MOGO



Bersagliata dai media e dal contenzioso, la nostra categoria paga forse il prezzo più alto delle carenze di una sanità pubblica allo stremo. I troppi cesarei sono il sintomo di un malessere che ha ben altre radici, scrive l'Aogoi in una lettera al ministro Balduzzi, dopo le ispezioni dei Carabinieri nelle sale parto. Applicare subito il "Piano punti nascita" fermo da un anno

■ Cic

Senza adeguati provvedimenti, a rischio collasso una delle eccellenze italiane nel mondo. La lettera aperta del Collegio italiano dei chirurghi

■ Conciliazione

Più chiari i "profili critici" della procedura conciliativa in campo sanitario. Il punto sulla riforma ad un anno dalla sua entrata in vigore

■ Sdo

Ricoveri in calo del 3,3% tra il 2009 e il 2010. Giornate di degenza al -2,1%. La fotografia dell'attività ospedaliera nel Rapporto annuale del ministero 2 2012 È piuttosto naturale credere che una gravidanza avvenga con facilità e in fretta. In realtà, per molte donne può occorrere molto più tempo di quanto si pensi: quasi il 20% delle donne non rimane incinta dopo 6 mesi di tentativi (1).

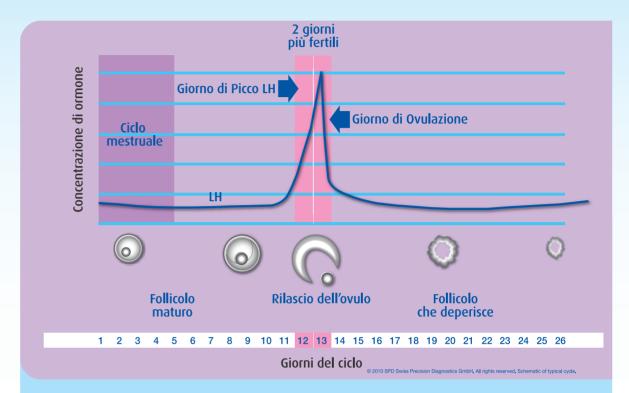
Molti sono i fattori che portano a questi ritardi nel concepimento, ma il momento in cui si hanno rapporti sessuali è il fattore determinante.

Infatti, una coppia su due prova a concepire un bambino nel momento sbagliato del ciclo (2) e molte donne non sanno che ci sono solo alcuni giorni fertili durante il ciclo mestruale.

Molte donne decidono di diventare mamme più tardi quando la loro fertilità diminuisce: molte aspettano di aver prima avviato la carriera per avere una stabilità economica.

Quando una gravidanza non avviene nei tempi desiderati, una donna può sentirsi ansiosa e delusa, per questo il tuo aiuto può risultare fondamentale per sfruttare al massimo le sue possibilità di concepire senza perdere tempo prezioso.

Una donna che conosce il suo periodo fertile ha più possibilità di concepire un bambino nel momento desiderato.



Con l'avvicinarsi dell'ovulazione c'è un improvviso aumento dei livelli di LH, l'ormone luteinizzante. Questo è l'ormone che provoca l'ovulazione e può essere misurato nelle urine.

L'ovulazione avviene quando l'ovocita viene rilasciato nelle Tube di Falloppio, in genere tra il 12° e il 16° giorno del ciclo. Il follicolo quindi si sfalda e viene espulso.

I giorni del picco dell'ormone LH e il giorno successivo sono quelli più fertili del ciclo.

I test di ovulazione individuano nell'urina i due giorni più fertili indicando quando sta per avvenire il picco dell'ormone LH.

Trattandosi di test delle urine da svolgersi in pochi minuti, sono inoltre assolutamente naturali e non invasivi.

Clearblue, il marchio più venduto al mondo di test per uso domestico, ha sviluppato il primo test di ovulazione digitale.

Affidabile oltre il 99% nella individuazione del "picco" dell'ormone LH, è stato valutato come il test che le donne usano con più affidabilità, aiutandole ad identificare i due giorni del ciclo in cui è possibile concepire.

La ricerca ha dimostrato che 1 donna su 4 può sbagliare a interpretare la "linea" tradizionale dei test di ovulazione (3), non c'è dunque da sorprendersi se 9 donne su 10 preferiscono il test di ovulazione Clearblue ad altri marchi.



Nessuna linea difficile da interpretare, solo un chiaro risultato digitale con Clearblue





Clearblue, ottimizza le possibilita di concepire naturalmente

Per maggiori informazioni visita il sito: www.clearblue.com/it

(3) Data on file. In a study of 72 women reading Ovulation Tests typical of normal cycle results, more women obtained the same result as a laboratory professional when reading Clearblue Digital Ovulation Test than when reading other Ovulation Tests

Antonio Chiantera

"La presenza dei Nas nei nostri reparti mortifica la dignità e professionalità dell'intera categoria"



9

Carlo Sbiroli

"Una delle eccellenze italiane rischia il collasso. Si spera che il Governo ascolti il grido di dolore dei chirurghi italiani"



4 **Cesarei e Nas: le ragioni del nostro dissenso** L'Aogoi scrive al ministro della Salute Renato Balduzzi

8 Il grido di dolore dei chirurghi italiani di Carlo Sbiroli

12 FOCUS ON

Conciliazione in sanità:
un "ponte" tra paziente e medico

La conciliazione nel contenzioso medico legale in ginecologia e ostetricia Carlo Pilia

Il contenzioso, sintomo collaterale Vania Cirese

Mediazione e (assenza della) assicurazione Paolo D'Agostino

- 19 Rapporto Sdo: la fotografia dell'attività ospedaliera 2010
- 20 Aogoi Emilia Romagna: Donne allo specchio Ezio Bergamini
- 21 La "volontarietà" nella colpa medica Pier Francesco Tropea

Un manifesto per la scienza al femminile Laura Berardi

- 22 Prevenzione della Ivg tra le donne straniere a cura di Giovanni Fattorini e Marina Toschi
- 24 Il sostegno emotivo nel travaglio di parto: il "caso doula" a cura del Direttivo AIO
- 25 Nuovi obblighi in tema di polizze professionali, Emc e compensi Carmine Gigli

RUBRICHE

- 27 Meditazioni Giuseppe Gragnaniello
- $28\,$ Nasce il Gruppo Aogoi per la Patologia Cervico-Vaginale
- 29 Fatti&Disfatti
 Carlo Maria Stigliano

7

Vito Trojano

"Attuare subito intesa Stato Regioni sui Punti nascita"



12

Carlo Pilia

"Ci vorrà del tempo per diffondere una cultura della mediazione nel campo sanitario e nella società nel suo complesso"

28
Carlo Maria
Stigliano

"Una pattuglia di ginecologi ha fatto nascere sul web il Gruppo Aogoi per la Patologia Cervico-Vaginale"

La lettera dell'Aogoi al ministro della Salute Renato Balduzzi

Caro ministro ti scrivo: perchè in sala parto non servono i Nas

 $Gentilis simo\ Signor\ Ministro,$

la stampa nazionale, con titoli a tutta pagina ("Basta con l'abuso dei parti cesarei. Il ministro manda i NAS in ospedale"), ha riportato, nei giorni scorsi, la notizia di una Sua disposizione ai NAS di effettuare in tutta Italia "un'indagine nazionale sui reparti di ostetricia degli ospedali pubblici e privati "per fare chiarezza sull'utilizzo non appropriato del parto chirurgico".

La nostra Associazione – come Le è certamente noto – da anni denuncia la criticità di un fenomeno, che l'ha indotta a interessare il NAS per "controlli a tappeto" presso "Non intendiamo assumere una acritica difesa corporativa, ma segnalare con forza che le cause del fenomeno sono soprattutto strutturali ed organizzative". Per affrontarle occorre intervenire in maniera seria e programmata e con le necessarie risorse. È questo il punto sollevato dal presidente Aogoi Vito Trojano e dal segretario nazionale Antonio Chiantera nella lettera del 17 febbraio scorso al ministro della Salute che ben sintetizza le ragioni (e il cuore) di tutto il malessere che percorre la nostra categoria

gli ospedali, e da sempre ha assunto un ruolo di protagonista nel contrastare "l'utilizzazione opportunistica del ricorso al parto cesareo". Il tono scandalistico e di criminalizzazione di tutta la categoria dei ginecologi, col quale tutti i quotidiani e settimanali hanno accolto e pubblicizzato la Sua iniziativa, preoccupa non poco la nostra Associazione, che raccoglie la massima parte di tali professionisti del settore pubblico e privato, i quali si sentono, soprattutto in questo momento, esposti troppo



spesso ad un ingiusto e, spesso immotivato se non arbitrario, bersaglio dei mass media. Il problema, infatti, non può riguardare soltanto "i numeri" o la "distribuzione geografica o territoriale" del ricorso al parto cesareo, ma si affronta, soprattutto, con un corretto

Intervista al segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera

Se l'obiettivo è realizzare un'Italia normale...

Professor Chiantera, in un passaggio della sua lettera al ministro si legge: "se l'obiettivo del Governo è quello di realizzare "un'Italia normale" ...bisogna preoccuparsi di approfondire le ragioni e le cause di un fenomeno, che certamente preoccupa anche noi come organizzazione oltre che come professionisti estranei alla indiscriminata pratica del cesareo". Questo vuol dire che allora non siamo un Paese "normale"?

Certamente no, ma queste modalità di ispezione e controllo non mi sembra rientrino in un obiettivo di "normalizzazione" del Paese. Le buone intenzioni del Ministro vanno comunque apprezzate: ha voluto inviare un segnale all'opinione pubblica, raccogliendo una domanda diffusa di legalità, di buona politica e di buona amministrazione. È fuor di dubbio che anche (e soprattutto) nella sanità l'illegalità vada contrastata...il problema è come. Queste azioni eclatanti, ben cavalcate dai media, non solo sono inutili ma anche dannose. Ledono la dignità e la professionalità dei medici, demotivando i professionisti seri



e capaci. Rischiano di criminalizzare un'intera categoria, già sottoposta a un forte stress per le gravi carenze umane e strutturali che è costretta quotidianamente a fronteggiare. E soprattutto minano il rapporto di fiducia tra cittadino-medico e struttura. Un rapporto già molto compromesso. Le cifre del contenzioso parlano chiaro.

Dunque è questione di metodo

Come ho detto il "metodo" ha la sua importanza, ma la sostanza è che se vogliamo davvero risolvere queste problematiche le istituzioni pubbliche devono fare la loro parte. Devono

intervenire in maniera seria e programmata sulle cause che le determinano, con le necessarie risorse da utilizzare in modo selettivo ed appropriato sulle strutture e sull'organizzazione, che sono la causa prima, se non esclusiva, del fenomeno. La nostra associazione, che rappresenta la maggior parte dei ginecologi delle strutture pubbliche, ha fatto e sta facendo la sua parte. Nell'ultimo biennio abbiamo svolto un grande lavoro, anche in collaborazione con le istituzioni, per individuare le criticità e le migliori soluzioni. Abbiamo il quadro completo della situazione della rete dei punti nascita e abbiamo un Piano di riordino approvato da oltre un anno dalla conferenza Stato Regioni. Per renderlo operativo ora c'è però bisogno dell'impegno di tutti: dal Ministero alle Regioni, dalle aziende ospedaliere alle strutture private. Non si può aspettare oltre. Più che sulla "repressione" inviterei a puntare sull'azione. Bisogna agire in fretta, l'investimento nella sicurezza delle nostre pazienti e dei nostri operatori non è a costo zero ma certamente è il miglior investimento per il futuro del nostro Paese.

Trojano: "Attuare subito intesa Stato Regioni su punti nascita"

Per contrastare l'eccessivo ricorso ai cesarei non servono i blitz: è sufficiente mettere in sicurezza la rete dei punti nascita. Da mesi infatti l'Aogoi chiede con forza alle Regioni di applicare, per renderle operative, le linee di indirizzo previste dal piano approvato nel dicembre 2010

È questo in sintesi il senso della nota diffusa dal presidente Aogoi Vito Troiano in merito ai controlli disposti dal ministro della Salute su segnalazione dell'Agenas che secondo il presidente "si inseriscono in un contesto critico che abbiamo denunciato da molto tempo".

L'Aogoi è favorevole a contrastare un'eventuale "utilizzazione opportunista del ricorso al parto cesareo" ma non vorremmo, spiega Troiano"che l'attenzione venisse deviata da quelle che sono le vere problematiche all'origine del fenomeno, che sono strutturali e organizzative". Un aspetto questo che il presidente Aogoi ha ribadito anche davanti alla Commissione



Igiene e Sanità del Senato in occasione di una sua audizione nell'ambito dell'Indagine conoscitiva sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita "Nascere sicuri", tenutasi proprio nelle stesse ore in cui, alla Camera, veniva approvata una risoluzione parlamentare sui punti nascita, sottoscritta da tutte le forze politiche, che ha individuato "come punti irrinunciabili, la necessità di dotare tutti i punti nascita con la guardia ostetrica presente 24

ore su 24 e di attuare il progressivo accorpamento, nei casi di evidente insicurezza e inefficienza, dei molti punti nascita ormai marginali e di dimensioni minori nei quali viene effettuato un numero annuo di parti talmente basso (e lontano dai mille fissati dagli standard internazionali) da non consentire al personale impiegato di avere quella manualità e quella prontezza necessarie nelle sale parto, soprattutto in caso di emergenze".

Necessaria l'alleanza e il dialogo con il territorio

Il lavoro che l'Aogoi ha svolto negli ultimi due anni per individuare le criticità e le migliori soluzioni per la messa in sicurezza del percorso nascita, raf
Segue a pagina 7

metodo delle modalità di approccio al fenomeno e con la verifica, attenta e ragionata, delle cause sostanziali che lo determinano, per giungere alla previsione di proposte e di interventi risolutivi del fenomeno stesso. Riteniamo, da sempre, che i problemi di una normale e corretta gestione della sanità in Italia non si affrontino con l'intervento dei Carabinieri o della Polizia ed ancor meno con la minaccia delle "manette", utili soltanto a demotivare i professionisti seri e capaci, che Le assicuriamo sono tantissimi nella nostra categoria, pur operando troppo spesso in strutture che li espongono, loro malgrado, a numerosissimi rischi non escluso quello della reclusione. Basti pensare all'attuale atteggiamento di politica giudiziaria delle varie Procure della Repubblica che, di iniziativa o molto più spesso su denuncia di presunte parti

"

Riteniamo, da sempre, che i problemi di una normale e corretta gestione della sanità in Italia non si affrontino con l'intervento dei Carabinieri o della Polizia ed ancor meno con la minaccia delle "manette", utili soltanto a demotivare i professionisti seri e capaci

offese, talora animate soltanto da interessi speculativi, da vari anni promuovono ed attivano indagini giudiziarie a carico dei medici, prima fra tutti proprio i ginecologi (secondo dati statistici uno su quattro), per presunte coipe meaicne, che il più delle volte si risolvono con sentenze assolutorie, ma che provocano gravissimo pregiudizio, anche patrimoniale (si pensi al costante aumento dei premi assicurativi), in danno del singolo indagato e dell'intera categoria dei medici. Non intendiamo assumere una acritica difesa corporativa, ma segnalare con forza che le cause del fenomeno sono soprattutto strutturali ed organizzative.

organizzative.

Da oltre un anno è stato approvato, dalla Conferenza Stato Regioni, il Piano per il riordino dei punti nascita in cui è descritto il quadro completo della situazione della rete, delle criticità presenti nella quasi totalità dei 570 punti nascita operanti sul territorio ed individuate le linee di indirizzo che, in ben dieci punti, stabiliscono le modalità di intervento per mettere in sicurezza il percorso nascita e ridurre il

ricorso al parto cesareo.

Tale Piano, purtroppo, a
distanza di un anno, non è
ancora operativo; per cui mai
come in questo momento è
indispensabile l'impegno di
tutte le parti interessate
(Ministero, Regioni,
AA.SS.LL. aziende ospedaliere
e strutture private,
professionisti) per renderlo
operativo.
Da parte nostra, l'AOGOI

negli ultimi due anni ha svolto, con impegno e professionalità, un grande e proficuo lavoro per individuare le criticità e proporre le migliori soluzioni, anche attraverso un intensa collaborazione con le istituzioni, prima fra tutte la Commissione d'inchiesta presieduta dall'On. Leoluca Orlando, che nel dicembre scorso ha presentato una mappatura dettagliata del numero e del livello qualitativo dei punti nascita, ed alla cui discussione Lei era presente.

Riteniamo che si possa partire da subito dai dati elaborati e forniti dalla Commissione, che consentono di conoscere l'esistenza di un numero molto alto, a volte eccessivo, di punti nascita privi dei necessari standard di professionalità e di adeguato supporto tecnologico, soprattutto nel Mezzogiorno. Le statistiche ci dicono che la quota dei cesarei è più alta nelle strutture piccole, con meno di 500 parti l'anno, e nelle strutture private meno attrezzate e male organizzate. Nel mezzogiorno, in particolare, mancano strutture pubbliche di assistenza durante l'intero percorso della gravidanza e di preparazione al parto, così come mancano sufficienti ed idonei centri di assistenza materno-infantile. Ecco è su queste realtà che bisogna intervenire, innanzitutto attraverso

Segue a pagina 7

Kirogen™

www.pizetapharma.com

Integratore alimentare a base di myo-inositolo, d-chiro-inositolo, acido folico, manganese

Dalla ricerca Pizeta Pharma nasce un'assoluta novità nel mondo degli integratori alimentari studiati e formulati per migliorare la funzionalità dell'apparato riproduttivo femminile.



La formulazione unica del Kirogen[™] permette di offrire immediatamente la soluzione completa per il trattamento della PCOS e delle manifestazioni ad essa correlate nonché di intervenire sul metabolismo del glucosio.

Segue da pagina 5

adeguate e politicamente corrette iniziative delle Istituzioni pubbliche impegnando, in questo settore, sufficienti risorse economiche da distribuire non a pioggia ma in maniera finalizzata. Questo impegno "politico" delle istituzioni deve, inoltre, avvalersi della fattiva collaborazione delle eccellenti professionalità ed esperienze presenti sul nostro territorio, anche e soprattutto nel Mezzogiorno, e la nostra organizzazione, come sempre, è pronta a mettere in campo tutte le proprie risorse umane e di esperienza per individuare ed attuare progetti, che affrontino e risolvano il problema della criticità dei parti cesarei con un serio programma di interventi ed iniziative, non escluso quello di predisporre programmi di aggiornamento e formazione professionali finalizzati, soprattutto, a formare e sensibilizzare una cultura medica di totale ed incondizionato rispetto della donna e del neonato. Ci permettiamo, infine, di sottolinearLe l'inutilità e la dannosità della minacciata presenza generalizzata dei NAS nei reparti degli ospedali, il cui unico risultato sarà quello di mortificare la dignità e la professionalità dei medici, che vi operano con sacrifici e grande professionalità, oltre che rischio personale. Egregio Ministro riteniamo sia sufficiente, a tale scopo, acquisire le cartelle cliniche delle pazienti e verificare, attraverso lo studio approfondito delle stesse e l'esame dei singoli casi sospetti, se e quanti interventi effettuati siano censurabili, se non addirittura suscettibili di denuncia alla Autorità Giudiziaria non è necessario "mandare i Nas in Ospedale" mettendo a repentaglio lo stesso diritto alla riservatezza, patrimonio di tutti i cittadini e soprattutto di quelle donne che si trovano in un luogo di assistenza e cura. Ecco, Signor Ministro, se l'obiettivo del Governo, al quale ha l'onore di partecipare, e quello di realizzare "un'Italia normale", bisogna preoccuparsi avendone i mezzi e le strutture, di approfondire le ragioni e le cause di un fenomeno, che certamente preoccupa anche noi come organizzazione oltre che come professionisti estranei alla indiscriminata pratica del cesareo, intervenga in



La nostra associazione è pronta a mettere in campo tutte le proprie risorse umane e di esperienza per individuare ed attuare progetti, che affrontino e risolvano il problema della criticità dei parti cesarei con un serio programma di interventi ed iniziative

maniera seria e programmata e con le necessarie risorse sulle strutture e sull'organizzazione, che sono la causa prima, se non esclusiva, del fenomeno. Alla "repressione" ci pensano già, e troppo spesso in maniera arbitraria ed indiscriminata, le forze dell'ordine e la Magistratura! Quella Magistratura che, in presenza di danni lievi o gravi, riparabili o irreversibili alla madre o al neonato, non si esime dal criminalizzare immediatamente il ginecologo proprio perché non ha praticato il parto cesareo! E questa è una delle non trascurabili ragioni per le quali talora il ricorso al cesareo rappresenta un ineludibile mezzo o la sicura difesa per sottrarsi o, quantomeno evitarlo, al rischio di una incriminazione in sede penale. La preghiamo, Signor

Ministro, di non trascurare anche quest'ultimo, significativo dato a tutela della nostra categoria. Nella certezza che apprezzerà queste nostre indicazioni, non come irragionevole censura alla Sua iniziativa né come ottusa difesa corporativa, ma quale contributo a quelle che sono certamente le "buone intenzioni" Sue e del Governo, La salutiamo agurandoLe un proficuo lavoro nell'interesse dei malati e di tutti i professionisti che ad essi si dedicano, tenendo presente che, come in tutte ie professioni e le attività umane, non mancano coloro che tradiscono la propria missione col rischio di rendere inaffidabile e "disonesta" l'intera categoria.

Prof. Antonio Chiàntera Segretario Nazionale A.O.G.O.I. Prof. Vito Trojano Presidente Nazionale A.O.G.O.I.

Segue da pagina 5

forzando la collaborazione con le Istituzioni e in particolare con la Commissione d'inchiesta sugli errori sanitari presieduta da Leoluca Orlando, ha spiegato il presidente Troiano "ci ha fornito una mappatura dettagliata del numero e del livello qualitativo dei punti nascita. Ora è necessario accompagnare il processo di razionalizzazione e riqualificazione dei 570 punti nascita operanti in Italia con misure specifiche, calibrate sulle esigenze delle singole realtà territoriali. Puntando su una grande alleanza tra tutte le parti interessate e su un costante dialogo con il territorio". Questo per far comprendere alla popolazione che la chiusura dei punti nascita piccoli e insicuri "non è una penalizzazione ma una scelta tesa ad offrire servizi migliori e a garantire condizioni di sicurezza (spesso assenti nelle piccole strutture dove gli operatori lavorano in condizioni spesso molto difficili) alle future mamme, ai nascituri nonché a tutto il personale sanitario".

Le condizioni di insicurezza, infatti, secondo il presidente Aogoi, mortificano la professionalità e incentivano comportamenti di medicina difensiva come argine all'escalation del contenzioso medico legale.

