G Y N E C O

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

AOGOI

INTERVISTA AL MINISTRO FERRUCCIO FAZIO

"Il Ssn ha bisogno di manutenzione"

"Ma nessuno mette in discussione la governance pubblica del Ssn". Sul federalismo fiscale nessun timore per il Sud: "non sarà penalizzato perché l'ammontare delle risorse non sarà toccato". E sulla bioetica: "qualsiasi decisione deve essere impostata sulle conoscenze scientifiche ma è indubbio che la tradizione e la cultura della Chiesa Cattolica hanno un riconoscimento storico e costituzionale"

Aogoi-Agui
Un ennnesimo intoppo sulla strada della riunificazione. Il Punto di Antonio Chiantera

Parto Dolce
L'esperienza di Castellammare di Stabia vale a Guarino il "Premio Medico Manager SIMM 2009"

Pillola anticoncezionale
I suoi primi 50anni raccontati dal presidente SMIC Emilio Arisi

Punti nascita
Obiettivo riqualificare la rete dei punti nascita. Al via l'indagine promossa da Benedetto Fucci

5
2010

MENSILE ANNO XXI N. 5 - 2010 - POSTE ITALIANE SPA - SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE D.L. 353/03 (CONV. L. 46/04) ART. 1, COMMA 1, ROMA/AUT. N. 48/2008 CONTIENE I.P.

Sensilube

RITROVA LA TUA FEMMINILITÀ

E' un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso. Autorizzazione del 5 agosto 2009

RISPOSTA INNOVATIVA PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLA SECCHEZZA VAGINALE

Una formula che previene ed aiuta ad eliminare i disagi causati dalla secchezza vaginale perché:

- favorisce il ripristino del trofismo della mucosa vaginale
- agisce come umettante e lubrificante delle mucose vaginali
- crea un ambiente favorevole per ristabilire la naturale secrezione vaginale
- aiuta a ristabilire l'integrità della mucosa vaginale.

Testato da:

AOGOI
ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

durex®

Editoriale

Manovra economica. Rischio altissimo per il Ssn

Che la crisi economica internazionale prevedesse, prima o poi, un conto da pagare era scontato. Che questo conto contenesse al suo interno un costo così alto per il personale del pubblico impiego, compresi i medici e gli altri operatori sanitari, non era ugualmente scontato.
E invece è accaduto e oggi ci troviamo a dover fare i conti con una manovra pesantissima che rischia di mettere a repentaglio la stessa capacità del sistema sanitario italiano di far fronte alla domanda di salute.
Dico questo come ripicca del fatto che ci vogliono bloccare stipendi e indennità per tre anni? Certamente ciò rappresenta un atto unilaterale di inaudita violenza, tanto più quando esso è limitato ad un solo comparto economico del Paese e cioè quello dei lavoratori della pubblica amministrazione ormai colpevoli di tutto e di più. Ma non è per questo che il sistema andrà in crisi (semmai saranno milioni di persone, e soprattutto i più giovani e quelli di profilo contrattuale medio basso a dover fare i conti con stipendi insufficienti a mantenere livelli di vita adeguati).
Ciò che manderà in tilt il Ssn è la decisione presa dal Governo, e che ci auguriamo possa essere emendata, di inserire nel blocco del turn over anche la sanità.
Forse, e dico forse, un ufficio pubblico o un ministero, possono anche andare avanti con meno personale. Qualche pratica diventerà ancora più lenta di oggi, ma pazienza. Siamo abituati ai tempi lunghi della nostra burocrazia.
Ma certamente un ospedale o un ambulatorio non possono permettersi questo taglio.
Pensare di far fronte alla crescente domanda di salute e assistenza con decine di migliaia di operatori in meno, senza alcuna possibilità di rimpiazzarli con nuove leve, vuol dire affossare la stessa capacità di risposta assistenziale del Ssn.
Se i tempi di attesa attuali ci appaiono insopportabili, dobbiamo renderci conto che domani lo saranno dieci volte di più.
E se una licenza o una pratica amministrativa possono anche farsi aspettare, è certo che un intervento chirurgico o una Tac ad un paziente a rischio non possono assolutamente mettersi in coda.
Per questo dobbiamo mobilitarci. Dobbiamo far sentire la nostra voce responsabile per far sì che il Parlamento corregga questa manovra con emendamenti in grado di mantenerne la capacità di impatto sui conti pubblici (perché è chiaro che essi vanno tenuti sotto controllo), ma senza mortificare un settore, come quello sanitario, che di per sé rappresenta un valore aggiunto e una risorsa per i cittadini. Tanto più in una fase di crisi come quella che stiamo vivendo dal 2008.

