusi o riconvertiti, però i sindaci difendono queste strutture e i consiglieri provinciali e regionali difendono il loro bacino di voti. Si dice...che bisogna fortificare i distretti e il territorio, demandando a loro il I e anche il II livello prestazionale, ma intanto, non esistendo negli ospedali una rete di protezione, si continua ad accogliere di tutto. Si dice...che in ospedale si deve andare da un certo punto in poi ma, non esistendo punti strutturati nel territorio che soddisfino le necessità da 0 a quel punto, allora anche il cittadino

Ripensare la sanità, anche in una chiave di "presa in carico globale" del paziente, è un tema complesso, soprattutto perché ci obbliga "ad alzare lo sguardo al nostro unicum specialistico per comprendere le diversità, le peculiarità e le criticità del nostro ambito e del nostro ambiente di lavoro"

è arroccato nella posizione di difesa del proprio ospedale.

Penso che una breve riflessione su tale argomento sia più utile che riportare sporadiche iniziative personali e territoriali, ristrette alla nostra Regione, finalizzate alla interazione tra i soggetti coinvolti in un percorso assistenziale globale.

L'unicum e la "complessità"

In realtà, oggi, il problema in sé è almeno trilemmatico: noi, dico noi medici, forse più di ogni altra persona che svolga in scienza e coscienza una professione di alto e rischioso livello tecnico, ci troviamo esposti ad una contraddizione necessaria, su tre fronti.

Da un lato, siamo vincolati dal postulato essenziale della scienza moderna, per cui dobbiamo (e possiamo solo) essere degli specialisti sempre più specializzati e aggiornati nell'*unicum* del nostro campo di conoscenze, pena il rischio, nel giro di qualche anno, di essere "superati" se non ridotti alla stregua di "praticoni" o qualcosa di simile (1).

D'altro lato sappiamo anche che l'oggetto del nostro lavoro è il risultato di un complesso orga-



nico di meccanismi (2), un concetto che del resto fa ormai parte del sapere comune: anche un pastore della mia terra sa cosa si intende quando si parla di "organismo" umano.

Di qui, la prima apparente contraddizione del nostro lavoro: siamo specialisti, anche ultraspecialisti, ma nello stesso tempo sappiamo che non siamo soli, che il nostro lavoro è sì un *unicum*, ma circondato e condizionato e reso possibile da una fitta rete di convergenze, contributi, affluenti che ci vengono dal lavoro di altri specialisti e di altri ultra-specialisti, che conoscono meglio di noi, e precisa-

mente conoscono per noi, l'ultima molecola del dato farmaco o l'ultima molecola del materiale nuovo che entra a far parte del nostro corredo strumentale.

Ne ricavo, terra terra, un assioma: sul lavoro, come è ovvio, vi è un preciso obbligo morale di non distrarsi, di restare concentrati, di non distogliere mai l'attenzione dal punto in cui il nostro bisturi incide; ma fa anche parte della stessa attitudine etica sollevare lo sguardo, subito dopo, per riconoscere il contributo di chi ha reso funzionale la nostra specialistica manualità, di chi ci ha aiutati a rendere perfetto, pulito ed efficace, il taglio del bisturi nelle nostre mani. Insomma, non siamo soli nell'*unicum* della nostra acribia specialistica...

A questo punto, il dibattito sulla "presa in carico globale" del paziente non dovrebbe neppure porsi o quantomeno non dovrebbe durare più di tanto: la soluzione è imposta *ipsa natura rerum* (3), dalla stessa natura delle cose: è imposta da una percezione autenticamente scientifica delle cose, la quale sa, da tempo, che "il particolare" (dell'organismo umano come di qualunque evento delle biosfere) vive nella "complessità" ed è grazie a questa complessità, risultato del nesso di "infiniti particolari", che deve il proprio equilibrio e la propria sopravvivenza.

Ma con questo siamo anche giunti al terzo aspetto della apparente contraddizione cui accennavo prima: la contraddizione tra l'"unicum" della nostra professione e la "complessità". La complessità, come già detto, è nelle cose stesse, ciò nonostante dobbiamo fare uno sforzo di conoscenza (e di autocoscienza) per renderci conto che essa (quanto essa) permea e pervade tutto ciò che facciamo e tutto ciò che siamo. Dobbiamo acquisire questa realtà ad occhi aperti: la sperimentiamo tutti i giorni, attimo per attimo, anche se spesso il gravame dei particolari, di cui dobbiamo per forza occuparci, ci vela la percezione della sua pervasività.

Si può accettare, diceva una teorico della complessità (4), che il battito d'ali di una farfalla provochi un terremoto all'altro capo del globo, tale è la interrelazione tra i fenomeni della biosfera, ma non si può accettare che il caos, indotto dall'ignoranza o dall'interesse o ancora dal disinteresse privato, terremoti l'intero sistema sanitario ai diversi livelli e costringa a questionare per decenni sulla opportunità della "presa in carico globale del paziente", che dovrebbe ormai far parte

dell'ordinario e diffuso *sensus communis*.

Il nuraghe come metafora

Vivo in una regione che un nostro scrittore (G. Dessì) ha definito "paese d'ombra" (5): una terra che, con una profonda ed inconscia...coscienza del proprio carattere, ha scelto come emblema il nuraghe, cioè un edificio che rappresenta fin troppo bene la arcigna tendenza a chiudersi in ristrettissimi spazi difensivi. Forse esagero, ma anche queste lontane origini del carattere, mescolate con la complessità delle vicende che chiamiamo "Storia", possono aver contribuito all'affermazione di una certa tendenza verso la chiusura intorno a persone, gruppi, strutture... una caratteristica questa che poi forse non è appannaggio esclusivo dei soli sardi, stando almeno alla cronaca...

L'aspetto curioso di tutta questa faccenda, a ben vedere, è che le cose che diciamo, e che ci sembrano ovvie, fanno parte da secoli della nostra cultura. Se si dà un'occhiata alla progettazione dei luoghi di cura da parte di architetti che operavano cinque secoli fa, troviamo già la sostanza del problema della "presa in carico globale del paziente" (6). Ripensare la sanità in Sardegna, anche nel merito della "presa in carico globale del paziente" è un tema della complessità (comune peraltro a tante altre aree del Paese). Per discuterne, da medico, occorre alzare per un attimo lo sguardo dal nostro *unicum* specialistico per comprendere le diversità, le peculiarità e le criticità del nostro ambito e del nostro ambiente di lavoro.

Con questa ritrovata chiarezza concettuale, la nostra posizione sulla "presa in carico globale del paziente" assumerà una prospettiva più ampia. Sarà il riflesso non più solo del nostro "esser medico" ma anche "cittadino consapevole" e, un passo più in là, "uomo morale" che pensa e lavora. **Y**

Per saperne di più

1. Max Weber, *La scienza come professione* (in: *Il lavoro intellettuale come professione*, tr. it. di A. Giolitti). EINAUDI, Torino 1948.
2. J Monod, *Il caso e la necessità*. Mondadori, Milano 1970.
3. Lucrezio, *De rerum natura*. Ovviamente...
4. J Gleick, *Caos. La nascita di una nuova scienza*. Rizzoli, Milano 1989.
5. G Dessì, *Paese d'ombra*. Mondadori, Milano 1972.
6. L Firgo (a cura di), *La città ideale del rinascimento*. UTET, Torino 1975.

Il dottor Ezio Bergamini, ginecologo presso l'Ospedale C. Magoti - Distretto di Scandiano (Reggio Emilia), è Segretario Aogoi della Regione Emilia Romagna dal 2008.

Vitalità, impegno e idee innovative contraddistinguono l'attività di questa segreteria che, tra i suoi obiettivi, si prefigge una gestione "il più collegiale possibile". A un biennio dall'inizio del suo mandato, abbiamo chiesto al dottor Bergamini di tracciare un quadro delle iniziative avviate e di quelle in calendario nella sua regione. A partire dalle motivazioni e dalle priorità che si era posto assumendo il nuovo incarico.

Dottor Bergamini quali obiettivi si è posto all'inizio del suo mandato di segretario regionale Aogoi?

Fin dall'inizio mi sono posto tre obiettivi precisi: aumentare la visibilità dell'Associazione; fare "squadra", rafforzando la collaborazione "inter nos", per una gestione della segreteria il più collegiale possibile, e con le altre Associazioni, in particolare con l'associazione dei Ginecologi Territoriali-Agite e la Federazione dei Collegi delle Ostetriche-Fnco; migliorare il servizio nei riguardi degli associati, sia in termini di didattica sia di assistenza. Penso che un'associazione, per essere importante e guadagnare visibilità e quindi iscrizioni, deve entrare nella vita degli associati, rispondere alla domanda: perché dovrei iscrivermi? In termini anche di convenienza. Il primo passo è stato caratterizzato dalla stretta collaborazione con le altre Associazioni, soprattutto in un periodo di conflittualità con il mondo universitario (a livello nazionale più che regionale): è nata quindi una squadra con la dirigenza dell'Agite, a cui successivamente si è associata la dirigenza della Fnco dell'Emilia Romagna. I Congressi Aogoi, Agite e Fnco hanno visto una sempre maggiore partecipazione ed interesse, tanto da contare, all'ultimo Congresso in marzo 2010 a Modena, la presenza di oltre 180 relatori e quasi 500 iscritti! La ritrovata collaborazione con il mondo universitario porterà il prossimo Congresso a contare oltre 200 relatori, con un'affluenza di iscritti presumibilmente sempre maggiore.

Didattica e formazione sono il cuore della mission Aogoi.

La didattica e la formazione sono da sempre al centro del nostro interesse. Abbiamo organizzato molti corsi congressuali e corsi specifici, in particolare in collaborazione con la Società Italia-

Aogoi Emilia Romagna

A colloquio con il segretario regionale Aogoi **Ezio Bergamini**

Didattica e collaborazione con altre figure professionali. Le nostre priorità



tive abbiamo creato un portale di informazione e anche "il bollettino" (www.bollettino-emilia-romagna.it) che raggiunge, con oltre 1500 indirizzi e-mail, i colleghi e può essere utilizzato sia per eventuali consulenze (legali o professionali) sia per pubblicizzare i propri eventi e/o semplicemente per comunicare. Un "bollettino" analogo è stato poi riproposto e utilizzato anche da altri segretari regionali.

Il web d'altra parte rappresenta uno strumento straordinario, anche se non il solo, per comunicare con l'utenza.

La "visibilità" di un'associazione si misura anche in termini di rapporto con l'utenza. Come avete cercato di promuovere la comunicazione con le vostre pazienti?

Il recupero del rapporto con l'utenza è al centro degli interessi di questa segreteria regionale. Siamo fermamente convinti che le conflittualità che si presentano nella nostra pratica quotidiana siano dovute anche alla mancanza di rapporto con l'utenza sia in termini di comunicazione

che di informazione. Come ho detto, il web è sicuramente uno strumento magnifico ma non può diventare il solo mezzo per divulgare l'informazione medica. La necessità, quindi, di recuperare la fiducia dei pazienti, nostri interlocutori privilegiati, ci ha portato a sviluppare mezzi di

comunicazione con l'utenza: il rapporto - prima con la Coop Estense, poi con la Società Gas di Rimini ed infine con la Conad Italia - ha cercato di svolgere questo compito.

In occasione del Congresso Aogoi-Agite-Fnco di Modena è stato pubblicato sulla rubrica della Coop un articolo sul Congresso e l'Associazione, con lo scopo di pubblicizzare sessioni aperte e dedicate alla popolazione. Inoltre, dallo scorso anno, è iniziata una collaborazione con la rivista della Società Gas di Rimini, inviata a domicilio a 150.000 famiglie dell'area romagnola, con articoli specialistici per l'utenza e uno spazio dedicato a domande e risposte. Ed ancora, dal mese di marzo, prenderà il via una collaborazione con la rivista "Bene insieme" della Conad (distribuita in ben 1.200.000 copie), sempre con articoli specialistici e spazio dedicato a domande e risposte con l'utenza.

Il recupero della fiducia e del ruolo nasce da un ritrovato rapporto con l'utenza in cui l'informazione sia corretta e non urlata, in cui umanità e cultura del servizio siano recuperati, in cui l'arte del comunicare (per riprendere il titolo del nostro ultimo congresso) sia al centro di tutto. Il medico deve essere (ri)visto come persona che si dedica ad un servizio per gli altri non come "gestore di mezzi e servizi" il cui risultato è sempre garantito, salvo poi essere demonizzato in caso di insuccesso o semplicemente di non adeguato risultato. **"Fare squadra" è uno dei tre obiettivi che precedentemente ha indicato come prioritari per il suo mandato. Concretamente che risultati ha prodotto il suo "team building"?**

La gestione il più collegiale possibile della segreteria con gli altri colleghi ha

portato a sviluppare idee sempre più innovative. Una di queste è l'organizzazione di corsi di ecografia office regionali, da tenersi a cadenza semestrale una volta in Emilia ed una in Romagna; corsi di semeiotica ostetrica su simulatori, sia per ginecologi che per ostetriche, in cui vengano riproposte le situazioni critiche che si ripresentano nella quotidianità fino ad arrivare ad una vera scuola regionale (o interregionale con i colleghi lombardi) di ostetricia, possibilmente validata dall'Amministrazione regionale; corsi di uro-ginecologia finalizzati ai colleghi ambulatoriali (Agite) e di sterilità.

Didattica ma anche collaborazione con altre figure professionali, infatti sono stati coinvolti in modo sempre più importante ai nostri congressi sia i medici di base sia i pediatri sia i farmacisti ed ultimamente anche gli anestesisti. Incontrarsi, conoscersi e collaborare deve essere prioritario per le figure professionali che si dedicano alla salute della donna e del bambino.

Un bilancio senz'altro molto positivo, che si colloca in un contesto regionale particolarmente virtuoso in sanità... ma ci sarà pure qualche criticità.

Un momento di criticità per questa segreteria in particolare è rappresentato dall'assenza di rapporti con il mondo politico-amministrativo: è noto infatti che spesso i rapporti personali con le figure politico-amministrative di riferimento regionali e/o nazionali hanno permesso collaborazione tra segreterie regionali ed Amministrazioni, tali rapporti poi risultano facilitati quando sono Direttori di Uoc a dirigere le segreterie. Per ovviare a questo limite e ricercare una collaborazione, abbiamo iniziato, forti della rappresentanza anche numerica ai nostri incontri e degli spazi sempre più ampi che riusciamo a dedicare al rapporto con la popolazione, ad invitare i politici e gli amministratori ai nostri congressi. Il prossimo congresso di marzo vedrà infatti una tavola rotonda "istituzionale", che sarà condotta dal vice Presidente della Commissione Sanità della Regione e a cui interverranno, oltre all'assessore regionale alla Sanità, diversi direttori generali sia di strutture ospedaliero-territoriali sia di Policlinici. Questa credo che sarà un'ottima occasione per avviare una solida collaborazione anche con le Istituzioni amministrative regionali.

In conclusione, ci può riassumere con alcune parole chiave lo spirito del suo mandato?

Didattica, formazione, spirito associativo e di servizio, cura della comunicazione e rapporto con l'utenza, istituzione di percorsi privilegiati con le Amministrazioni, pubblicizzazione dell'Associazione per aumentarne l'importanza e il numero degli associati. Sono questi i punti che riassumono la mission della Segreteria Aogoi della Regione Emilia Romagna. (A.A.) **Y**



Agite Sicilia

Screening del carcinoma del collo uterino: il ruolo del Consultorio Familiare

Una campagna contro il cervicarcinoma in una regione che registra i più alti livelli di incidenza di questa patologia a livello nazionale. È il Progetto Orion che ha visto impegnati i 14 consultori della rete della Asp di Trapani in un'esperienza virtuosa di integrazione tra Ospedale e Territorio

di Natalino Ferrara

C.F. di Alcamo, Responsabile del centro unico di colposcopia – Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani

Le campagne di screening sono approvate e finanziate dalle Regioni che si avvalgono della legge n. 662/96 (art. 1, comma 34) sui progetti obiettivo e campagne di prevenzione. Ogni campagna di screening deve seguire linee guida e procedure ben definite, con l'individuazione degli attori del progetto, delle unità operative coinvolte, dei momenti diagnostici iniziali e di approfondimento nonché adeguati protocolli di trattamento.

Ogni programma di screening riconosciuto diventa, quindi, un intervento di sanità pubblica: offerta attiva a una definitiva popolazione soggettivamente sana di un esame diagnostico di provata efficacia, allo scopo di individuare un sottogruppo di individui che, con elevata probabilità, è portatore di patologia neoplastica o preneoplastica che si avvantaggia del trattamento precoce.

La motivazione fondamentale per la sua attivazione è che la patologia in oggetto di screening, per quella popolazione, rappresenta un reale problema sanitario per frequenza e gravità.

L'incidenza del carcinoma della cervice, che è oggi la quarta neoplasia per frequenza nella popolazione femminile del mondo occidentale, ha subito, soprattutto grazie alle campagne di screening con Pap test, una riduzione (nel 1975 era, per frequenza, la seconda neoplasia ed era cinque volte più frequente dell'adenocarcinoma dell'endometrio).

In Italia attualmente vengono stimati circa 3700 nuovi/casi anno con una incidenza di 12/100.000 donne/anno.

Sicilia: un'incidenza record

In Sicilia si sono registrati i più

alti livelli di incidenza d'Italia (registro di Ragusa: tasso troncato 35/64 aa – nuovi 26.5 casi/100.000/anno), con sopravvivenza dei casi accertati significativamente inferiore rispetto alle altre regioni italiane.

È stato documentato inoltre in Sicilia un eccesso di mortalità rispetto al resto del Paese nelle fasce d'età >55 anni attribuibile al tumore della cervice uterina. La situazione così descritta ha indotto l'Asp di Trapani ad avviare una campagna di screening per il cervicocarcinoma della cervice uterina rivolta alle donne dai 25 a 64 anni residenti nella provincia di Trapani (114.355 donne).

Tale iniziativa ha richiesto una particolare attenzione alla messa a punto dell'architettura organizzativa dello stesso.