Oltre a questo ha ricordato Troiano "sarà necessario vigilare affinché la chiusura di queste piccole strutture e il parallelo potenziamento dei centri di secondo e terzo livello, strutture in grado di disporre di una guardia ostetrica e ginecologica 24 ore su 24, con pediatri neonatologi e anestesisti in grado di garantire la parto analgesia, sia accompagnata dalla graduale creazione di realtà territoriali, consultoriali e ambulatoriali, ben attrezzate in grado di offrire un'assistenza altamente qualificata alla gravidanza fisiologica e di dialogare e interagire con la struttura ospedaliera in caso di necessità".

Il problema non è la malpractice

"Porre al centro della questione la malpractice sanitaria avverte Troiano – è un approccio che devia l'attenzione dai veri problemi". Anche perché, come dimostrano i dati sui procedimenti per lesioni colpose e omicidio colposo ascrivibili al personale sanitario in circa 90 Procure della Repubblica analizzati dall'indagine sui punti nascita svolta dalla Commissione d'inchiesta sugli errori sanitari, su 357 procedimenti penali contro sanitari ci sono state solo 2 condanne. "Per questo - aggiunge il presidente Aogoi - più che l'individuazione di singole responsabilità, pur necessarie e doverose, riteniamo più efficace un approccio teso a individuare e rimuovere le cause che determinano cattive condotte e comportamenti ascrivibili alla cosiddetta medicina difensiva". A questo riguardo è opportuno ricordare che l'evento che più incide nella casistica giudiziaria in ambito ostetricoginecologico riguarda proprio il mancato o tardivo ricorso al taglio cesareo nel caso in cui una sofferenza fetale abbia comportato la morte del feto o una disabilità neuromotoria del feto stesso. "Non dimentichiamo – è il monito di Troiano - che un ginecologo su quattro è sottoposto ad indagine e che il giudice del dibattimento, nella verifica se il danno al paziente sia stato cagionato da colpa del professionista, pone immediatamente il quesito se sia stato ritardato od omesso il cesareo".

Per quanto riguarda il Drg, la tariffa di rimborso, che per un cesareo prevede rimborsi più alti di un parto naturale, sia l'Aogoi che la Sigo chiedono da anni una revisione delle tariffe a livello nazionale nel senso di un'omologazione tariffaria dei due Drg in modo da scoraggiare condotte opportunistiche.

La nostra ginecologia è da esportazione

Il nostro Paese ha la percentuale più bassa di morbilità e mortalità perinatale e mortalità materna in Europa. Il che significa che nonostante le criticità, la qualità dell'ostetricia e ginecologia italiana è al top. È questo il dato che il presidente Trojano ha tenuto a sottolineare nel "rilanciare una grande alleanza finalizzata a riorganizzare la nostra rete materno infantile ad iniziare dal Mezzogiorno. Per tradurre in concreto quanto previsto dal piano di riordino – ha concluso il presidente Aogoi –dobbiamo premere sull'acceleratore. Abbiamo un grande patrimonio di esperienze, competenze e professionalità, ci serve un sostegno forte da parte delle istituzioni".

Il CIC denuncia le difficoltà in cui opera la chirurgia italiana

ll grido di dolore dei chirurghi italiani

di Carlo Sbiroli

el febbraio del 2007 il Collegio Italiano dei Chirurghi acquistò una pagina di La Repubblica per pubblicare una lettera aperta. Era un "appello ai cittadini" in cui si respingevano gli attacchi che i media avevano indirizzato alla chirurgia italiana. "I disservizi e le deficienze strutturali degli Ospedali non sono imputabili al disimpegno e all'incuria dei medici, ma sono il frutto malato di scelte politiche e manageriali legate a una visione miope ed economighi italiani e con decisione denunciavano "i tentativi di delegittimazione della loro professionalità e di gestione totalmente politica della Sanità". L'Aogoi si associò a quella iniziativa. E GynecoAogoi dette ampio spazio alla lettera e ai commenti dei soci (vedi n.1/2007).

A distanza di cinque anni il Cic stila una nuova lettera aperta. Questa volta è indirizzata direttamente al Ministro della Salute e al Presidente del Consiglio dei Ministri. Si tratta di una denuncia che assume il significato di ultimo appello. Nel docu-

cista". Così scrivevano i chirur- mento, qui accanto pubblicato, si sottolinea che "se le istituzioni non prendono adeguati provvedimenti, esiste il reale pericolo che le attuali difficoltà potrebbero portare alla liquidazione ed al fallimento di quella chirurgia italiana che, ancor oggi, per livello di professionalità e di eccellenze risulta essere tra le prime del mondo". Sono indubbiamente parole pesanti che ci devono far riflettere.

Una situazione ormai insostenibile

Ma davvero siamo arrivati al calor bianco? Siamo al default an-



In questa lettera aperta, indirizzata al Presidente del Consiglio, al Ministro della Salute e ai presidenti della XII Commissione di Camera e Senato, i chirurghi italiani denunciano le difficoltà in cui sono costretti ad operare. L'iniziativa presa dal CIC, il Collegio Italiano dei Chirurghi, che raggruppa 63 società scientifiche, tra cui l'Aogoi



chirurgia è una delle eccellenze italiane nel mondo, uno degli indubbi punti di forza del sistema sanitario italiano ed i chirurghi tutti sono nei rispettivi com-

piti istituzionali, protagonisti di un processo comune di assistenza, di formazione, di perfezionamento, di ricerca e, sempre più, di problematiche politico-sanitarie.

Il contesto nel quale essi operano è, per certi versi, ampiamente positivo; mentre, per altri, è terribilmente ne-

Il SSN italiano nel quale operano rappresenta un contesto positivo. L'organizzazione mondiale della Sanità, che ha messo a confronto sistemi sanitari in tutto il mondo, colloca l'Italia al secondo posto assoluto per capacità di risposta assistenziale universale, in rapporto alle risorse investite. A ciò si aggiunge l'ultima rilevazione Istat sul gradimento dei servizi sanitari da parte dei cittadini, che evidenzia come oltre il 60% degli italiani apprezzi la sanità pubblica, con percentuali di gradimento che in alcune Regioni raggiungono l'80%. Tutto ciò malgrado il co stante impegno dei media ad evidenziare ossessivamente solo eventi avversi o episodi di cosiddetta "malasanità". Nell'aprile del 2010, per Burson-Marsteller e la Società Italiana di Chirurgia, l'Istituto per gli Studi sulla Pubblica Opinione (ISPO) ha svolto un sondaggio su un campione statisticamente rappresentativo, tramite interviste telefoniche con un questionario di tipo strutturato. Per quanto concerne la fiducia, otto italiani su dieci si pronunciano favorevolmente (1'80% ha abbastanza o molta fiducia nei chirurghi italiani). La variabile che differenzia maggiormente i giudizi è l'esperienza diretta. L'85% degli operati di recente si dichiarano soddisfatti. Anche tra gli operati insoddisfatti, comunque, il 59% ha fiducia nei chirurghi, il che testimonia un credito di fiducia che, a dispetto dell'esperienza negativa, resta comunque notevole e radicato.

In sintesi, il dato più confortante ed eclatante è che tra chi ha avuto un'operazione negli ultimi quattro anni, il 52% è molto soddisfatto ed il 33% sufficientemente sod-

I chirurghi comunque si sono ormai resi conto che i tempi dell'individualismo autoreferenziato dei Maestri della chirurgia è terminato e che, invece, ci si debba dotare di un sistema di crediti che valuti la preparazione professionale, nonché di un sistema di grading che assegni l'accreditamento per specifici atti assistenziali.

La crescente innovazione tecnologica con il difficile bilanciamento di costi e benefici, la necessità di comprendere le obiettive difficoltà del sistema, il nuovo e problematico rapporto dei clinici con le figure manageriali amministrative, il rapporto con il paziente spesso male informato, con aspettative elevatissime e mentalità risarcitiva consolidata e, infine, una tipologia di lavoro interdisciplinare e di squadra, sono temi trasversali oggi ineludibili e da governare con attenzione.

Le problematiche trasversali non possono però essere trattate singolarmente con l'intento di trovare soluzioni senza una visione di insieme complessiva.

Governare questi cambiamenti non può essere compito del chirurgo soltanto, ma frutto di cultura, di informazione completa e di rapporti tra tutti gli attori coinvolti: istituzioni, Società scientifiche, strutture sanitarie, chirurghi e pazienti. Un esempio di tale sinergia è quello che ci si propone se consideriamo l'invecchiamento della popolazione; secondo la OMS l'Italia si posiziona al primo posto in classifica per aspettativa di vita sia per gli uomini che per le donne, davanti a USA, Canada ed altri Paesi europei quali Francia, Germania, Gran Bretagna e Spagna. Invecchiando le persone si ammalano di più, si aggravano le malattie croniche, aumentano i consumi sanitari e le spese mediche; i dati Istat ci rendono noto che nel 2050 la spesa sanitaria per gli anziani potrebbe assorbire i 2/3 del budget del SSN.

Linee di tendenza, quindi, che stanno cambiando radicalmente il contesto in cui la chirurgia italiana opera; un aumento dei costi di sistema e del singolo intervento; crescente rilevanza spesso determinante, delle figure amministrative; grandi difficoltà nel rapporto con i pazienti bersaglio di distorte informazioni sanitarie, portatori di aspettative inappropriate e sempre più inclini alle vie legali per ottenere risarcimento di danni (più del 150%, in meno di 10 anni); diminuzione delle vocazioni chirurgiche da parte dei giovani, ricorso alla medicina difensiva dei chirurghi in attività e caduta verticale della possi bilità di ricambio generazionale se non con l'apporto di professionalità dall'estero.

Un quadro reale e problematico che il Collegio Italiano dei Chirurghi propone alle Istituzioni, dichiarando il pericolo che le difficoltà di oggi senza adeguati provvedimenti, potrebbero portare alla liquidazione ed al fallimento di quella chirurgia italiana che, ancora oggi, per livello di professionalità e di eccellenze risulta essere tra le prime del mondo.

I provvedimenti legislativi (alcuni dei quali già contenu-

che delle sale operatorie? I "bollettini di guerra" da cui siamo quasi ogni giorno bombardati forniscono indicazioni allarmanti. È stata perfino avanzata l'ipotesi di chiudere le sale operatorie ed espletare il normale lavoro delle sole urgenze. Le continue denunzie, l'incremento delle richieste risarcitorie, la progressiva chiusura del mercato assicurativo, il completo fallimento dell'istituto della media-

zione, la mancata gestione del rischio clinico, la bancarotta dei grossi ospedali religiosi sono solo alcuni grani di un rosario che giornalmente il chirurgo recita in attesa di una grazia. Si spera che il governo si accorga della situazione ormai insostenibile in cui tutta la chirurgia italiana è costretta a operare.

E soprattutto che i provvedimenti legislativi (alcuni dei quali già contenuti in disegni di legge, da tempo in attesa di completamento) assumano assoluta urgenza.

La decisione del Cic di stilare questo documento è stata ampiamente discussa e ponderata all'interno del direttivo. Nasce dopo mesi di attesa, durante i quali è stata svolta un'approfondita valutazione sul da farsi. Mesi in cui è stata seguita con attenzione l'evoluzione degli eventi politici alla ricerca di un interlocutore con cui impostare un lavoro che avesse qualche probabilità di successo.

Il Cic ha la speranza che le istituzioni prendano in considerazione il "grido di dolore" dei chirurghi italiani.

La lettera aperta del 2007 non sortì alcun effetto. Ci fu un gran parlare. Tutto finì nell'irragionevolezza identitaria di chi ci governava. Proprio così. La democrazia ha certamente i suoi pregi: possiamo esprimere le nostre opinioni, possiamo fare le nostre critiche, ma accade quasi sempre che nessuno alla fine ti sta ad ascoltare. Speriamo che almeno questa volta qualche orecchio attento presti attenzione.

Cosa è il CIC

Il Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC) è un ente morale apolitico, nato nel 2004, senza

fini di lucro, che ha come scopo quello di contribuire a migliorare i livelli di cura dei pazienti e di promuovere gli interessi scientifici culturali ed organizzativi dell'area chirurgica.

Il CIC riunisce infatti quasi tutte le Società Scientifiche di Area Chirurgica che complessivamente raccolgono oltre 45.000 medici di tutte le specialità chirurgiche (chirurghi generali, chirurghi



I firmatari della lettera aperta Prof Marco d'Imporzano

Prof. Marco d'Imporzano Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi Presidente Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia

Prof. **Pietro Forestieri** Past President del Collegio Italiano dei Chirurghi Past President della Società Italiana

Past President della Società Italiana di Patologia dell'Apparato Digerente Presidente Emerito della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche

Prof. Marco Piemonte

Vice-Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi Presidente della Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico Facciale

Prof. Carlo Sbiroli

Vice-Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi Delegato Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

Prof. **Natale Di Martino** Segretario Generale del Collegio Italiano dei Chirurghi Presidente della Società Italiana di Ricerche in Chirurgia

Prof. Giuseppe Vespasiani Segretario Tesoriere del Collegio Italiano dei Chirurghi Delegato della Società Italiana di Urologia

Prof. Giorgio de Toma Consigliere del Collegio Italiano dei Chirurghi Presidente Eletto della società Italiana di Chirurgia

Segue



ti in disegni di legge) che da tempo sono in attesa di completamento del loro iter rivestono, oggi, l'aspetto di assoluta urgenza.

Secondo dati recenti dell'ANIA, in un anno solare sono ben oltre 34.000 le denunce dei cittadini (o, meglio, la segnalazione di eventi di varia natura o anche le semplici lamentele) per danni riferibili alla sanità.

L'incremento continuo delle richieste risarcitorie ha provocato una crescente difficoltà dei singoli chirurghi ed anche delle strutture sanitarie a reperire coperture assicurative adeguate, mentre i dati emergenti evidenziano una progressiva chiusura del mercato assicurativo verso il rischio clinico.

L'istituto promosso dal Governo, etichettato con una forzatura (rispetto agli altri modelli europei) come mediazione, per varie ragioni sembra avere poche prospettive di successo a causa delle procedure, delle spese connesse e dei soggetti mediatori che, come si evidenzia dalle caratteristiche degli enti già abilitati, risultano in gran parte digiuni di una materia così complessa come la responsabilità medica.

Manca un sistema di gestione del rischio clinico a livello aziendale, regionale e nazionale, non esiste una previsione di responsabilità delle strutture sanitarie fondata su un titolo autonomo per "difetto di organizzazione e violazione dell'obbligo di sicurezza nell'erogazione delle cure", fatto distinto da quello che fonda sulla responsabilità del medico, per negligenza imprudenza ed imperizia tutto l'impianto responsabile.

La struttura, infatti, dovrebbe rispondere ben oltre la prestazione alberghiera e, comunque, avere l'obbligo di dotare il chirurgo che ivi presta l'attività, di una assicurazione immediatamente e direttamente operativa per la copertura di danni ai pazienti derivati dall'attività chirurgica del singolo e dell'equipe, nonché dei danni cagionati da carenze strutturali o organizzative della struttura stessa.

In ogni caso si apra un tavolo tecnico del Governo con ANIA ed il Collegio Italiano dei Chirurghi nel quale si definisca un vincolo di obbligatorietà per le compagnie di assicurazione a stipulare polizze assicurative di responsabilità civile professionali per la chirurgia e le strutture chirurgiche e criteri di regolamentazione di tutta la materia.

Attesa la necessità di prevenire con le più adeguate tutele le lesioni di un bene di rilievo costituzionale come quello della salute attraverso la comparazione dei dati del contenzioso medico legale e della disciplina della responsabilità medica, il Collegio Italiano dei Chirurghi ritiene inderogabile prevedere che venga normata anche una soglia di gravità della condotta errata pur lasciando all'apprezzamento dell'Autorità Giudiziaria la differenziazione delle ipotesi e le fattispecie suscettibili di essere penalmente rilevanti; soglie di punibilità sono previste nel diritto tributario così come nel settore ecologico e della tutela dell'ambiente. Per un procedimento penale di inquinamento di solito non basta versare un bicchiere di olio combustibile in un lago.

Dovrebbe essere preciso mandato da parte delle Istituzioni alle Società scientifiche di suggerire da una parte quegli interventi chirurgici ad altissimo rischio per i quali la soglia di punibilità deve essere molto alta, pena la mancata esecuzione dell'intervento per un concetto comprensibile di chirurgia difensiva; d'altra parte l'indicazione ai tribunali di periti finalmente competenti per i livelli di gravità della lesione in giudicato.

Ma la legge concernente il riconoscimento delle Società scientifiche attende da tempo di essere approvata.

Dalla vecchia definizione di medico chirurgo iscritto all'Ordine dei medici ad oggi troppa acqua è passata sotto i ponti; il medico chirurgo è evoluto in uno specialista in chirurgie diverse che usa tecnologie sofisticatissime ed il cui standard di operatività non può certo essere valutato da un generico ordine dei medici chirurghi.

La Società scientifica dovrebbe presiedere alla formazione (molti anni di normative, convegni, commissioni con minimo coinvolgimento delle Società scientifiche per non arrivare oggi a una definizione seria di educazione medica continua. ECM); esprimere criteri per una seria riforma delle inadeguate procedure concorsuali per posti apicali, proponendo griglie di valutazione scientifiche ed operative su curricula puntualmente riportati a graduatoria (troppe le scelte inappropriate e diversamente influenzate da parte del direttore generale su un gruppo di "idonei" propostigli dalla commissione esaminatrice); indicazioni sostanziali e non formali per l'utilizzo di alte tecnologie nell'ottica dei costi e dei benefici; sviluppo di organizzazione di informazioni autorevoli e sicure su metodiche di cura ed innovazioni sanitarie, attraverso la creazione di fonti ufficiali autorevoli e certificate, facilmente fruibili dai cittadini, rigorose nei contenuti e validate da evidenze cliniche. Oggi assistiamo allo sdoganamento a mezzo stampa di informazioni distorte e mendaci, che accreditano tecniche e strumentazioni senza alcun controllo scientifico. Di conseguenza risulta sempre più difficile gestire le aspettative dei pazienti, i contenziosi medico-legali ed il flagello della medicina difensiva. Solo le Società scientifiche sono in grado di verificare gli standard di accreditamento per determinate cure chirurgiche di particolare eccellenza e complessità, sia per quanto riguarda il chirurgo operatore, che la struttura. Sono finiti i tempi nei quali tutti facevano tutto, in ogni ospedale pubblico o privato con standard generici riferiti al massimo alla specialità in oggetto e con costi non dedicati.

Il Collegio Italiano dei Chirurghi e le Società scientifiche di chirurgia sono ancora una volta pronti ad essere interlocutori delle istituzioni come co-protagonisti di scelte tecniche, politico amministrative e come veicolo di corretta e completa informazione.

specialisti, ginecologi, ortopedici, otorinolaringoiatri, ecc.), impegnati nelle Università e negli Ospedali pubblici e privati di tutto il territorio nazionale. Le singole Società ed Associazioni costituiscono il Collegio in maniera paritetica.

La Mission

■ Il Collegio non ha solamente finalità di aggiornamento scientifico, ma vuole essere anche organo di riferimento politico-sindacale delle Società che ad esso aderiscono; inoltre si propone di gestire i rapporti delle Società scientifiche che esso rappresenta con le Istituzioni Sanitarie pubbliche e private.
■ Il Collegio si propone

■ Il Collegio si propone come interlocutore privilegiato della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici, per la tutela dei diritti della categoria, sulla base dei principi

della deontologia medica. Intende altresì riaffermare la dignità professionale dei Medici impegnati nella quotidiana attività chirurgica.

■ Il Collegio vuole riconquistare e consolidare il rapporto di fiducia con i cittadini,

proponendosi come garante della corretta diffusione di notizie sulla stampa medica e generalista. Inoltre, vuole diventare punto di riferimento nella gestione delle controversie Medico-Legali della Categoria, proponendo una revisione e un adeguamento degli Albi Periti-CTU.

■ Il Collegio si propone di partecipare alla valutazione dell'avanzamento di carriera dei Medici, restituendo alla figura del Medico la centralità nella gestione delle

Strutture assistenziali. Inoltre, intende intervenire per modificare gli attuali meccanismi di valutazione delle Strutture Sanitarie nazionali.

■ Infine, si propone come garante dei rapporti con le Associazioni per le quali intende condurre iniziative di

condurre iniziative di divulgazione scientifica e di politica sociale Prof. **Vincenzo Jasonni** Consigliere del Collegio Italiano dei

Chirurghi

Presidente della Società Italiana

Presidente della Società Italiana di Italiana Trapianti o Chirurgia Pediatrica

Prof. Vittorio Creazzo

Revisore dei conti effettivo del Collegio Italiano dei Chirurghi Delegato della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca

Prof. Roberto Delfini

Revisore dei conti effettivo del Collegio Italiano dei Chirurghi Delegato della Società Italiana di Neurochirurgia

Prof. Lorenzo Norberto
Revisore dei conti effettivo del
Collegio Italiano dei Chirurghi
Past President della Società Italiana
di Endoscopia: Area chirurgica
(ISSE)
Presidente dell'International society

Prof. Carmelo Massimo Misiti Revisore dei conti supplente del Collegio Italiano dei Chirurghi Delegato della Società Italiana di Artroscopia

for Surgical Endoscopy

Prof. **Francesco Stillo**Revisore dei conti supplente del
Collegio Italiano dei Chirurghi
Delegato della Società Italiana di
Chirurgia Vascolare ed Endovascolare

Prof. **Roberto Tersigni** Presidente della Commissione dei garanti del Collegio Italiano dei Chirurghi Prof. **Pasquale Berloco**Garante del Collegio Italiano dei
Chirurghi

Vice-Presidente della Società Italiana Trapianti di Organi

Prof. **Marsilio Francucci** Garante del Collegio Italiano dei Chirurghi

Presidente della Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery

Prof. **Alfonso Barbarisi** Presidente della Società Italiana

Prof. **Giancarlo Coari** Presidente della Società Italiana di Artroscopia

Prof. **Francesco Corcione**Presidente della Società Italiana di
Chirurgia Endoscopica e nuove
tecnologie

Prof. **Renato Mario Facchini** Presidente della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica

Prof. **Francesco Falez** Presidente degli Ortopedici Traumatologi Ospedalieri d'Italia

Prof. **Antonio Famulari** Presidente della Società Italiana Trapianti di Organi

Prof. **Raffaele Fiorella** Associazione Universitaria Otorinolaringologi

Prof. **Pierluigi Lelli Chiesa** Presidente della Società Italiana di Urologia Pediatrica Prof. Carlo Antonio Leone Presidente dell'Associazione Otorinolaringoiatri Ospedalieri Italiani

Prof. **Francesco Minni** Presidente della Società Italiana di Patologia Apparato Digerente

Prof. **Franco Postacchini** Presidente della Società Italiana di Chirurgia Vertebrale - G.I.S.