Giovanni Monni
Presidente AOGOI

Indice numero 5-2010

In evidenza

4 **Il punto**
di Antonio Chiantera

Primo Piano

5 L'INTERVISTA
Non restare inchiodati all'equazione "più letti più potere"
Intervista al ministro della Salute Ferruccio Fazio
di Cesare Fassari

7 **Manovra: blocco dei contratti e razionalizzazione di spesa**
di Lucia Conti

8 **Boom di denunce contro i medici**
Un convegno della Fondazione Previasme per fare il punto sulle nuove opportunità aperte dal D.lvo in materia di conciliazione

9 **Misurare le performance, ospedale per ospedale**
Il sistema di valutazione elaborato dall'Istituto S. Anna di Pisa

10 **L'addio dell'Aogoi a Cesare Pasquinucci**

11 **Screening mammografico: i nodi da sciogliere nelle mani delle Istituzioni**
di Antonino Michienzi

• **Promuovere la diagnosi precoce e le breast unit sul territorio**

12 **Medicina della riproduzione: l'unione fa la forza**
di Mauro Costa

Professione

13 **Riorganizzare e riqualificare la rete dei Punti nascita. Una priorità per il Mezzogiorno**
di Benedetto Fucci

14 **Un (bravo) ginecologo con la stoffa del manager**
Ciro Guarino eletto "Medico manager SIMM del 2009"

15 **Tc: come ridurre l'incidenza in Italia?**
Due giornate sul taglio cesareo a Roma

16 **Il cesareo cambierà la civiltà umana...E non in meglio**
di Antonino Michienzi

17 VILLASIMIUS 2010
Aggiornamento di respiro internazionale

18 **La pillola che ha cambiato il mondo**
La pillola anticoncezionale festeggia mezzo secolo
di Emilio Arisi

20 **Quella sottile linea rossa**
Biodiritto: libertà di cura e scelte di fine vita (Prima parte)
di Vania Cirese

22 **La prassi della richiesta di un consulente di ufficio *extra districtum* è corretta?**
di Carlo Cincotti

23 **Lesioni del feto conseguenti a manovre ostetriche**
di Pier Francesco Tropea

24 **Dalla Russia con il bisturi**
A Terni il primo Simposio internazionale italo-russo di chirurgia
di Maurizio Silvestri

25 **È operativo il nuovo contratto di lavoro**
Gli aumenti mensili e gli arretrati maturati
di Carmine Gigli

Rubriche

26 Premio letterario Federspev a Romano Forleo / 28 Libri / Meditazioni di G. Gragnaniello **/ 29 Fatti & Disfatti** di C.M. Stigliano
30 Congressi

GYNECO AOGOI

NUMERO 5 - 2010
ANNO XXI

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Giovanni Monni
Direttore Scientifico
Felice Repetti

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

Editore
Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa
Union Printing
Viterbo
Abbonamenti
Annuo: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/03 (Conv. L. 46/04) Art. 1, Comma 1
Roma/Aut. n. 48/2008
Finito di stampare: giugno 2010
Tiratura 6.000 copie. Costo a copia: 4 euro

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

Organo ufficiale
AOGOI
Testata associata
A.N.E.S.
Editore
Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

di Antonio Chiantera

GYNECO AOGOI / NUMERO 5 - 2010

IL PUNTO

Il tira e molla dell'Agui

... punto e daccapo? Speriamo di no, anche perché in un passaggio della missiva, l'Agui riconosce come la Sigo "debba rappresentare il riferimento dove possano confrontarsi tutte le componenti della ginecologia italiana". Ma allora se questo è anche il loro auspicio, perché quest'ennesimo passo del gambero?

Siamo tutti uomini e donne di mondo. Potremo anche chiudere così, con questa frase ad effetto, l'ennesima puntata della querelle che, nostro malgrado, ci vede ancora una volta impegnati in un tira e molla, che non vorremmo risultasse inconcludente, con gli amici dell'Agui.

Ma, prima di rimetterci alla saggezza proverbiale, pensiamo sia giusto per tutti raccontare la sequenza di atti che ci ha nuovamente condotto in una situazione di stallo nel cammino verso una, noi ci crediamo ancora, riconciliazione definitiva e totale tra ospedalieri e universitari.

Come sia nata la polemica è ormai noto. Incomprensioni, particolarismi, gelosie, eccessi di protagonismo, tutte debolezze sulle quali è onestamente inutile tornare a rimar polemiche.

I fatti nuovi sono che, dopo aver concordato una serie di passaggi mirati a riunificare tutta la ginecologia italiana nella "casa comune" della Sigo (e ciò con il pieno consenso dei rappresentati Agui, a ciò delegati con voto assembleare in una riunione congiunta Sigo, Aogoi, Agui il 27 marzo), giunge inaspettato un vero e proprio dietro front del presidente Agui Massimo Moscarini.

Con una lettera del Consiglio direttivo Agui del 29 aprile scorso vengono infatti sostanzialmente ribaltati i termini dell'accordo. Intanto, l'annunciata uscita dell'Agui dalla Fiog si trasforma in impegno a "congelare (sic) tutte le proprie attività nell'ambito Fiog". Poi, la decisione di convergere come Agui nell'abituale congresso annuale Sigo-Aogoi – trasformandolo in congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui e quindi di tutta la ginecologia italiana – viene rimandata. E infine, l'ultima giravolta, quella sulle modalità di elezione del presidente Sigo. L'accordo sottoscritto con i delegati Agui (che, lo ricordiamo, avevano il pieno mandato dell'Assemblea universitaria) prevedeva che si indicasse una rosa di nomi (da 3 a 5) proposta volta per volta dall'Aogoi o dall'Agui secondo quanto stabilito dallo statuto Sigo. Questo al fine di garantire una maggiore possibilità di scelta e confronto. Ebbene, nella lettera del Consiglio direttivo Agui, con un clamoroso ripensamento, si glissa sulla rosa di nomi e si propone invece l'indicazione di un solo candidato eleggibile.