La nostra esperienza: il Progetto Orion

Il progetto, avviato nel gennaio 2001, ha visto convivere l'attività di prevenzione, comunque garantita ad un numero consistente di donne della popolazione bersaglio arruolate con sistemi tradizionali, con l'implementazione delle strutture e la necessità di creare quella organizzazione che potesse garantire poi la conformità agli standard scientifici e ai parametri di qualità richiesti.

Il programma, denominato "Orion", è stato strutturato sulla metodologia fondata sull'offerta attiva del pap test, da eseguirsi, con l'invito di lettera personalizzata in posta target e gestione computerizzata con software dedicato.

I quattordici Consultori Familiari della rete aziendale sono stati individuati quali punti di prelievo per il test.

Le figure professionali coinvolte sono: Ginecologi consultoriali; Ostetriche consultoriali; Personale infermieristico dei consultori; Psicologi consultoriali; Sociologo; Biologi Centro

di Lettura pap test; Epidemiologi; Anatomopatologi dell'U.O. ospedaliera; Ginecologi dell'U.O. di Ost. e Gin. ospedaliere; Personale del ruolo amministrativo.

Per l'effettiva realizzazione del programma è stato realizzato un corso di formazione per tutti gli attori del progetto e definito un piano di marketing socio-sanitario del progetto. Sono stati inoltre attivati: un Centro unico di lettura citologica aziendale per il pap test, con risorse umane e strutturali atte a supportare la lettura da 15000 a 20000 vetrini, un Centro unico di arruolamento, un numero verde per l'utenza.

Il Centro unico di colposcopia è una struttura territoriale annessa al centro di lettura citologico che ha come responsabile un ginecologo consultoriale accreditato dalla S.I.C. P.C.V. e dall'Assessorato regionale della Sanità.

La vicinanza con il centro di let-

tura citologica e il centro di arruolamento permette un continuo confronto tra clinico e citologo, fondamentale nella gestione dei casi dubbi e per il costante monitoraggio epidemiologico del progetto.

Nel nostro centro di Colposcopia vengono eseguiti: l'esame colposcopico, la biopsia mirata della portio, il curettage del canale cervicale, il prelievo per Hpv-Dna test, la terapia ablativa di lesioni cervicali.

Un discorso a parte merita l'isteroscopia diagnostica (specie per citologia AGC) e la conizzazione con ansa diatermica che attualmente vengono eseguiti in U.O. Ospedaliera.

Nella nostra realtà questo rappresenta il punto debole dell'intero percorso diagnostico e terapeutico. È vero, tali interventi necessitano di strutture protette per eventuali eventi avversi (riflesso vagale, emorragie, perforazioni uterine) e l'ambiente ospedaliero, si dice, è garanzia di sicurezza. Ma è sempre vero? O è l'ennesimo rifiuto culturale a trovare per la chirurgia ambulatoriale alternative all'ospedale?

Eppure gli interventi in regime ambulatoriale presentano numerosi vantaggi:

- il rapporto con la paziente è molto più personale
- la donna si sente molto più considerata come persona e non trattata soltanto come un caso clinico
- la data stabilita per l'intervento viene generalmente rispettata in quanto le urgenze non possono interferire come regolarmente accade in ospedale
- il rapporto della paziente con un solo medico crea un maggiore rapporto di fiducia ed evita il maggiore stress psichico nei ricoveri in grandi ospedali

- le madri di bambini piccoli non necessitano del distacco dai propri figli
- le madri lavoratrici possono limitare l'assenza dal lavoro
- la riduzione dei giorni di assenza dal lavoro rappresenta inoltre una notevole diminuzione di costi per il datore di lavoro
- l'intervento ambulatoriale infine, diminuendo i tempi di degenza, riduce l'incidenza di infezioni.

Il territorio dunque è la risorsa dalla quale bisogna attingere per riprogrammare le reti ospedaliere e contenere la spesa sanitaria senza compromettere la qualità dell'assistenza sanitaria. Nella nostra realtà, con mille difficoltà, ci stiamo provando. Anche se è ancora dura a morire, nella popolazione, la convinzione che l'ospedale è la risposta più idonea alla domanda di salute. **Y**



La videocomunicazione multipla e la democrazia associativa

Mettere a punto il miglior percorso tecnologico per facilitare la comunicazione tra i colleghi di tutta Italia è per noi un obiettivo prioritario

Maurizio Orlandella

Past president, moderatore delle videoconferenze AGITE

La tecnologia informatica ha già permesso negli ultimi 15 anni lo scambio di informazioni tramite gli spazi web, i siti istituzionali nazionali e internazionali, i blog, la posta elettronica, ma la mole di problemi della ginecologia territoriale richiede un livello di scambio e di decisioni comuni che impone la necessità di facilitare le comunicazioni tra i componenti del consiglio di presidenza (CdP) e tra il CdP e i re-

sponsabili regionali e di area tematica.

La crescita di un gruppo dirigente è funzionale alla partecipazione a tutti i processi decisionali e lo statuto di Agite prevede un continuo ricambio, potendo ogni consigliere di presidenza partecipare solo a due mandati consecutivi per complessivi sei anni: di qui la necessità di iniziare un percorso tecnologico che ha imposto a tutti la dotazione di un computer, una webcam, una linea Adsl flat, con l'obiettivo di iniziare le "videoconferenze multiple". Un

sistema di comunicazione "intelligente" che favorisse una partecipazione certamente complessa ma ricca di strumenti.

Netmeeting, Oovoo e Skype

Agite utilizza, dal settembre 2010, tre sistemi di videocomunicazione: netmeeting, skype e oovoo, cercando di valutarne pregi, difetti, costi e difficoltà che i partecipanti possono incontrare nel settare il sistema.

Netmeeting è l'unico sistema a pagamento, utilizza un server dedicato e non richiede un software sul proprio computer, evitando così di assorbire risorse del Pc e occupare Ram. In tal caso, nella mia veste di moderatore, invito i partecipanti inviando una email con un link tramite cui collegarsi. Vi è la possibilità di una lavagna comune e di visualizzare le diapositive precedentemente caricate sul server.

Luisa Barbaro

AGITE Messina, Resp. U.O. C.F.
Area Metropolitana e Jonica
Dirigente C.F. "Via del Vespro" Asl 5

L'Assessorato regionale alla Famiglia, alle Politiche Sociali e al Lavoro ha messo a disposizione finanziamenti per la realizzazione di Progetti sperimentali innovativi finalizzati alla riorganizzazione dei consultori familiari con l'intento di ampliare e potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie.

Il soggetto proponente, ovvero l'Azienda sanitaria provinciale n. 5 di Messina, tramite il Consultorio familiare Via del Vespro e i 9 Consulto-

Asp e Agite a Messina

Progetto "Open space": un nuovo modello sociale di salute

ri dell'Area Metropolitana e Jonica ad esso collegati, l'Istituto di Istruzione superiore "Antonello" e l'Associazione "All People Onlus", ha promosso e attivato il Progetto "Open Space", della durata di 4 mesi a partire dal 31 dicembre 2010.

Si tratta di un progetto pilota che sottolinea l'importanza dell'integrazione Ospedale-Territorio con continuità assistenziale, una direzione obbligata per i ginecologi del futuro, basata su un lavoro di interdisciplinarietà, di équipe con quei collegamenti al "sociale" che la coppia può richiedere.

L'aspetto innovativo di questo progetto consiste nell'essere riusciti a mettere in rete i 9 Consultori dell'Area Metropolitana e Jonica, con lo stesso spirito di condivisione e con azioni diversificate in funzione dei bisogni di ogni singolo territorio.

È un progetto di alta valenza sociale in quanto valorizza le prestazioni sociali e psicologiche a sostegno delle persone più deboli, si rivolge alle nuove tipologie di famiglie secondo un approccio integrato e un nuovo modello sociale di salute, sostenuto da modalità operative basate sull'offerta attiva, con una

Nove consultori "in rete" della Asp di Messina danno il via ad un'innovativo progetto pilota rivolto a 700 donne, 250 coppie, 1000 minori e 200 immigrati

impostazione sui presidi di riferimento totalmente innovativa rispetto ai tradizionali metodi di lavoro.

L'obiettivo è quello di sviluppare competenze diverse con l'offerta attiva, per fare emergere nuovi bisogni e quindi ri-orientare le attività in modo di affrontare una vasta gamma di problematiche (dall'adozione alla separazione) che riguardano tutta la famiglia e non soltanto la donna e/o la coppia.

Le attività progettuali dell'"Open Space" prevedono:

- Attività di formazione e aggiornamento rivolta agli operatori coinvolti nel progetto, per creare un linguaggio comune inerente l'azione in fase di start-up progettuale
- Consultazione e sostegno per le nuove tipologie familiari
- Creazione un punto di ascolto qualificato di consulenza alle famiglie che intuiscono situazioni di disagio sulle problematiche adolescenziali
- Attivazione all'interno di scuole e altre agenzie educa-

tive di percorsi di informazione ed educazione degli adolescenti su tematiche quali sessualità, affettività, immagine del sé, relazione tra pari, bullismo, cyber bullismo

- Informazione all'interno delle scuole per contrastare comportamenti di promiscuità sessuale e l'uso della contraccezione di emergenza (pillola del giorno dopo) e dei rischi connessi

- Consulenza ad adolescenti e genitori sulle malattie sessualmente trasmissibili, sulla cura dell'igiene intima e sulle modalità di prevenzione del papilloma virus umano o Hpv

- Creazione di spazi di incontro per i genitori, all'interno del consultorio, su temi riguardanti l'infanzia e l'adolescenza, con particolare riferimento ad alcune tematiche di difficile approccio da parte dei genitori quali quelli legati al rapporto col cibo, col proprio corpo, con la scoperta dell'altro, con l'accet-

- Consulenze prematrimoniali sulla fisiologia della riproduzione e sulla procreazione responsabile
- Informazione ed assistenza alla coppia sterile
- Informazione alla coppia in fase di separazione e divorzio
- Promozione dell'istituto dell'affido familiare e dell'adozione nazionale e internazionale
- Incremento delle competenze educative e relazionali dei genitori adottivi
- Creazione di "cultura" sulla problematica dell'accoglienza e dell'integrazione dei bambini adottati in ambito scolastico e all'interno della comunità
- Riduzione della conflittualità familiare, gestione delle situazioni di crisi e i rischi psico-sociali legate a rotture traumatiche e a fallimenti adottivi.

Sono inoltre previste attività di ascolto e consulenza psicologica e sociale, sia per i giovani con disagio, sia per i genitori in difficoltà relazionale con i propri figli; consulenze e colloqui personalizzati di supporto psicologico per la procreazione consapevole e per la prevenzione dell'interruzione di gravidanza; sostegno psicologico, sociale e pedagogico a genitori separati e divorziati, oltre a supporto psicologico, counselling e orientamento per donne e minori vittime di violenza e di maltrattamenti.

Ulteriori interventi integrati vengono espletati per creare e implementare nuovi spazi menopausa, per supportare le donne durante il parto, il puerperio, con la dimissione precoce assistita, con il coinvolgimento dei reparti di ostetricia e ginecologia delle aziende ospedaliere e soprattutto, in un'ottica di continuità assistenziale, vengono offerti interventi di assistenza domiciliare rivolti alla mamma e al nascituro durante il puerperio,

► **Segue a pagina 22**

Oovoo (www.oovoo.com) e Skype (www.skype.com) sono due programmi di chat, conferenza audio multipla e video conferenza che invece richiedono di scaricare un programma sul proprio computer. Oovoo fino ad oggi è il nostro software preferito in quanto offre una videoconferenza multipla fino a sei partecipanti e, a differenza di netmeeting, mette tutti i partecipanti sullo stesso piano con quadri video uguali per tutti e con una qualità video ottimale. Di converso, "succhia" molte risorse Ram e costringe spesso ad un upgrade del sistema in caso di computer datati. Paradossalmente i netbook, i piccoli computerini con 10 pollici di schermo, non hanno problemi, in quanto settati per un utilizzo intensivo della videocomunicazione.

Skype è il primo grande sistema di videocomunicazione, ma il

software fino a qualche tempo fa era gratuito solo per videoconferenze a due partecipanti o audiocomunicazione. Da metà febbraio 2011 invece è disponibile la versione Skype 5 anche per Mac che consente fino a 10 partecipanti in contemporanea, prescindendo dal sistema operativo utilizzato. Oovoo e Skype permettono di lavorare su un unico documento visualizzabile da tutti i partecipanti tramite la "condivisione" della scrivania. Il moderatore digita sulla tastiera, dopo il confronto con i partecipanti, il testo prescelto, sotto gli occhi di tutti. Dopo aver finito, il documento è immediatamente inviabile senza l'utilizzo della posta elettronica tramite "invio file". Ogni documento presente sul proprio Pc diventa così immediatamente condivisibile da tutti i partecipanti alla video conferenza. Ora alcune regole di "ne-

tiquette", la "buona educazione" digitale. In primo luogo è bene che ogni nuovo partecipante setti il sistema, i collegamenti tra cuffia, microfono e computer, eseguendo dei test che i sistemi permettono. Skype prevede un test tramite un contatto on line che vi parlerà in inglese lasciando il tempo per una risposta di 10 secondi; il vostro messaggio sarà registrato e riprodotto, permettendovi di verificare la qualità della ricezione e della trasmissione. Oovoo permette una verifica all'interno del sistema stesso, verificando sia la videocamera, che il microfono che l'altoparlante. Una volta avviata la comunicazione è necessaria la moderazione. Il moderatore deve fare una prima ricognizione degli argomenti da affrontare, chiedere a tutti le priorità e condurre poi la discussione in modo da risolvere la maggior parte dei pro-

blemi, definendo poi chi dovrà fornire la progressione del lavoro tramite la distribuzione dei compiti.

I partecipanti devono facilitare in tutti i modi i compiti del moderatore, soprattutto nei momenti di difficoltà tecniche o scarsa disponibilità della banda digitale. Nel caso di caduta della comunicazione del moderatore, sarà opportuno che immediatamente tutti i partecipanti si colleghino per poter essere riconvocati nuovamente dal moderatore. La videoconferenza richiede il collegamento ad un orario preciso, visto che il significato della videoconferenza consiste nel lavoro comune e condiviso, pena ricominciare daccapo ogni volta che si colleghi un nuovo partecipante.

In conclusione, il sistema di videoconferenza multiplo, insieme ai Consigli di Presidenza tradi-

zionali nella sede della segreteria nazionale Aogoi a Milano, è la migliore modalità per un processo di condivisione continuo tra i diversi attori delle attività di Agite. È certamente il modo più economico per far incontrare i colleghi di tutta Italia, ma anche il miglior modo per acquisire e distribuire compiti davanti a tutti, garantendo con il giusto timing lo sviluppo di ogni progetto. Questo però richiede che l'Italia adotti al più presto la vera banda larga, la sovrastruttura di connessione che ancora manca, così da ridurre l'impatto dei problemi tecnici che ancora gravano con discreta frequenza sul lavoro settimanale di circa 3 ore che ormai ci siamo dati come metodo dalla fine del 2010. Raggiunta l'ottimizzazione del sistema sarà nostra premura offrire anche ad Aogoi tale prezioso know-how.

Medicina della riproduzione

DIREZIONE U.O.M.R

Una competenza specifica del ginecologo

Le Unità Operative di Medicina della Riproduzione (U.O.M.R.) sono strutture complesse e iperspecializzate: le norme comunitarie le equiparano a un centro trapianti. È quindi necessario che il Governo stabilisca, una volta per tutte, che la loro direzione venga affidata a professionisti adeguatamente specializzati in tale campo, anche e soprattutto per una tutela a 360° del paziente. È quanto chiede l'Agoi, ricordando come alcune strutture – l'Università di Padova, l'Ospedale S. Paolo di Milano e l'Ospedale di Latina – abbiano già affidato la direzione delle loro U.O.M.R. ad endocrinologi ed

terrogazione scritta al ministro della Salute Fazio quali iniziative "intenda assumere il Governo a tutela dei pazienti e delle stesse unità operative di

medicina della riproduzione, che dovrebbero diventare delle unità complesse e iperspecializzate in medicina della riproduzione, pertanto dirette e

dotate di professionisti adeguatamente specializzati in tale campo, anche alla luce delle nuove disposizioni derivanti dal recepimento delle normative

europee che di fatto equiparano queste strutture per complessità organizzativa ad un centro trapianti".