Prof. **Paolo Ronchi** Presidente della Società Italiana Chirurgia Maxillo-facciale

Prof. **Alessandro Settimi** Presidente della Società Italiana di Videochirurgia Infantile

Prof. **Angelo Stuto** Presidente della Società Italiana Unitaria di Colonproctologia

Prof. **Nicola Surico** Presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia-Federazione Italiana

Prof. **Giancarlo Torre** Presidente della Società Italiana di Endocrinochirurgia

Prof. **Mario Trompetto** Presidente della Società Italiana di Chirurgia Colo-Rettale



XX FIGO WORLD CONGRES Gynecology and obstet

A colloquio con Domenico Arduini ed Herbert Valensise, componenti del Comitato Organizzatore Locale FIGO 2012

Fruibilità del programma scientifico e valorizzazione della ginecologia italiana

Sono questi gli aspetti a cui il Comitato organizzatore locale (Loc) FIGO 2012 ha riservato maggiore attenzione. Per Domenico Arduini, direttore della Clinica ostetrica ginecologica dell'Università Tor Vergata di Roma e membro del Loc, l'obiettivo di dare massimo spazio e visibilità alla ginecologia italiana in seno al Mondiale risponde a una duplice esigenza: offrire ai colleghi italiani un terreno di aggiornamento e di confronto sui temi più sensibili per la ginecologia italiana e far meglio conoscere a livello internazionale la nostra realtà clinica e la qualità della nostra assistenza. Di tutta eccellenza

Professor Arduini, quali sono gli obiettivi su cui si è concentrata l'attività del Comitato organizzatore locale?

Il primo aspetto che il Comitato organizzatore locale ha cercato di curare dal punto di vista organizzativo, oltre ai vari aspetti logistici, di per sé complessi, visto l'levato numero di partecipanti attesi, è stato quello di adoperarsi per consentire ai colleghi italiani e stranieri la piena fruibilità del programma scientifico. Per questo abbiamo stimolato il Comitato Scientifico in modo che le diverse sessioni sulle stesse aree tematiche non si sovrapponessero, svolgendosi in contemporanea. Ogni partecipante così potrà più agevolmente seguire il suo personale "fil rouge". Sappiamo bene che questo è spesso un problema

quando si partecipa a congressi di queste dimensioni e con un programma scientifico così ricco. Il secondo aspetto importante su cui ci siamo focalizzati è stato quello di evidenziare, nell'ambito delle proposte che il Loc ha presentato, lo stimolo ad includere nel programma congressuale, prevalentemente centrato su temi di interesse "globale", anche delle tematiche che fossero più strettamente

collegate alla realtà italiana. Una proposta "doverosa" per i partecipanti italiani, in quanto proprio in vista del Mondiale, Sigo e Aogoi e quasi tutte le Società Scientifiche dell'area Ostetrico Ginecologica hanno deciso di sospendere il loro congresso nazionale del 2012, ma ritengo utile anche per i colleghi stranieri. L'Italia ha una solida tradizione ed esperienza nel campo, perciò credo sia di sicuro interesse per i partecipanti stranieri avere la possibilità di conoscere lo stato dell'arte della realtà clinico-scientifica italiana, i risultati che il nostro paese ha conseguito nel campo della ricerca, approfondire i temi e le problematiche con cui un paese culturalmente avanzato come il nostro deve confrontarsi. Un altro aspetto non secondario è stato quello di cercare di ridurre al minimo gli inevitabili disagi che riunioni così grandi possono creare. Per questo abbiamo avuto la possibilità di collaborare con una grande società italiana di eventi che ha messo a disposizione le sue conoscenze e la sua esperienza in questi campi. Il programma sociale, messo a punto, offrirà spunti interessanti e permetterà di vedere inediti aspetti di Roma che sorprenderanno anche i frequentatori abituali. Tutto questo con un grande sforzo, facendo attenzione agli aspetti economici, vista la situazione economica mondiale e il particolare momento storico di tensioni internazionali. Stanno per essere messi a punto dei meccanismi per facilitare gli spostamenti nella città, gli alberghi, per la gran parte sono stai scelti sulla base della loro vicinanza alle linee metropolitane, le linee regionali ferroviarie sono state coinvolte e stanno collaborando attivamente ad aiutarci. La linea ferroviaria per l'aeroporto, non stop, in alcune ore, nei giorni dei lavori, farà una fermata nella stazione della Fiera, ove si svolge il Congresso.

Ci può illustrare brevemente i temi a cui è stato dato particolare spazio?

Alle cosiddette "malattie del benessere". per esempio, nel cui ambito rientra l'en-

dometriosi, che in Italia è stata classificata come malattia sociale e per la quale ad oggi non esistono terapie completamente risolutive. O alla medicina prenatale, altro tema che in una nazione come la nostra, con una natalità estremamente ridotta, assume un rilievo particolare, dal momento che le coppie affidano la loro speranza genitoriale ad uno o al massimo





latosi poi troppo aggressivo e comunque non risolutivo, siamo passati a un approccio centrato essenzialmente sulla terapia medica e radiologica. Oggi la nuova frontiera è la genetica e perciò nell'ambito congressuale sarà certamente dato spazio ai nuovi accertamenti diagnostici e alle future possibilità terapeutiche, consentendo ai nostri colleghi italiani di confrontarsi su questo terreno con le realtà più avanzate

Il Comitato si è ritagliato un ruolo più incisivo per valorizzare il contributo della ginecologia italiana. È così?

nel panorama scientifico internazionale.

Sicuramente. In tutte le sue attività il Loc non ha perso di vista l'obiettivo di far meglio conoscere a livello internazionale la nostra realtà scientifica e clinica...e i nostri talenti. Per consentire ai colleghi stranieri di seguire le nostre sessioni abbiamo predisposto un servizio di traduzione simultanea. Mi auguro che partecipino nu-





Una finestra su un mondo dove ogni giorno mille donne muoiono per le complicanze del parto

Il Mondiale serve anche a questo, ad aprire "una finestra su un mondo dove la mortalità materna, neonatale e infantile è elevatissima, dove gli obiettivi minimi di sicurezza devono essere costantemente armonizzati con le scarse risorse a disposizione". Una prospettiva che secondo Herbert Valensise, il segretario della Sigo che rappresenta la Società di Ostetricia e ginecologia in seno al Loc, il comitato organizzatore locale del FIGO 2012, può essere molto utile anche a noi. Per riflettere sull'ottimizzazione delle risorse, sempre più scarse anche nelle realtà occidentali messe sotto scacco dalla crisi economica

Professor Valensise, qual è la vera "sostanza" di un appuntamento scientifico di questa portata?

Certamente l'occasione per tutti i ginecologi italiani di confrontarsi con i maggiori esperti mondiali sui diversi temi che verranno affrontati nelle tantissime sessioni congressuali. Avremo la possibilità di avere contatti diretti con colleghi che lavorano dall'altra parte del mondo e che fanno esperienze di altissimo livello: è un momento di scambio culturale e scientifico estremamente interessante.

In queste giornate avremo inoltre la possibilità di aprire il nostro sguardo alle diverse realtà della sanità e ginecologia dei paesi emergenti e di quelli a basso-bassissimo reddito. Uno sguardo alla sanità che sarà meno incentrato su-

gli aspetti tecnologici e più rivolto alla migliore utilizzazione delle scarse risorse per raggiungere degli obiettivi importanti e necessari. In alcuni paesi la mortalità materna in sala parto è altissima: ogni 75/80 parti una donna muore. In queste strutture, che naturalmente non dispongono di risorse paragonabili a quelle dei paesi avanzati, bisogna allora trovare le

migliori modalità che consentano di armonizzare la sicurezza sotto il profilo medico con la migliore utilizzazione delle risorse economiche a disposizione. Calarci in questa prospettiva oggi può essere importante anche per noi, per le nostre società che si stanno incamminando in un periodo di "vacche magre", in cui la disponibilità di risorse, anche per la ginecologia e ostetricia, sarà sempre minore. Questa forzata cura dimagrante con cui la sanità pubblica dei paesi occidentali dovrà sempre più fare i conti impone anche a noi una riflessione su come raggiungere, con risorse limitate, degli obiettivi minimi e ben tarati...in questo senso questa "finestra" aperta sulle realtà di quei paesi può davvero essere molto utile anche a noi.

Veniamo al programma di Fellowships Il programma di borse di studio, organizzato dalla Figo e finanziato dal nostro paese, permetterà a 30 ginecologi provenienti da tutto il mondo di poter frequentare alcuni ospedali romani nelle due settimane antecedenti il congresso e di partecipare poi ai lavori congressuali. Sarà per loro un'occasione

di formazione sul campo, nelle nostre corsie e ambulatori dove avranno modo di confrontarsi con una diversa realtà professionale e organizzativa. Abbiamo cercato di venir incontro alle esigenze specifiche dei borsisti, selezionando gli ospedali che si occupano prevaientemente di on cologia piuttosto che di senologia o di patolo-



Herbert Valensise

gia ostetrica. Il programma di fellowship e i corsi precongressuali rappresentano una importante occasione formativa e saranno anche per noi una bella esperienza, che ci arricchirà anche sotto il profilo professionale. Da queste iniziative spesso nascono non solo grandi amicizie ma anche importanti collaborazioni.

Focus on Responsabilità medica & Assicurazioni Terza puntata



La conciliazione nel contenzioso medico legale in ginecologia e ostetricia

Carlo Pilia

Docente dell'Università di Cagliari

a recente riforma del processo civile (Legge n. 69/2009) ha profondamente innovato, tra l'altro, il sistema stragiudiziale della conciliazione, anche per quanto attiene alla responsabilità medica. Le istituzioni europee hanno sollecitato (Direttiva 2008/52/CE) l'adozione di una normativa comune che garantisca una migliore tutela civile dei diritti in materia civile e commerciale attraverso lo sviluppo delle tecniche di composizione stragiudiziale delle controversie. L'Italia ha così introdotto una disciplina assai innovativa e incisiva, che si giustifica sia per il grave e intollerabile stato di crisi della nostra giustizia civile, sia per la notevole arretratezza culturale, organizzativa

Il successo della riforma della mediazione richiederà del tempo per costituire gli organismi di mediazione, per formare i mediatori, per adeguare i contratti con le assicurazioni e con i pazienti. E, più in generale, per diffondere una cultura della mediazione nel campo sanitario e nella società nel suo complesso, sull'esempio di modelli ampiamente diffusi in altri Paesi occidentali

e professionale nell'impiego degli strumenti di composizione pubblici e privati di mediazione bonaria delle controversie, da e la formazione dei mediatori, degli altri ordini professionali tempo ampiamente diffusi e uti- nel rispetto dei requisiti soggetlizzati negli altri Paesi occidentivi ed oggettivi di iscrizione nei campo sanitario) possono costitali più avanzati. La necessità di una riforma strutturale, pur avvertita da tanti e salutata con favore da molti, specie tra quanti invocano da tempo strumenti moderni ed efficienti di tutela civile, ha suscitato anche forti critiche e resistenze soprattutto nel mondo forense.

Sul piano organizzativo, la nuova disciplina della mediazione (D.lgs. 28/2010) ha previsto la

strutturazione degli organismi cio e i Consigli degli ordini deregistri nazionali tenuti dal Ministero della Giustizia (D.M. n. 180/2010), incaricato pure delle attività di verifica e controllo. Tra i principali "Organismi di mediazione" di rilievo pubblicistico, destinatari di un regime semplificato di accreditamento e aventi competenza generale a trattare tutte controversie in materia civile e commerciale, si segnalano le Camere di commer-

gli avvocati, mentre i Consigli (tra i quali, quelli operanti in tuire degli organismi di mediazione, previa autorizzazione ministeriale e per le sole controversie rientranti tra le loro specifiche competenze professionali. All'interno degli organismi di mediazione operano i "mediatori", la nuova figura professionale istituita dalla riforma, per i quali è prescritto il possesso di un diploma di laurea universitaria almeno triennale o, in

alternativa, l'iscrizione ad un ordine o collegio e, inoltre, la frequenza di percorsi formativi iniziali e di aggiornamento periodico tenuti presso Enti di formazione dedicati anche essi accreditati e registrati presso il Ministero della Giustizia.

La mediazione e i professionisti della salute

I medici e, più in generale, i professionisti della salute sono direttamente interessati dall'importante riforma della media zione che per tanti aspetti li coinvolge, ancorché le istituzioni sanitarie, gli ordini professionali, le associazioni di professionisti e le società scientifiche non abbiano ancora valutato adeguatamente le problematiche e le opportunità che si presentano, né risulti tracciata un'adeguata e condivisa strategia dei responsabili del settore. Le controver-



sie in materia di risarcimento del danno da responsabilità medica e, più in generale, legate ai contratti assicurativi, infatti, rientrano tra le materie per le quali è obbligatorio il previo esperimento della mediazione ai fini dell'instaurazione della causa civile. In altri termini, pazienti, familiari e quanti lamentino di aver subito un danno ricollegabile alle prestazioni sanitarie, erogate sia in regime di attività libero professionale, che in strutture sanitarie private o pubbliche, non possono rivolgersi direttamente al giudice civile per domandare e ottenere il ristoro, ma devono attivare la procedura di mediazione davanti ad un organismo accreditato, scelto tra quanti abbiano competenza a trattare queste controversie. La parte danneggiata, tranne che versi in uno stato di non abbienza (reddito annuo inferiore ai 10.000,00 euro), è tenuta a sostenere le spese della procedura, alla quale sono invitati a partecipare tutti i soggetti civilmente responsabili. I professionisti della salute e le strutture sanitarie, qualora intendano svolgere le proprie difese e invocare le proprie coperture assicurative,

pertanto, deassicurazione i medici vono partecie le strutture sanitarie pare alla mehanno pattuito una diazione, sopcopertura e portando le un'assistenza solo per relative spese, la fase giudiziale e chiamarvi in

garanzia le compagnie. La procedura di mediazione, invece, non è necessaria allorquando le vittime della malpractice invochino la responsabilità penale dei sanitari e si intendano costituire parte civile nel giudizio pe-

Di queste importanti novità i

medici solo a distanza di mesi dall'entrata in vigore della riforma della mediazione iniziano a discutere, nonostante ai responsabili dell'Aogoi si debba riconoscere il merito di avere portato all'attenzione degli iscritti le relative problematiche fin dal convegno di maggio 2011 a Villasimius (Cagliari). È necessario conoscere il sistema e adottare le conseguenti iniziative di breve, medio e lungo periodo, considerando che la riforma della mediazione è a costo zero soltanto per il Ministero della Giustizia ma non per i pazienti, i medici e le strutture sanitarie, le compagnie assicurative, che devono sopportarne i relativi oneri e costi, in quanto per legge, prima di rivolgersi al giudice, devono svolgere il tentativo di composizione bonaria della vertenza.

Adeguare i contratti assicurativi

Dalla difesa processuale, che nella riforma diventa sussidiaria, quindi, i medici si devono spostare alla tutela preprocessuale, per scongiurare la causa civile e, tendenzialmente, evitare un raddoppio dei costi e, co-

Nei vigenti contratti di munque, un vuoto di protezione. In questo senso, i professionisti della salute e le strutture sanitarie debbono concordare con le ri-

spettive assicurazioni un'estensione della copertura e della tutela, che preveda la partecipazione delle compagnie alla procedura di mediazione, il rimborso delle spese, l'assistenza legale e, in caso di conciliazione, il pagamento dell'indennizzo concordato con la vittima. Nei vigenti contratti di assicurazione, infatti, medici e azienda hanno pattuito una copertura e un'assistenza solo per la fase giudiziale. Si impone un adeguamento dei contratti assicurativi che deve essere negoziato e concertato dai soggetti istituzionali, portatori di interessi collettivi pubblici e privati, piuttosto che dai singoli professionisti. Si possono, in questo modo, convenire condizioni economiche e di tutela più vantaggiose e, soprattutto, si evitano pericolosi vuoti di tutela, specie in caso di duplice copertura aziendale e individuale. I professionisti sanitari, inoltre, possono estendere la copertura assicurativa anche all'attività di mediatore che, eventualmente, gli stessi intendano svolgere. La propria copertura assicurativa prevista per l'attività professionale medica, infatti, può estendersi per quei professionisti che intendano diventare mediatori anche alla relativa attività.

Medico e Mediatore

Per garantire la professionalità degli organismi di mediazione nelle procedure in campo medico e sanitario, infatti, occorrono tutte le professionalità del settore, non solo quelle giuridiche, ma anche quelle tecniche e specialistiche dei professionisti della salute. Gli ordini professionali, le associazioni di categoria, i sindacati, le società scientifiche, pertanto, devono provvedere a formare i propri iscritti in base alla nuova disciplina, in modo da avere dei mediatori in possesso delle conoscenze e delle esperienze necessarie a trattare in sede di mediazione le relative controversie, quantomeno per le principali aree del conflitto medico-legale, a cominciare dalla ginecologia e dall'ostetricia. Ancora una volta, piuttosto che l'iniziativa volenterosa e meritoria del singolo professionista, sarebbe da privilegiare l'azione sistematica e corale dei soggetti istituzionali, che portino i mediatori sanitari negli organismi pubblici e privati della mediazione, garantendo la professionalità e l'imparzialità della mediazione.

Il successo della riforma della mediazione, sull'esempio di modelli ampiamente diffusi in altri Paesi occidentali più progrediti, richiede del tempo per costituire gli organismi di mediazione, per formare i mediatori, per adeguare i contratti con le assicurazione e con i pazienti e, più in generale, per diffondere una cultura della mediazione nel campo sanitario e nella società nel suo complesso. L'auspicio di tutti, in questi primi momenti, è di tentare di realizzare a livello nazionale, regionale e locale un sistema di tutela più efficiente e meno costoso e defatigante dell'apparato processuale civile, che rimane sullo sfondo come estremo rimedio in caso di insuccesso della mediazione. Si potrebbe migliorare il sistema di tutela, la qualità del rapporto medico-paziente e, più in generale, stemperare quella ossessiva conflittualità giudiziaria che pare costituire un'epidemia oramai fuori controllo che in vario modo ha contagiato tutti. La mediazione, nel pensiero di chi all'estero l'applica e nelle intenzioni delle istituzioni europee che l'hanno imposta, dovrebbe rappresentare un antidoto per prevenire, prima che curare l'ammorbante e cronica patologia giudiziale, specie nei casi più gravi del contenzioso medico legale. 🛚

"Mediazione sanitaria": deflazione o deflagrazione dei conflitti?

■ Nonostante le critiche di molti addetti ai lavori - e i timori che una facilitazione delle vie di soluzione dei contenziosi possa addirittura accentuare la tendenza dei cittadini ad intentare le cause contro i medici - la mediazione finalizzata alla conciliazione è stata per lo più accolta, specie dall'opinione pubblica, come "una disciplina innovativa ed incisiva", complice anche la farraginosità della nostra giustizia civile. Uno strumento per ridurre il volume del contenzioso, scongiurando il rischio di un costante ricorso alla magistratura; assicurare una più rapida tutela risarcitoria al paziente danneggiato; contribuire, stemperando l'approccio sanzionatorio dell'errore, a un più sereno esercizio della professione del personale medico-sanitario. In due speciali di Gyneco ("Dottore, concilia? Luci ed

ombre della mediazione, GynecoAogoi 4/2010 e "La conciliazione in sanità: criticità e spunti di riflessione, GynecoAogoi 3/2011) avevamo raccolto, prima e subito dopo l'entrata in vigore del decreto, le opinioni di alcuni illustri stakeholder, per fare il punto sulle potenzialità e le incognite, i punti critici e quelli oscuri della legge. Ora, ad un anno dall'entrata in vigore del decreto, il quadro dei "profili critici" che rischiano di depotenziare la procedura conciliativa in campo sanitario e più chiaro. Le principali riserve vertono sulle effettive garanzie di indipendenza e terzietà degli organismi di conciliazione, la reale esperienza dei mediatori in campo medico legale, la mancata definizione della competenza territoriale dell'organismo di mediazione e la mancata definizione del ruolo delle assicurazioni nei tentativi

di mediazione. Su alcune di queste zone grigie stanno cercando di intervenire, tra gli altri, la Federazione degli Ordini dei medici e alcune società scientifiche, come l'Aogoi. La ragione di fondo che rende necessari i correttivi è così sintetizzata nel recente

"Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori" (vedi pag. 16), predisposto dalla Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute in Ipasvi, nel capitolo dedicato alla Mediazione: "Questo provvedimento regolatorio, data la varietà dei settori nei quali interviene, è portatore di principi che, applicati al campo sanitario, potrebbero sacrificare talune peculiarità proprie del settore, rischiando di non riuscire a sortire il benefico effetto che il legislatore si era



prefisso con l'intervento. La mediazione in sanità, infatti, si caratterizza per numerosi tratti specifici (eterogeneità dei soggetti coinvolti, altissima specificità delle fattispecie, complessità dei sistemi sanitari, particolare delicatezza del bene sotteso - salute - garantito dalla Costituzione quale diritto inviolabile) che la distinguono dai sistemi tradizionali applicabili ad altre tipologie di conflitti".

A favore di questa innovazione normativa vanno comunque



ricordati due aspetti importanti. Il primo, formale, è che non impedisce altre modalità di soluzione del conflitto alternative alla lite giudiziale. Il secondo riguarda una componente sostanziale (e deflagrante) del contenzioso medico-legale, spesso trascurata: la "gestione della parte emozionale-relazionale dell'accaduto". Farsene carico, si legge ancora nel Manuale del Ministero, "è cruciale, tanto quanto affrontarne le implicazioni economico-legali".

Il contenzioso, sintomo collaterale

di Vania Cirese

Avvocato, Foro di Roma

econdo i più recenti dati dell'Ania in un anno solare sono ben oltre 34 mila le denunce dei cittadini per danni subiti nelle strutture sanitarie. L'aumento dal 2008 al 2009 è stato addirittura del 15%. Considerato che un risarcimento medio si aggira tra i 25 mila e i 40 mila euro, la cosiddetta "malasanità" costa una cifra enorme, compresa tra 850 milioni di euro e 1 miliardo e 400 milioni all'anno.

Per quanto riguarda gli ospedali, in particolare, in media vengono segnalati alle assicurazioni 2,7 sinistri ogni 1000 ricoveri e il valore assicurativo medio di un posto letto è passato dai 2.235 euro dello scorso anno ai 2.690 attuali, come emerge dal rapporto Medmal Claims Italia realizzato da Marsch, leader mondiale nella consulenza e gestione dei rischi (vedi Box Ospedali).

In questo contesto, il rischio che una compagnia assicurativa crolli, com'è successo alla FARO, che è fallita lasciando molte Asl in grande difficoltà, è quanto mai reale. Non stupisce dunque l'aumento dei casi di disdetta intimata dalle compagnie assicuratrici prima dell'effettiva scadenza contrattuale e, più in generale, la progressiva chiusura del mercato assicurativo che spunta condizioni contrattuali sempre più onerose, in termini di costi e di minori estensioni delle garanzie delle coperture proposte.

Responsabilità della struttura e copertura assicurativa

Le garanzie fornite dalle coperture assicurative della RC medico sanitarie sono sicuramente peggiorate con il passaggio dalla polizza "loss accurance", ovvero il verificarsi del danno in capo al paziente nel periodo indicato in polizza, a quella "claims made", l'indennizzo per le sole richieste risarcitorie pervenute all'assicurazione durante la vigenza del contratto.

Le attuali polizze assicurative coprono solo la responsabilità professionale del medico per sua negligenza, imprudenza, impeMedicina difensivistica e contenzioso sono l'epifenomeno di un malessere sociale e professionale che va cronicizzandosi. Il rimedio "conciliazione" non serve a guarire la malattia. Occorre intervenire sulle cause: tracciando le linee di una disciplina di settore più moderna e appropriata. Ad iniziare dalla responsabilità medica e da un sistema di monitoraggio-gestione del rischio



rizia e non già quella diretta e autonoma dell'ente stipulante (ad es. per deficit organizzativo). Spesso il paziente non può beneficiare dell'esistenza della copertura assicurativa quando l'evento dannoso sia stato causato non da responsabilità imputabile all'operato del medico bensì da quella della struttura. Ciò comporta ingiusti coinvolgimenti dei medici nei processi con evidente forzatura per tentare di assicurare risarcimenti a sinistri gravi e allarmanti che sarebbero invero privi di reale copertura.

Inoltre il continuo ondeggiare del legislatore nazionale tra "obbligatorietà" (art. 29 Dpr 130/1969) e "facoltatività" (art. 29 Dpr 761/1979) della copertura assicurativa dei medici dipendenti di strutture sanitarie è senz'altro censurabile prestando il fianco a dispute dottrinali

Spesso il paziente non può beneficiare dell'esistenza della copertura assicurativa quando l'evento dannoso sia stato causato non da responsabilità imputabile all'operato del medico bensì da quella della struttura

e indirizzi giurisprudenziali discordi. Il diritto positivo è carente e confuso e continua l'ambiguità della contrapposizione tra il Dpr 761/79 e la contrattazione collettiva (art. 24-25 Ccnl 2000/2001), che sancisce un ri-

torno all'obbligo in capo alle strutture del Ssn di provvedere a stipulare assicurazioni per i propri dipendenti. La "disapplicazione" dell'art. 28 non è pacifica e il nostro legislatore non si è premunito di adeguare il diritto positivo all'importante innovazione recata dal Ccnl.

Risk management: manca un "sistema"

L'analisi della mutata realtà socio-sanitaria mostra come luogo privilegiato per il verificarsi di episodi di medical malpractice una struttura organizzata dove l'attività sanitaria viene tradotta in servizio; tuttavia, raramente, nella ricostruzione giudiziaria della vicenda, viene preso in esame un disservizio o una disfunzione organizzativa della struttura sanitaria, e si continua ad aprire indagini, sempre e comunque sulla colpa professiona-

le dell'operatore sanitario (o dell'équipe, ossia dei soggetti-persone fisiche che operano nella struttura), anche in quei casi in cui è palese il disservizio o la carenza organizzativa. Sembra indispensabile introdurre la previsione di una responsabilità della struttura fondata su un titolo autonomo per "difetto di organizzazione" e violazione dell'obbligo di "sicurezza nella erogazione delle cure", fatto distinto, da quello che fonda la responsabilità del medico per propria negligenza, imprudenza, imperizia.

Si deve far riferimento al criterio del rischio, correlato all'organizzazione di un'attività di servizi alla persona, finalizzato alla prevenzione di danni alla salute dei pazienti (nell'erogazione delle cure). Questa è l'unica prospettiva che consente di valutare eventuali deficit organizzativi e omissioni della struttura che agisce tramite i suoi legali rappresentanti, ai quali fanno capo le scelte di corretta gestione dell'azienda con poteri di spesa e controllo (direttore generale, amministrativo, sanitario; D.Lgs. n. 502 del 1992 e loro delegati). Nell'ambito della responsabilità nel settore sanitario va distinta la responsabilità per non corretta esecuzione dell'attività chirurgica o di cura, dalla responsabilità per inefficiente organizzazione dell'attività sanitaria, autonoma e indipendente dall'eventuale fatto illecito del medico, punibile a diverso titolo. La struttura infatti risponde autonomamente ben oltre la prestazione alberghiera. In altre parole è identificabile una responsabilità che chiama in causa esclusivamente la struttura per deficit organizzativo o strutturale (non corretta gestione delle liste di attesa, omessa o insufficiente manutenzione di apparecchiature, omesso o insufficiente approntamento di presidi, disorganizzazione dei reparti, carenze dell'organico). Può cioè individuarsi una responsabilità della struttura, autonoma, non fondata sui fatti illeciti dei singoli medici-dipendenti.

La struttura a mezzo del legale rappresentante e non il medico ha infatti l'obbligo di garantire la sicurezza delle cure predisponendo la dovuta organizzazione di mezzi e di persone, potendosi rinvenire anche collegamenti causali tra organizzazione deficitaria e danni al paziente per inosservanza degli standard di sicurezza imposti dalla legge (colpa specifica) o da un generale dovere di diligenza, prudenza, perizia (colpa generica). All'ente deve essere in pratica ri-

All'ente deve essere in pratica richiesta l'adozione di modelli

La mediazione non risolve...anzi

■ Spese fisse iniziali di una certa entità, scarse garanzie riguardo l'indipendenza, l'imparzialità e le competenze specifiche del mediatore, mancato coinvolgimento delle compagnie assicuratrici nella procedura conciliativa. E ancora, dubbi di incostituzionalità e possibile contrasto con una Direttiva europea. Insomma la conciliazione obbligatoria nel contenzioso per responsabilità medica non costituirebbe al momento una soluzione soddisfacente. Anzi, potrebbe incrementare le azioni giudiziarie sul versante penalistico

L'istituto promosso dal Governo, etichettato con una forzatura (rispetto agli altri modelli europei) come "mediazione", verosimilmente è destinato ad aggravare le già sufficientemente critiche condizioni di accesso alla giustizia dei pretesi danneggiati da prestazioni-medico-sanitarie, senza peraltro realizzare il suo obiettivo principale di deflazione del contenzioso giudiziario. Questo per una serie di ragioni. Innanzitutto la procedura comporta per l'attivazione spese fisse iniziali di costo variabile in considerazione del valore della pretesa risarcitoria (parametri determinati dal Ministero, con una riduzione "premiale"). Tali importi non modesti, gravano solidalmente su ciascuna parte. Di conseguenza qualora il medico e/o la struttura (come spesso capita) decidano di non partecipare, il danneggiato è tenuto a pagare un importo esorbitante (il doppio), oltre

alla liquidazione dei compensi spettanti agli esperti. Appare evidente dunque come tali previsioni costituiscano un deterrente per l'opzione dei pa-

In secondo luogo, Non c'è alcuna garanzia d'indipendenza, imparzialità e competenza specifica sul versante giuridico e medico legale dei soggetti che devono mediare. Infatti i mediatori non sono giudici, né avvocati, né enti pubblici ma spesso dei privati totalmente digiuni di una materia così complessa come la responsabilità medica. A ciò si aggiunga l'ulteriore inconveniente costituito dal fatto che i pazienti-danneggiati instaurano il procedimento di mediazione nei confronti di medici e struttura senza il coinvolgimento dei soggetti che nella realtà decidono sulla misura dell'eventuale risarcimento (assicuratori, fondi regionali) contro cui i danneggiati non hanno azione diretta. Non c'è alcuna interfaccia con i soggetti "pagatori". Le scarse, se non del tutto ine-

sistenti, prospettive di successo del procedimento di mediazione, i costi che comporta, i significativi dubbi di incostituzionalità sotto il profilo dell'art. 3, 24, 111 Cost. (atteso che i diritti coinvolti, vite, salute, persona, sono inviolabili), il possibile contrasto con la direttiva europea (2008/52 CE, art. 5) comporteranno uno scarso ricorso a questo istituto "obbligatorio" per il civile e quindi un incremento delle azioni giudiziarie sul versante penalistico.



comportamentali specificata- delega di funzioni) suscettivo di ad impedire, attraverso la fissazione di regole di condotta e di monitoraggio dei rischi e degli eventi avversi, possibili danni ai pazienti e ingiustificati processi al personale sanitario.

Gli obiettivi specifici di tutela giustificano le sanzioni pecuniarie e interdittive per la struttura e l'individuazione del soggettopersona (legale rappresentante, direttore generale, preposti per

mente calibrati sulla prevenzio- essere chiamato a rispondere di ne del rischio clinico, cioè volti danni cagionati e illeciti penali commessi nello svolgimento delle attività facente capo all'ente superindividuale.

Attesa la necessità di prevenire con le più adeguate tutele, le lesioni di un bene di rilievo costituzionale, quale quello della salute, l'anticipazione della soglia di punibilità alla realizzazione del rischio e alla mancata ottemperanza del suo corretto monitoraggio appare assolutamente giustificata.

L'amministrazione dell'ente deve predisporre meccanismi di controllo dei rischi per i pazienti, ciò configurando un preciso obbligo giuridico di attivarsi con la previsione in caso di violazione, di sanzioni almeno nell'ambito del diritto punitivo amministrativo. Attualmente manca nel Ssn un sistema di monitoraggio-gestione del rischio clinico e manca la previsione normativa dell'obbligo in capo alle aziende ospedaliere di istituire unità di gestione del rischio clinico, per individuare i rischi, eventi avversi e fonti di responsabilità. Solo un sistema obbligatorio ed organizzato permetterà di evitare la reiterazione degli errori e anche di individuare le fonti di responsabilità, distinguendo un doppio binario di responsabilità: il sanitario, se sbaglia per propria colpa professionale (negligenza, imperizia, imprudenza); gli amministratori delle strutture per deficit organizzativo.

In caso di carenze strutturali, organizzative, mancato approntamento del sistema di monitoraggio del rischio ed eventi avversi, occorre prevedere una responsabilità autonoma in capo ai legali rappresentanti delle strutture (o loro preposti), con precisi obblighi e sanzioni.

Solo un sistema sanitario che contempli diversi profili di responsabilità, che includa un vero e proprio sistema (nazionale/regionale/locale) di gestione del rischio clinico e preveda obblighi e sanzioni in caso di

inadempimento, consentirà più ampie garanzie di sicurezza per i pazienti, restaurerà la tranquillità di lavoro per i medici, ripristinerà il rapporto fiduciario medico-paziente e ridurrà il contenzioso.

Il "sistema" per essere tale, deve raccordare le Unità di rischio clinico a livello aziendale (obbligatorie) con Agenzie di raccordo a livello regionale e un Osservatorio Nazionale (presso il Ministero della Salute).

Così al monitoraggio dei rischi e degli eventi avversi nelle strutture sanitarie, seguirà la raccolta e la fruizione dei dati a livello regionale e nazio nale che consentirà di emettere direttive e raccomandazioni per aver modelli più omogenei e più efficienti di erogazioni delle cure nelle realtà locali, evitando il più possibile penalizzanti disparità di trattamento dei pazienti, relativamente a livelli di qualità delle cu-

Ospedali

In media segnalati alle assicurazioni 2,7 sinistri ogni 1000 ricoveri

Il dato emerge dal rapporto Medmal Claims Italia realizzato da Marsch, leader mondiale nella consulenza e gestione dei rischi. Il tasso varia, però, tra nord e sud del Paese e a seconda del livello di specializzazione degli ospedali. Assicurare un posto letto costa in media 2.690 euro.

In Italia il valore assicurativo medio di un posto letto è passato dai 2.235 euro dello scorso anno ai 2.690 attuali, e, in media, avvengono 10,15 sinistri ogni 100 posti letto, ovvero 2,7 ogni 1000 ricoveri. Questi i dati emersi dal report MedMal Claims di Marsh, giunto alla terza edizione. Lo studio ha preso in considerazione 28mila richieste di risarcimento danni su un campione di 80 aziende ospedaliere e sanitarie pubbliche pari a circa il 95% dei clienti di Marsh in questo settore, mettendo in evidenza come la tipologia di azienda ospedaliera (di base rispetto alle specialistiche) e l'area geografica in cui si opera hanno un incidenza sulla percentuale di sinistri e sul valore assicurativo dei posti letto. In particolare i tassi diminuiscono se si prendono in considerazione le strutture sanitarie del nord, aumentano di poco al centro e considerevolmente al sud: al nord, infatti, si registrano solo 1,56 sinistri ogni 1000 ricoveri; al centro 1,85 e al sud 2,51. Il rischio appare maggiore negli ospedali non specialistici e tra questi nei policlinici universitari che presentano i maggiori indici di sinistri con 5,4 sinistri ogni 1000 ricoveri. Seguono le aziende sanitarie ed ospedaliere non specialistiche con 4,35 ogni 1000 ricoveri. Negli ospedali di alta specializzazione invece gli indici sono più bassi: con 3,62 eventi ogni mille ricoveri. La capillarità dei dati ha permesso, inoltre, di quantificare il costo assicurativo anche per quelle specialità cliniche che registrano la maggiore frequenza di richieste di risarcimento danni: chirurgia generale, ortopedia e ostetricia e ginecologia. Per quanto riguarda la chirurgia generale, si può stimare che a livello nazionale un posto letto costa poco più di 3.061 euro ed un ricovero 82 euro. La specialità di ortopedia ha un costo di 4.086 euro per posto letto e circa 114 euro per ricovero. Invece, un discorso differente va fatto per l'ostetricia e la ginecologia che ha un costo più elevato per posto letto (più di 6.740 euro), ma piuttosto contenuto per singolo ricovero (106 euro). A guidare la classifica per tipologia di rischi è il rischio clinico con il 74%, seguono i rischi alla struttura (eventi in aree comuni, parcheggi, scale, ecc.) 15%, i danni alla

Le aree cliniche maggiormente interessate sono: struttura e parti comuni (15%), pronto soccorso (14%), ortopedia (12%), chirurgia generale (11%), ostetricia e ginecologia (7%) e medicina generale (4%)



proprietà (oggetti personali, protesi, ecc.) 4% e i rischi professionali 2%. L'analisi delle conseguenze seguite all'evento che ha determinato la richiesta di risarcimento vede al primo posto le lesioni 79% seguite dai danni alle proprietà 10% e decesso 6%. Le principali tipologie di errori reclamati, infine, sono errori chirurgici (28%), errori diagnostici (15%), errori terapeutici (13%), cadute di pazienti e visitatori (11%), danneggiamenti a cose (5%) e smarrimenti e furti (4%). Ma leggendo tra i dati si scopre anche che il 9% dei sinistri riguarda i visitatori, non i pazienti, e il 2% operatori.

re e sicurezza delle prestazioni erogate e assicurando la piena collaborazione con le società scientifiche per emettere raccomandazioni ed elevare lo standard della prevenzione dei rischi e della corretta prestazione.

Una "soglia" per la responsabilità penale

La comparazione della gestione del contenzioso medico-legale e della disciplina della responsa-

► Segue a pagina 16

bilità medica nei sistemi di civil

law - common law può costitui-

re la valida premessa per traccia-

re le linee di una disciplina di

settore più moderna e appro-

priata in Italia, prevedendo la

responsabilità penale solo al su-

peramento di una certa soglia di

gravità della condotta errata

eventualmente lasciando all'ap-

prezzamento dell'autorità giudi-

ziaria la differenziazione delle

ipotesi e le fattispecie suscettibi-

li di essere penalmente rilevan-

ti. Non può sottovalutarsi la ri-

serva della Francia a restringere

l'ambito di rilevanza penale ai

reati commissivi aggravati, ricor-

rendo per il resto ad un "no

fault system". Del pari è signifi-

cativa la tendenza nel Regno

Unito a risolvere la maggior par-

te delle controversie con un

"tort based" system, lasciando in

sede penale solo le ipotesi di ri-

levante gravità. Del resto non è

estranea alla tecnica legislativa

italiana la previsione di casi di

"non offensività" per particola-

re tenuità del fatto ovvero l'in-

troduzione di "soglie di punibi-

lità" come nel diritto punitivo

tributario, che in aderenza al

principio di offensività prevede

il necessario superamento di det-

te soglie e l'accertamento di con-

dotte particolarmente offensive

al fine della configurazione del

reato, limitando a specifici casi

Sia i "no fault systems" che i "tort

il ricorso al giudice penale.

16

Dal Ministero il Manuale di formazione sulla sicurezza di pazienti e operatori

on il 'Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori' il Ministero della Salute ha inteso offrire agli operatori sanitari, indipendentemente da ruolo, ambito professionale e setting assistenziale, un'opportunità di formazione nello specifico ambito del governo clinico, affrontando, in forma didascalica, alcune dimensioni fondamentali quali la sicurezza di pazienti ed operatori, la valutazione delle performance, l'appropriatezza, la formazione. Il programma formativo è stato predisposto dall'Ufficio III della Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute in condivisione con Fnomceo e Ipasvi sulla base di un documento prodotto dall'Agenzia Sanitaria e

Sociale regio-

■ La gestione della comunicazione e delle informazioni sanitarie, la prevenzione dei rischi, il contenzioso e l'istituto della mediazione, la conduzione degli eventi avversi. Questi alcuni temi trattati nel Manuale predisposto dalla Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute in condivisione con Fnomceo e Ipasvi

corso di formazione light, interattivo, flessibile e facilmente accessibile.

Tra gli argomenti di particolare interesse trattati in 8 capitoli, c'è il tema della **mediazione** civile e del risarcimento dei danni per le vittime di errori sanitari. Sul primo punto il Manuale indica come lo "scopo primario della conciliazione in campo sanitario deve essere non tanto l'accordo formale delle parti o l'ottenimento di un quantum risarcitorio, quanto piuttosto il pieno recupero fisico e la ricostruzione della fiducia lesa e del dialogo fra paziente insoddisfatto e strut-

> obiettivo essenziale per la tutela dell'intero sistema sanitario". Il recente dlgs n. 28/2010, che ha introdotto la conciliazione obbligatoria in caso di errore sanitario presenta secondo il testo propo-"taluni profili critici, sui quali si sta cercando di intervenire per consentire che l'innovazione normati-

tura/personale sanitario,

va, divenendo operativa, possa realizzare concreti benefici sia al Servizio Sanitario che ai cittadini". Le principali criticità evidenziate riguardano "la composizione degli Organismi di mediazione ai fini della conciliazione. Infatti non è ben delineata la specifica composizione degli Organismi che dovrebbe prevedere personaie esperto in campo medico legale, selezionato da Albi di consulenti altamente specializzati ed effettivamente operanti nelle branche mediche interessate. Manca inoltre la definizione del ruolo delle assicurazioni nei tentativi di conciliazione. Tra le altre carenze del decreto si rileva la mancata definizione della com-

petenza territoriale dell'orga-

nismo di mediazione che nella pratica ha portato a tentativi di mediazione instaurati presso organi distanti centinaia di chilometri dal luogo dove l'evento si è verificato con un conseguente aggravio di costi per le Aziende del Ssn e un limite alla percorribilità di tale ipotesi transattiva".

Per quanto riguarda invece il risarcimento dei danni per le vittime di errori sanitari, il Manuale evidenzia che "è un problema noto alle istituzioni del nostro Paese, sul quale si sta lavorando con l'obiettivo di assicurare il contenimento del verificarsi di eventi avversi e di definire adeguate modalità di risarcimento del danno scaturito da un atto medico-assistenziale. Tra i disegni di legge relativi a tale problematica c'è an-

La messa a regime del sistema di monitoraggio dei sinistri consentirà di disporre di dati oggettivi e non di stime approssimative fornite dalle compagnie assicuratrici

il testo proposto "giustificano la necessità di una conoscenza

profonda e diffusa del settore, perciò l'Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008 ha previsto l'istituzione di un osservatorio nazionale con funzione di monitoraggio dei sinistri che si verificano in ambito sanitario". Secondo il Manuale "il monitoraggio dei sinistri consentirà di evidenziare le specialità e le aree geografiche di maggior frequenza di casi avversi e di rilevarne il tasso di sinistrosità. Consentirà, inoltre, la valorizzazione economica della sinistrosità mediante la rilevazione dei risarcimenti totali liquidati e di quelli riservati annualmente, permettendo anche di derivarne il costo medio per sinistro. Quest'azione garantirà, con la messa a regime del sistema, di disporre di dati oggettivi e non di stime approssimative fornite dalle compagnie assicuratrici. Le Aziende Sanitarie potranno così procedere, qualora ritenuto opportuno, alla stipula di Polizze con coperture confacenti ai rischi propri dell'Azienda, con costi oggettivamente proporzionati al trasferimento del rischio alla compagnia assicuratrice calcolati in base alla tipologia dell'Azienda. L'Intesa Stato-Regioni, rispetto al contenzioso esistente e potenziale che nasce e deriva da atti medici, incentiva inoltre la definizione e la messa in atto di soluzioni alternative". Un ultimo tema rilevante proposto dal testo, in questo caso per quanto riguarda la corretta gestione del Rischio clinico è rappresentata dall'introduzione nelle Strutture sanitarie del farmacista di diparti-Un ultimo aspetto, trattato nel-

l'ottavo capitolo, attiene la promozione del giro per la sicurezza del paziente (Safety Walkaround). Un metodo che consente il concreto coinvolgimento e che si è dimostrato efficace sia per l'identificazione dei fattori di rischio correlati agli eventi avversi che alla individuazione e adozione di misure di contenimento e prevenzione. Il Giro per la Sicurezza del paziente (GISO) è una "visita che un gruppo di professionisti effettua presso un'unità operativa nel corso della quale, affiancato da personale della stessa, percorre corridoi e stanze, intervista alcune delle persone incontrate (dirigenti, operatori, pazienti, famigliari, volontari) e raccoglie informazioni su condizioni ritenute dagli intervistati fattori di rischio. Durante la visita il gruppo può riscontrare di persona alcune situazioni critiche e la sua presenza viene di solito percepita e vissuta dagli operatori come una manifestazione di partecipazione alle problematiche e soprattutto di condivisione dei problemi. Nel corso del Giro, inoltre, possono essere già identificate e discusse possibili misure da assumere per il miglioramento della sicurezza del paziente".



ingiustificati e non dovuti. La stessa Corte dei Diritti Umani ha sancito che, relativamente alle offese alla vita o all'integri tà fisica, (art 1,3,8 CEDU) se sono cagionate da condotte colpose, obbligo di assicurare una tutela effettiva da parte dello Stato non impone necessariamente il ricorso alla sanzione penale, potendo bastare rimedi di carattere civile a meno che non ci siano profili di colpa grave che rendano la sanzione penale il rimedio più adeguato. 🛚

la Regione Emilia-Romagna, nell'ambito di un progetto di collaborazione con il Ministero della Salute.