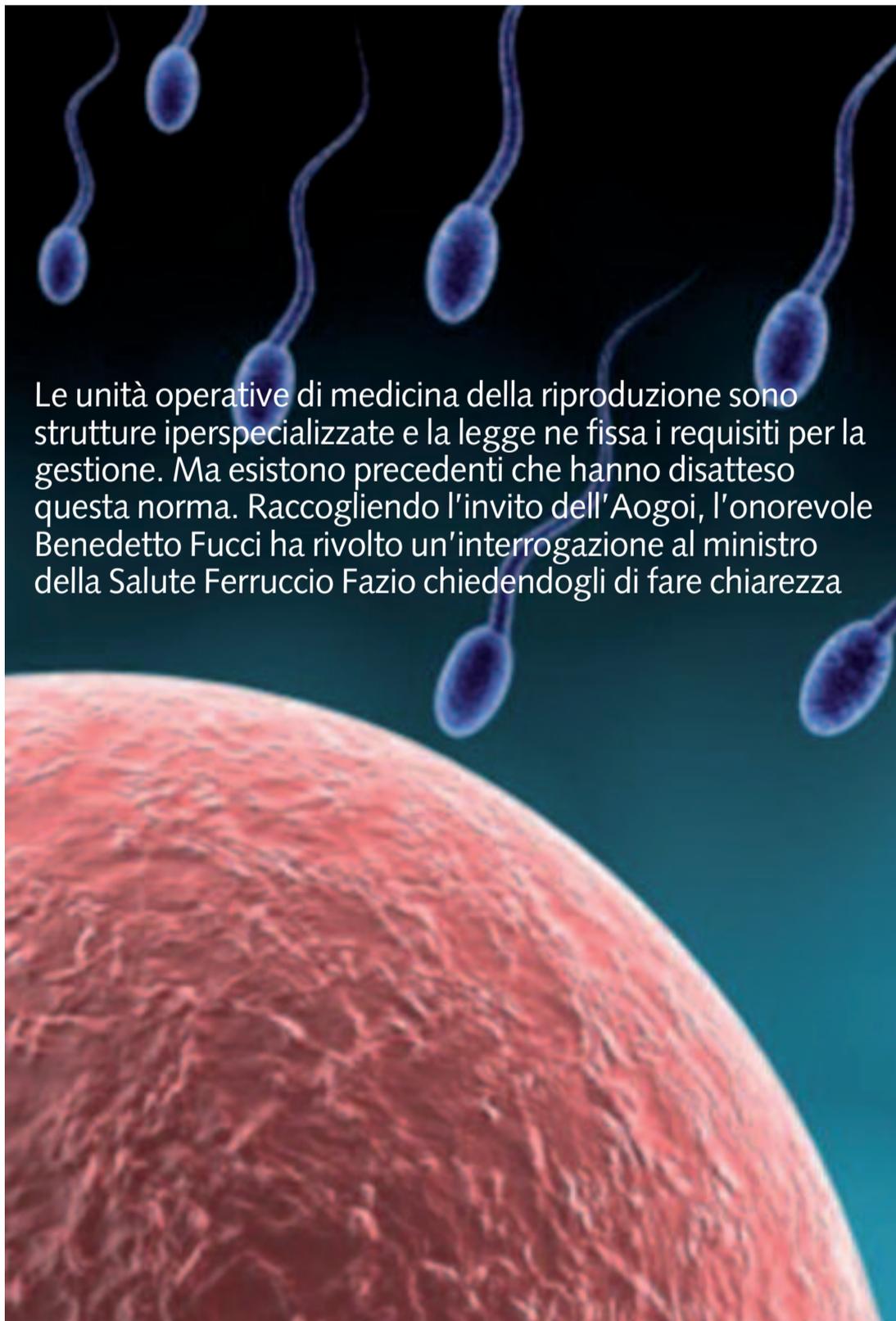
"Le attività delle Unità operative di medicina della riproduzione spaziano dalla chirurgia dell'infertilità all'endocrinologia riproduttiva, dalla ginecologia dell'adolescenza alla diagnostica ecografica, dalla terapia dell'abortività ricorrente alla genetica riproduttiva – ha sottolineato Fucci nell'interrogazione presentata il 28 febbraio scorso – e perciò sono profondamente diverse dai «centri» di procreazione medica assistita o da un ambulatorio di seminologia, che invece trattano singoli aspetti della riproduzione umana.

Per questo è opportuno che la loro direzione sia affidata a coloro che possiedono il bagaglio di conoscenze necessario per assumersi questa specifica responsabilità, cioè a chi abbia seguito il percorso formativo per la specializzazione in ginecologia ed ostetricia. La medicina della riproduzione, infatti, è una specialità di tipo chirurgico di questo settore".

Queste situazioni, ha ricordato ancora Fucci, sono tali da determinare dei precedenti pericolosi a danno dei ginecologi, indipendentemente dalle condizioni locali e dalle soggettività dei protagonisti.

Al momento già accade che, su indicazione della regione Veneto, il ruolo di coordinatore del gruppo di lavoro sulla procreazione medica assistita del tavolo tecnico della Conferenza Stato-regioni sia stato assegnato a un professionista non ginecologo. Da una situazione simile potrebbero derivare conseguenze che Fucci definisce "paradossali". In particolare, "dal tavolo tecnico della Conferenza Stato-Regioni potrebbero giungere indicazioni alle singole Regioni per l'assegnazione della gestione delle U.O.M.R. anche a specialisti in andrologia o embriologia, in difformità da quanto prescritto dalla legge n. 40 del 2004 e dal documento approvato dalla Conferenza dei presidenti delle Regioni e delle Province autonome in data 11 novembre 2004, che indica esplicitamente che la direzione delle strutture di procreazione medicalmente assistita deve essere affidata ad un ginecologo, confondendo la medicina della riproduzione con la procreazione medica assistita".

L'Agoi pertanto invita il Ministro della Salute a intervenire senza indugio per fare chiarezza, a tutela dei pazienti e delle stesse unità operative di medicina della riproduzione.



Le unità operative di medicina della riproduzione sono strutture iperspecializzate e la legge ne fissa i requisiti per la gestione. Ma esistono precedenti che hanno disatteso questa norma. Raccogliendo l'invito dell'Agoi, l'onorevole Benedetto Fucci ha rivolto un'interrogazione al ministro della Salute Ferruccio Fazio chiedendogli di fare chiarezza



Benedetto Fucci

Componente della Commissione Affari Sociali della Camera e della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario

urologi, professionisti quindi non in possesso delle competenze specifiche richieste anche dalle norme in vigore (articolo 10, legge 40/2004).

Raccogliendo le istanze della nostra associazione, il collega Benedetto Fucci, componente della Commissione Affari Sociali della Camera e della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario, ha quindi sollevato il problema delle adeguate competenze chiedendo, con un'in-

Indagine della Commissione d'inchiesta sugli errori in campo sanitario

Il taglio cesareo tra medicina difensiva e diritto penale

Giuseppe Losappio *

Tra le specializzazioni medico-chirurgiche più colpite dalla deflagrazione del contenzioso in materia sanitaria, l'ostetricia-ginecologia è sicuramente al top. L'impressione dell'overdeterrence, che oramai quasi inconsciamente tormenta l'esperienza professionale dello specialista ginecologo, è convalidata dai risultati di numerose indagini (non solo statistiche, ma anche medicolegali, giuridiche, comparativistiche ecc.), non escluse da ultimo quelle condotte dalla Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario (il gruppo di studio sui punti nascita in particolare).

Dei 55 casi di sinistri gravi/gravissimi (morte o lesioni gravissime, coma/pericolo di morte, invalidità permanente 100%), che la Commissione ha monitorato nel periodo compreso tra il 2 febbraio e la fine di settembre del 2010, in 22 casi (circa il 40% del totale, quindi) si è trattato di presunte responsabilità penali riferibili ad eventi occorsi durante la gravidanza, il travaglio o il parto (con morte o lesioni gravissime della madre, del feto e/o del neonato).

Secondo gli studiosi di medicina legale il "saldo" positivo tra specialità ginecologiche e altre specializzazioni è dovuto soprattutto a due fattori: le conseguenze dannose il nesso causale con la prestazione ostetrica sono di immediata e facile percezione anche per il profano (1); nella ginecologia-ostetrica l'attività ostetrico-ginecologica presenta un "doppio rischio", data la duplicità dei centri di interesse che coinvolge, la donna e il nascituro (2). Con specifico riferimento ai casi più gravi con la sociologia potremmo aggiungere che la modernità, radicalmente caratterizzata dalla contingenza, non riesce a sostenere la "doppia contingenza" (3) del nato-morto e, quindi, va a caccia di colpa-responsabilità (c.d. esorcismo penalistico).

In ogni caso, la sovraesposizione dello specialista ginecologo alle sequele giudiziarie dell'attività professionale innesca riflessi difensivi, evidenti soprattutto nel crescente ricorso al taglio ce-

Il ricorso al taglio cesareo, inteso come strumento di "medicina difensiva, "funziona"? L'esame di 47 sentenze della Cassazione penale, tra il 2005 e il 2010, suggerirebbe una riduzione del rischio di "condanna" all'esito del processo penale. Ma un esame più approfondito rivela una realtà più composita



sareo, anche al di fuori dei casi previsti dalle linee guida.

L'esame di 47 sentenze della Cassazione penale tra il 2005 e il 2010, come illustrato nella tabella 1, sembrerebbe evidenziare che quest'opzione determina una riduzione del rischio di essere "condannato" all'esito del processo penale.

In termini percentuali, quindi, risulta che nel caso a. 1. gli esiti sfavorevoli rappresentano il 60,8% del totale, gli esiti favorevoli il 13,04% (le prescrizioni il 26,08%); nel caso a. 2. gli esiti sfavorevoli rappresentano il 44,4% del totale, gli esiti favorevoli il 44,4 (le prescrizioni il 11,11%).

Top list dei profili di colpa

Alla luce di questi dati, inteso come strumento di "medicina difensiva", il taglio cesareo "works" (funziona) – come direbbero gli inglesi – con un termine di singolare efficacia espressiva. Un esame più approfondito delle 47 sentenze rivela, però, una real-

tà più composita.

La tabella 2 evidenzia che il profilo di responsabilità più micidiale è l'omissione, l'interruzione o (ipotesi ben diversa) l'erronea valutazione del tracciato cardiocardiografico, che nel caso di sinistro conduce ad una percentuale di condanne prossima al 100%. Solo in 11 casi (il 34,375% del totale) la colpa del sanitario è stata esclusivamente individuata nell'omessa o ritardata esecuzione del cesareo, che – bisogna sottolineare – secondo i giudici di legittimità integra per lo più un profilo di negligenza piuttosto che imperizia, con tutto quello che ne consegue sotto il profilo della "misura" della colpa.

È noto infatti che nella valutazione del cosiddetto grado della responsabilità colposa, il criterio direttivo prevalente corrisponde una (sorta di) formula di proporzionalità inversa tra "gravità della colpa" e difficoltà del caso per cui la valutazione

TABELLA 1
Sentenze relative ad "accuse" incentrate sull'omessa esecuzione del taglio cesareo e ad "accuse" di lesioni o morte verificatesi in occasione del parto nonostante l'esecuzione del taglio cesareo

A.1 (25)	Reato	Risultato	A.2 (9)	Reato	Risultato
Art. 401 c.p.	6		Art. 401 c.p.	3	
Art. 589 c.p.	9		Art. 589 c.p.	5	
Art. 590 c.p.	7		Art. 590 c.p.	1	
b.1		3	b.1		4
b.2		14	b.2		3
b.3		6	b.3		1

Legenda

- a. 1. Sentenze relative ad "accuse" (c.s.) incentrate sull'omessa esecuzione del taglio cesareo
- a. 2. Sentenze relative ad "accuse" (c.s.) di lesioni o morte verificatesi in occasione del parto nonostante l'esecuzione del taglio cesareo
- b. 1. esito favorevole (annullamento sentenza dichiarativa di responsabilità; conferma sentenza di assoluzione tranne prescrizione);
- b. 2. esito sfavorevole (conferma sentenza dichiarativa della responsabilità; annullamento di sentenza di assoluzione tranne prescrizione)
- b. 3. prescrizione

TABELLA 2

Profilo di colpa	N°	Percentuale
Omissione Interruzione Erronea valutazione Cardiotocografia	17	53,12%
Omissione Erronea valutazione Ecografia	5	15,62%
Manovre errate (es. Kristelly ovvero uso inappropriato ventose)	3	9,375%
Infusione ossiacina	1	3,125%
Omessa valutazione condizioni necessitanti il p.c. (es. macrosomia (3); protrarsi del travaglio (2); liquido amniotico di colore scuro (2); distacco placentare (1); sproporz. feto/pelvica (1); procidenza funicolo (1); distocia di spalla (1))	11	34,375%

della colpa sarà particolarmente severa (tendendo ad abbracciare la c.d. *culpa levissima*) se il "caso" era semplice e non richiedeva conoscenze, esperienze o abilità particolari; sarà meno esigente se il caso era complesso e richiedeva conoscenze, esperienze o abilità particolari, non esigibili dal professionista sottoposto al giudizio. **Y**

* *Avvocato, professore associato di diritto penale, consulente della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali*

Per saperne di più

1. Ronchi E, Scaglione M, Pifarotti G. La distocia di spalle: aspetti medico-legali. In Riv it med Leg 2000;2:481
2. Rossetti M. Errore, complicanze e fatalità: gli incerti confini della responsabilità civile in ostetricia e ginecologia. In Danno resp 2001; 12
3. Luhmann N. Beobachtungen der Moderne. Opladen 1992; p. 62

Da gennaio è operativo l'obbligo di valutazione

Stress lavoro correlato in sanità

Nicola Gasparro

Avvocato, professore Università Bari e Università "Tor Vergata" di Roma

Il D.lgs. n. 81 del 2008, il cosiddetto "Testo Unico in materia di sicurezza sul lavoro", ha riordinato e coordinato le norme concernenti la salute e la sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, prevedendone l'applicazione a tutti i settori di attività, privati e pubblici, dunque anche presso le Aziende sanitarie, e a tutte le tipologie di rischio, compreso il rischio "stress lavoro-correlato", definito come "condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o aspettative riposte in loro". In altri termini, si tratta di reazioni fisiche ed emotive alle richieste lavorative accompagnate da ansia e senso di inadeguatezza. Sicché la naturale conseguenza di una esposizione prolungata allo stress può ridurre l'efficienza sul lavoro e causare problemi di salute. È da precisare, tuttavia, che non tutte le manifestazioni di stress sul lavoro possono essere considerate come stress lavoro-correlato. Si tratta, dunque, di una patologia emergente alla quale i lavoratori possono essere esposti, le cui cause devono rinvenirsi nel contesto e nel contenuto del lavoro, e, quindi nell'organizzazione e nell'ambiente. Con la circolare del 18 novembre 2010 della Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro istituita presso il ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali sono state formulate le indicazioni metodologiche necessarie alla valutazione dello stress lavoro-correlato, per indirizzare le attività dei datori di lavoro, dei loro consulenti e degli organi di vigilanza al fine di prevenirne, accertarne, evitarne o ridurne il rischio. Tale obbligo di valutazione decorre a fare data dal 31 dicembre 2010.

Stress lavoro-correlato: chi deve valutare il rischio?

Per quanto concerne il nostro interesse alla materia, occorre rilevare che i soggetti sui quali grava la responsabilità della tutela della salute e della sicurezza dei la-

■ Gli operatori sanitari sono tra le categorie più a rischio: dai medici agli infermieri, dalle ostetriche ai semplici portantini e, in maniera più accentuata le donne. Particolarmente significativa è la situazione dei chirurghi

voratori sono il datore di lavoro e i dirigenti. Per datore di lavoro si intende il soggetto che detiene il potere e la responsabilità decisionale-gestionale e di spesa e all'interno delle Aziende della salute, tale ruolo viene ad essere rivestito non solo dal direttore generale, in quanto soggetto avente il controllo su tutta l'organizzazione amministrativa e gestionale dell'ente, ma anche dai dirigenti di struttura semplice e complessa, in quanto si tratta di dirigenti ai quali spettano poteri di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie. Ne consegue che il potere datoriale è insito nello status stesso di dirigente di struttura e, in qualità di soggetto responsa-

bile dell'organizzazione del lavoro, gli viene riconosciuto un ruolo centrale e fondamentale nella prevenzione e nella valutazione dello stress correlato. In tal senso, infatti, egli è tenuto non solo a soddisfare le non poche esigenze di servizio, ma anche a garantire e tutelare la salute del lavoratore; per cui il modello organizzativo dovrà essere gestito tenendo in primaria considerazione l'integrità psico-fisica del prestatore di lavoro. La valutazione dei rischi viene, dunque, a configurarsi quale momento di particolare rilevanza nell'attività lavorativa e diventa un'esigenza imprescindibile, connotata al ruolo stesso di datore di lavoro. Per dirigente, invece, si intende



la persona che attua le direttive del datore di lavoro organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa: funzione che, in materia di sicurezza, viene a concretizzarsi nel compito di attuare le misure di prevenzione e protezione considerate necessarie. Si precisa, però, che il concetto di dirigente qui menzionato non coincide necessariamente con il "dirigente" secondo quanto stabilito dai Ccnl e dal D. lgs. 502/92 e s.m.i.

Per quanto concerne i fattori di rischio, si evidenziano in relazione al contenuto del lavoro, i carichi e i ritmi di lavoro, l'ambiente e gli strumenti, l'orario e i turni, le funzioni, la cultura organizzativa e la corrispondenza tra le competenze dei lavoratori e i requisiti professionali richiesti; nonché, in relazione al contesto, il ruolo dell'organizzazione, la progressione in carriera, l'autonomia decisionale e controllo, i conflitti interpersonali sul lavoro, la comunicazione e l'interfaccia casa-lavoro.

Una delle categorie più esposte

L'attenzione da porre è connessa alle indagini effettuate sul tema, dalle quali è emerso che tra le categorie più a rischio risultano proprio gli operatori sanitari, dai medici agli infermieri, dalle ostetriche ai semplici portantini e, in maniera più accentuata le donne.

Particolarmente significativa è la situazione del personale medico e soprattutto dei chirurghi, in quanto, l'intensa attività lavorativa, i crescenti adempimenti burocratici, le maggiori attese dei pazienti e le forti responsabilità gravanti su di loro, producono un enorme stress, che a sua volta, pertanto, viene a causare un brusco aumento di rischio errori. La causa principale viene rinvenuta nella carenza di organico e, quindi, nell'eccessivo carico di lavoro, e in secondo luogo nei comportamenti prepotenti e nelle discriminazioni. Tenuto conto del quadro delineato, oltre al sistema sanzionatorio predisposto per la violazione degli obblighi imposti in materia di sicurezza del lavoro, viene a configurarsi come na-

Per saperne di più

- G. Veneto. Sicurezza nei luoghi di lavoro. Cacucci Editore, 2008.
- A. Belsito. Limiti ai poteri del datore di lavoro. Cacucci Editore, Bari 2006.
- N. Gasparro. Diritto Sanitario. Il sole 24 Ore, 2009
- Guida alle novità per professionisti, aziende e pubblica amministrazione, a cura di M. Gallo, Stress lavoro-correlato, Gruppo 24 ore, inserto de Il sole 24 Ore, gennaio 2011.
- N. Gasparro. Manuale del medico dirigente. Il sole 24 Ore, 2006.

turale conseguenza anche l'obbligo del risarcimento dei danni ex art. 2043 c.c. a carico del soggetto responsabile della errata gestione del lavoro.

In tal caso, il lavoratore che chieda la condanna del datore di lavoro al risarcimento del danno deve comunque fornirne la prova, costituendo ciò presupposto indispensabile per procedere ad una valutazione, anche equitativa, e la stessa può essere fornita anche mediante presunzioni.

Conseguentemente, tra le tutele non può essere trascurata la necessità di ampliare la copertura assicurativa anche in riferimento al danno da stress lavoro-correlato. In un contesto particolarmente complesso ed affollato come quello sanitario la mancata adozione degli adeguati strumenti per rimediare alla carenza di organico, che è una delle cause principali di stress lavoro-correlato, ovviamente determina la necessità di individuare il soggetto che ne è responsabile.

Sicché, un'ulteriore riduzione delle risorse disponibili provocherebbe oltre alla diminuzione della sicurezza dei pazienti sul proprio stato di salute, sia una crescente e generale sfiducia nella sanità, sia una pesante involuzione del sistema sanitario stesso. Pertanto, un approccio che tenga conto della realizzazione di un piano di prevenzione/riduzione dello stress lavoro-correlato, produrrà sicuramente non solo una maggiore tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, ma anche rilevanti benefici economici e sociali sia per le aziende sia per l'intera collettività. **Y**

IL COMMENTO
di Carlo Maria Stigliano

...mi faccia causa!

Finalmente, era ora! Non c'è dubbio alcuno e nessun possibile rinvio: dal 1° gennaio 2011 le aziende italiane, piccole e grandi, devono valutare il rischio stress all'interno della propria organizzazione lavorativa, per evitare che, in seguito a ispezioni, debbano pagare multe salate e – in qualche caso – correre anche il rischio carcere per i dirigenti. Il decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 stabilisce infatti categoricamente che con l'inizio del nuovo anno in ogni azienda pubblica o privata sia obbligatoria la rimozione di tutte le condizioni potenzialmente causa di stress lavoro-correlato. Questo perché l'omissione della prevenzione di un tale rischio all'interno di un'impresa moderna significa aver chiuso gli occhi rispetto al fatto che un la-

voratore può ammalarsi di stress, con gravi conseguenze sulla salute e serie ripercussioni sulla sfera effettiva e familiare. Ecco, appunto! Finalmente viene riconosciuto attraverso una legge dello Stato che un lavoratore "può ammalarsi di stress" per colpa del lavoro. Secondo un'indagine della Fondazione Europea per il miglioramento delle condizioni di lavoro, i cui risultati sono stati segnalati dal nostro Ministero del Lavoro, il 25% dei lavoratori europei ammette di soffrire di stress. L'Organizzazione mondiale della Sanità prevede che entro il 2020 la depressione – spesso associata a uno stile di vita stressante – sarà la principale causa di assenza sul lavoro. Ma che c'entriamo noi ginecologi con tutto ciò? C'entriamo, c'entriamo eccome! Innanzitutto ogni primario, ogni

dirigente di struttura semplice, anche facente funzione, è divenuto responsabile dell'applicazione della suddetta legge nei confronti del personale appartenente alla struttura che dirige: oggi quindi ogni dipendente deve essere tutelato da qualunque situazione lavorativa che potenzialmente possa rappresentare una causa di stress. Cause di stress? La carenza di personale che costringe i medici a fare turni impossibili, la sensazione di impotenza dinanzi alla protervia della burocrazia sanitaria, un'aggressività giudiziaria quasi da persecuzione, un'aspettativa di guarigione da parte dei pazienti vicina alla taumaturgia, i tagli alla sanità che ... lasciamo perdere! Il passo dallo stress alla depressione è assai breve: vogliamo medici (e ginecologi in particolare) a rischio depressione?



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

a quell'insieme di conoscenze, capacità cognitive, abilità operative integrate fra loro e tali da consentire di produrre determinati comportamenti organizzativi efficaci e desiderati.

L'attività professionale di Ostetrica può essere “autonoma” quando prevede l'intervento solo di personale appartenente alla categoria dell'ostetrica/o, “interdipendente”, quando si realizza con l'apporto di più operatori ognuno con la propria professionalità, competenza e responsabilità e “dipendente” quando prevede una prescrizione medica. Gli ambiti professionali di competenza dell'ostetrica sono l'Ostetricia, la Ginecologia, la Neonatologia e l'assistenza chirurgica in Sala operatoria (strumentazione in chirurgia tradizionale ed endoscopica). Il mio auspicio è che in ogni struttura ospedaliera/consultoriale/comunitaria venga prevista la sola presenza di ostetriche, ciò comporterebbe un miglioramento dell'assistenza alle utenti e anche un beneficio economico nel rapporto qualità/servizio: l'investimento fatto sulle professioniste infatti consentirebbe di recuperare 15mila posti di lavoro attualmente occupati da infermieri. Sono diversi i trial che ci indicano che se sviluppassimo questo nuovo modello professionale aumenteremmo la flessibilità lavorativa e l'autonomia che sarebbe adeguatamente supportata dal team dei ginecologi. Modificare i comuni programmi di assistenza certo implica una notevole ristrutturazione dei servizi e una diversa allocazione delle risorse ma, così facendo si otterrebbe una riduzione dei costi, come suggeriscono anche alcuni trial (*), e nel contempo una maggiore soddisfazione professionale di ostetriche e ginecologi. **Y**

Per saperne di più

(*) Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane library, n.3, 2001. Oxford: Update Software Ltd

Antonella Marchi

Presidente Associazione Italiana di Ostetricia (AIO)

Il nuovo profilo professionale delineato dal D.M. n. 740/1994, il “Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Ostetrica/o”, segna il passaggio da una professionalità sino allora basata sull'esecuzione di compiti ad una in cui l'ostetrica gestisce l'intervento assistenziale di propria competenza. La nuova normativa rafforza il concetto di autonomia professionale rimarcando che l'ostetrica è una figura in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento del medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di emergenza. Questo conferisce alle ostetriche maggiore autonomia e nel contempo maggiore responsabilità verso le utenti e verso se stesse. Il Profilo professionale, l'Ordinamento didattico, la formazione post-base, il Codice deontologico riconoscono le funzioni, ovvero il campo proprio di attività e responsabilità non più subordinato al medico, ma di confronto e cooperazione. Con la Legge 26/2/99, n. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie” viene abolita la definizione di professione sanitaria “ausiliaria” e l'Ostetrica diviene esercente di una Professione Sanitaria. La perdita dello status di ausiliaria ha dunque rafforzato il suo ruolo professionale, attribuendo nuove e più importanti responsabilità. Infatti con la legge n. 42 vengono abolite le “attribuzioni di legge” dettate nel D.P.R. 7/3/75 n. 163 e D.M. 15/9/75, rispettivamente definiti “mansionario” e “istruzioni per l'esercizio professionale”. Le mansioni erano atti che concorrevano a formare la prestazione professionale, spesso accompagnate da compiti impartiti dallo specialista ginecologo. Il 10 agosto del 2000 viene promulgata la Legge n. 251 “Disciplina delle professioni sanitarie...nonché della professione di Ostetrica” che puntualizza quanto già sancito nella Legge n. 42/99 e sottolinea che l'Ostetrica svolge con autonomia funzionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme del Profilo Professionale nonché dal Codice Deontologico e che nell'espletamento delle sue funzioni utilizza metodologie di pianificazione per obiettivi di assistenza. Questo ulteriore passaggio legislativo ha dato grande rilievo alla “competenza” ovvero

Flessibilità dei modelli lavorativi e autonomia professionale

La professionista ostetrica

Funzioni, e responsabilità del nuovo profilo professionale alla luce della più recente normativa

COMPETENZE IN AMBITO OSTETRICO

Per quanto concerne

l'assistenza in gravidanza è di sua competenza:

- la diagnosi
- la cura
- l'assistenza
- l'informazione, prevenzione, educazione sanitaria, consulenza
- la formazione (autoformazione, agli studenti, ai colleghi, al personale di supporto)
- la ricerca nel proprio ambito disciplinare
- il coordinamento delle risorse umane e materiali nell'area del D.M.I. e nell'Università
- la gestione dell'intervento di propria competenza
- la gestione dei sistemi complessi quali il servizio infermieristico ed ostetrico
- la consulenza gestionale nell'ambito dei servizi ostetrici
- la gestione di strumenti operativi
- la progettazione di metodologie, di strumenti e di modelli assistenziali innovativi
- il clinical audit delle cure ostetriche
- la consulenza preconcezionale
- la diagnosi di gravidanza
- la gestione autonoma della gravidanza fisiologica: assistenza, cura della gestante, controllo/valutazione del benessere materno-fetale, diagnosi di eventi borderline per i quali tenta di mettere in atto comportamenti per ripristinare la fisiologia
- l'individuazione precoce di fattori di rischio materno-fetali (azioni di prevenzione primaria) e riconoscimento precoce di segni e sintomi (prevenzione secondaria)
- nella patologia chiede l'intervento del medico specialista con il quale collabora attraverso il piano di assistenza e cura (processo della Midwifery Care)

- la gestione della cartella ostetrica
- il sostegno/supporto alla coppia
- l'informazione/educazione sanitaria e counselling
- la gestione del percorso nascita attraverso corsi in gravidanza e di preparazione al parto
- il counselling/educazione sessuale: maternità e paternità responsabile
- la pratica delle inderogabili misure di emergenza in assenza del medico

Per quanto concerne

l'assistenza nel corso del parto è di sua competenza:

- la gestione autonoma del parto spontaneo, compresa la pratica dell'episiotomia; sutura di lacerazioni di 1° e 2° grado
- l'assistenza al parto podalico
- gestione della cartella ostetrica e del partogramma
- la diagnosi delle anomalie del travaglio di parto con richiesta di intervento dello specialista
- l'assistenza e cura alla partorienta affetta da patologia ostetrica, nelle distocie del parto e collaborazione con il medico negli interventi
- la pratica delle inderogabili misure di emergenza in assenza del medico
- la gestione delle procedure giuridico-amministrative relative al riconoscimento del figlio

Per quanto concerne

l'assistenza nel corso del puerperio è di sua competenza:

- la gestione della puerpera nel post-partum e nel puerperio fisiologico
- la diagnosi precoce delle anomalie
- la collaborazione con lo specialista nelle patologie
- il sostegno alla donna in allattamento
- l'informazione/educazione in merito alle cure da prestare al neonato

- il recupero delle funzioni pelviperineali nel post-partum
- l'assistenza e cura al neonato
- la valutazione dello stato di benessere
- valutazione e individuazione della depressione post natale
- la gestione della cartella della puerpera e del neonato
- l'individuazione precoce di eventuali anomalie (diagnosi) e richiesta di intervento medico
- il sostegno alla famiglia
- la pratica delle inderogabili misure di emergenza in assenza del medico

COMPETENZE IN AMBITO GINECOLOGICO

Per quanto concerne

l'assistenza in ambito ginecologico è di sua competenza:

- la prevenzione primaria e secondaria dei tumori dell'apparato genitale femminile
- l'educazione sanitaria/sessuale alla persona, coppia, famiglia e collettività
- la rieducazione pelviperineale (dopo il parto, in premenopausa, etc...)
- la gestione ed assistenza alle donne in menopausa
- la consulenza alle donne con problematiche ginecologiche
- l'individuazione di anomalie a carico dell'apparato genitale e richiesta di intervento medico
- l'assistenza pre-operatoria/intra e post-operatoria negli interventi ginecologici
- strumentazione tradizionale ed endoscopica in ostetricia e ginecologia
- l'assistenza alla donna con patologie infettive dell'apparato genitale (in tal caso l'Ostetrica è obbligata a non occuparsi dei neonati)
- l'assistenza alla donna-coppia con problematiche di infertilità/sterilità: competenza bioetica come indispensabile complemento della professione ostetrica.

Responsabilità professionale in ostetricia

La prevenzione del parto pretermine

Alcuni spunti di riflessione per il ginecologo riguardo un capitolo di patologia che richiede un'attenta valutazione di ogni singolo caso, in particolare sotto il profilo medico-legale

Pier Francesco Tropea

Il tema di responsabilità professionale ostetrico-ginecologica, la multiformità dei quadri clinici rende ragione della varietà delle pronunce giurisprudenziali che conducono all'affermazione di una colpa medica, e ciò indipendentemente dagli orientamenti dei giudici che possono essere divergenti anche in circostanze di fatto del tutto analoghe.

L'esame della casistica giudiziaria conduce a constatare che, nell'ambito della presunzione di una colpa medica, la maggiore difficoltà per il giudice concerne la definizione di una responsabilità del sanitario per omissione, nel senso che il magistrato deve pervenire al convincimento che l'intervento del medico, in realtà omesso, avrebbe evitato con ragionevole certezza, il verificarsi dell'evento dannoso.

In campo ostetrico, uno degli eventi suscettibili di conseguenze dannose è costituito dal parto prematuro e ciò in ragione non soltanto del rischio di morte fetale, il cui tasso di incidenza risulta evidentemente rapportato all'età gestazionale del neonato, ma anche in relazione agli esiti neurologici che il prematuro, recuperato alla vita con l'ausilio delle tecniche rianima-



Botticelli, La Madonna del Melograno

torie, può presentare a breve o a lungo termine.

Va precisato preliminarmente che la difficoltà di pervenire ad un'affermazione di colpa del ginecologo circa una mancata prevenzione di un parto prematuro è inerente non soltanto alla mancata attuazione in questi casi dei presidi terapeutici atti ad evitare l'evento parto pretermine, ma anche alla multiformità dei fattori patogenetici che possono provocare un parto prematuro, i più importanti dei quali sono costituiti dalle infezioni, dalle malformazioni ute-

rine, dai fibromi dell'utero; prescindendo dalla componente essenziale dell'ipercontrattilità uterina, la cui genesi endogena rimane tuttora di non facile definizione.

Prevedibilità dell'evento e condotta omissiva

In tali circostanze la sorte del ginecologo inquisito si basa sulla conferma o meno della prevedibilità dell'evento dannoso (costituito dal parto pretermine, con le sequele fetali di cui si è detto) e dall'eventuale, mancato intervento attivo del gineco-

logo atto a prevenire il danno conseguente.

È ben noto che l'incidenza del parto prematuro e la sua prognosi si sono drasticamente ridotte negli ultimi decenni in conseguenza, da un lato, del ricorso all'intervento di cerchiaggio cervicale (volto a trattare l'insufficienza cervico-istmica quale causa di aborto del 2° trimestre di gravidanza) e, dall'altro, in rapporto con la prevenzione e il trattamento delle infezioni incidenti in gravidanza, considerate con discreta incidenza la causa efficiente dell'evento interruzione pretermine della gestazione.

La definizione dei suddetti fattori patogenetici potenzialmente agenti nel determinismo del parto prematuro è compito fondamentale del ginecologo, la cui negligenza nel condurre questo tipo di indagine può comportare per il medico il rischio di dover rispondere del proprio comportamento professionale.

Per quanto concerne l'insufficienza cervico-istmica e il suo trattamento, due sono i dati fondamentali per decidere il ricorso a un cerchiaggio nel corso della gravidanza: l'uno clinico-anamnestico, l'altro clinico-strumentale.

Il primo elemento concerne i casi in cui nell'anamnesi della gestante figura una pregressa gravidanza esitata in aborto tardivo o in un parto prematuro: in questi casi deve essere tenuta in considerazione l'opportunità di praticare un cerchiaggio profilattico, ove sia stato possibile escludere l'incidenza di altri fattori nel determinismo dell'episodio interruzione pregresso. Da un punto di vista medico-legale, il mancato ricorso al cerchiaggio senza tener conto del dato anamnestico specifico, può di per sé far configurare l'ipotesi di una colpa professionale del ginecologo per omissione.

Il secondo dato diagnostico riguarda l'odierna possibilità di porre diagnosi cervico-istmi di insufficienza cervico-istmica attraverso la misurazione ecografica della lunghezza del collo uterino, senza peraltro trascurare le risultanze di una visita ostetrica vaginale che può consentire il riscontro di una beanza cervicale in atto.

In quest'ultimo caso un intervento di cerchiaggio cervicale praticato "a caldo" (cioè anche quando si riscontri una protrusione del polo inferiore del sacco amniotico attraverso l'istmo beante) presenta buone probabilità di successo terapeutico in termini di prosecuzione della gravidanza fino ad un'epoca di sicura sopravvivenza del feto.

Anche questa omissione può costituire elemento di colpa medica nel caso di interruzione precoce della gravidanza con decesso del neonato immaturo.

Sul piano del trattamento medico, è da sottolineare l'importanza del ricorso di una tocolisi e alla corticoterapia, quest'ultima considerata alla stregua di terapia irrinunciabile ai fini della prevenzione della malattia della membrana ialina neonatale.

Tutti gli elementi sopradetti hanno rappresentato il presupposto su cui è stata ritenuta valida l'ipotesi di una colpa del ginecologo in un caso illustrato recentemente nella letteratura giurisprudenziale concernente la responsabilità professionale.

Nell'evidenza sopra citata, è stato anche fatto carico al ginecologo di aver omesso di praticare una visita della paziente per via vaginale, essendo stato ritenuto valido il reperto fornito dall'ostetrica di turno, le cui attribuzioni debbono limitarsi, come è noto, al controllo della gravidanza fisiologica, mentre al medico specialista è demandato il compito di trattare i quadri di patologia ostetrica.