Il Manuale costituisce il primo modulo, focalizzato sulla sicurezza dei pazienti e degli operatori, a cui seguiranno gli ulteriori moduli tematici. Rappresenta inoltre un approfondimento del corso Sicure, precedentemente erogato dal Ministero della salute in collaborazione con Fnomceo ed Ipasvi, che ha visto la partecipazione di oltre 100.000 operatori sanitari e ha rappresentato uno stimolo a proseguire su un per-

che l'ipotesi della creazione di fondi destinati ai pazienti (anche nel caso della cosiddetta alea terapeutica), nonché l'inserimento di obbligo di copertura assicurativa per le strutture sanitarie private. Tutto questo dovrà avvenire con costi sostenibili, limitando la distrazio ne di risorse economiche da destinare a prestazioni assistenziali, tenuto conto che oggi un'ingente voce nei bilanci delle aziende è rappresentata dai costi assicurativi". La rilevanza dei rischi trasferiti alle compagnie di assicurazione e la tipologia dei rischi trattati secondo

Responsabilità professionale medica

Mediazione e (assenza della) assicurazione

di Paolo D'Agostino

Dipartimento di Scienze Giuridiche, Università degli Studi di Torino

ome è noto, il d.lgs. 4 marzo 2010, n. 28 di attuazione della delega al Governo in materia di mediazione e di conciliazione delle controversie civili e commerciali, di cui all'art. 60 della Legge 19 giugno 2009, n. 69, stabiliscono (all'art. 5, primo comma, D.lgs. 28/2010) come condizione di procedibilità della domanda giudiziale "l"esperimento del procedimento di mediazione". Nel 2011 il decreto c.d. Milleproroghe ha rinviato al 20 marzo 2012 l'entrata in vigore della condizione di procedibilità per le controversie in materia di condominio e risarcimento del danno derivante dalla circolazione di veicoli e natanti, confermando, al 20 marzo 2011, l'operatività della mediazione civile obbligatoria per varie materie fra cui la responsabilità medica.

Condominio, locazione e...responsabilità medica

Personalmente, ritengo assurdo che una materia così difficile che nemmeno nel processo riesce a trovare adeguata collocazione - possa essere inserita (con assoluta superficialità) da parte del legislatore sullo stesso piano delle vertenze in materia di condominio o di locazione. Ciò posto, nonostante il notevole incremento del numero delle controversie, è a tutt'oggi difficile (e, a mio parere lo sarà anche in futuro) dare riscontro della effettività condizione di procedibilità in tale materia. Innanzitutto, occorre evidenziare che si tratta di uno degli argomenti giuridici più complessi e difficili che, negli anni, ha determinato una grande (e spesso incoerente) produzione sia dottrinale che giurisprudenziale in materia, con orientamenti anch'essi in continua evoluzione. Inoltre, la responsabilità medica rientra fra gli argomenti tecnicamente più complessi e specialistici in quanto, da un lato, occorre tenere costantemente presenti i continui (quotidiani) progressi scientifici esistenti; dall'altro, interessa una pluraliNonostante il diretto interesse a deflazionare il carico delle controversie relative a richieste di risarcimenti danni, finora le imprese di assicurazione specializzate nell'assicurazione della medical malpractice non hanno manifestato particolare interesse alla materia. Preferiscono attendere che vi sia estrema chiarezza sui punti fondamentali del decreto: "se" vi è un sinistro, "di chi" è la responsabilità e a "quanto ammonta" il danno



tà di parti che vengono coinvolte nella vicenda: oltre al paziente (e/o ai suoi parenti) vi sono il/i medico/i (o l'equipe) interessati e la/le struttura/e di appartenenza: tutti soggetti portatori di interessi spesso (se non sempre) fra loro contrapposti. E tutto questo dovrebbe essere deciso da un mediatore poco (per niente) preparato in una materia in cui prima di decidere se mediare occorre stabilire se esiste solo una complicanza o se questa è (o non è) frutto di un errore.

Uno degli argomenti giuridici più complessi e difficili che, negli anni, ha determinato una grande (e spesso incoerente) produzione sia dottrinale che giurisprudenziale in materia è stato posto dal legislatore sullo stesso piano delle vertenze in materia di condominio o di locazione

Le assicurazioni

In tale contesto, va precisato che le imprese di assicurazione non hanno manifestato particolare interesse alla materia: preferiscono attendere che vi sia estrema chiarezza sui punti fondamentali: "se" vi è un sinistro, "di

"Condizione di procedibilità e rapporti con il processo"

(Art. 5, primo comma, D.lgs. 28/2010)

"Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia in materia di condominio, diritti reali, divisione, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazione, comodato, affitto di aziende, risarcimento del danno derivante dalla circolazione di veicoli e natanti, da responsabilità medica e da diffamazione con il mezzo della stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, ban-

cari e finanziari, è tenuto preliminarmente a esperire il procedimento di mediazione (...).

condizione di procedibilità della domanda giudiziale. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice ove rilevi che la mediazione è già iniziata, ma non si è conclusa, fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6. Allo stesso modo provvede quando la mediazione non è stata esperita, assegnando contestualmente alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione. (...). chi" è la responsabilità e a "quanto ammonta" il danno. Inoltre, occorre tenere presente come sono formulate le polizze assicurative operanti oggi in Italia.

Quanto alle polizze degli Enti (per quelli ancora assicurati e non rientranti nei programmi centralizzati o in auto-assicurazione regionale), ormai sono tutte stipulate con una franchigia estremamente alta (500.000 / 1.000.000 di Euro) e la maggior parte dei sinistri sono al di sotto di tali importi, con conseguente coinvolgimento diretto solo della Struttura di appartenenza.

Quanto ai medici, se hanno una polizza per "colpa grave" – normalmente - questa non viene "attivata" fino a quando non si verifica l'azione di rivalsa per colpa grave (o vi è una sentenza che dichiara la sussistenza della colpa grave): quindi non vi è un coinvolgimento diretto da parte di tali assicurazioni le quali verranno (forse) coinvolte solo in momento (molto, molto) successivo.

Nel caso in cui, invece, abbiano una polizza che copre tutta la colpa (lieve o grave che sia) – normalmente – queste polizze prevedono una operatività a "secondo rischio" rispetto alla presenza della polizza dell'Ente presso cui il medico lavora: ne consegue che, anche in tal caso, gli assicuratori non verranno coinvolti direttamente ma resteranno in attesa di vedere cosa e come si comporterà l'ente sotto il profilo risarcitorio.

Eppure, gli Enti e le Compagnie di assicurazioni (specializzate nell'assicurazione della Medical Malpractice) avrebbero un diretto interesse a deflazionare il carico delle controversie relative a richieste di risarcimenti danni. In tal modo, potrebbero ridurre i costi di difesa (legale e tecnica) per la gestione giudiziale di tali controversie che in genere sono connotate da notevole durata e complessità. Inoltre, con una liquidazione più rapida delle controversie bagatellari, gli uffici sinistri (delle Aziende e/o delle imprese di assicurazioni) potrebbero concentrarsi su quelle controversie che per dimensioni, complessità tecnica e importi interessati, devono giustamente restare nell'ambito del processo ordinario di cognizione.

Concludendo, anche sotto questo profilo temo che sia da accogliere una considerazione che mi è stata avanzata da un noto magistrato civile che, dopo aver amabilmente svolto tutta una serie di considerazioni in materia, ha concluso affermando: "La mediazione per la responsabilità medica? 120 giorni persi!".

La salute delle gengive è una sicurezza in più.



Attenzione ai sintomi.

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

Più protezione durante la gravidanza.

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

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



Balsamo per le gengive



Professione

el 2010 l'attività ospedaliera è stata caratterizzata da "una netta diminuzione" del volume di ricoveri e di giornate erogate rispetto all'anno precedente, con circa 380 mila ricoveri e 1,5 milioni di giornate in meno. Così il ministero della Salute introduce il Rapporto 2010 sui ricoveri in Italia elaborato attraverso l'analisi delle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo). A diminuire, in particolare, sono i ricoveri in Day Hospital per acuti, che registrano un -5,1% in termini di ricoveri e - 4% in termini di giornate di degenza.

Più contenuta la diminuzione per i casi di ricoveri per acuti in regime ordinario (-2,8% i ricoveri e -2% le giornate di degenza). Ferma al -2% anche la diminuzione dei ricoveri in Lungodegenza (-1,4% di giornate di ricovero). A guidare la classifica dei ricoveri per Drg in regime ordinario per acuti è il parto vaginale senza diagnosi complicanti, con 323.412 dimissioni, seguito dall'insufficienza cardiaca e shock (206.573) e dal parto cesareo senza complicazioni (196.393)

Se si considera l'attività di Day Hospital, la causa più frequente di ricovero è la chemioterapia e radioterapia, con 226.000 dimissioni e oltre 2 milioni di giornate di accesso, seguito dalla cataratta (131.439 dimissioni e 232.813 giornate di accesso) e dall'aborto indotto (104.117 dimissioni e 147.626 giornate di accesso). Nei reparti chirurgici diminuiscono i casi non operati. La riduzione nell'attività per acuti in regime ordinario vede, in particolare, un calo dei ricoveri inappropriati di circa 181.000 unità. Per quanto riguarda la riabilitazione aumenta leggermente (di circa l'1%) l'attività in regime ordinario mentre diminuiscono i Day hospital (-2,8%).

In particolare, per quanto riguarda i ricoveri per acuti, tra il 2008 e il 2010 quelli in regime ordinario con Drg medico o non chirurgico hanno registrato una sostanziale stabilità della quota (dal 42,7% al 42,8%), mentre la corrispondente attività chirurgica mostra un leggero ma costante incremento, dal 26,2% del 2008 al 28,1% del 2010. La quota di Day Hospital medico è ridotta di circa mezzo punto percentuale, mentre il Day Surgery passa dal 14,5% del 2008 al 13,2% del 2010. Osservando il trend della distribuzione dei ricoveri con Drg medico o non chirurgico dal 2001 al 2010, si può rilevare una costante diminuzione dei ricoveri ordinari di un giorno, mentre l'attività di Day Hospital, dopo aver toccato un massimo nel triennio 2004Rapporto Sdo 2010

Ricoveri in calo del 3,3% tra il 2009 e il 2010. Giornate di degenza al -2,1%

Circa 380 mila ricoveri e 1,5 milioni di giornate in meno nel 2010 rispetto al 2009. Questo il trend registrato dal ministero della Salute con il Rapporto Sdo 2010. In tutto, i ricoveri sono stati 11.277.742 e le giornate di degenza 71.904.063. In calo del 4% i ricoveri per acuti in Day Hospital

William Street	300	14	200	19	30	ia.	8 % 201	0-2009
Tipologia di attività	Dimesioni	Glomate	Diminioni	Glomate	Divioloni	Glemate	Diminsioni	Glorvete
Acuti – Regime ordinario	7,721,823	\$2,200,535	7,585 269	50.745.111	7.374.765	49.672,178	-2,8	-2,1
Acuts - Day hospital	3.489.060	9.433.576	3.184.227	8.797,377	3.071.949	840301	-5,1	-44
Rishi Itarione – Regime ordinario	292.436	7.928.700	296-852	8 205,578	299 131	8.728.967	0,9	9.7
Habilitations – day to spital	64.850	965.836	62,477	898,547	60.704	826,389	-0,6	500
Lungsdegenan	109.246	8.474.255	110.386	2.485.598	117 599	3.436.597	3,0	4
Neonati sare	425.323	1.367,485	419,095	1.339.736	408.594	1.296.591	-2.5	1
Tetale :	12,100,698	75.571.789	11.657.864	75,412,967	11.277.762	71,904,063	-3,3	-2,1

2006, torna a ridursi. Tuttavia, osserva il Rapporto, "mentre dieci anni fa la bassa percentuale di Day Hospital era indice di una significativa quota di inappropriatezza nel ricorso al ricovero ordinario, la riduzione osservata negli ultimi anni è dovuta ad uno spostamento verso il regime ambulatoriale, e quindi dovuta ad un ulteriore aumento dell'appropriatezza dell'erogazione dell'assistenza sanitaria". Per i ricoveri con Drg chirurgico spicca la riduzione di oltre il 10% della quota di ricoveri ordinari di più di un giorno di degenza nel 2010 rispetto al 2001, sebbene in lieve aumento nell'ultimo biennio (circa + 1% dal 2008). La quota di ricoveri di un giorno, invece, si è mantenuta sostanzialmente costante dal 2001 al 2008 e ha mostrato un incremento di circa il 3%

inoltre, che la quota di Day surgery copre circa un terzo dell'attività ospedaliera chirurgica. Il rapporto tra le dimissioni con Drg medico e quelle con Drg chirurgico continua a diminuire, attestandosi a 1,42 nel 2010, "a conferma – secondo il Rapporto - del costante miglioramento dell'appropriatezza nell'utilizzo dell'Ospedale".

I ricoveri ordinari di riabilitazio-

nell'ultimo biennio; si osserva,

ne, nel 2010, sono stati 298.073, con un incremento di circa 0,9% rispetto al 2009. L'attività erogata in regime ordinario vede una netta prevalenza degli istituti privati accreditati con il 50,9%, con a seguire Irccs privati e fondazioni private (15,1%), ospedali a gestione diretta (13,7%) e aziende ospedaliere (9,7%); in regime diurno gli Irccs privati erogano poco più del 23% della casistica, seguiti dagli ospedali a gestione diretta (21,6%), dalle case di cura accreditate (20,1%) e infine dalle Aziende ospedaliere (15,3%) e dai policlinici universitari pubblici (10,3%). La durata della degenza per riabilitazione non si protrae oltre 60 giorni nel 94,3% dei casi, e la degenza media è di 27,5 giorni. L'attività ospedaliera di riabilitazione riguarda quasi esclusivamente tre gruppi nosologici: "malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" (42% della riabilitazione in regime ordinario e 20,9% della riabilitazione in Day Hospital), "malattie e disturbi del sistema nervoso" (23% della riabilitazione in regime ordinario e 33,3% della riabilitazione in Day Hospital), "malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio" (16,2% della riabilitazione in regime ordinario e 12,9% della riabilitazione in Day Hospital). Pari a 112.559 invece i ricoveri di lungodegenza, con un aumento del 2% del rispetto

> ospedali a gestione diretta (42,5%) e le case di cura private accreditate (45,0%) erogano la quasi totalità dell'attività. I settori nosologici prevalenti per l'attività di lungodegenza riguardano "malattie e disturbi del sistema nervoso" (19,1%), "Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio" (10,9%), "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio" (12,4%) e "Malattie e di-

> all'anno precedente. Gli

(12,4%) e "Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo" (23,4%).

✓



La tre giorni Aogoi Emilia Romagna

Donne allo specchio

■ Il convegno " Donne allo specchio" ha dato vita a un grande congresso regionale dell'Aogoi, che ha coinvolto Agite, Sigite, Aio, Smic e il Coordinamento Regionale dei Collegi delle Ostetriche – con la collaborazione della Simg, la Scuola di formazione dei Medici di Medicina Generale "MGform", la Simp, l'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Modena. Una tre giorni di intenso aggiornamento oltre che tradizionale momento culturale e d'incontro per i tanti e diversi professionisti che lavorano nel settore materno infantile

a cura di Ezio Bergamini

Segretario regionale Aogoi

a alcuni anni questi appuntamenti coinvolgono un numero crescente di professionisti provenienti da tutta Italia. Bastino i numeri delle presenze regionali: con oltre 230 relatori sono rappresentate tutte le U.O. della Regione, a dimostrazione della vivacità scientifica dell'Emilia Romagna e dello spirito di collaborazione e di collegialità che caratterizza i nostri operatori.

In tempi di ristrettezze economiche abbiamo voluto cogliere quest'occasione per riunire numerose società scientifiche ma questo è valso anche a sottolineare la collaborazione e il rapporto di vicinanza tra medici ospedalieri, consultoriali, ostetriche, pediatri ospedalieri e di libera scelta, medici di base e farmacisti che caratterizza la nostra realtà.

La prima giornata è dedicata ai corsi precongressuali: corsi di ecografia office per ginecologi, corsi di ecografia per ostetriche, corsi di cardiotocografia, di uroginecologia, di emergenze ostetriche con simulazione di casi e procedure.

Per il secondo anno consecutivo, e terza esperienza specifica, CONGRESSO REGIONALE 29-31 Marzo 2012 Modena, Centro Famiglia di Nazareth

si utilizza il manichino a "corpo intero" e tutta la tecnologia informatica per simulare gli eventi ostetrici, ricreare il pathos dei momenti e insegnare ad agire. Ad accompagnare questa esperienza l'esercitazione con il classico bacino per le manovre ostetriche e applicazione di ventosa. I corsi, organizzati da alcuni tra i migliori specialisti nazionali e regionali, sono offerti a quote d'iscrizione volutamente molto basse, per poter permettere a chiunque di partecipare e questo per ribadire l'importanza che per l'Aogoi (e per questa segreteria in particolare) riveste la formazione. Investire nella formazione è il miglior modo per migliorare anche il nostro futuro e questo è stato reso possibile gra-

zie alla disponibilità dei tanti docenti.

All'inaugurazione sono stati invitati politici, rappresentati delle Autorità e delle Istituzioni, degli Ordini e delle Associazioni scientifiche, seguito da un dibattito, aperto al pubblico, sulla violenza sessuale con proiezione di filmati sull'argomento. E un brindisi finale con la cittadinanza per chiudere la giornata.

La seconda giornata é dedicata alla ginecologia. Tanti i temi di interesse: dalla sterilizzazione maschile e femminile, all'aborto farmacologico, dalla contraccezione alla menopausa (con particolare riguardo alla sindrome metabolica), dalla chirurgia mini invasiva all'oncologia, dalla speciale connessione tra flebo-



dolorose femminili, dalle infezioni recidivanti alle comorbilità associate, dalla terapia dell'incontinenza urinaria alla medicina non convenzionale.

Uno speciale spazio, curato da Consulenti del Lavoro, é dedicato al Diritto del lavoro con le nuove disposizioni in tema di Previdenza.

La sessione dedicata alle recenti linee guida sul taglio cesareo si propone di fare chiarezza sull'importanza delle indicazioni e sulla scelta informata da parte della paziente.

A chiusura dei lavori lavori, una tavola rotonda aperta al pubblico affronterà il tema della sessualità oltre i 50 anni, con la presentazione del prof. Romano Forleo e della dottoressa Veronica Innocenti del Dipartimento di Musica e Spettacolo dell'Università di Bologna che curerà la proiezione di filmati dedicati all'argomento.

La terza giornata è dedicata all'ostetricia: dal percorso nascita di tipo organizzativo alla gestione delle patologie ostetriche. Importanti spazi sono stati riservati alle Istituzioni per le Politiche di sostegno alla maternità e genitorialità e all'incontro tra magistrati e politici sui temi del biodiritto. In questa sessione è affrontato anche lo spinoso tema della responsabilità medica e di struttura. È stata prevista anche una sessione ad hoc sul sangue cordonale: la raccolta e l'utilizzo, la gestione e il diritto all'autoconservazione.

I Pediatri si confrontano su temi di ginecologia pediatrica e sul problema delle vaccinazioni, le ostetriche affrontano i problemi medico-legali legati al loro nuovo ruolo professionale.

Una tavola rotonda dal titolo volutamente provocatorio viene dedicata al "dolore in travaglio: condizione necessaria?".

Argomenti ostetrici specifici sono poi analizzati nelle varie sessioni ostetriche del sabato pomeriggio, in particolare una monotematica è dedicata alla diagnosi e trattamento della placenta accreta. Una sessione sviluppata in collaborazione con l'Ordine dei Farmacisti affronta il tema della farmacovigilanza sugli integratori e l'uso degli stessi sia in ginecologia che in ostetricia.

Nel corso dei lavori congressuali è prevista anche l'annuale assemblea regionale Aogoi che quest'anno avrà il compito di rinnovare la carica di segretario regionale. Y

La valutazione precoce del rischio ostetrico nel I trimestre: verso un nuovo modello di assistenza?







Venerdì 20 aprile 2012 Centro Congressi Giovanni XXIII, Bergamo

Il progresso scientifico in questo ultimo decennio ha rilevato come molte complicanze siano potenzialmente evidenziabili nella prima parte della gravidanza, ridefinendo per ogni donna un rischio specifico.

Un'analisi integrata delle caratteristiche materne, di esami ecografici e di test biochimici concentrati nel I trimestre potrebbe suggerire un programma di sorveglianza pazientespecifico.

L'esito della gravidanza potrebbe migliorare spostando le cure prenatali da una serie di visite di routine concentrate nel II e III trimestre ad un approccio più scientifico ed efficace in base alla valutazione del

Segue a pagina 30

Aogoi Toscana Maria Giovanna Salerno è il nuovo Segretario regionale

Al segretario uscente Carlo Buffi il ringraziamento dell'Aogoi per il proficuo lavoro svolto dalla sua segreteria nell'ultimo decennio

A margine dell'annuale Convegno Aogoi su: "Trombofilia: screening e profilassi in ambito ostetrico e ginecologico", si è svolta, il 18 febbraio scorso, l'assemblea della nostra associazione per l'elezione del nuovo segretario regionale presso la sala congressi dell'hotel "Il piccolo castello" di Monteriggioni (Si). A presiedere l'incontro il presidente nazionale Aogoi Vito Trojano, coadiuvato dal segretario nazionale Antonio Chiantera e dalla vicepresidente Valeria Dubini. La candidatura della dottoressa Maria Giovanna Salerno, candidata

unica alla segreteria regionale ed eletta all'unanimità per acclamazione con voto palese, è stata proposta dal segretario uscente Carlo Buffi, che per oltre un decennio è stato alla guida della nostra associazione in Toscana. A lui è andato il ringraziamento di tutti i presenti per il proficuo lavoro svolto negli anni dalla sua segreteria. Nel suo intervento Buffi ha ricordato i momenti salienti del suo mandato, ringraziando i suoi collaboratori più stretti, ma soprattutto ha voluto sottolineare l'importanza dell'apporto femminile, con questa nuova candidatura da lui fortemente sostenuta.

Dopo le parole di ringraziamento per il nuovo incarico, il nuovo segretario regionale ha promesso il suo impegno, chiedendo la "vivace collaborazione di tutti i soci per migliorare l'immagine del medico ginecologo, sia a livello di formazione e quindi aggiornamento professionale, sia a livello scientifico, con raccolta dati e produzione di lavori scientifici. Anche in vista del prossimo importante impegno che ci vedrà partecipi a Roma il prossimo ottobre: il congresso mondiale di Ginecologia e Ostetricia".