In sostanza, secondo gli attuali orientamenti della giurisprudenza, se il ginecologo, di fronte ad una gestante potenzialmente portatrice di un'insufficienza cervico-istmica, non procede agli accertamenti specificatamente indicati e al trattamento profilattico conseguente, con particolare riguardo all'esecuzione di un cerchiaggio cervicale e se, da tali omissioni, derivi un evento dannoso neonatale legato ad un'interruzione abortiva o fortemente pretermine della gravidanza, il ginecologo potrà essere chiamato a risponderne in sede giudiziaria civile, in termine di risarcimento del danno, così come è avvenuto nel caso da noi citato. **Y**

► **Segue da pagina 17**

per promuovere l'allattamento al seno e per la prevenzione della depressione post-partum. Assume grande importanza anche l'intervento di mediazione culturale con il sostegno all'integrazione sociale dei migranti con riferimento allo studio dei loro bisogni socio-sanitari. Per tale motivo l'attività dei Consulteri verrà proiettata all'esterno attraverso la mediazione delle operatrici del Consultorio e con l'ausilio di una guida multilingue, al fine di creare una piattaforma per il dialogo tra istituzioni e autorità pubbliche a tutti i livelli. I Consulteri devono inoltre istituire un "Punto di Ac-

cordo" per la mediazione familiare per la risoluzione condivisa dei conflitti tra i coniugi all'interno della famiglia e delle problematiche legate a condizioni di separazione, divorzi e affidamento dei figli, con interventi educativi finalizzati alla prevenzione o al recupero di situazioni di disagio psico-sociale di minori e del loro nucleo familiare. I destinatari delle attività, che verranno accompagnate da pubblicizzazione, promozione e disseminazione dei risultati, sono: 700 Donne, 250 coppie, 1000 minori e 200 immigrati. L'Asp di Messina, in collaborazione con l'Istituto d'Istruzione superiore "Antonello" e l'Asso-

ciatione "AllPeople Onlus", si attiveranno nelle varie attività di monitoraggio, valutazione e verifica per l'implementazione del progetto stesso. La rete di partneriato comprende 7 licei, scelti tra la zona Metropolitana e Jonica, e un'Associazione Onlus "Per te donna" di Messina, che ha sempre collaborato con gli operatori sociosanitari dell'Asp. Il Progetto "Open Space" dà inizio ad una esperienza innovativa di riqualificazione dei Consulteri di Messina, che in passato sono stati spesso gestiti da politiche che li hanno resi più simili ad ambulatori, in grado di rispondere ad esigenze sanitarie ma non di salute. Il Consultorio

ha un patrimonio unico da non disperdere, rappresenta il sistema sanitario del futuro, è una struttura "di quartiere", il primo e fondamentale osservatorio della realtà sociosanitaria del territorio. È un prezioso avamposto per l'analisi dei bisogni, e quindi per la pianificazione di interventi, per l'elaborazione di strategie per la salute della donna e della famiglia. È ad un nuovo tipo di donna che il Ssn vuole dare risposte, affermando il concetto di salute non più inteso come assenza di malattia, ma come promozione del benessere. La donna in salute infatti, è una grande risorsa e un valore aggiunto per il Paese: ha la re-

sponsabilità della casa, della famiglia, è pilastro della sanità in quanto creatrice di nuova vita. Investire nella promozione della salute delle donne, dunque, significa investire nel benessere della società e della famiglia. Donna, coppia, minori e famiglia, seguiti dagli operatori familiari dei Consulteri, possono essere cerniera tra ospedale e territorio.

Per produrre salute è necessaria una politica programmata sui bisogni, che non eluda quindi le aspettative della comunità, garantendo il miglioramento della qualità della vita, a fronte delle ingenti somme di denaro investite. **Y**

Obbligo di trasmissione telematica dei certificati di malattia

Certificati on line: ridimensionate le sanzioni

Carmine Gigli
Presidente FESMED

La circolare n. 1/2011, del 23 febbraio 2011, emanata dal Dipartimento della Funzione Pubblica, ha ridimensionato la questione delle sanzioni, previste in caso di mancata trasmissione telematica dei certificati e degli attestati medici per la giustificazione delle assenze per malattia. La trasmissione per via telematica dei certificati di malattia, introdotta dalla legge 183/2010 (vedi nel riquadro), dopo un periodo transitorio è divenuta obbligatoria a partire dal 31 gennaio 2011, creando scompiglio in gran parte della classe medica. La circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica chiarisce che l'illecito disciplinare si configura solo in caso di inosservanza dell'obbligo di trasmissione del certificato per via telematica, se si associa l'elemento soggettivo del dolo o della colpa. Di conseguenza, in caso di malfunzionamento del sistema il medico non può essere considerato colpevole. In ogni caso, le eventuali san-

La responsabilità dei medici per violazione normativa risulta esclusa "nei casi di malfunzionamento del sistema generale" e di "guasti o malfunzionamenti del sistema utilizzato dal medico". È quanto ribadisce la terza circolare in materia di trasmissione telematica dei certificati per malattia firmata dal ministro Renato Brunetta, su cui però le Regioni hanno avanzato dei rilievi

zioni non potranno essere applicate automaticamente, ma ricadranno sotto la normativa dei procedimenti disciplinari, previsti dai contratti di lavoro e dalle convenzioni. La circolare precisa inoltre che i documenti relativi al ricovero e alla dimissione dagli Ospedali, compresa la prognosi post-ricovero, continueranno ad essere rilasciati in forma cartacea, sino alla "attuazione di idonee soluzioni". Di parere diverso è la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, il cui presidente Vasco Errani, il 3 marzo 2011, ha scritto ai ministri competenti sollevando una serie di rilievi su come è stata gestita la questione della trasmissione telematica dei certificati di malattia e dopo aver avanzato delle richieste, articolate in cinque punti (vedi documento), conclude dicendo che senza il completamento di dette attività, da parte dei ministeri in-

teressati, il sistema sanzionatorio non potrà essere applicato. Il conflitto che si è creato fra le Regioni e il Governo, il ministro Brunetta in primis, è l'inevitabile conseguenza del modo con cui il Ministro ha gestito questa materia, almeno sino alla scadenza del 31 gennaio scorso, salvo rendersi conto a questo punto che non avrebbe potuto perseguire un numero così elevato di medici, i quali risultavano inadempienti loro malgrado, poiché nella maggior parte dei casi era il sistema che non permetteva loro di trasmettere i certifica-

ti malattia. È importante tenere presente che le varie circolari ministeriali e il documento delle Regioni non modificano la legge e i medici inadempienti possono essere chiamati a rispondere per non aver trasmesso per via telematica i certificati di malattia. Per questo motivo è importante che in caso di contestazione si facciano trovare pronti e possano portare a loro discolta la prova che hanno cercato di osservare la legge ma non hanno potuto farlo per cause dipendenti dal sistema e non dalla loro volontà. **Y**



Circolare n.1 2011 DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA

Di seguito un estratto della Circolare n.1 2011 con le ulteriori indicazioni operative relativamente all'avvio del sistema di trasmissione telematica dei certificati e degli attestati medici per la giustificazione delle assenze per malattia dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni. Il testo integrale è disponibile su www.fesmed.it

2. La responsabilità specifica per violazione della normativa in materia di trasmissione telematica dei certificati

Come accennato, con le menzionate circolari n. 1 e 2 sono state fornite informazioni anche relativamente alle sanzioni previste per l'inosservanza degli obblighi di trasmissione per via telematica dei certificati (rispettivamente ai paragrafi 6 e 4). In questa sede giova ribadire che affinché si configuri un'ipotesi di illecito disciplinare devono ricorrere sia l'elemento oggettivo dell'inosservanza dell'obbligo di trasmissione per via telematica sia l'elemento soggettivo del dolo o della colpa. Quest'ultimo, in particolare, è escluso

nei casi di malfunzionamento del sistema generale, guasti o malfunzionamenti del sistema utilizzato dal medico, situazioni che debbono essere considerate dalle aziende sanitarie e dalle altre strutture interessate ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare. Pertanto, la contestazione dell'addebito nei confronti del medico dovrà essere effettuata soltanto se dagli elementi acquisiti in fase istruttoria, anche mediante consultazione del cruscotto di monitoraggio reso disponibile dal SAC (sistema di accoglienza centrale), descritto al successivo paragrafo 3, risulti che non si sono verificate anomalie di funzionamento. Inoltre, l'applicazione delle san-



Art. 55-septies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, introdotto dall'art. 69 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 - trasmissione per via telematica dei certificati di malattia. Ulteriori indicazioni

Legge 4 novembre 2010, n. 183

Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro.

Art. 25 Certificati di malattia

1. Al fine di assicurare un quadro completo delle assenze per malattia nei settori pubblico e privato, nonché un efficace sistema di controllo delle stesse, a decorrere dal 10 gennaio 2010, in tutti i casi di assenza per malattia dei dipendenti di datori di lavoro privati, per il rilascio e la trasmissione della attestazione di malattia si applicano le disposizioni di cui all'articolo 55-septies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. (comma 2. In tutti i casi di assenza per malattia la certificazione medica è inviata per via telematica, direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria che la rilascia, all'Istituto nazionale della previdenza sociale, secondo le modalità stabilite per la trasmissione telematica dei certificati medici nel settore privato dalla normativa vigente....)

zioni deve avvenire in base ai criteri di gradualità e proporzionalità secondo le previsioni degli accordi e contratti collettivi di riferimento. Ciò vale anche nei casi di reiterazione della condotta illecita, per i quali l'art. 55 septies, comma 4, del d.lgs. n. 165 del 2001 prevede la sanzione del licenziamento per il dipendente pubblico e della decadenza dalla convenzione per il medico convenzionato. In proposito, si rammenta che la reiterazione è da intendersi come recidiva ovvero irrogazione di successive sanzioni a carico di un soggetto già sanzionato per la violazione dell'obbligo di trasmissione telematica dei certificati. La valutazione circa l'irrogazione delle sanzioni più gravi del licenziamento e della decadenza dalla convenzione va effettuata tenendo conto dei menzionati criteri di gradualità e proporzionalità, in base alle previsioni degli accordi e contratti collettivi di riferimento, che consentono di modulare la gravità della sanzione anche nelle ipotesi di reiterazione. A tal riguardo è inoltre opportuno segnalare che i con-

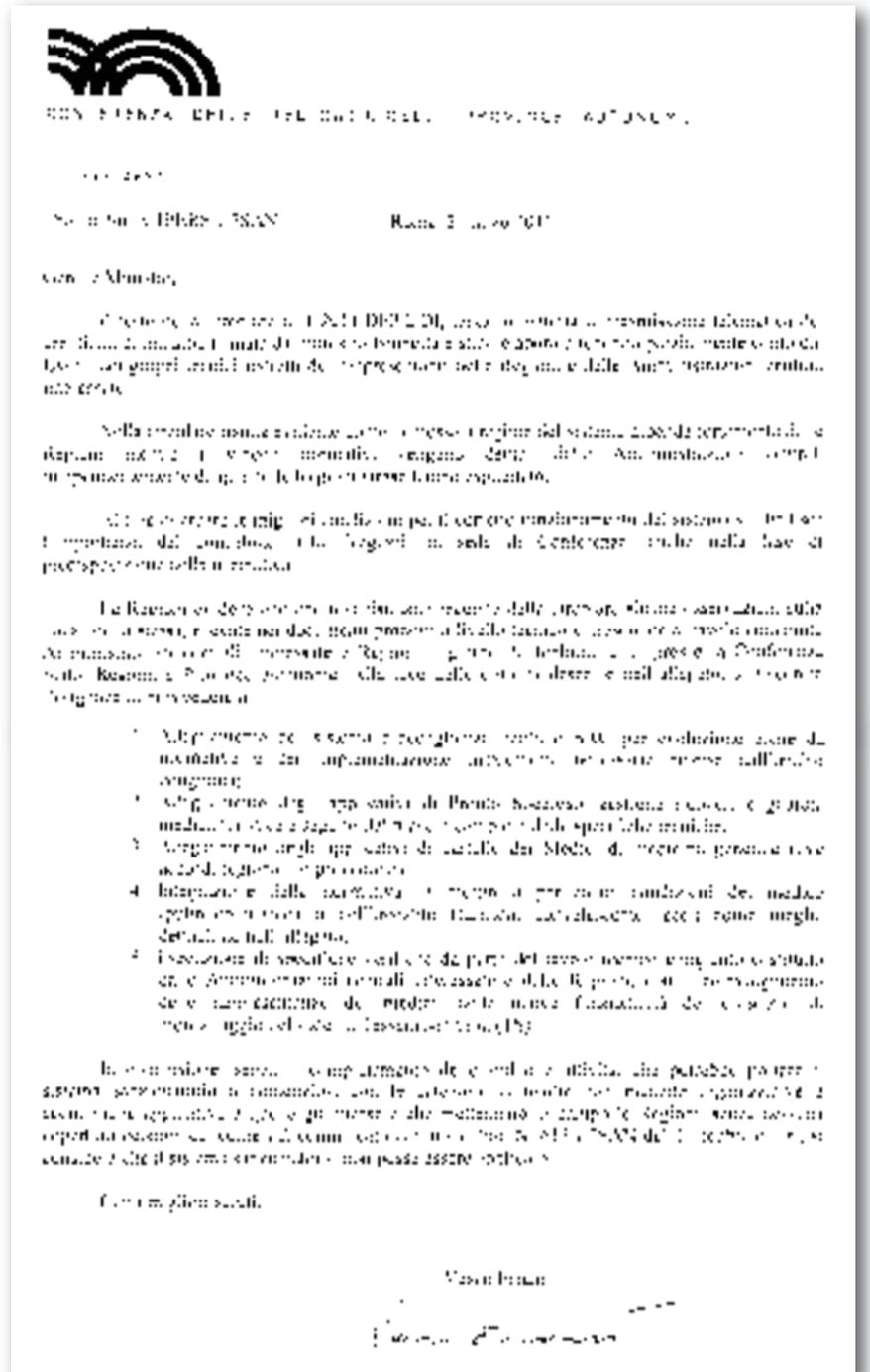
tratti collettivi di riferimento prevedono delle clausole di salvaguardia nei confronti dell'incollato, secondo le quali, decorso un certo periodo di tempo, non può tenersi conto, ai fini di altro procedimento disciplinare, delle sanzioni disciplinari già irrogate (art. 7 CCNL del 6 maggio 2010 per la dirigenza medica e veterinaria, area IV, che prevede il termine del biennio; art. 30 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 20 gennaio 2005, come modificato dall'Accordo del 27 gennaio 2009, e art. 27 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni del 9 febbraio 2005, come modificato dall'Accordo del 27 maggio 2009, che prevedono termini anche ancorati alla gravità dell'infrazione). Sarà, comunque, cura delle Regioni, eventualmente tramite la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, e della Conferenza Stato - Regioni, anche sentendo le rappresentanze dei medici, adottare gli opportuni provvedimenti per la regolamentazione degli aspetti procedurali e di dettaglio legati ai procedimenti disciplinari, al fine di assicurare l'omogeneità di comportamento sul territorio nazionale. In tale ambito, particolare attenzione dovrà essere dedicata alle verifiche tecniche in ordine al funzionamento della rete e di tutti i supporti hardware e software, che rappresentano il presupposto per la valutazione della sussistenza delle condizioni per l'avvio di procedimenti disciplinari e per il superamento delle criticità e problemi già segnalati dai tavoli tecnici. Più a monte, lo stesso funzionamento del sistema è naturalmente condizionato dalla messa a disposizione degli strumenti tecnici e delle apparecchiature necessari in ogni struttura e presidio pubblico interessato dal pro-

cesso, che per la sua attuazione richiede l'attiva collaborazione ed iniziativa di tutti gli enti istituzionalmente coinvolti. Per quanto riguarda i professionisti convenzionati, si potrà valutare anche in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e di Conferenza Stato - Regioni l'opportunità di integrare gli Accordi collettivi nazionali vigenti per la definizione di quanto chiarito al presente paragrafo. Al fine di agevolare l'applicazione della nuova procedura, le Regioni possono individuare specifiche strutture o servizi per i quali ritengono non sussistere, per periodi limitati di tempo, le condizioni tecniche necessarie all'avvio di procedimenti disciplinari. Ciò anche per evitare che le procedure di certificazione possano interferire negativamente con l'attività clinica o determinare un utilizzo inappropriato dei servizi. Inoltre, allo scopo di perseguire uno sviluppo graduale, armonico e condiviso, si raccomanda la continuazione delle attività del tavolo tecnico congiunto Amministrazioni centrali - Regioni, con il coinvolgimento delle rappresentanze dei medici, ai fini della verifica, del monitoraggio e dell'implementazione delle procedure per la trasmissione telematica delle certificazioni di malattia, raccomandando alle Regioni il massimo coinvolgimento delle medesime rappresentanze lì dove, in sede locale, siano costituite commissioni tecniche per le stesse finalità. Si segnala che non sussiste responsabilità del medico che redige un certificato in forma cartacea nelle "aree di esenzione", che sono state indicate nella circolare n. 2 al paragrafo 2 (per le sezioni: 2.1 "I dipendenti della pubblica amministrazione interessati" e 2.2 "I medici obbligati all'utilizzo del sistema di trasmissione telematica") sino a quando non sarà comunicato un mutamento della situazione per interventi di natura tecnica ed orga-

nizzativa che potranno essere effettuati rispetto al sistema vigente. Per quanto riguarda la trasmissione telematica della certificazione di malattia dalle strutture di pronto soccorso, le strutture ospedaliere individuano le soluzioni tecniche e organizzative più idonee a garantirne l'applicabilità, sulla base delle indicazioni regionali, utilizzando i servizi resi disponibili dal SAC, tra i quali il sistema WEB, ovvero tramite integrazione dei propri applicativi con il sistema SAC, in modo che il certificato di malattia possa essere predisposto e inviato da parte del medico contestualmente alla compilazione del verbale di pronto soccorso. Per quanto riguarda i documenti elaborati dagli ospedali al momento del ricovero e della dimissione, eventualmente con prognosi post ricovero, le problematiche sono state discusse nell'ambito del menzionato tavolo congiunto Amministrazioni centrali - Regioni, con la valutazione di iniziative tecniche ed organizzative necessarie per la loro gestione nell'ambito del sistema di trasmissione telematica che saranno implementate nei prossimi mesi con la collaborazione dei soggetti istituzionali interessati. Pertanto, si-

Circolare Brunetta: le Regioni non sono d'accordo

Il testo della lettera che il presidente della Conferenza delle Regioni e delle province autonome, Vasco Errani, ha inviato il 3 marzo 2011, ai ministri competenti, sollevando una serie di rilievi articolati in cinque punti. Il testo è scaricabile dal sito www.fesmed.it