La "volontarietà" nella colpa medica

di Pier Francesco Tropea

In tema di colpa medica, e segnatamente in caso di evento dannoso conseguente ad un intervento chirurgico, torna puntualmente in discussione l'argomento ampiamente dibattuto del consenso del paziente quale presupposto di legittimità dell'atto medico, anche ai fini della qualificazione giuridica dell'eventuale reato attribuibile al sanitario

In effetti la materia è stata oggetto di interpretazioni e dissertazioni giuridiche tutt'altro che univoche, culminate in pronunce giurisprudenziali assai difformi, in seno alle quali la responsabilità del medico è stata variamente considerata sotto il profilo penalistico. È ben presente nella memoria di ciascuno di noi la condanna, sancita dalla Cassazione nel 1992, per omicidio preterintenzionale di quel chirurgo che aveva praticato un intervento (seguito dal decesso della paziente) differente da quello per il quale egli aveva ot-

tenuto il consenso dell'operanda.In sostanza i Giudici avevano nella fattispecie sancito la vo-

lontarietà delle lesioni provocate dal medico con l'intervento chirurgico praticato senza specifico consenso, sostenendo l'esistenza del dolo diretto, atto a configurare l'ipotesi dell'omicidio preterintenzionale. Tale orientamento giurisprudenziale, particolarmente severo nei confronti della classe medica, è stato successivamente corretto dalla Corte di Cassazione con le sentenze Barese e Vol■ Nel caso di evento dannoso conseguente ad intervento praticato senza consenso del paziente, il medico può essere accusato di lesioni colpose o volontarie, rischiando, se l'esito è infausto, l'imputazione di omicidio preterintenzionale. A dirimere il quesito della qualificazione del reato" commesso dal medico, la Cassazione è intervenuta con un'importante (ancorché discutibile) sentenza del 2010, che distingue l'atto medico avente finalità terapeutica da quello "per fini estranei alla tutela della salute del paziente"



"Appare discutibile operare una distinzione tra atti medici che posseggano una finalità terapeutica rispetto a provvedimenti medici che tale finalità non posseggono, atteso che l'opera del medico persegue per definizione l'obiettivo della cura della salute del paziente"

terrani (2001) nelle quali si afferma che la finalità curativa del

trattamento medico-chirurgico consente di escludere il dolo specifico e cioè la volontà del medico di procurare con il proprio atto terapeutico un danno

In epoca più recente, una pronuncia di legittimità, di particolare rilevanza in quanto emessa dalla Corte di Cassazione a sezioni unite, ha escluso la responsabilità del medico (nella fattispecie un ginecologo) nel caso in cui l'intervento chirurgico demolitivo eseguito senza uno specifico consenso della paziente, a seguito di una decisione assunta intraoperatoriamente dal chi-

rurgo, abbia avuto un esito fausto. In tali casi, indipendentemente dall'esito favorevole o non dell'intervento, può tornare utile al medico l'ipotesi del consenso presunto, nel senso che si può presumere che il paziente, se informato dell'imprevista evoluzione del quadro in sede chirurgica, avrebbe dato il proprio consenso all'intervento non precedentemente programmato. Per quanto sopra detto, per affermare l'esistenza del reato di lesioni volontarie (che culminano nell'omicidio preterintenzionale) è necessaria la dimostrazione del dolo intenzionale e cioè della consapevolezza del medico di provocare con la propria condotta un'alterazione dell'integrità fisica del paziente. La Giurisprudenza ha fatto riferimento ai casi in cui il medico provochi intenzionalmente un danno per scopi scientifici o di ricerca o praticando interventi demolitivi inutili, a puro scopo dimostrativo, laddove la patologia in oggetto avrebbe potuto essere più utilmente trattata con mezzi farmacologici e senza inutili menomazioni per il paziente.

Come ribadito dalla Corte di Cassazione, il consenso del paziente esclude automaticamente la possibilità che il medico risponda di lesioni volontarie (e non colpose) nel caso di evento dannoso e ciò in quanto viene richiamata la scriminante dell'art. 50 C.P. relativa all'efficacia del consenso dell'avente diritto. Viceversa, in caso di manifesto dissenso espresso dal paziente, l'intervento del medico deve considerarsi assolutamente illegittimo, in quanto lede il diritto del paziente all'autodeterminazione previsto dall'art. 32 della Costituzione.

Orbene, per dirimere il quesito della qualificazione del reato commesso dal medico (lesioni volontarie o colpose) nel caso di evento dannoso conseguente ad intervento praticato senza con-

con una importante sentenza la Corte di Cassazione (sez. IV penale n. 34521, dicembre 2010) la quale distingue l'atto medico avente finalità terapeutiche da quello che tale obiettivo non possiede. Nel primo caso, se l'intervento si risolve in un esito infausto, il medico risponde di lesioni o omicidio colposi, in quanto è rinvenibile nella sua condotta una finalità curativa, mentre se l'intervento persegue scopi estranei alla salute del paziente (finalità scientifica o di ricerca, esibizionismi di ordine tecnico, scopi didattici ecc.) la lesione dell'integrità fisica del paziente consente di affermare la volontarietà della condotta lesiva e quindi la qualificazione del reato come lesioni volontarie o (nel caso di morte del paziente) di omicidio preterinten-

senso del paziente, interviene

Pur nel rispetto dovuto nei confronti dei giudizi espressi dalla Suprema Corte, un orientamento giurisprudenziale di questo tipo non può non sollevare qualche perplessità a livello della classe medica e soprattutto in chi esercita quotidianamente un'attività chirurgica.

Innanzi tutto, appare discutibile operare una distinzione tra atti medici che posseggano una finalità terapeutica rispetto a provvedimenti medici che tale finalità non posseggono, atteso che l'opera del medico persegue per definizione l'obiettivo della cura della salute del paziente.

Sul piano strettamente tecnico, sarebbe molto arduo, a causa della molteplicità delle scelte terapeutiche motivate spesso dalla difformità di opinioni scientifiche comunque rispettabili, affermare la validità di una soluzione tecnica che possegga una finalità terapeutica e respingere altro tipo di intervento che non persegua un obiettivo validamente curativo per il paziente. C'è infine da chiedersi (e sarebbe allarmante ammetterlo) se esistano chirurghi che scientemente eseguano interventi inutilmente demolitivi a scopo dimostrativo o per sperimentazione scientifica, con finalità quindi del tutto estranee alla salute del paziente.

La condanna di tali ipotetici comportamenti sarebbe ovviamente etica e deontologica, prima che giudiziaria. Y

Medicina di genere, un'iniziativa italiana

Un Manifesto per la scienza al femminile

a livello europeo e mondiale da molti anni, ma su cui in Italia siamo ancora parecchio indietro. L'assenza di una medicina di genere, che garantisca nella pratica clinica un'attenzione specifica anche per le donne, sembra essere specchio di un problema molto più ampio. Un problema di violenza, come denuncia l'Onu in un report del mese

Un problema che viene trattato Italia 2012: l'Onu bacchetta il nostro Paese perché discrimina le donne. Per il Gender Gap Report siamo peggio di alcuni Paesi del Terzo mondo. Ora un Manifesto sulla medicina di genere creato da tre associazioni prova a invertire la rotta coinvolgendo scienziati, politici e la società intera

> scorso, che parla di disuguaglianza di genere e di discriminazione. Ma anche un problema politico vero e proprio, come emerge dal Global Gender Gap Report del 2011, dove l'Italia arriva 74esima per le politiche per ta alleanza per la Medici-

le donne, dopo paesi come Bangladesh e Ghana. Anche per questo nasce oggi il Manifesto per la Medicina di Genere, promosso da GENS, la neona-



na di genere costituita da Donne in rete, Equality Italia e GISeG (Gruppo Italiano Salute e Genere). Presentato ufficialmente il 2 marzo a Milano al primo Summit ita-

liano di Medicina di Genere, il Manifesto sta raccogliendo firme bipartisan tra deputati, senatori, europarlamentari e consiglieri regionali affinché anche in Italia la medicina e ricerca scien tifica sia attenta al femminile e alle specificità della donna. Ma non solo. "Applicare le politiche di genere vuol dire promuovere lo sviluppo del Paese, e ci spinge ad andare verso equità e sviluppo sostenibile", ha spiegato Flavia Franconi, docente di farmacologia cellulare e molecolare all'Università di Sassari e pre-

▶ Segue a pagina 27

Una task force sul territorio per promuovere la salute riproduttiva delle donne immigrate

Prevenzione della lvg tra le donne straniere

a cura di Giovanni Fattorini e Marina Toschi

idurre i tassi di ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere attraverso la promozione di una maggiore consapevolezza della propria salute riproduttiva, una maggiore conoscenza dei metodi contraccettivi, dei servizi socio-sanitari, come i consultori, delle norme a sostegno della maternità e contro l'abbandono dei neonati. È questa la finalità dell'iniziativa promossa dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del ministero della Salute e dalla Regione Toscana che è decollata nel 2010 e, ad oggi, ha raccolto l'adesione di 10 Regioni, 34 Asl, 9 Aziende ospedaliere e di alcune Associazioni, tra cui Agite, Aogoi, Aiug, Simm, Fiog, Inmp e Fnco.

I tre obiettivi specifici del Progetto riguardano la Formazione degli operatori, l'Accesso e fruibilità dei servizi e l'Informazione.

Le soluzioni proposte sulla base delle evidenze mirano essenzialmente a promuovere:

- l'offerta attiva alle donne immigrate di counselling sulla fisiologia e sui metodi per la procreazione responsabile, attraverso specifici interventi di Sanità Pubblica. In particolare, come ■ Il progetto, realizzato in collaborazione con l'Università La Sapienza di Roma e l'Istituto Superiore di Sanità e coordinato dalla Regione Toscana, vede ad oggi il coinvolgimento di una rappresentanza di Regioni e di alcune Associazioni, tra cui Agite e Aogoi. L'iniziativa si concluderà con un convegno a Roma il prossimo 18 dicembre, durante il quale verranno illustrati gli interventi realizzati e gli obiettivi raggiunti



dimostrato da ciò che si è verificato in questi ultimi 25 anni nella popolazione italiana, è essenziale puntare sulla consapevolezza delle donne e sull'erogazione di prestazioni socio sanitarie integrate.

- La riorganizzazione dei servizi attraverso la rimozione delle barriere d'accesso organizzative, burocratico-amministrative e culturali e attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali, al fine di aumentare l'accesso delle donne straniere ai servizi stessi.

Una particolare attenzione deve essere prestata alla formazione all'intercultura degli operatori sanitari. Infatti, l'incontro degli operatori sanitari italiani con il paziente straniero e le problematiche che ne derivano sia

zione dei servizi costituisce una dimensione di particolare rilevanza. In particolare, la mancanza di una formazione di base ed il perdurare di una pratica assistenziale esclusivamente ispirata ad un paradigma di tipo biomedico rende difficile per gli operatori riconoscere gli aspetti dell'assistenza sanitaria legati alla diversa cultura di appartenenza degli utenti ed il confronto tra le due culture può pro-

in termini clini-

che di necessità

di riorganizza-

co-relazionali

durre situazioni di difficoltà, di conflitto o l'emergere di stereotipi o pregiudizi che possono condizionare negativamente l'efficacia dell'intervento ed il corretto ed appropriato ricorso ai servizi.

Formazione a cascata

Sempre nell'ambito della formazione, l'iniziativa prevede un Corso intensivo di Formazione

I 3 obiettivi specifici del Progetto

1. Formazione degli operatori

Promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva (in particolare contraccezione e prevenzione lvg)

2: Accesso e fruibilità dei servizi

Definire e sperimentare percorsi organizzativi che favoriscano l'accessibilità e l'utilizzo dei servizi da parte delle donne immigrate e possano aiutare nella prevenzione all'Ivg

3. Informazione

Promuovere una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata finalizzata alla tutela della salute sessuale e riproduttiva, alla prevenzione dell'aborto ed alla diffusione delle misure a sostegno della maternità e di prevenzione dell'abbandono dei neonati

per i Formatori, che si terrà dal 25 al 29 giugno 2012 a Roma presso l'Iss e la Sapienza Università di Roma, di una durata complessiva di 35 ore (5 giorni). L'obiettivo della Tot è quello di formare e "capacitare", per ogni Regione/Provincia autonoma partecipante, alcuni professionisti in modo che siano a loro volta in grado di organizzare e svolgere, nel proprio contesto territoriale, una formazione "a cascata", sui temi focalizzati dal Progetto.

La partecipazione alla ToT sarà completamente gratuita, mentre alle Regioni/Province è chie-

Donne immigrate e salute riproduttiva

■ Negli anni recenti oltre al generale aumento dell'immigrazione si è verificata una femminilizzazione tale dei flussi che oggi le donne rappresentano circa la metà degli immigrati presenti in Italia. Secondo il Dossier Caritas/Migrantes 2008, al 31 dicembre 2007 le donne rappresentavano circa il 50% dei 3.987.112 di immigrati regolari stimati.

Come conseguenza dell'aumento della popolazione immigrata negli ultimi 20 anni, si è osservato anche un incremento del numero di Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) effettuate da donne straniere (40.224 nel 2007 rispetto a 10.131 nel 1996). Questo valore corrisponde ormai al 32,2% di tutte le Ivg effettuate a livello nazionale nell'anno 2007. In generale, in questa popolazione la conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile è scadente: una parte consistente delle donne non è in grado di identificare il

periodo fertile, conosce superficialmente i metodi per la procreazione responsabile e li utilizza in modo improprio (la metà delle immigrate rimane incinta nonostante l'uso di metodi anche di comprovata efficacia, ma usati scorrettamente). Il coito interrotto risulta il metodo maggiormente utilizzato tra le donne dell'Est Europa, mentre tra le donne del Sud America la pillola e il preservativo si sono spesso rivelati inefficaci per un uso non corretto.

È proprio l'area delle scelte riproduttive quella che fa registrare una significativa differenza tra donne italiane e straniere. Queste ultime infatti fanno ricorso all'IVG in percentuale significativamente superiore a quella delle donne italiane, anche quando provengono da Paesi culturalmente più orientati verso maternità ricercate e ripetute. Nel 2005 (ultimo dato disponibile) il tasso (standardizzato) di abortività tra queste donne è risultato essere pari a 26,5 per 1000 a fronte del 7,1

per mille delle donne italiane e se si considerano le donne più giovani il rapporto è di quasi 5 casi di Ivg di donne straniere per ogni Ivg effettuata da donne italiane. Inoltre se per le italiane i livelli maggiori di abortività si registrano nella fascia fra i 25 e i 34 anni (sebbene negli ultimi anni si stia assistendo ad uno spostamento verso le età più giovani), per le donne straniere è presente un trend fortemente decrescente dalle età più giovani a quelle più avanzate. La maggior parte delle straniere che abortiscono in Italia sono cittadine dell'Est Europa, ma anche di paesi del Centro-Sud America, dell'Africa e dell'Asia nell'ordine. Il numero e la percentuale di Ivg effettuate da donne immigrate è molto variabile a livello regionale, con valori più elevati nelle regioni con una maggior presenza di popolazione immigrata, variando per l'anno 2007 dal 45,0% di Ivg effettuate da cittadine straniere in Veneto, al 7,3 % del Molise.

sto, utilizzando parte dei fondi loro messi a disposizione, di coprire le spese vive dei formandi. È previsto l'utilizzo di modalità didattiche miste (contributi frontali alternati a modalità interattive: case studies, role-playing, simulazioni, drammatizzazioni) e di sistemi di supporto didattico (tutoraggio, Dvd multimediale). È inoltre previsto un forte impianto valutativo di processo, nella convinzione che la partecipazione condivisa all'impianto formativo possa essere un punto di forza dei successivi passaggi. In altre parole, la ToT sarà, attraverso una valorizzazione dei formandi come "sensori", anche l'occasione di sperimentare (e quindi eventualmente correggere) l'impostazione della proposta. Nell'incontro con il comitato tecnico scientifico, svoltosi a fine gennaio scorso presso l'Iss, sono stati discussi gli obiettivi formativi che saranno alla base della costruzione della proposta formativa, che si concretizzerà, per quanto attiene l'avvio della formazione a cascata, come ToT (Training of Trainers) e, tra i vari argomenti, il ruolo delle società scientifiche nella diffusione delle corrette informazioni presso i professionisti.

Premio MARILINA LIUZZO

Ricordando Marilina

icordando Marilina", il concorso per il miglior Poster sui temi della gravidanza in tutti i suoi aspetti e per il mantenimento della fisiologia è ormai un appuntamento fisso per ricordare "il suo impegno personale e professionale profuso nella promozione della salute della donna e dei consultori familiari", come è stato fatto nel luglio 2010 ad Enna, sua città natale, intitolandole il Consultorio della città.

"La gravidanza: mantenere la fisiologia, esperienze del territorio": questo il tema del concorso 2011 cui hanno partecipato 12 diverse realtà territoriali italiane provenienti da Sicilia, Basilicata, Lazio, Toscana, Umbria, Piemonte, Puglia, Friuli e da molte diverse realtà, sia private (Nascere e crescere Roma; Scuola elementare di arte

ostetrica Firenze; Ambulatorio privato Palmiotto) sia pubbliche (Consultori di Torino, Lago Tra-



simeno/Umbria, Lecce, Enna). A comporre la giuria, rappresentanti delle istituzioni (G.B. Ascone per il Ministero Salute, M. Grandolfo per l'Iss e M. Toschi, consigliera di Parità della Regione Umbria), delle Ostetriche (AM. Pellegrino - Collegio del Lazio) dei colleghi/e di Aogoi (Giuseppe Ettore) e di Agite (G. Fattorini e R. Licenziato), compresa una giovane giornalista di NoiDonne (Cecilia Della Negra). Il primo premio (il libro Il mestiere del parto - Blu edizioni) è stato consegnato dal dottor Giuseppe Ettore all'Ostetrica Carmela Carpanzano per il poster "Mantenere la gravidanza fisiologica nel territorio ed oltre...", in cui sono presenti le foto e le parole dei genitori della Cooperativa Dimensione Genitori, nella zona di Pachino (Siracusa). A cor-

redare il poster un Dvd a cui sono stati consegnati i pensieri delle madri e dei padri seguiti in tutta la fisiologia della nascita dalle operatrici del Consultorio e dell'Ospedale. Alla Asl di Torino, con la sua provata esperienza di follow-up delle gravidanze e di sostegno all'allattamento attenta alle prove di efficacia, è andato il secondo premio (il libro "Il Cesareo" di Michel Odent), consegnato dalla presidente del Collegio delle Ostetriche del Lazio Maria Grazia Pellegrino, con il poster dal titolo "Favorire la fisiologia del percorso nascita", mentre il terzo premio (la traduzione in versi della "Convenzione per l'eliminazione delle discriminazioni verso le donne") è andato alla ostetrica Anna Maria Gioacchini, che coordina il gruppo di ostetriche per il parto domiciliare del "Centro nascere e crescere" di Roma, con il poster solo fotografico "Il Tocco dell'ostetrica", consegnato dal collega siciliano Roberto Licenziato.

Tutte/i i partecipanti sono stati felici di poter portare il loro contributo e trovare riconoscimento del lavoro svolto in difesa della fisiologia della nascita e dell'allattamento materno: un tema che vgliamo sia il filo comune tra territorio ed ospedale, oltre che tra i diversi professionisti presenti nel complesso percorso della nascita, nell'obiettivo di renderlo meno impervio per le coppie gestanti, favorendo un approccio sereno per i futuri genitori.

La splendida immagine di una donna che si protegge l'addome potenzialmente gravidico, l'iconografia che ha caratterizzato il nostro convegno, è stata gentilmente offerta dai colleghi/e del Consultorio di Enna che hanno partecipato alla precedente edizione del concorso a Villasimius. Anche a loro il nostro sincero grazie!

Marina Toschi

Myrti Nax per la prevenzione e il trattamento delle infezioni

Estratto di Cranberry

delle vie urinarie



Contiene il CranMax®, un estratto brevettato di Cranberry

- Ottenuto usando tutti i componenti del frutto di mirtillo (Vaccinium Macrocarpon): particolarmente ricco in proantocianidine (PACs), le molecole biologicamente attive contro i patogeni delle infezioni urinarie
- Protetto con la tecnologia Bio-Shield: assicura che le PACs raggiungano integre il tratto intestinale
- Testato clinicamente

INFORMAZIONI NUTRIZIONALI				
Per dose giornaliera	Per dose giornaliera	RDA		
Cranberry (Vaccinium macrocarpon, CranMax®)	500,00 mg			
pari a PaCs	36,00 mg			
Vitamina C	20,00 mg	25,00 %		
Vitamina A	200,00 mcg	25,00 %		



Il sostegno emotivo nel travaglio di parto: il "caso doula"

Quando l'adesione acritica alla medicina dell'evidenza può sortire effetti molto dannosi

a cura del Direttivo AIO

no di questi casi è a nostro avviso riscontrabile nel paragrafo delle Linee Guida Nazionali sul Taglio Cesareo dedicato al sostegno emotivo offerto alla donna durante il travaglio di parto (LGNTC pag. 80).

In questo paragrafo, sulla base della revisione Cochrane di Hodnett del 2008 su 11 studi randomizzati condotti in 11 Paesi, si sostiene che il sostegno emotivo continuo in travaglio di parto, rispetto all'assistenza tradizionale, riduce: la probabilità di taglio cesareo (RR 0.91) e di parto operativo vaginale (RR 0.89), la probabilità di ricevere analgesia o anestesia regionale (RR 0.89), di riferire insoddisfazione o giudizio negativo sull'esperienza del parto (RR 0.73).

In questi studi il sostegno emotivo continuo è stato garantito da diverse figure: donne che avevano già partorito, infermiere, ostetriche, puericultrici e doule.

La "questione Doula"

Riguardo a questa figura è necessario aprire una parentesi. Il termine doula, che risale alla Grecia classica, indicava la domestica che assisteva la padrona durante il parto fornendole un sostegno emotivo e spirituale. Negli anni '60 e '70 - complice anche l'inadeguatezza di molte strutture sanitarie e l'eccesso di medicalizzazione del parto in quegli anni - questa attività è stata ripresa in numerosi Paesi, diventando una "quasi professione" semiclandestina, priva di ogni controllo e regolamentazione, ma ben presente nei siti internet ed ovviamente retribuita. Ebbene, ritornando alla Cochrane, risulterebbe evidente da questa revisione della letteratura che non è la persona che fornisce il sostegno emotivo a determinare i benefici sopraesposti quanto l'azione stessa del sostegno, da chiunque venga esercitata.