Difendiamo, insieme, le nostre pensioni



■ Sicuramente moltissimi di coloro che ci leggono portano sulle spalle il peso delle problematiche esistenziali e mediche che affliggono i loro genitori nel quarto ventennio della vita: dai deficit motori e mentali, alle perdite più o meno gravi della memoria fino alle varie forme di demenza senile. Alcuni si prendono in casa il genitore, specie se rimasto solo, o cercano di aiutarlo a continuare la propria vita nella casa dove ha sempre vissuto. Solo pochi però pensano al loro futuro. Un futuro che ci prospetta una vita senz'altro più lunga, ma anche una condi-

zione di precarietà, in termini di salute, economici ed affettivi. Un quadro troppo pessimista? Direi di no, il mio piuttosto vuole essere un richiamo a pensare concretamente a quella che po-

trebbe invece diventare l'età d'oro della nostra esistenza. E allora? Se non adesso, mai. Un piccolo gruppo di dinamici vegliardi, riunito nella FEDERSPEV, combatte da anni non so-

lo per la difesa del valore economico delle pensioni (da qualsiasi ente erogata), ma per dare dignità, gusto di vivere e protagonismo alla quarta età. Questa associazione, che riunisce i pensionati laureati in medicina, farmacia e veterinaria conta oggi 18 mila iscritti ma punta almeno ai cinquantamila. La FEDERSPEV mira a irrobustirsi e rinnovarsi, con l'apporto non solo dei pensionati ma di tutti coloro che hanno a cuore le loro future pensioni, che pensano fattivamente al proprio futuro. Se avete oltre 65 anni, se siete pensionati Enpam (anche

se attivi nella attività medica) iscrivetevi alla FEDERSPEV. Per pianificare un futuro più roseo occorre dare spazio a forme associative!
Romano Forleo

Premio di pittura

Nel corso del Congresso nazionale Federspev, che si svolgerà ad Abano Terme dal 22 al 25 maggio, si terrà una mostra di pittura e scultura. Ogni iscritto Federspev potrà esporre al massimo due opere. Al termine dei lavori sarà consegnato un premio frutto delle scelte dei partecipanti. Per informazioni potete contattare direttamente il professor Forleo, organizzatore della mostra: rcforleo@mlink.it

FEDERSPEV

Via Ezio, 24 - 00192 Roma
Tel. 06.322.10.87
06.320.34.32
06.3208812
Fax 06.322.43.83
www.federspev.it
federspev@tiscalinet.it

a cura della Segreteria Nazionale Aogoi

Negli ultimi anni è stata posta attenzione all'utilizzo di lattobacilli, in particolare in associazione con l'estriolo, per il trattamento delle vaginosi/vaginiti o come profilassi per l'insorgenza di vaginosi/vaginiti in corso di trattamento antibiotico sistemico e delle recidive delle infezioni da candida (Feiks A, Grünberge Wr. 1991; Ozkinay E et al, 2005; Parent D et al, 1996).

Pochi dati sono tuttavia disponibili relativamente alla loro efficacia nella routine clinica, al di fuori di studi clinici randomizzati formali, ove l'attenzione del ricercatore e della donna nell'utilizzo di tali preparati è maggiore.

Vi è quindi la necessità di ottenere dati dalla comune pratica clinica. In questa prospettiva è stato condotto uno studio osservazionale prospettico.

METODI

Lo studio è uno studio di coorti parallele prospettico.

Le donne da includere nello studio dovevano avere un'età >18 anni ed essere osservate presso i centri partecipanti per uno dei seguenti motivi:

- vaginosi batterica (positività a 3 su 4 criteri di Amsel o valore dello score di Nugent pari a 7-10)
- vaginite atrofica postmenopausale (presenza di "discomfort" vulvovaginale e/o dispareunia)
- prevenzione delle infezioni vaginali in corso di terapia antibiotica sistemica (penicilline, macrolidi, betalattamici, cefalosporine, fluorchinolonici)
- prevenzione delle recidive delle infezioni da candida in donne che riportavano due o più episodi di vulvovaginiti da candida nel corso dell'ultimo anno (con diagnosi clinica e/o microbiologica).

Sono stati incluse in studio ed arruolate in due coorti parallele donne che utilizzavano o non utilizzavano lattobacillo acidofilo ed estriolo.

Il medico sperimentatore ha reclutato in modo consecutivo tutte le donne osservate dalla attivazione dello studio che risponderanno ai criteri di ingresso in studio.

L'utilizzo del lattobacillo acidofilo ed estriolo, se presente, doveva precedere il reclutamento di non più di 6 giorni. La decisione di iniziare il trattamento doveva essere già stata presa prima ed indipendentemente dall'inizio dello studio.

Si è scelto di disegnare uno studio osservazionale al fine di non

Studio AOGOI sull'utilizzo del lattobacillo acidofilo ed estriolo

Vaginiti & vaginosi: i benefici effetti del lattobacillo

Studio osservazionale prospettico sull'utilizzo di lattobacillo acidofilo ed estriolo in donne con vaginosi batterica e vaginite atrofica postmenopausale e nella prevenzione delle infezioni vaginali in corso di terapia antibiotica sistemica e delle recidive delle infezioni da candida



interferire con la pratica clinica ed ottenere di conseguenza un dato non viziato dell'impatto del trattamento nella routine clinica.

L'utilizzo di lattobacillo acidofilo

ed estriolo 30 mcg doveva avvenire in accordo alla scheda tecnica.

Le donne incluse in studio hanno dato il loro consenso informato scritto.

Schemi di trattamento

Lo studio era prettamente osservazionale ed ogni centro poteva trattare le condizioni cliniche sulla base delle proprie abitudini. Tuttavia i Centri parteci-

panti avevano concordato schemi di trattamento simili in caso di utilizzo di lattobacillo acidofilo ed estriolo 30 mcg.

Vaginosi batterica

Lattobacillo acidofilo ed estriolo 30mcg die per 6 giorni

Vaginite atrofica

Lattobacillo acidofilo ed estriolo 30 mcg die per 12 giorni seguito da terapia di mantenimento: lattobacillo acidofilo ed estriolo 30 mcg per 2 giorni a settimana

Prevenzione delle infezioni vaginali in corso di terapia antibiotica sistemica

Lattobacillo acidofilo ed estriolo 30mcg per 6 giorni

Prevenzione delle recidive delle infezioni da candida

Lattobacillo acidofilo ed estriolo 30 mcg die per 6 giorni seguito da terapia di mantenimento con lattobacillo acidofilo ed estriolo 30 mcg die per 3 giorni dopo ogni ciclo mestruale.

Il periodo di osservazione prevedeva, a seconda della condizione clinica, un follow-up a 15 giorni (per le donne entrate in studio per vaginosi batterica in atto) o ad uno e 4 mesi (la visita a 4 mesi non era prevista per le donne entrate in studio con indicazione prevenzione delle infezioni vaginali in corso di terapia antibiotica sistemica).

RISULTATI

Nell'ambito di una vasta esperienza clinica, condotta dai 314 centri partecipanti sull'utilizzo di lattobacillo acidofilo ed estriolo nel trattamento e prevenzione di patologie infettive vaginali e dell'atrofia vaginale post menopausale, sono state analizzate le informazioni raccolte su un campione di 949 donne per le quali era disponibile la scheda clinica. Di queste, 362 erano trattate con lattobacillo acidofilo ed estriolo all'ingresso in studio. La loro distribuzione in accordo all'indicazione al trattamento è presentata in tabella 1.

Trattamento della vaginosi batterica

La tabella 2 presenta le caratteristiche delle donne incluse nel gruppo trattamento della vaginosi batterica, mentre la tabella 3 mostra i risultati relativi alla visita di follow up a 15 giorni. Il gruppo trattato ha mostrato una minor frequenza di infezioni definite su base clinica rispetto a quello non trattato.

Vaginite atrofica

La tabella 4 mostra le caratteristiche delle donne entrate in studio per vaginite atrofica. La tabella 5 mostra i risultati relativi alla visita di follow up a uno e 4 mesi rispettivamente. Non si osserva nessuna differenza nella presenza di secchezza vaginale moderata/severa nei due gruppi.

Prevenzione della vaginite/vaginosi in donne in terapia con antibiotici

La tabella 6 mostra le caratteristiche delle donne entrate in studio per prevenzione dell vaginite/vaginosi in corso di terapia antibiotica sistemica. Per tali pazienti era previsto un controllo a un mese; la tabella 7 ne mostra i risultati.

Prevenzione recidive di vaginite da candida a uno e 4 mesi dall'ingresso in studio

La tabella 8 mostra le caratteristiche delle donne entrate in studio per la prevenzione delle recidive della vaginite da candida. Per questo gruppo di pazienti era previsto un controllo dopo uno e 4 mesi dall'ingresso in studio; la tabella 9 ne mostra i risultati.

CONCLUSIONI

Nell'interpretare i risultati di questo studio vanno considerati i potenziali limiti. Prima di tutto è uno studio osservazionale "real life" non "monitorato". Inoltre non sono state raccolte informazioni sulla compliance al trattamento.

Infine ogni diagnosi è clinica. Con queste limitazioni, tuttavia, il lattobacillo acidofilus+estriolo si è dimostrato attivo nel migliorare il tasso di guarigione clinica in donne con vaginosi batterica a 15 giorni e nel ridurre il rischio d'insorgenza di vaginosi/vaginite in corso di terapia sistemica con antibiotici.

TABELLA 1
Distribuzione delle pazienti in base al trattamento

Criterio di ingresso in studio	Lattobacillo	
	si	no
Vaginosi batterica	89	154
Vaginite atrofica	161	260
Prevenzione infezioni in corso di terapia antibiotica	45	71
Prevenzione delle recidive	67	102

TABELLA 2
Caratteristiche delle pazienti

	Lattobacillo si		Lattobacillo no		P*
	N°	%	N°	%	
Età (media, DS)	37.3 ± 10.0		36.1 ± 10.1		Ns
Stato menopausale					
Pre menopausa	77	86.5	135	87.7	
In-post menopausa	6	6.7	12	7.8	Ns
Assunzione di contraccettivi orali					
Si	17	19.1	53	34.4	
No	72	80.9	101	65.6	Ns

*Chi quadro o t test come appropriato Ns: non significativo

TABELLA 3
Risultati alla visita di follow-up 15 giorni dopo l'ingresso in studio

	Lattobacillo si	Lattobacillo no	P*
Prurito (moderato severo)	4 (4.5)	9 (5.8)	Ns.
Leucorrea (moderata severa)	5 (5.6)	21 (13.6)	Ns.
Brucciore (moderato severo)	4 (4.5)	6 (3.9)	Ns.
Diagnosi di vaginosi (si)	8 (9.0)	39 (25.3)	0.003

*Chi quadro. Ns: non significativo



TABELLA 4
Caratteristiche delle pazienti

	Lattobacillo si		Lattobacillo no		P*
	N°	%	N°	%	
Età (media, DS)	60.6±8.1		59.4 ± 6.7		Ns
Stato menopausale					
Pre	11	6.8	5	1.9	
In-post menopausa	140	87.0	245	94.2	Ns

*Chi quadro o t test come appropriato Ns: non significativo

TABELLA 5
Dati relativi alla visita a un mese e a quattro mesi: presenza di secchezza vaginale moderata o severa

	Lattobacillo si	Lattobacillo no	P*
1° mese	34 (21.1)	59 (22.7)	Ns
4° mese	11 (6.8)	18 (6.9)	Ns

*Chi quadro. Ns: non significativo

TABELLA 6
Caratteristiche delle donne in studio

	Lattobacillo si		Lattobacillo no		P*
	N°	%	N°	%	
Età (media)	36.9 ± 12.6		39.2 ± 13.6		Ns
Stato menopausale					
Pre	40	88.9	59	83.1	
In-post menopausa	3	6.7	10	14.1	Ns

*Chi quadro o t test come appropriato Ns: non significativo

TABELLA 7
Assenza di vaginite/vaginosi al controllo dopo un mese

	Lattobacillo si	Lattobacillo no	P*
Assenza di vaginite/vaginosi	37 (97.4)	51 (83.6)	0.03

*Chi quadro. Ns: non significativo

TABELLA 8
Caratteristiche delle pazienti in studio

	Lattobacillo si		Lattobacillo no		P*
	N°	%	N°	%	
Età (media)	35.7 ± 9.9		34.3 ± 10.0		Ns
Stato menopausale					
Pre	58	86.6	96	94.1	
In-post menopausa	5	7.5	3	2.9	Ns

*Chi quadro o t test come appropriato Ns: non significativo

TABELLA 9
Dati relativi alla visita a un mese e a quattro mesi: presenza di vaginosi vaginite

	Lattobacillo si	Lattobacillo no	P*
1° mese	2 (3.0)	6 (5.9)	Ns
4° mese	1 (1.5)	7 (6.9)	Ns

*Chi quadro. Ns: non significativo

Per saperne di più

• Feiks A, Grünberge W. Therapie der atrophischen Kolpitis-Ist eine Reduktion der Oestrogendosis bei lokaler Anwendung möglich? Gynäkol Rundsch 31 - 1991; Suppl 2:268-271

• Ozkinay E, Terek MC, Yayıci M, Kaiser R, Grob P, Tuncay GI. The effectiveness of live lactobacilli in combination with low dose oestriol (Gynoflor) to restore the vaginal flora after treatment of vaginal infections. Br J Obstet Gynecol 2005; 112(2):234-40

• Parent D, Bossens M, Bayot D, Kirkpatrick C, Graf F, Wilkinson FE, Kaiser RR. Therapy of bacterial vaginosis using exogenous-applied lactobacilli acidophil and low dose of estriol. Arzneim Forsch Drug Res 1996; 46 (1), 68-73 (GYN191)

• Parent D, Bossens M, Bayot D, Kirkpatrick C, Graf F, Wilkinson FE, Kaiser RR. Therapy of bacterial vaginosis using exogenous-applied lactobacilli acidophil and low dose of estriol. Arzneim Forsch Drug Res 1996; 46 (1), 68-73 (GYN191)

• Parent D, Bossens M, Bayot D, Kirkpatrick C, Graf F, Wilkinson FE, Kaiser RR. Therapy of bacterial vaginosis using exogenous-applied lactobacilli acidophil and low dose of estriol. Arzneim Forsch Drug Res 1996; 46 (1), 68-73 (GYN191)

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



Lasciamoci così (senza rancore)

Nel giro di pochi anni mancheranno al servizio sanitario 22 mila medici: chi farà il ginecologo tra dieci anni? Attingeremo agli immigrati anche in questo campo? I pensionamenti, la disaffezione alla professione, i rischi connessi alla chirurgia e all'ostetricia, una cattiva programmazione sanitaria, sono alcune delle cause di questo squilibrio drammatico

Alla fine l'hanno capito! Forse è tardi ma stanno prendendo coscienza di quanto grave sia il danno prodotto. Non si trovano più medici! Molti vanno in pensione prima del tempo e altri sperano di farlo quanto prima. La parola d'ordine è: "ma chi ce lo fa fare?" Rischiare quotidianamente denunce, aggressioni, titoli a quattro colonne sui giornali, accuse di omicidio, di mal pratica, di essere causa di 'malasanità'! E per che cosa, per stipendi fermi a oltre dieci anni fa, quando ancora c'era la lira? Sissignori, gli emolumenti (come pomposamente l'orsignori i burocrati li definiscono) sono praticamente quelli del 2000, aumentati di percentuali da prefisso telefonico! I medici se ne vanno. Si sono infine stufati! I dati ufficiali testimoniano questo esodo: l'anno prossimo si raggiungerà l'equilibrio tra pensionamenti e nuove assunzioni e le previsioni dicono che entro il 2015 (cioè tra soli 4 anni) saranno in totale 17.000 (sì, diciassettemila!) i medici del servizio sanitario nazionale che se ne andranno in pensione e soltanto in parte saranno sostituiti. Dopo gli anni della 'pletora' medica ora non ci saranno abbastanza medici per coprire i posti di quelli che lasciano il servizio.

Ora l'orsignori sono preoccupati: dopo anni di battaglie contro i medici, dopo che ci hanno talmente bersagliato con denunce e persecuzioni mediatiche, dopo che ci hanno fatto passare la voglia di fare una professione difficile e meravigliosa, ora – soltanto ora – si accorgono di non avere nuove leve per continuare a far funzionare il servizio sanitario. E dunque che accadrà? Dove troveranno nuovi medici specialisti? Li importeranno come si fa per gli addetti ai lavori 'difficili' o 'sgradevoli' che gli italiani non vogliono più fare?

Nei prossimi anni verranno dunque a mancare migliaia di medici specialisti che saranno addirittura ventiduemila nel 2018, cioè tra sette anni; mica tra tanto, considerando la durata della facoltà e delle specializzazioni... Già oggi per alcune specialità non c'è sufficiente ricambio di personale; nella nostra branca in particolare diventerà sempre più difficile trovare medici disposti ad andare in sala parto a rischiare la diffidenza della gente, la gogna mediatica, le denunce e il



linciaggio da parte dei parenti delle pazienti; le assicurazioni ormai ci evitano come la peste; i direttori generali delle Asl ci considerano fonti di spesa da tagliare e produttori inesorabili di contenziosi giudiziari; i giornalisti carne da macello mediatico; ebbene chi ce lo fa fare? Se oggi un figlio vi chiedesse se è bene pensare di iscriversi a Medicina, avreste il coraggio di incoraggiarlo? Con quali prospettive? Proviamo a riflettere: se riesce ad iscriversi, superando test cervelotici che nulla hanno dimostrato a che fare con l'attitudine all'esercizio dell'arte di Esculapio, per almeno 6 anni dovrà duramente studiare per diventare un buon medico e voi dovrete mantenerlo con quel che costa. Se è diligente, se è bravo, dopo sei anni avrà conseguito la laurea ma si porrà subito la necessità di entrare nella

Un Paese che non sa tenersi stretti i professionisti, che ha formato e sui quali ha investito, è destinato a impoverirsi gravemente anche dal punto di vista culturale

specializzazione, il che non è semplice a meno di non avere particolari capacità (oppure 'benemeranze', come vogliamo chiamarle?). Ammesso che sia tanto bravo, tanto "fortunato", alla rispettabile età di circa 30 anni questo povero figlio (sempre a

carico dei genitori, salvo la modesta borsa di studio della specializzazione) sarà dunque specialista ad esempio in ginecologia e ostetricia: e allora che farà? Dalle scuole di specializzazione italiane si sa con che grado di competenza/esperienza si esce, dunque dovrà ancora 'farsi le ossa', come si dice: sempre a carico della famiglia, andrà (se sarà possibile!) in qualche prestigiosa istituzione italiana o estera? E con quali mezzi? E poi, quand'anche riuscisse a trovare posto nell'ambito del servizio sanitario, pubblico o privato, che cosa lo attende? Si sa: specialmente all'inizio si guadagna poco e si rischia molto, soprattutto nella nostra specialità. E dunque dove li troveranno più i medici?

La giostra è finita: questo non è (più) un paese per medici. Dopo avere picconato per anni la figura del medico, demonizzandolo se guadagnava e attaccandolo per inevitabili, possibili errori (presunti: la stragrande maggioranza delle denunce si conclude in niente), ora sono preoccupati perché non arrivano nuove leve, soprattutto nelle branche chirurgiche. Ma non dovevano pensarci prima? Quando la politica burocratizzava la sanità estromettendo proprio i tecnici, cioè i medici, dalla gestione; quando si sono compressi gli "emolumenti" fino a rendere poco appetibile la nostra professione; quando si è sistematicamente e subdolamente dato in pasto all'opinione pubblica la figura del medico considerato (cor)responsabile dei guasti della sanità di cui certo egli stesso era il primo a subire le conseguenze; quando in sostanza si procedeva, ad opera soprattutto dei politici, alla demolizione della figura e del ruolo del medico come professionista per ridurlo a mero burocrate e operatore

("ecologico"?) della sanità non ci si sarebbe dovuti rendere conto che prima o poi saremmo arrivati alla saturazione?

Ce ne andiamo, è vero, ci siamo stufati!

Persino in Inghilterra, patria del welfare da noi malamente copiato, stanno provando a tornare indietro: lì il governo propone lo stop alla burocrazia, via la politica dalla sanità, responsabilità ai medici, competitività e qualità dell'assistenza: in conseguenza di ciò circa 20 mila burocrati, creature della politica, dovranno cercarsi un altro lavoro! Aria, aria! E da noi, in Italia? Il cosiddetto governo clinico è stato definitivamente affossato in Parlamento, dove del resto non si riesce a legiferare neanche nel campo della responsabilità professionale medica; il risultato è il rifiuto delle compagnie di assicurazione a tutelare i ginecologi italiani (nemmeno i famosi Lloyds di Londra, pronti ad assicurare persino chi va in guerra, sono disponibili!).

E sì che il nostro Paese ha generato scuole mediche prestigiose, ha dato i natali a illustri nomi della medicina: ma pensate davvero che questi avrebbero retto al confronto con la burocrazia delle Asl, con i rischi attuali della professione, con l'esiguità dei compensi, con l'odierno stress da sala parto? Un Paese che non sa tenersi stretti i professionisti, che ha formato e sui quali ha investito, è destinato a impoverirsi gravemente anche dal punto di vista culturale.

La cura della salute e in particolare della sfera riproduttiva è fondamentale per una buona qualità di vita: una società che non rispetta i suoi medici, che non ne assicura dignità professionale e tutela sul lavoro è quantomeno autolesionista. I medici prendono atto di questa scarsa considerazione e purtroppo molti escono dalla professione. Quelli che per età o scelta rimangono, imparino ad esigere più rispetto per il proprio lavoro, sotto tutti i punti di vista: senza i medici, non dimentichiamolo, non si può stare. La salute, della cui tutela molti si riempiono la bocca, è un bene troppo prezioso: noi lo abbiamo sempre saputo!

Meditazioni

di Giuseppe Cragnaniello



Dilemma

Con l'estensione dello screening all'intero territorio nazionale, tutte le donne tra 25 e 64 anni si sottopongono (o almeno dovrebbero!) con regolarità ogni tre anni ad un pap-test nell'intento di prevenire e quindi eradicare il cancro del collo dell'utero, prima ancora che il vaccino produca i suoi miracolosi effetti. Ciò in ossequio a quanto stabilito dalla Commissione Oncologica Nazionale già nel 1996, e poi ribadito dalla Legge Finanziaria del 2001, senza in verità alcun riferimento per la cadenza ad un doppio risultato negativo precedente, com'è nei programmi di altri servizi sanitari mondiali. La citologia cervicale dovrebbe comunque essere praticata quanto prima possibile dopo aver iniziato l'attività sessuale e poi continuata con

puntualità e costanza. I predetti limiti di età discendono da due considerazioni: 1) sotto i 25 anni un cancro invasivo è estremamente raro; lesioni destinate a progredire possono essere evidenziate tranquillamente in un tempo successivo, mentre quelle che regrediscono non divengono motivo di inutile preoccupazione. 2) oltre i 64 anni, con un pregresso di più strisci negativi, è molto improbabile che si possa sviluppare un cancro, considerata la storia naturale e la progressione della malattia. Le nostre donne però da qualche tempo sono nella più totale confusione, costrette a cambiare consolidate abitudini. Dopo che da sempre abbiamo detto loro di non trascurare l'appuntamento annuale con lo screening, ora fatichiamo a convincerle di allungare l'intervallo a tre anni, nel rispetto delle evidenze scientifiche e delle disposizioni legislative, sottolineando che in tal modo il

Le nostre donne da qualche tempo sono nella più totale confusione, costrette a cambiare consolidate abitudini. Dopo che da sempre abbiamo detto loro di non trascurare l'appuntamento annuale con il Pap test, ora fatichiamo a convincerle di allungare l'intervallo a tre anni, nel rispetto delle evidenze scientifiche e delle disposizioni legislative

rischio non aumenta. Questa operazione non è priva di incomprensioni e polemiche, che molto spesso si risolvono nella



consuetudine italiana, cioè nella più completa anarchia, finendo col ripetere l'esame alla porta accanto, dato che molti colleghi nelle strutture pubbliche continuano ad elargire pap-test senza alcun raziocinio, spesso "spaventati" da chissà quali conseguenze. Ma il vero dilemma è cosa dire e fare dopo i sessantaquattro anni, età oltre la quale le donne non vengono più chiamate. Risposte univoche delle società scientifiche internazionali non ve ne sono. L'American College of Obstetricians and Gynecologists

(ACOG) nelle linee guida dice che è ragionevole interrompere tra i 65 e i 70 anni con 3 o più pap-test negativi negli ultimi dieci anni. Per i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta è dopo i 65 anni, con più risultati negativi, che il ginecologo può consigliare di sospendere. L'American Cancer Society (ACS) afferma che le donne > 70 anni con 3 pap-test normali negli ultimi dieci anni possono scegliere di fermarsi. Ancor più sibillina l'Associazione Italiana di Ricerca sul Cancro (AIRC) secondo cui lo screening va proseguito sino a circa 70 anni. Tutte le associazioni comunque demandano la decisione ad un colloquio col proprio medico. Una responsabilità in più, come se non bastassero le tante già incombenti! Sarebbe buona cosa allora che si provvedesse all'emanazione in tempi brevi di precise direttive, da parte delle autorità sanitarie nazionali, cui poi attenersi in maniera univoca.

Libri



MGF: nuove strategie di intervento

La ricerca, realizzata con il contributo del Dipartimento per le Pari Opportunità, ha lo scopo di sensibilizzare gli operatori e di elaborare nuove strategie di intervento per far fronte a un fenomeno che colpisce oltre 130 milioni di bambine e donne

In concomitanza con la Giornata Internazionale contro le Mutilazioni Genitali Femminili, il 6 febbraio scorso, è stato presentato in conferenza stampa il volume 'Sessualità e Culture, Mutilazioni genitali femminili: risultati di una ricerca in contesti socio-sanitari', realizzato dall'Inmp con il contributo del Dipartimento per le Pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Sul contrasto delle Mgf, come di qualsiasi pratica che violi i diritti umani, "vi è un impegno costante del nostro Paese sulla scena internazionale, ma anche su quella nazionale, con interventi tesi alla tutela della salute e della dignità delle donne" ha sottolineato il ministro Carfagna che ha curato l'introduzione del volume in cui sono raccolti i contributi di un team multidisciplinare composto da esperti e operatori che descrivono,

oltre all'incidenza del fenomeno sul territorio nazionale, le difficoltà e le risorse del personale sociosanitario nell'accoglienza delle donne che hanno subito tali mutilazioni. L'indagine sulle percezioni e i significati attribuiti alle mutilazioni genitali femminili da parte degli operatori e dei mediatori transculturali - svolta in collaborazione l'Ospedale Careggi di Firenze, il Centro Regionale di Riferimento e Prevenzione e Cure Complicanze della MGF di Firenze e l'Istituto Internazionale di

Aldo Morrone è Direttore Generale dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) di Roma. Dal 1985 si occupa della tutela e promozione della salute delle popolazioni



Aldo Morrone, Alessandra Sannella
SESSUALITÀ E CULTURE. MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI: risultati di una ricerca in contesti socio-sanitari

Contributi: Omar Hussen Abdulcadir, Micaela Basagni, Rossella Capecci, Maria Rosaria Carfagna, Lucrezia Catania, Klodiana Cuka, Paolo De Nardis, Annamaria Di Miscio, Genaro Franco, Alessandro Gattai,

Andrea Guazzini, Rita Lima, Eloise Longo, Anna Novara, Alessio Pittidis, Isabella Rauti, Luca Salvati, Valentina Scarselli, Pietro Vulpiani, Marco Zitti

E-book, 1ª edizione 2010 (Cod.262.20)
Ottimizzazione per PC, Mac, Notebook, NetBook
Pagine 304
€ 27,00
Franco Angeli Editore
ww.francoangeli.it

Scienze Mediche, Antropologiche e Sociali (Ismas) - rappresenta un punto di riferimento contro falsi allarmi sociali, il sensazionalismo dei mass media e i pregiudizi, che spesso forniscono un'immagine distorta della diffusione delle mutilazioni, creando un muro interpretativo. Lo studio è stato realizzato tramite la somministrazione di questionari e

migranti e delle persone a maggior rischio di esclusione, con équipe multidisciplinari in diversi progetti di cooperazione nel campo clinico-scientifico, sociale e della formazione sia in Italia che in Africa, nel Sud-est asiatico e in America Latina. È docente presso

svolgimento di focus group in 5 regioni: Piemonte, Toscana Lazio, Puglia e Sicilia, in 8 capoluoghi, coinvolgendo migliaia di operatori, allo scopo di tracciare una mappa orientativa delle MGF in Italia. Un lavoro fondamentale per delineare, aggiornandolo, il fenomeno delle Mgf, considerando che il nostro Paese ha il più alto numero di casi in Europa, determinato dal fatto

università italiane e straniere e collabora con numerosi organismi di ricerca nazionali e internazionali.
Alessandra Sannella è sociologa, ricercatrice presso l'Inmp, professore a contratto di Sociologia dei processi culturali e

che l'Italia è meta d'immigrati provenienti da aree sensibili alle pratiche scissorie (Somalia, Etiopia ed Eritrea). La partecipazione, consapevole e professionale, degli operatori, insieme a nuove strategie di intervento a carattere multidisciplinare, saranno i fattori sui quali si giocherà, nel prossimo futuro, la possibilità di una migliore interpretazione.

comunicativi presso la I Facoltà di Medicina e Chirurgia, Sapienza-Università di Roma, dottore di ricerca in Teoria e ricerca sociale, da anni collabora in progetti della Commissione Europea sui temi legati alle migrazioni e alle questioni di bioetica.



Zoom congressi

Con il mese di marzo inizia la stagione degli incontri congressuali. Nelle pagine precedenti si è ampiamente discusso (vedi forum a pag. 10) sul modo di gestire il Congresso nazionale. Ben altra cosa sono i meeting monotematici ed i Corsi di Aggiornamento su specifici argomenti della nostra specialità che vengono organizzati un po' in tutta Italia. Come si sa, l'Aogoi ha sempre favorito queste iniziative perché significa portare cultura nelle sedi periferiche. Significa coinvolgere anche gli ospedali di provincia costringendo i soci ad aggiornarsi.

In questo numero Gyneco segnala a quelli che sono interessati alla chirurgia oncologica due Corsi imperdibili di Chirurgia radicale. Sono organizzati in centri ospedalieri altamente qualificati. Il primo, diretto da Elio Compagnutta, si terrà ad Aviano nei mesi di marzo (21- 23 marzo) e di settembre. Il secondo, si svolge in cinque incontri (da aprile a giugno), si terrà a Roma presso l'Istituto dei Tumori "Regina Elena" ed è diretto da Enrico Vizza e Giuseppe Cutillo. Cosa accomuna questi due corsi? Anzitutto il taglio eminentemente pratico. Ampio spazio viene dato

all'attività chirurgia a cui gli iscritti partecipano direttamente. Questo permette ai discenti di poter discutere direttamente con gli operatori, vivere l'atmosfera e i problemi organizzativi della sala operatoria. La parte teorica è ampia, ben articolata e tenuta da docenti altamente qualificati. Cosa differenzia questi due corsi? Mentre quello di Aviano si sofferma prevalentemente sulla chirurgia radicale classica, quello di Roma si spinge alla chirurgia laparoscopica e robotica.

Carlo Sbiroli

Corso di chirurgia radicale addomino-pelvica in diretta "live surgery"

SOC di Oncologia Chirurgica

CORSO DI CHIRURGIA RADICALE ADDOMINO-PELVICA IN ONCOLOGIA GINECOLOGICA

Aviano, 21 - 24 Marzo 2011

CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO Istituto Nazionale Tumori

Aula Convegni - 1 piano

Lunedì	Mercoledì	RELATORI
<p>Saluto del Direttore Scientifico Prof. P. De Paoli</p> <ul style="list-style-type: none"> Insegnamento e attività pratica di sala operatoria. F. De Marchi-B, Sreda-G, Giorda E. Compagnutta discussione in diretta di "Live Surgery" Diagnosi, stadiazione e trattamento del cancro dell'endometrio T. Maggino-L, Del Pup Consenso informato G. Gigli <p>Chiusura lavori</p>	<ul style="list-style-type: none"> Insegnamento e attività pratica di sala operatoria. G. Giorda-G, Bertola- E. Compagnutta discussione in diretta di "Live Surgery" Chirurgia radicale (I° e II° chirurgia) del cancro ovarico chemio-peritoneo E. Compagnutta-F, Celozzini-S, Luciani Chirurgia dell'alto addome nel cancro ovarico F. De Marchi-G, Bertola Chemioterapia nel cancro ovarico R. Sario-S, Scalone <p>Chiusura lavori</p>	<p>Giulio Borzile Oncologia Chirurgica CRO Aviano</p> <p>Bruno Brada Oncologia Chirurgica CRO Aviano</p> <p>Giovanni Boci Radioterapia CRO Aviano</p> <p>Ferdinando Celozzini Ginecologia O.C. Gorizia</p> <p>Elio Compagnutta Oncologia Chirurgica Ginecologica CRO Aviano</p> <p>Francesco De Marchi Oncologia Chirurgica CRO Aviano</p> <p>Giovanni De Piero Oncologia Chirurgica Ginecologica CRO Aviano</p> <p>Lino De Pup Oncologia Chirurgica Ginecologica CRO Aviano</p> <p>Carmine Gigli Ginecologia O.C. Gorizia</p> <p>Giorgia Giorda Oncologia Chirurgica Ginecologica CRO Aviano</p> <p>Enrico Luciani Oncologia Chirurgica Ginecologica CRO Aviano</p> <p>Tiziano Maggino Ginecologia O.C. Udine</p> <p>Bianca Soriani Oncologia Medica C CRO Aviano</p> <p>Francesco Sgarbi Oncologia Chirurgica Ginecologica CRO Aviano</p> <p>Roberto Sario Oncologia Medica C CRO Aviano</p>
Martedì	Giovedì	
<ul style="list-style-type: none"> Insegnamento e attività pratica di sala operatoria. G. Giorda-G, De Piero-E, Luciani E. Compagnutta discussione in diretta di "Live Surgery" Diagnosi, stadiazione e trattamento integrato del cancro della portia G. Giorda-G, Boci-G, De Piero Cancro vulvare F. Sopracordevole <p>Chiusura lavori</p>	<ul style="list-style-type: none"> Insegnamento e attività pratica di sala operatoria. G. Giorda-G, De Piero E. Compagnutta discussione in diretta di "Live Surgery" Test di verifica dell'apprendimento e compilazione moduli ECM <p>Chiusura Corso e consegna attestati di partecipazione</p>	

Il corso organizzato dalla S.O.C. di Oncologia Chirurgica Ginecologica in collaborazione con l'Aogoi presso il Centro di Riferimento Oncologico (Cro) di Aviano, viene proposto anche quest'anno in due edizioni: dal **21 al 24 marzo 2011** e dal **26 al 29 settembre 2011**.

INF@
Segreteria scientifica
 Dott. Elio Compagnutta
 Tel. 0434.659750
 Fax 0434.659439
 ecampagnutta@cro.it

Segreteria organizzativa
 Maria D'Andrea
 Centro di Riferimento Oncologico (Cro)
 S.O.C. di Oncologia Chirurgica Ginecologica Via Franco Gallini, 2
 33081 Aviano (Pn)
 Tel. 0434.659888
 Fax 0434.659439
 mariadandrea@cro.it

VII CORSO TEORICO-PRATICO INNOVAZIONE TECNOLOGICA IN ONCOLOGIA GINECOLOGICA -CHIRURGIA TRADIZIONALE LAPAROSCOPICA E ROBOTICA -

PRESIDENTI ONORARI
 Carlo Sbiroli M.D., Ph.D.
 Vito Troiano M.D., Ph.D.