Un altro punto interessante emerso dalla revisione è che i risultati sono migliori quando il sostegno emotivo è affidato ad una persona esterna allo staff del punto nascita perché dedicata

La seconda parte delle linee del SNLG sul taglio cesareo contiene una serie di raccomandazioni di comportamento clinico basate sulla medicina delle evidenze e sostanzialmente sulle revisioni Cochrane. Come spesso accade quando si trasferiscono dati provenienti da studi anche di buona qualità ma realizzati in contesti differenti per cultura o livello economico, specie nell'ambito di pratiche assistenziali non strettamente tecniche, si verificano incongruenze e talvolta veri e propri errori di giudizio

esclusivamente al sostegno della donna in travaglio. Se ne deduce che un punto nascita in cui non vi sia il rapporto one to one tra il personale di assistenza (leggi ostetrica) e la donna in travaglio, come peraltro ritenuto obbligatorio nel documento nazionale del 2011 sulle caratteristiche dei punti nascita in Italia, non può raggiungere gli standard di buona assistenza sopra descritti.

Il sostegno emotivo alla partoriente

Da sempre, in Italia come in molti altri Paesi europei, gli operatori chiedono che l'assistenza al travaglio ed al parto sia garantita da una ostetrica che deve essere accanto alla donna costantemente, con rapporto uno a uno, e che deve essere evitato in modo assoluto che una sola ostetrica abbia in carico due donne in travaglio contemporaneamente. È evidente che in situazioni di carenza di personale di assistenza del punto nascita, peraltro inaccettabili in un Paese ci-

vile, la presenza di persone scelte dalla donna per il sostegno emotivo potrebbe in talune circostanze avere un ruolo positivo. Diventa però difficile credere che persona esterna, priva di competenze e qualificazione professionale, possa essere utile e collaborante quando nei siti

web italiani del-

le associazioni delle doule si legge che essa svolge attività di "mediatrice o avvocato affinché i desideri della donna e del partner siano rispettati"... come se gli operatori del punto nascita fossero avversari con cui contrattare o da cui difendersi. O ancora si leggono affermazioni errate come quella in cui l'epidurale sarebbe somministrata oltre i 5 cm di dilatazione ed amenità di que-

sto genere. Altri due studi randomizzati condotti negli Usa, uno da Campbell e l'altro da McGrath, dimostrano che la presenza continuativa durante il travaglio di

una doula ha effet-

Ora ci chiediamo: ma ti positivi, anche se i risultati sochi meglio delle ostetriche, motivate dalla scelta stessa di questa professione, preparate con un lungo cursus studiorum, autorizzate dalle normative giuridiche, riconosciute dagli ordini professionali e con uno specifico Codice Deontologico, può adempiere a questo compito? Che senso ha la presenza di una figura come la doula senza nessuna preparazione professionale, se non quella eufemistica di corsi autogestiti di pochi giorni o di qualche weekend, con compiti che si sovrap-

traddittori in quanto nel primo studio non vi è nessuna differenza nel tasso di cesarei tra gruppo doula vs assistenza tradizionale del punto nascita, mentre nel secondo vi è una riduzione della percentuale di cesarei nel gruppo con presenza della doula.

Il rigore scientifico richiederebbe che a fronte di dati discordanti ci si astenesse da conclusioni definitive in attesa di ulteriori

Si deve anche sottolineare che i due studi citati si riferiscono ad un modello di assistenza ospedaliera al travaglio di parto che è completamente diversa da quella della maggior parte dei Paesi europei. Negli Stati Uniti infatti è prassi normale che la donna in travaglio venga monitorizzata in continuo con cardiotocografia e messa in epidurale precocemente con un controllo del tracciato a distanza in una postazione infermieristica centralizzata e con ridotta presenza a fianco della donna. È intuitivo che in una situazione di questo genere la presenza costante di una persona che offra aiuto e sostegno alla donna in travaglio non può non sortire dei

vantaggi L'attività della doula In sintesi, a noè una sovrapposizione stro avviso, si soall'attività no attribuiti alla dell'ostetrica, ma presenza della senza alcuna doula durante il preparazione travaglio di parprofessionale, senza to una serie di un riconoscimento benefici che sogiuridico e di no invece dovuconseguenza anche ti all'attività cosenza regime stante ed inintariffario e controlli terrotta di sostedisciplinari gno, conforto.

aiuto e vicinanza e quindi di assistenza nel senso vero della parola, che deve essere garantita alla donna da parte del punto nascita a cui si rivolge.

pongono pe-

raltro in mo-

do estrema-

mente ridutti-

Sul piatto della bilancia vo e limitato a quelli dell'ostetrica (affiancamento alla donna durante la gravidanza, il parto e nel puerperio)?

L'ostetrica è la professionista riconosciuta dalle normative vigenti e con propria autonomia professionale, che assiste e consiglia la donna durante la gravidanza, durante il parto e nel puerperio, porta a termine parti eutocici con propria responsabilità, presta assistenza al neonato, partecipa agli interventi di educazione sanitaria e sessuale e ai programmi di assistenza materna e neonatale, è abilitata alla professione con il conseguimento di un diploma di laurea e l'iscrizione all'albo della professione di ostetrica.

Dall'AIO un Osservatorio Nazionale dell'Abusivismo Professionale

L'attività della doula, che consiste nel sostenere la donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio è una sovrapposizione all'attività dell'ostetrica, ma senza alcuna preparazione professionale, senza un riconoscimento giuridico e di conseguenza anche senza regime fiscale e con-

trolli disciplinari. Ed è per questo motivo che l'AIO ha dato vita all'Osservatorio Nazionale dell'Abusivismo Professionale, dove in soli 3 mesi, sono stati segnalati numerosissimi casi di presunti abusi e di

pubblicità ingannevoli per l'utenza femminile.

Molto grave anche il fatto che una Università italiana, abbia proposto un corso di perfezionamento di educatore prenatale, figura assimilabile a quella della doula.

Riteniamo pertanto che quanto riportato sull'argomento nelle linee giuida nazionali sul taglio cesareo, con conclusioni definitive in favore della doula su risultati contrastanti tra lo studio di Campbell e quello di McGrath, sia non solo errato ma anche estremamente dannoso nel contesto italiano dell'assistenza alla nascita e potenzialmente nocivo per la madre e il bambino. Infatti, il riconoscimento su un documento ufficiale del ruolo della doula aprirà un ampio spazio, fornendo una giustificazione, ad una attività improvvisata, senza alcuna garanzia di preparazione, senza controlli e verifiche ed al limite del reato penale di esercizio abusivo della professione.

■ Invitiamo tutte le colleghe ed i colleghi, ostetriche e ginecologi, a vigilare sul proprio territorio e sui network, continuando a segnalare all'Osservatorio per l'Abusivismo Professionale situazioni di presunti abusi che segnaleremo alle Autorità competenti. A tutela della nostra professione e nell'interesse delle donne e delle loro famiglie. Y

Nuovi obblighi in tema di polizze professionali, ECM e compensi

Il DI 138/2011 dello scorso agosto ha avviato la riforma delle professioni prevedendo l'eliminazione di numerosi vincoli e imponendo ai professionisti di garantire la qualità del servizio prestato alla propria clientela, anche attraverso una polizza che garantisca il risarcimento degli eventuali danni derivanti da inadempienze o negligenze. Vediamo in dettaglio come le nuove previsioni, che dovranno essere recepite entro il 13 agosto 2012, riformeranno la professione medica

di Carmine Gigli Presidente FESMED

Polizza per la responsabilità professionale

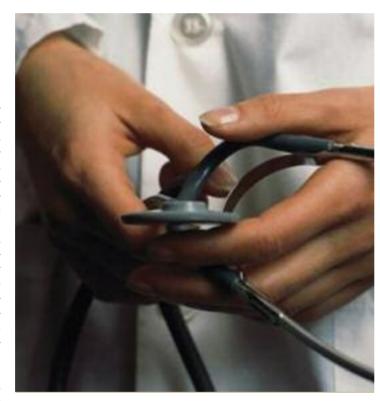
L'art. 3, c. 5, lett. e), del decreto ha stabilito che: "il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale". Non solo, il professionista deve anche: "rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale". Per garantire questo nuovo obbligo viene stabilito che gli ordinamenti professionali debbano essere riformati in tal senso entro 12 mesi, dal 13 agosto 2011. Tale data è stata ribadita anche dal "decreto Monti", n. 214/2011. La finalità della norma è quella di liberalizzare il mercato e nello stesso tempo, di tutelare tutti i cittadini che si rivolgono ad un professionista. È inevitabile che una simile norma non possa prevedere degli obblighi differenziati per le varie categorie

Pattuizione del compenso e informazione al cliente

(GU n. 19 del 24-1-2012 - Suppl. Ordinario n. 18)

professionista.

concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività



professionali e per i diversi rapporti di lavoro. Nel mercato con meno vincoli che si verrà a creare, il legislatore ha voluto tutelare tutti i cittadini per eventuali perdite patrimoniali, involon-

tariamente cagionate loro da errori od omissioni dei professionisti, obbligando quest'ultimi a stipulare una polizza per la re-

Decreto legge 24 gennaio 2012, n. 1 Disposizioni urgenti per la 3. Il compenso per le prestazioni professionali è pattuito al momen-

to del conferimento dell'incarico professionale. Il professionista de ve rendere noto al cliente il grado di complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento alla conclusione dell'incarico e deve altresì indicare i dati della polizza assicurativa per i danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale. In ogni caso la misura del compenso, previamente resa nota al cliente anche in forma scritta se da ne dovrà essere portata a conoquesti richiesta, deve essere adeguata all'importanza dell'opera e va scenza dei pazienti potranno espattuita indicando per le singole prestazioni tutte le voci di costo, sere concordate in sede locale, comprensive di spese, oneri e contributi. L'inottemperanza di quanqualora non venissero emanate to disposto nel presente comma costituisce illecito disciplinare del delle disposizioni dall'Ordine professionale, entro il 13 agosto

sponsabilità professionale. In quest'ottica, l'obbligazione del medico dipendente non può che essere limitata al danno ingiusto, quello che si ha in conseguenza di una "colpa grave" e che impone al medico dipendente di risarcire personalmente il danneggiato. Negli altri casi sarà l'Azienda sanitaria che dovrà rispondere ai pazienti insoddisfatti delle cure. Quindi, il medico dipendente per ottemperare a quanto richiede la legge è sufficiente che abbia stipulato una polizza che lo tuteli per gli eventi danni addebitabili a sua "colpa grave". Le modalità attraverso le quali questa informazio2012, oppure delle circolari esplicative nazionali.

È opportuno osservare che la legge impone l'obbligo della polizza esclusivamente per i professionisti e nulla stabilisce per gli enti che erogano prestazioni professionali attraverso propri dipendenti o professionisti convenzionati. Di conseguenza, le Aziende sanitarie non sono obbligate da questa legge a stipulare una polizza ma, questo non indica che non siano tenute a risarcire i cittadini danneggiati, nei casi nei quali non si ravvisi la "colpa grave".

Educazione Continua in Medicina

Il medesimo articolo 3 del decreto 138/2011 stabilisce l'obbligo per il professionista di "seguire percorsi di formazione continua permanente predisposti sulla base di appositi regolamenti emanati dai consigli nazionali, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina (Ecm)".

In pratica, il mancato raggiun-

La legge impone l'obbligo della polizza esclusivamente per i professionisti e non per gli enti che erogano prestazioni professionali attraverso propri dipendenti o professionisti convenzionati

gimento dei n. 50 crediti attualmente previsti per ogni anno determinerà un illecito disciplinare e, come tale, sarà sanzionato sulla base di quanto stabilirà l'ordinamento professionale, sempre entro la data del 13 agosto

Compensi

Per quanto riguarda i compensi professionali, oltre all'abrogazione delle tariffe regolamentate a livello dell'Ordine professionale, la nuova norma stabilisce che il compenso per le prestazioni professionali è pattuito al momento del conferimento dell'incarico professionale (Dl 1/2012, art. 9). Secondo questa disposizione, il professionista deve rendere noto previamente al cliente la misura del compenso, anche in forma scritta se da questi richiesta. Come per le norme illustrate in precedenza, anche in questo caso l'inottemperanza di quanto disposto costituisce illecito disciplinare, sanzionabile sulla base di quanto stabilirà l'ordinamento professionale, entro la data del 13 agosto 2012.

È chiaro che i provvedimenti sulla pattuizione dei compensi riguardano senza eccezioni tutte le professioni. Tuttavia, gli obblighi di informativa del medico del Ssn in regime di libera professione intramoenia dovranno necessariamente fare riferimento alle tariffe concordate a livello di Asl per la libera professione, le quali non sembrereb-

Ecm e polizza assicurativa

D.L. 138/2011, convertito in Legge 148/2011 (in G.U. del 16/09/2011) Art. 3, comma 5

5. Fermo restando l'esame di Stato di cui all'art. 33 comma 5 della Costituzione per l'accesso alle professioni regolamentate, gli ordinamenti professionali devono garantire che l'esercizio dell'attività risponda senza eccezioni ai principi di libera concorrenza, alla presenza diffusa dei professionisti su tutto il territorio nazionale, alla differenziazione e pluralità di offerta che garantisca l'effettiva possibilità di scelta degli utenti nell'ambito della più ampia informazione relativamente ai servizi offerti. Gli ordinamenti professionali dovranno essere riformati entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto per recepire i seguenti principi:

b) previsione dell'obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua permanente predisposti sulla base di appositi regolamenti emanati dai consigli nazionali, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina (ECM). La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione;

(...)

(...)

e) a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti.

be che vengano abrogate dalla legge. Si tratterà di concordare a livello aziendale le modalità attraverso le quali informare il paziente sulla tariffa della prestazione medica che è stata richiesta e che la stessa è soggetta ad una regolamentazione tariffaria concordata con la Asl.

Ovviamente, questa chiave di lettura delle nuove norme potrebbe essere soggetta a rivisitazioni nel caso dovessero intervenire delle circolari interpretative ministeriali. Y

Probiotici e Cranberry per uso topico

nelle infezioni del basso tratto urogenitale





- Cranberry (Vaccinium macrocarpon, mirtillo rosso) succo disidratato titolato al 4% in proantocianidine (PAC)
- Lactobacillus acidophilus Vis K8, 1.2 miliardi UFC
- Acido Lattico 60%
- Calendula (Calendula officinalis) estratto secco, titolato 1% in flavonoidi
- Acido poliacrilico (Policarbophil)

Cosmetic Technology, 2/2011 Estratto dello studio Achille Tolino, Gianfranco Borruto Caracciolo

Dipartimento Clinico di Emergenza Ostetrica e Ginecologica e Medicina della Riproduzione, Urologia Università degli Studi di Napoli "Federico II"

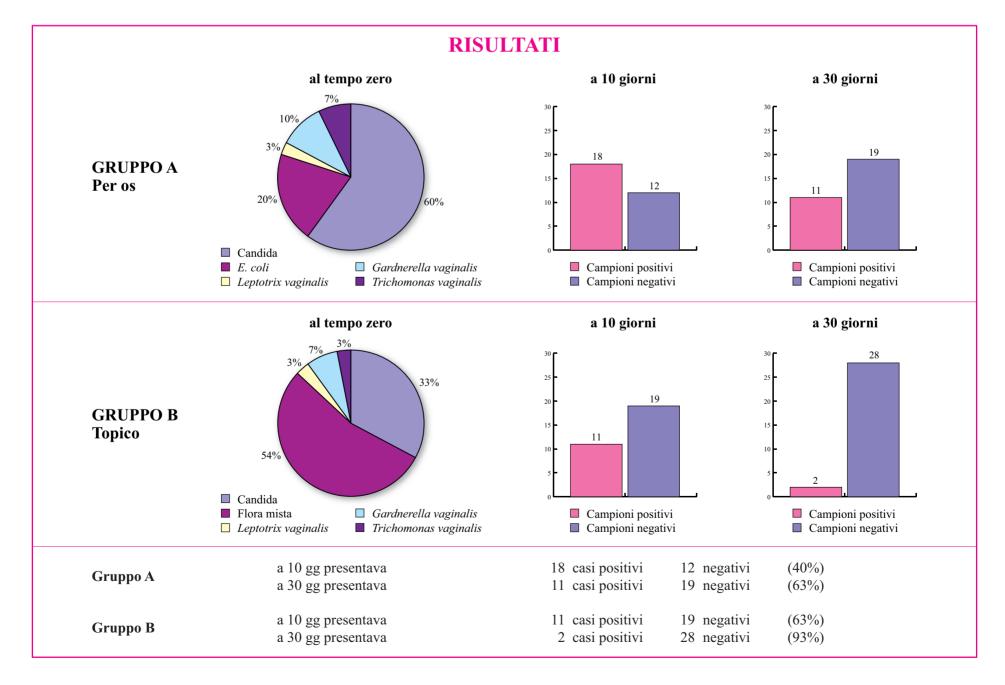
L'aggiunta di un derivato estrattivo ottenuto dal mirtillo rosso Cranberry per uso topico a preparati a base di lattobacilli ha dimostrato di completare efficacemente l'attività per la capacità di impedire l'adesione batterica alla mucosa vaginale.

Il lavoro clinico è stato sviluppato arruolando 60 donne affette da infezioni urogenitali e dividendole in due gruppi A e B.

Alle donne del gruppo A sono stati somministrati probiotici per via orale per 10 gg (Lacto 5[®] due capsule/die).

Il gruppo B è stato invece trattato solo per via topica (1 capsula vaginale/die per 10 gg) con Lactoflorene Gyn®, dispositivo medico in capsule vaginali.

Ad entrambi i gruppi è stato effettuato un tampone al tempo zero, al 10° giorno di terapia (T1) e dopo 1 mese dalla prima visita (T2).



Pur avendo ottenuto risultati positivi anche con la somministrazione di probiotici per via orale, è apparso importante riportare velocemente il pH vaginale entro limiti fisiologici tramite l'acido lattico e ripristinare la normale flora acidificante che antagonizza la proliferazione dei patogeni urinari e vaginali. La presenza del

derivato estrattivo di Cranberry aiuta il processo di risoluzione dell'infezione contrastando l'adesione alla mucosa soprattutto nel caso di batteri patogeni fimbriati. La Calendula ha un'azione idratante, trofica e lenitiva ed il Policarbophil, muco adesivo, prolunga la presenza in loco degli attivi.

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello



Pericolose disavventure

aro Professor Sbiroli, ti esprimo tutta la mia fraterna solidarietà per la disavventura che ti è capitata. Il termine ti può sembrare strano, ma come altro puoi definire ciò che ti è accaduto, quando chi ti doveva essere grata in eterno per averle salvato la vita cerca invece di rivalersi per un lieve disturbo, per di più saltuario, qual è l'incontinenza da stress (peggio sarebbe stata l'urgenza), non necessariamente un effetto collaterale della chirurgia subita, ma, come ben sappiamo, legata a varie cause anche naturali (età, parità, menopausa...). L'imbarbarimento della civile convivenza, reso ancor peggiore dalla crisi che ci attanaglia ormai da tempo, porta sempre più spesso molti a percorrere ogni via possibile per cercare di far soldi, ad esempio spillandoli agli altri più che guadagnarli con un onesto lavoro, oggi purtroppo sempre più raro da trovare. Contribuiscono a questo andazzo perverso, da un lato, l'immagine comune del medico traboccante di denaro che specula sull'altrui salute (ma non tutti per sfortuna nel primo caso e per fortuna nel secondo lo sono!) e dall'altro l'invalsa tendenza di tanti furbi che approfittano delle disgrazie per rimpinguare un nuovo florido mercato, quello risarcitorio

Ricordo che, negli ultimi anni della mia vita lavorativa, una mattina, percorrendo l'estramurale di uno dei paesi dove lavoravo, mi ritrovai all'improvviso di fronte uno di quei manifesti enormi da cui una faccia suadente di donna - ma non certo l'Anita Ekberg di "bevete più latte"! - poneva la domanda "avete subito un'ingiustizia? siete stati vittime di un caso di malasanità?" cui seguiva l'indicazione di a chi rivolgersi per riparare al torto, con l'implicita certezza di un successo garantito. Anche in un piccolo centro, dunque, dopo che in città più grandi, avvocati di pochi scrupoli a caccia di clienti già da tempo avevano cominciato a pattugliare gli ingressi degli ospedali offrendo a casaccio il patrocinio gratuito. Quel manifesto mi rovinò la giornata, e molte di quelle a venire, perché, ogni volta ci passavo davanti, rinfocolava in me le paure che ci portiamo appresso per tutta la nostra vita lavorativa. Intendiamoci: a me non è successo mai alcunché. E non perché abbia lavorato o mi sia impegnato poco. In venticinque anni di una sala parto da ben oltre mille nascite l'anno e una discreta presenza in sala operatoria non sono mancate situazioni in cui non era proprio possibile anche il solo pensare ad una medicina difensivistica! E sappiamo bene come il

Tra i tanti frammenti di sofferenza umana e professionale che costellano la vita dell'homo medicus, l'accusa ingiusta di malpractice è forse uno di quelli che brucia di più. È anche per questo che la "piccola" storia raccontata da Carlo Sbiroli nel suo Il Punto (Gyneco 9/10 2011) ha suscitato molte reazioni e... offerto lo spunto a questa Meditazione

malaugurato evento sia sempre dietro l'angolo... Allora bene come mi è andata. Proprio per evitare quei vissuti da "colpevole" che descrivi molto bene. E di quale colpa poi se, com'è arcinoto, nella quasi totalità dei casi i processi si concludono a favore del medico? Ecco perché non mi piace - consentimi - quel "farla franca" da te usato, più adatto al delinquente abituale o all'autore di chissà quale misfatto. Invece noi spesso per aver fatto solo il nostro dovere dobbiamo patire sentimenti dolorosi e pesanti mortificazioni. E questo dopo aver vissuto un'intera vita col timore che potesse succederci quel qualcosa verso cui nemmeno le migliori assicurazioni riescono a garantirci. Sono tanti i casi in cui il medico che denuncia un sinistro è subito disdettato e anch'io, pur non avendo mai avuto problemi, un certo giorno ho ricevuto una lettera in cui mi si diceva che "non vi era più convenienza per la compagnia" salvo che non si



aumentava a dismisura il premio. Da lì la ricerca – non c'erano ancora le polizze Aogoi - di una nuova copertura, certo di minor costo, non so però fino a che punto davvero protettiva. E quando, appeso il bisturi al chiodo, pensi che il rischio sia finito resta l'incognita della richiesta postuma. Che non ti fa stare tranquillo ancora per tanti anni. Perché, anche se hai fatto l'ambulatoriale, come me nell'ultimo periodo, può sempre succedere che qualche bambino di cui hai seguito la madre in gravidanza giunto in età scolare presenti qualche problema. A quel punto non è solo un discorso di periti e della loro competenza, ma ancor prima di come lo

inquadrano i colleghi di altre specialità, che puntano subito il dito contro di te, imputando al famigerato citomegalovirus o al sopravvalutato streptococco patologie che potrebbero essere responsabilità di un qualsiasi virus o di uno dei tanti inquinanti ambientali, anche in epoca postnatale.