DIRETTORI
 Enrico Vizza M.D., Ph.D.
 Direttore UOC Ginecologia Oncologica-IRE-Roma
 Giuseppe Cutillo M.D., Ph.D.
 Direttore UOC Ginecologia Oncologica-Busnaco-Cagliari

Il Corso di Chirurgia Ginecologica Oncologica è uno strumento didattico finalizzato a formare in maniera completa il ginecologo che vuole avvicinarsi a questo particolare settore della ginecologia. Vuole essere anche un confronto ed uno scambio di esperienze tra chirurghi oncologi. Il taglio del corso è prevalentemente pratico full-immersion. E' articolato in 3 moduli, a ciascuno dei quali partecipano 40 discenti. Si svolge nell'arco di 6 giorni per complessive 55 ore circa di lavoro intense e di lezioni. L'attività didattica dei tre moduli si svolgerà nelle sale operatorie dell'Istituto Regina Elena di Roma. Ciascun modulo sarà articolato in una prima giornata di lezioni teoriche propedeutiche all'attività chirurgica che si svolgerà la giornata successiva. Verranno eseguiti interventi radicali a cui ogni iscritto parteciperà direttamente. Si vuole in questo modo creare un "laboratorio didattico" di chirurgia ginecologica in cui ogni discente potrà discutere direttamente con gli operatori e "vivere" l'atmosfera e i problemi organizzativi della sala operatoria. Alcuni tempi degli interventi saranno successivamente meglio precisati attraverso la visione *step-by-step* degli interventi eseguiti con rivisitazione epistrotica degli atti chirurgici. Alla fine del corso sarà fornita ai discenti copia digitale dei principali interventi.

Giuseppe Cutillo

Enrico Vizza

ARGOMENTI

8.00-14.00	Mercoledì 13 aprile 2011	Anatomia chirurgica della pelvi Adenocarcinoma dell'endometrio Isterectomia A secondo Querleu-Morrow Linfoadenectomia pelvica
14.00-18.00	Giovedì 14 Aprile 2011	Laboratorio multimediale Live surgery Laboratorio multimediale
8.00-18.00	Mercoledì 18 Maggio 2011	Anatomia chirurgica vie nervose pelviche Carcinoma della portio Nuova classificazione Isterectomia radicale Tecnica isterectomia radicale tipo B e C Tecnica "Nerve Sparing"
14.00-18.00	Giovedì 19 Maggio 2011	Laboratorio multimediale Live surgery Laboratorio multimediale
8.00-18.00	Mercoledì 15 Giugno 2011	Anatomia chirurgica dell'alto addome Carcinoma ovarico Linfoadenectomia lombo-aortica
14.00-18.00	Giovedì 16 Giugno 2011	Laboratorio multimediale Staging chirurgico intensivo Citoreduzione di I° istanza Live surgery Laboratorio multimediale

CALENDARIO DEL CORSO

I modulo	13-14	Aprile	2011
II modulo	18-19	Maggio	2011
III modulo	15-16	Giugno	2011

FACULTY

Ermelinda Baiocco	Tonino Cantelmi	Carlo Carravetta
Vito Chiantera	Giacomo Corrado	Alfredo Ercoli
Francesco Fanfani	Anna Fagotti	Franco La Grotta
Mario Malzoni	Emanuela Mancini	Luciano Mariani
Lodovico Patrizi	Antonio Pellegrino	Renato Seracchioli
Stefania Torelli	Giuseppe Trojano	Giovanni Scambia
Roberto Sindico	Cristina Vincenzoni	Giuseppe Vocaturo

SPECIALIST FACULTY

Claudio Botti	Chirurgia Generale
Luca Colantonio	Anestesia e Rianimazione
Roy De Vita	Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
Franco Facciolo	Chirurgia Toracica
Michele Gallucci	Urologia
Gianluca Grazi	Chirurgia Generale Epato-biliare
Marcello Pozzi	Chirurgia Plastica e Ricostruttiva



SAVE THE DATE VILLASIMIUS 29-31 MAGGIO 2011

1° Corso Avanzato di Ecografia, Medicina Fetale e Infertilità

Il corso, organizzato dalla Ian Donald School e dall'Aogoi, ospiterà i più illustri e qualificati studiosi italiani e 14 stranieri che insieme al Patrocinio delle più prestigiose società scientifiche saranno una sicura garanzia della qualità del Corso per tutti i partecipanti.

Il Corso è strutturato in 8 Sessioni ed una Tavola Rotonda. Domenica e Lunedì, 6 Sessioni saranno dedicate all'Ecografia e alla Diagnosi Prenatale Invasiva sotto l'egida della Ian Donald School. Di queste, 3 Sessioni saranno in diretta, in Demolive, in donne gravide su casi fisiologici e patologici in diretta via satellite dall'Ospedale Microcitemico di Cagliari.

Le altre 3 Sessioni, sempre sull'Ecografia in Ostetricia e Ginecologia, tratteranno argomenti molto attuali e di grande interesse clinico. Lunedì pomeriggio una Sessione AOGOI con l'affiliata SIOS - Società Italiana Ospedaliera Sterilità sarà dedicata all'Infertilità e Sterilità.

Infine Martedì un'altra Sessione AOGOI, con le affiliate AGITE - Associazione Ginecologi Territoriali) e SMIC - Società Medica Italiana Contracezione riguarderà le Infezioni Congenite e

Malattie Sessuali. Infine l'ultima Sessione AOGOI, con le affiliate AGITE, AIO - Associazione Italiana Ostetricia) e SMIC, riguarderà la Contracezione, la Prevenzione dell'Aborto e la Ricerca negli Ospedali di Insegnamento. Una lettura sarà dedicata alle nuove regole della Conciliazione nei contenziosi medico legali. Con un affettuoso Benvenuto, vi aspettiamo come sempre numerosi e desiderosi di apprendere le novità del Corso.

Giovanni Monni
Direttore del Corso

Direttori Corso Ian Donald School

Vincenzo D'Addario
e Giovanni Monni

Segreteria Scientifica

Servizio di Ginecologia e Ostetricia, Diagnosi Prenatale e Preimpianto, Terapia Fetale
Ospedale Regionale per le Microcitemie
Via Jenner s/n - 09121 Cagliari
Tel. 070.6095546/7 Fax 070.6095514
E-mail: prenatalmonni@tiscali.it

Segreteria Organizzativa

IMC Europe srl
Viale Trieste 93 - 09123 Cagliari
Tel. 070.273470 - Fax 070.273306
E-mail: imceurope@imceurope.eu
E-mail: agenziaviaggio@imceurope.eu
www.imceurope.eu



**1° CORSO AVANZATO
DI ECOGRAFIA, MEDICINA FETALE E INFERTILITÀ**

29 - 31 Maggio 2011
Villasimius, Cagliari, Atahotel Tanka Village Resort



PATROCINI

IAN DONALD Inter-University School of Medical Ultrasound	AOGOI Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani
WAPM World Association of Perinatal Medicine	AGITE Associazione dei Ginecologi Territoriali
IAPM International Academy of Perinatal Medicine	AIO Associazione Italiana di Ostetricia
EAPM European Association of Perinatal Medicine	SIOS Società Italiana Ospedaliera Sterilità
SOCIETY The Fetus as a Patient	SMIC Società Medica Italiana per la Contracezione
MED-UOG Mediterranean Ultrasound Obstetrics and Gynecology	SIEOG Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica
	SIMP Società Italiana di Medicina Perinatale

Direttore del Corso
Giovanni Monni

Direttori Corso Ian Donald School
Vincenzo D'Addario e Giovanni Monni

AVVISO AI SOCI

Si ricorda che entro il mese di maggio è necessario provvedere al pagamento della quota per l'anno in corso. Di seguito il dettaglio delle quote e le modalità di pagamento

Quota di iscrizione:

Specialista O. G. € 420
(Libero Professionista - Consulente)

Pensionato € 170

Specializzando € 98

Modalità di pagamento:

- on-line con carta di credito collegandosi al sito **www.new.aogoi.it**
- bonifico bancario sul conto corrente intestato ad A.O.G.O.I. presso la Banca Popolare Commercio e Industria - Filiale MI Monte di Pietà - codice **IBAN IT 67 D 05048 01672 00000019863**

Congressi convegni

Tutti i congressi su www.aogoi.it

CinemaChePassione

di Annunziata Marra



Il cono d'ombra della "mezz'età"

"G "Gianni e le donne" è un film divertente e al tempo stesso amaro. Descrive la crisi di un uomo di mezza età alle prese con le incombenze del forzato tempo libero da pensionamento, con gli acciacchi della madre anziana, con la coabitazione dei figli non ancora autonomi. Il momento è molto delicato perché mette il protagonista di fronte alla sua fragilità di maschio che si avvia sul viale del tramonto. Gianni tenta di

reagire, ma si renderà presto conto che non bastano né qualche esercizio fisico, né un abito nuovo, né un mazzo di fiori per rinverdire il proprio sexy appeal. Nè riesce a reagire all'egoismo delle "sue donne": l'anziana madre che lo chiama spesso d'urgenza per clamorose banalità come la sintonizzazione del canale Tv, la moglie che si comporta come un'estranea assolutamente non incline a scaldare né la mente né il corpo del suo uomo, la figlia che è pronta ad usufruire della

IL FILM GIANNI E LE DONNE di Gianni Di Gregorio

protezione del padre, ma non è altrettanto sollecita a dargli ascolto e conforto. Solo figure maschili danno solidarietà e aiuto concreto: l'amico Alfonso gli offre occasioni di incontro con donne troppo giovani e la pillola dell'amore; il fidanzato della figlia lo recupera

dopo una notte di sbalzo involontario, ma i problemi per Gianni rimangono insoluti. Difatti la vera sconfitta non sono le rughe sempre più profonde che lo specchio riflette impietoso, bensì la percezione di essere "invisibile" prima di tutto per la moglie e poi per le donne che incontra, belle e

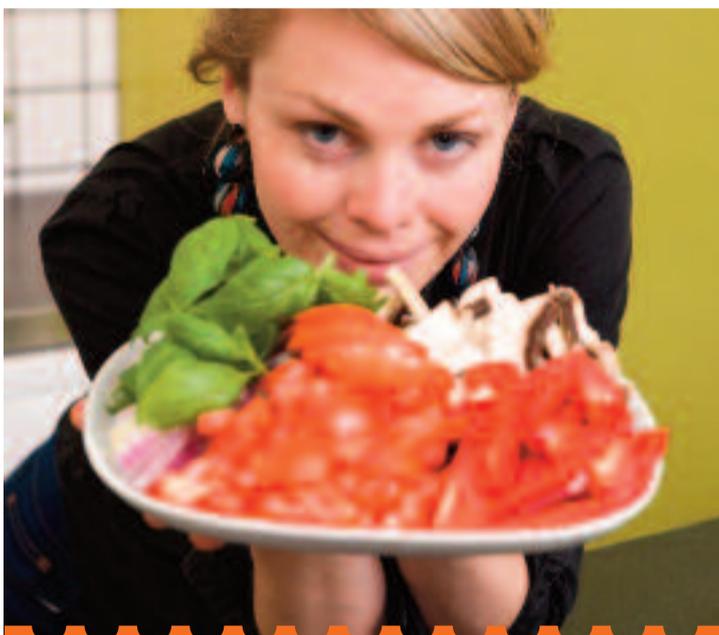
distanti come statue. Forse perché il suo è un problema di coppia di cui dovrebbe parlare, insieme alla moglie, con un medico, magari il ginecologo di fiducia? Ed è in questa chiave di lettura che la visione del film ci offre lo spunto per riflettere sul fatto che noi ginecologi siamo chiamati a prenderci cura non solo della salute della donna, ma anche a farci carico del benessere della coppia in tutte le fasi della vita. Pregevole l'interpretazione del regista-attore che con il suo personalissimo stile gatto-sornione non solo non è "invisibile" ma risulta addirittura irresistibile!

LA DIETA MEDITERRANEA

uno stile di vita promosso dalle donne

di Daniela Catalano
Università di Catania

Uell'ambito del progetto di valorizzazione della dieta mediterranea e dello stile alimentare italiano, promosso da Federsanità Anci in collaborazione con Buonitalia, è centrale il tema della prevenzione delle patologie croniche grazie ad un corretto stile di vita e ad una sana alimentazione. La dieta mediterranea tradizionale è caratterizzata da elevate quantità di ortaggi, legumi, frutta fresca e secca, cereali, olio di oliva, pesce, basso consumo di latticini e carne, moderate quantità di vino rosso e in generale da alimenti poco manipolati. Se guardiamo al mondo femminile, in particolare, possiamo affermare che questo modello alimentare è lontano dai gusti delle donne più giovani, dai suggerimenti più comuni in ambito non medico per perdere peso a fini estetici, desiderio più frequente, ed è opposto agli schemi dimagranti più comuni, di solito iperproteici, ricchi in carni. L'aderenza alla dieta mediterranea è più bassa tra le donne in premenopausa rispetto agli uomini e alle donne in post-menopausa. L'obiettivo terapeutico più recente dell'obesità è ridurre il peso iniziale del 5-10%, che basta a contrastare gli effetti dannosi del sovrappeso e può essere mantenuto a lungo. Negli ultimi anni l'attenzione dei ricercatori si è spostata dalla proporzione dei macronutrienti della dieta – dieta iperproteica, a basso contenuto di



Progetto di valorizzazione della dieta mediterranea e dello stile alimentare italiano ai fini della sua difesa sul territorio nazionale e diffusione sui mercati internazionali, in particolare, sul mercato nord americano

■ Realizzare un piano integrato di comunicazione per la valorizzazione e promozione culturale dei prodotti che strutturalmente costituiscono la composizione della dieta mediterranea per valorizzarne i contenuti in termini di salute e sani stili di vita. Attraverso il coinvolgimento dei professionisti della salute, saranno intraprese azioni per favorire buone pratiche di prevenzione. È necessario infatti che siano soprattutto i medici a ricreare tra i pazienti la consapevolezza che un regime alimentare basato sulla tradizione della dieta mediterranea è facilmente attuabile, caratterizzato da ottima palatabilità e portatore di benefici per la salute. Questo può contribuire a valorizzare la produzione agricola made in Italy, la qualità e la sicurezza degli alimenti certificate dai marchi di qualità. Si afferma una identità culturale positiva che si esprime attraverso una produzione tipica che ha un valore aggiunto, appunto in termini di vantaggi per la salute.

grassi, a basso contenuto di carboidrati – alla densità energetica del cibo (calorie per quantità di alimento). Frutta e verdura oltre che fonte di vitamine e fibre sono anche alimenti a bassa densità calorica.

Il modello di dieta a bassa densità energetica più diffuso tradizionalmente in occidente è quello della dieta mediterranea che, alla luce di questi risultati, si avvicina alle esigenze delle donne di tutte le età. Si tratta perciò di diffondere abitudini alimentari tradizionali che coniugano esigenze di salute, soprattutto riduzione del rischio cardiovascolare, ed estetiche, e che sono state temporaneamente abbandonate negli anni '80-'90. Le donne sono più interessate al cibo e al peso, coordinano l'alimentazione familiare e si rivolgono più spesso ad esperti di nutrizione. La maggiore diffusione di notizie sull'alimentazione proviene da giornali rivolti ad un pubblico femminile e poco dalla formazione medica e sanitaria. Per favorire pratiche corrette e salutari occorre rispondere ad alcune domande:

1) Qualsiasi riduzione di cibo è utile e sana?

Non è solo la riduzione delle porzioni che fa perdere peso ma anche il contenuto calorico dell'alimento; il contenuto di acqua e fibre modificano le calorie degli alimenti.

2) L'obesità si cura con la dieta, con i farmaci, con i massaggi?

I migliori risultati a breve termine nel trattamento dell'obesità delle

donne sono stati ottenuti con una terapia alimentare associata ad attività fisica. I farmaci non hanno dimostrato una efficacia superiore e i trattamenti di tipo estetico non hanno effetti sulla massa grassa.

3) Ci sono alimenti da escludere?

Non ci sono alimenti da escludere ma alimenti più vantaggiosi, perché meno calorici, costituiti da carboidrati complessi, grassi prevalentemente monoinsaturi e fibre, e alimenti potenzialmente dannosi come alcolici e cibi ricchi di grassi di derivazione animale che in quantità elevate provocano malattia.

Il tipo di alimentazione è condizionata da abitudini familiari, ambiente esterno alla famiglia, industria, modelli proposti dai media oltre che dalla informazione diffusa dalla sanità pubblica. È importante la relazione cibo-piacere che guida i comportamenti e ha risvolti positivi nella vita quotidiana individuale e sociale. Il desiderio per alcuni tipi di alimenti sembra diverso tra uomini e donne, anche per variazioni legate al ciclo mestruale o al tono dell'umore. L'alimentazione della madre durante la gravidanza, l'allattamento e la fase di svezzamento potrebbe influenzare anche il peso da adulti. Le complesse interferenze sulle abitudini alimentari sono i punti di intervento per promuovere uno stile di vita apparentemente vantaggioso per la salute, che ha fatto parte della cultura della nostra popolazione ed è stato abbandonato non molto tempo fa.

Oltre 200.000
visite al mese*

*Fonte: Google Analytics



Il primo quotidiano *on line*
interamente dedicato al mondo della sanità

quotidiano sanità.it

Scienza, medicina, farmaci,
politica nazionale
e regionale, economia
e legislazione.

Notizie, interviste, dibattiti,
documenti, analisi
e commenti dal mondo
della sanità.

Ogni giorno, dal lunedì
al venerdì, per essere sempre
aggiornati e informati.

www.quotidianosanita.it

OGNI GIORNO SUL WEB TUTTA LA SANITÀ CHE CONTA

UN'INIZIATIVA



Health Communication editore



ACCESSO
LIBERO
GRATUITO
E SENZA
LIMITI