È un discorso antico, della cattiva deontologia, dello scarso rispetto dell'uno verso gli altri, che ci portiamo dietro da sempre. Ancor peggio se ciò avviene tra noi ginecologi (solo "fratelli" e non "coltelli", almeno si spera), tra invidie mai sopite e desideri di rivalsa. Ahimé, siamo umani! (ma quant'è la nostra umanità?).

Segue da pagina 21

sidente GISeG. "Questa alleanza non vuole riguardare solo gli scienziati, anzi lavorare alle differenze di genere in medicina è un primo passo verso l'uguaglianza nella società intera. Un lavoro che serve non solo alle donne, ma a tutti i cittadini". In Italia questa e una novita sia nei contenuti che nella forma. "Ci sono sempre più evidenze scientifiche che maschi e femmine non sono uguali davanti alla stessa malattia. Sono quindi necessari farmaci e terapie studiati appositamente per le donne" ha spiegato Franconi. "Così, per la prima volta, abbiamo creato un'alleanza trasversale, formata dal cosiddetto associazionismo

sociale, rappresentato in questo caso da Equality, e dal mondo scientifico. Ciò rende l'approccio innovativo, e forse anche per questo il manifesto sta raccogliendo tante adesioni".

gliendo tante adesioni". Il documento è infatti stato sottoscritto da politici bipartisan, che vede esponenti del Pdl, come del Pd o della politica extra parlamentare. "Le donne consumano circa il 40% in più di farmaci rispetto agli uomini. Tuttavia, secondo l'Aifa in Italia solo il 20%degli studi condotti sui farmaci hanno coinvolto anche le donne. Sono necessarie azioni pianificate, politiche e programmi; è un processo che richiede nuovi modi di pensare", ha commentato Anna Cinzia Bonfrisco, senatrice del Pdl. La senatrice Fiorenza Bassoli del Pd ha invece sottolineato come "Le poche donne che sono nella ricerca medica non riescano ad eviden-

ziare la specificità del genere, quell'attenzione al femminile che sempre più la scienza indica come necessaria. Il manifesto non solo pone l'attenzione alla differenza tra i generi ma vuole che siano le donne a essere protagoni-

ste di questa rivoluzione". A questo scopo in Parlamento è anche stata recentemente presentata dall'ex ministro Livia Turco una mozione intesa ad impegnare il Governo ad inserire fra gli obiettivi strategici del prossimo Piano sanitario nazionale la promozione ed il sostegno della medicina di genere, a sviluppare la ricerca di genere in vista di una maggiore appropriatezza terapeutica, a reperire tutte le risorse finanziarie necessarie, ad istituire una commissione nazionale che individui le priorità e le metodologie nell'ambito della ricerca di genere, nonché a prevedere incentivi fiscali per le industrie che producano ricerca di genere.

Tutti spunti interessanti, soprattutto in Italia dove, come già detto, si è particolarmente indietro su questi temi. "Basti pensare che in Svezia i primi insegnamenti per la medicina di genere sono stati attivati nel 1995, mentre nel nostro Paese ancora non esisto-

no. "In Italia, come in Europa, le donne sono più del 50% della popolazione. La ricerca e la farmacologia italiana devono colmare lo spread con l'Europa anche in questo settore. Il diritto alla salute delle donne sia garantito quanto quello degli uomini", ha specificato anche Rosaria Iardino, presidente di Donne in Rete Onlus. Così come ha concluso Simona Clivia Zucchett, vice presidente di Equality Italia, mettendo l'accento sul ruolo attivo che devono avere le donne in questo processo: "Le terapie non sono unisex. La ricerca e la medicina devono essere pensate, sviluppate e inevitabilmente costituite per metà per

Segue a pagina 30

Iniziative Aogoi



La mission di questa pattuglia di ginecologi è quella di far dialogare tra loro un grande numero di colleghi che nell'ambito della nostra Associazione si occupano delle problematiche legate alle patologie del basso tratto genitale femminile. Cio avverra attraverso il sito web www.aogoi.it e soprattutto attraverso le iniziative di Formazione a Distanza (FAD) che dovranno costituire sempre più lo strumento fondamentale per l'aggiornamento professionale in tempi di difficolta economiche e normative. Al gruppo iniziale auspichiamo quindi che si unisca un grande numero di colleghi dell'Aogoi: lo scopo non è quello di fondare una nuova societa scientifica di settore bensi di consentire nel vasto ambito dell'Aogoi una maggiore circolazione d'idee, un confronto continuo anche con colleghi che si occupano di chirurgia maggiore, di endocrinologia, di endoscopia, di MST, nonché un aggiornamento concreto all'interno di una grande Associazione che rappresenta di fatto la gran parte dei ginecologi italiani.

Nasce il Gruppo Aogoi per la Patologia Cervico-Vaginale

Questa iniziativa costituisce l'inizio di un impegno specifico nel campo della patologia cervico-vaginale che di per sé rappresenta una parte considerevole della nostra attività professionale e viene realizzato a cura di un gruppo di colleghi, iscritti all'Aogoi, particolarmente esperti in questo campo

Per aderire al Gruppo AOGOI per la Patologia Cervico-Vaginale è sufficiente inviare alla segreteria Aogoi per mail (aogoi@aogoi.it) o per fax (02.29525521) la propria adesione, specificando il proprio nominativo, l'indirizzo e l'eventuale istituzione presso cui si presta attivita (o anche il proprio riferimento di studio per i liberi professionisti).

Queștionario: e dintorni

L'Aogoi vi invita a compilare dal sito www.aogoi.it un facile questionario assolutamente



anonimo ma che richiede l'inserimento delle chiavi di accesso riservate ai soci: ciò per rendere l'indagine scientificamente corretta in quanto basata su risposte date effettivamente da ginecologi e non ripetibili.

In caso di difficoltà per le chiavi d'accesso ci si può rivolgere alla segreteria nazionale Aogoi (Laura Brignone,

tel. 02 29525380).

Il razionale dell'inchiesta si basa sulla mancanza di informazioni reali e aggiornate su quanti tra i ginecologi italiani si occupano in particolare di patologia cervicovaginale. In effetti sono carenti le informazioni relative ai ginecologi che partecipano allo screening cosiddetto spontaneo nei confronti del cervicocarcinoma e che comunque svolgono attività specificamente nel campo delle patologie del tratto distale dell'apparato genitale femminile. Se infatti sono ben noti e documentati i dati relativi allo screening organizzato a livello Stato-Regioni, non vi sono dati certi e aggiornati sui pap test effettuati al di fuori di questo e nel privato. È importante altresì conoscere le procedure impiegate dai colleghi in questo ambito. Grazie della collaborazione!

Carlo Maria Stigliano

LO SCREENING DEL CERVICOCARCINOMA CON IL SISTEMA THINPREP®



Affidati all'originale



Milioni di test eseguiti nel mondo¹. Centinaia di pubblicazioni su riviste referenziate¹. Approvato per l'uso con i principali test di biologia molecolare¹.

Per ulteriori informazioni sul ThinPrep Pap Test è possibile visitare il sito www.thinprep.com oppure contattare la Hologic Italia ad italy@hologic.com

ITA-12-003-IT-A

¹ Data on file, Hologic



Fatti & Disfatti



di Carlo Maria Stigliano

introduzione delle macchine nell'industria e il conseguente avvento di nuovi modelli produttivi nella prima metà del 1800 fu visto dagli operai delle fabbriche inglesi come foriero di disoccupazione e miseria. Per tale ragione si verificarono tumulti e veri e propri assalti alle fabbriche che avevano messo in atto i processi di modernizzazione soprattutto attraverso l'uso del vapore. Lo sviluppo delle tecnologie si è quasi sempre accompagnato ad una riduzione della mano d'opera ed anche nel campo delle applicazioni scientifiche il sempre maggiore ricorso all'automazione ha portato come conseguenza un minore impiego di risorse umane. Vi starete chiedendo dove ho intenzione di andare a parare, naturalmente

Ebbene, in una recente occasione di incontro, conversando con alcuni colleghi a me molto cari, tra cui il saggio Mario Sideri, si è giunti all'amara conclusione che il futuro dei ginecologi, soprattutto in Italia, è alquanto precario e in un certo senso richiama alla mente le dure problematiche sollevate nel preambolo. Vi chiederete perché? Intanto è sempre più oneroso fare il ginecologo perché siamo sottoposti ad una pressione inaudita da parte dei mass media per ogni atto che in qualche modo possa portare ad eventi avversi, soprattutto in sala parto ma non solo. Le assicurazioni si rifiutano di tutelarci e la politica ci scarica addosso la responsabilità delle inefficienze del sistema sanitario.

Poi c'è il problema della necessità di mantenere costantemente un adeguato livello di preparazione: un collega laureato negli anni '50 o '60 per almeno un ventennio

Una mela al giorno

Assisteremo agli assalti agli ospedali più evoluti? Vedremo la cassa integrazione per i ginecologi? Ci azzufferemo per contenderci l'ultima paziente? Dimentichiamo per un attimo responsabilità medica & contenzioso, i costi per assicurazione ed Ecm...non potrebbe essere l'avvento di tecnologie sempre più sofisticate a realizzare l'antico adagio: una mela al giorno leva il... ginecologo di torno?



esercitava la professione potendo contare sulle conoscenze scientifiche acquisite nel corso di laurea e in quello di specializzazione. Oggi in realtà già dopo 3 anni molto di quanto appreso, particolarmente in alcuni settori (pensate alla biologia molecolare, alla robotica, alla diagnostica per immagini più avanzata) può risultare nella pratica incompleto o addirittura superato! Le difficoltà, i costi dell'aggiornamento sono ben noti... Negli ultimi tempi le disposizioni generali e regionali ci impongono l'Ecm ma al tempo stesso mancano sempre più le risorse da destinare a questa

destinati a restare indietro e per di più a rischiare maggiormente l'errore professionale, se chiediamo di farlo ci scontriamo con le ristrettezze dei bilanci di Asl e Regioni! E a noi tocca stare nel mezzo... mettendoci comunque la faccia! D'altro canto il sopravvenire di sempre nuove tecnologie comporta una progressiva riduzione del ruolo dello specialista ginecologo clinico: ad esempio, se ormai l'ecografia, sempre più raffinata, tende a sostituire la visita bimanuale, se la diagnostica per immagini di secondo livello come risonanza magnetica, TAC, PET ecc sono già ora in grado di dare informazioni approfondite e

controllate, se l'informatizzazione delle indagini è in grado di esprimere raffinate conclusioni diagnostiche, con gli ulteriori progressi attesi quanto spazio resterà ai nostri successori? E ancora: al posto del pap test potrebbe subentrare per lo screening del cervico-carcinoma l'hpv-test e questo già ora possono farlo da sole le donne! Vaporizzazioni laser per condilomi? Basterà un trattamento medico autosomministrato. La diagnosi di vaginite? È sufficiente uno stick: la cura la darà il parafarmacista... E così via automedicandosi. Ricapitolando: la visita non servirà più, il pap test diverrà obsoleto e le donne faranno da sole lo screening con l'hpv test; gli interventi di routine saranno certamente in grado di svolgerli ottimamente i robot appositamente programmati, con l'ausilio delle tecnologie d'immagine più avanzate. Gli svuotamenti dell'utero si faranno con appositi farmaci, la cardiotocografia e l'ecografia in gravidanza potrà essere effettuata a casa propria dalle donne e comunicata al centro ospedaliero via web, il relativo controllo sarebbe naturalmente affidato ad un computer

utilmente programmato (in effetti già accade per esempio per l'elettrocardiogramma...), il parto lo seguiranno le ostetriche sempre più preparate e laureate. Dunque che cosa resterà per i poveri ginecologi? Poco, molto poco! E così arriveremo ai licenziamenti e alla disoccupazione! Ecco, siamo per l'appunto alla situazione degli operai inglesi dell'800 dinanzi all'avvento delle tecnologie nelle fabbriche! Assisteremo agli assalti agli ospedali più evoluti? Vedremo la cassa integrazione per i ginecologi? Ci azzufferemo per contenderci l'ultima paziente? Qualcuno, assai malizioso, ha sostenuto di recente che la drastica riduzione del numero di maschi nella famiglia dei ginecologi ed il corrispondente imponente aumento delle colleghe nella nostra disciplina, proceda di pari passo con la perdita di 'redditività' della professione. lo non so quanto questa perfida analisi sia fondata e faccia riferimento a reali dinamiche socio-economiche raffinate (e maschiliste) ma ... a pensar male si fa peccato epperò...! Con queste premesse, si realizzerà dunque l'antico adagio, per l'occasione adeguato: una mela al giorno leva il... ginecologo di torno? Ah, la mela: questo frutto, così delizioso, ha sempre avuto in sè un che di magico e – pensate ad Adamo – il gusto amaro ... della fregatura! Ai ginecologi e alle ginecologhe che verrano diciamo: auguroni, di vero cuore! Sarà dura.

WWW.AOGOI.IT



FAD Formazione a distanza Aogoi

Vai nella homepage e clicca sulla sezione formazione: qui potrai accedere ai corsi FAD di Office Ecografia e Violenza sulle donne

















Corsi



rischio specifico evidenziato tra la 11°e la 13° settimana. In tal modo solo una piccola percentuale di donne identificate come ad alto rischio beneficerebbe di un programma con valutazioni più frequenti ed efficaci, mentre la grande maggioranza delle donne identificata come a basso rischio di complicanze eseguirebbe un minor numero di visite specialistiche.

Il convegno, promosso dalla U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell' Ospedale Pesenti Fenaroli di Alzano L.do e dall'Azienda Ospedaliera Bolognini Seriate, ha lo scopo di illustrare le evidenze emerse sulla valutazione del rischio specifico a 11-13 settimane e di

riflettere sulla proposta di un nuovo modello di assistenza della gravidanza, che possa rilevare precocemente le gravidanze a rischio di complicanze, per migliorarne la sorveglianza e ridurre la morbilità e mortalità maternofetale.

Sede dell'evento e segreteria organizzativa

Centro Congressi Giovanni XXIII

Viale Papa Giovanni XXIII
n° 106, Bergamo
Tel. 035-236435
Fax 035-236474
segreteria@congresscenter.bg.it
Educazione Continua in
Medicina
Evento ECM del piano
formativo 2012 del Centro

Congressi Giovanni XXIII -Provider ECM Nazionale 1013. Nr. Crediti formativi per 100 partecipanti: 4

Per l'assegnazione dei crediti è obbligatoria la presenza per tutta la durata dell'evento formativo e la riconsegna della documentazione debitamente compilata.

Destinatari: Medico ginecologo/ostetrico, Ostetrica -Infermiere

Iscrizioni online

L'iscrizione è gratuita e obbligatoria. Accedere a www.congresscenter.bg.it, cliccare sul titolo dell'evento e seguire le procedure di registrazione. La valutazione precoce del rischio ostetrico nel I trimestre: verso un nuovo modello di assistenza?

Promosso da

U.O. Ostetricia e Ginecologia Ospedale Pesenti Fenaroli di Alzano Ldo
Presidente
G. Amuso
P. D'Oria, P. Mantegazza, C. Paletta

Moderatori
M. Algeri (Plario), M. Clammella (Seriate), C. Groli (Brescia), S. Von Wunster (Alzano Ldo)
Relatori
L. Danti (Brescia), V. De Robertis (Bari), P. D'Oria (Alzano Ldo), R. Fogilani (Milano), M.P. Pisoni (Milano), F. Prefumo (Brescia), G. Rembouskos (Bari), M. Rustico (Milano), M. Signorelli (Brescia)

Sede dell'evento e
Segreteria organizzativa
Generatori (Alzano Ldo), R. Fogilani (Milano), M.P. Pisoni (Milano), F. Prefumo (Brescia), G. Rembouskos (Bari), M. Rustico (Milano), M. Signorelli (Brescia)

Sede dell'evento e
Segreteria organizzativa
Generatori (Alzano Ldo), R. Fogilani (Milano), M.P. Pisoni (Milano), F. Prefumo (Brescia), G. Rembouskos (Bari), M. Rustico (Milano), M. Signorelli (Brescia)

Sede dell'evento e
Segreteria organizzativa
Generatoria (Milano), M. Signorelli (Brescia)

Controlic (M. Hajanosko 1013)

No. Contili Generatoria particular del Generatoria (Milanos)

Romanizativa (Medico ginecologo/dustrito, Octettoria, Octettica, Octettica, Octettica, Octettica, Octettica, Contentica, Octettica, Oct

► Segue da pagina 27

e dalle donne". Con la presentazione del "Manifesto per la Medicina di Genere" GENS ha anche lanciato il nuovo sito Gens People e la rivista on line interamente dedicata alla medicina di genere che porta lo stesso nome: queste risorse serviranno a informare sulle buone pratiche, sulle novità politiche e le decisioni a livello regionale, nazionale ed europeo, oltre a fornire gli aggiornamenti scientifici e medici in materia di medicina di genere.

Il Manifesto per la Medicina di Genere

Questo manifesto s'ispira a una serie di documenti internazionali, li integra con le esperienze italiane ed esplicita le azioni per migliorare la ricerca e l'innovazione, per sviluppare un cambiamento strutturale necessario per promuovere l'equità di genere. 1. Solide ragioni scientifiche evi-

denziano come le diseguaglianze di genere possono avere un impatto negativo sulla qualità della ricerca. E' evidente che, almeno in Europa, si è fallito nel sostenere e promuovere le donne nella stessa misura degli uomini: oggi in UE meno del 20% dei posti di ricercatore senior sono occupate dalle donne. La Commissione Europea e i politici italiani, devono intraprendere iniziative per implementare l'entrata delle donne nelle posizioni apicali della scienza, inclusi i co-

mitati che controllano

l'erogazione dei fondi

(sia a livello privato che pubblico), nei comitati editoriali delle riviste ecc., per raggiungere l'equità di genere nella ricerca scientifica. Si potrebbe garantire, a tal fine, che i singoli impegni di bilancio degli enti deputati alla ricerca, anticipino i costi dell'integrazione della dimensione di genere come parte del progetto di ricerca e di processo.

2. Promuovere una ricerca interdisciplinare e più bilanciata rispetto al genere. Una ricerca che sia quindi maggiormente basata su logiche di collaborazione in team (abbandonando e/o modificando i modelli tradizionali deputati alla produzione di conoscenza), finalizzata a sviluppare un sistema collaborativo e cooperativo che accolga i diversi stili di leadership, e che adotti criteri di valutazione corretti rispetto al valore di

tutte le persone coinvolte.

Un'equipe di ricercatori di entrambi i generi migliora la qualità della ricerca, perché la ricchezza delle idee aumenta l'eccellenza scientifica e, l'intelligenza collettiva.

Inoltre, la sensibilità di genere migliora le opportunità di stimolare il processo di ricerca basato sui bisogni degli uomini e delle

3. La ricerca interdisciplinare richiede di sviluppare criteri atti a valutare il lavoro interdisciplinare. Differenti discipline usano approcci e criteri diversi per definire l'eccellenza; tutto ciò deve essere considerato in maniera da non costruire diseguaglianze fra le varie discipline.

4. Promuovere la ricerca su temi che portino benefici per entrambi i generi. Aumentare la sensibilità di genere, significa anche migliorare e stimolare il processo di ricerca.

5. Le evidenze scientifiche della differenze tra i due generi-sessi sono oramai numerosissime. Pertanto, per arrivare all'eccellenza della ricerca, i finanziatori, i valutatori, i revisori della ricerca ecc. dovrebbero chiedere ai ricercatori "se e come, il fattore sesso-genere è rilevante negli obiettivi e nella metodologia del progetto".

6. Inserire il genere nei curricula studiorum a tutti i livelli. L'obiettivo finale è quello di aumentare la consapevolezza degli operatori sanitari sul fattore sesso-genere.

 Garantire che i prodotti e i servizi derivanti dalla ricerca siano efficaci e sicuri, sia negli uomini che nelle donne. Do-

vrebbero essere inoltre valutate, per poter fornire ad entrambi i generi la migliore cura possibile, se, come e quanto le differenze di sesso e di genere evidenziate, siano rilevanti per la salute e la medicina. Ai pazienti, agli operatori sanitari dovrebbe essere data la possibilità di accedere ai dati relativi alle differenze al sesso-genere, per migliorare la consapevolezza della diversità nell'uso dei farmaci. dei medical device e di altri approcci terapeutici; costruendo anche specifici percorsi diagnosticoterapeutici di sesso-genere.

- 8. Creare ambienti di lavoro flessibili e che supportino in modo equo le carriere di donne e uomini. Affinché le specificità di genere siano ben gestite nei luoghi di lavoro, è necessario dare ad uomini e donne la possibilità di coniugare il loro lavoro alle aspirazioni di vita.
- 9. Promuovere incentivi per la ricerca di sesso-genere per arrivare all'equità della cura.

G Y N E C O

NUMERO 2 - 2012 ANNO XXIII

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente Vito Trojano Direttore Scientifico Felice Repetti

Comitato Scientifico

Giovanni Brigato

Antonio Chiantera
Valeria Dubini
Carlo Sbiroli
Direttore Responsabile
Cesare Fassari
Coordinamento
Editoriale

Arianna Alberti email: gynecoaogoi@hcom.it **Pubblicità** Edizioni Health Communication

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

Editore

donne.

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

Progetto grafico Glancarlo 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 2012
Tiratura 6.000 copie. Costo a copia: 4 euro
La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di
articoli e immagini del giornale sono formalmente
vietate senza una preventiva ed esplicita
autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle
rubriche sono espressione del punto di vista degli
Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite
abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà
utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per
l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di
abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo
diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o
l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore
è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei
diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse
riusciti a reperirili per chiedere debita autorizzazione.





Edizioni Health Communication srl Edizioni e servizi di interesse sanitario



PER LA GRAVIDANZA

VIIAW	IINE e MINERALI	
	mg PER BUSTA	% RDA
Vitamina PP	14	88
Acido pantotenico	6	100
Vitamina B2	1,4	100
Vitamina B6	1,4	100
Vitamina B1	1,1	100
Folato	0,40	200
Vitamina H	0,05	100
Vitamina D	0,005	100
Vitamina B12	0,0025	100
Calcio	250	31
Magnesio	200	53
Ferro	30	214
Zinco	10	100
Fluoro	0,7	20
lodio	0,175	117
Selenio	0,055	100

RDA: Livelli di Assunzione Giornaliera Raccomandata



INTEGRATORE OROSOLUBILE IN BUSTINE, SI SCIOGLIE IN BOCCA SENZA ACQUA





Gyno-Canesten Inthima

COSMETIC





www.inthimacosmetic.it

DERMATOLOGICAMENTE TESTATO
SENZA SAPONI NÉ COLORANTI