A riprova del ripensamento arriva infine anche la conferma del congresso nazionale Agui in solitaria, al quale rimandare ancora una volta tutte le decisioni del caso. Punto e daccapo? Speriamo di no, anche perché, per fortuna, in un passaggio successivo della missiva dell'Agui si riconosce come la Sigo "debba rappresentare il riferimento dove possano confrontarsi tutte le componenti della ginecologia italiana".

Ma allora, se questo è anche l'auspicio dell'Agui, perché quest'ennesimo passo del gambero?

AGUI ASSOCIAZIONE GINECOLOGI UNIVERSITARI ITALIANI

Consiglio Direttivo AGUI
Milano, 29 Aprile 2010

DELIBERA

Segreteria AGUI

L'inaspettato dietro front nella lettera del Consiglio direttivo Agui del 29 aprile scorso

Intervista al ministro della Salute Ferruccio Fazio

Non restare inchiodati dall'equazione "più letti più potere"

L'equazione "più letti più potere" non ha più senso. Dobbiamo "far evolvere definitivamente il nostro sistema da una logica ospedalocentrica, che ha caratterizzato la sanità italiana degli ultimi cinquant'anni, verso una sanità integrata ospedale-territorio, in grado di rispondere adeguatamente ai nuovi scenari demografici e ai nuovi bisogni assistenziali che ne derivano". É questa una delle chiavi di volta per la trasformazione del nostro Ssn secondo il ministro Fazio, che in questa intervista a 360° ci aiuta a capire la rotta della sanità italiana nel prossimo triennio

di Cesare Fassari

Professor Fazio, Lei è al Governo fin dall'inizio della legislatura in qualità prima di sottosegretario, poi di viceministro e ora di ministro della Salute. Che idea si è fatto del nostro sistema sanitario?
La prima considerazione è che l'Italia ha un buon sistema sanitario. Universale, solidale, di buona qualità clinica e assistenziale. Con un ottimo equilibrio tra il governo nazionale dei livelli essenziali di assistenza e il loro monitoraggio, a garanzia dell'uniformità della risposta assistenziale e i governi regionali, responsabili direttamente verso i propri cittadini delle performance dei loro sistemi sanitari locali. La seconda considerazione è che, a distanza di oltre 30 anni dall'istituzione del Ssn, persistono differenze inaccettabili nella qualità e nei risultati delle cure tra Nord e Sud del Paese.
La terza considerazione è la conferma della necessità di far evolvere definitivamente il nostro sistema da una logica ospedalocentrica, che ha caratterizzato la sanità italiana degli ultimi cinquant'anni, verso una sanità integrata ospedale-territorio, in grado di rispondere adeguatamente ai nuovi scenari demografici e ai nuovi bisogni assistenziali che ne derivano. Ci rendiamo conto che entro il 2050 un italiano su tre avrà più di sessantacinque anni? E che non sarà più possibile, come avviene ancora oggi in molte parti del Paese, assistere in ospedale pazienti con problematiche derivanti da patologie come il diabete o da altre malattie croniche?

Ma sono anni che si parla di medicina del territorio, di H24 di alternativa all'ospedale. Cosa ostacola, a suo parere, l'effettiva realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari?
Due fattori. Il primo è individuabile nella storica resistenza del mondo ospedaliero verso quella che erroneamente è stata spesso vissuta come una potenziale perdita di ruolo. Per anni siamo stati inchiodati dall'equazione "più letti-più potere", cui erano legati i singoli primari e che il ddl sul governo clinico intende superare togliendo la titolarità dei letti ai primari, in favore di una gestione flessibile dei letti nell'ambito del dipartimento. La seconda sta nella simmetrica resistenza al cambiamento da parte dei medici di famiglia che, fino a qualche anno fa, apparivano molto legati alla loro individualità professionale. Oggi le cose sono cambiate. L'80% dei medici di famiglia è convinto della validità dell'associazionismo. Un cambiamento di mentalità e cultura che il Governo ha contribuito nettamente a incentivare mettendo sul piatto 350 milioni di euro per finanziare l'associazionismo e per promuovere la territorializzazione dei codici bianchi e verdi del pronto soccorso. Senza contare la grande potenzialità delle nuove farmacie, diventate veri e propri presidi sanitari multifunzionali grazie alla riforma recentemente approvata in Parlamento. E senza contare, infine, il processo di razionalizzazione virtuosa della rete ospedaliera che siamo riusciti a conseguire grazie ai Piani di rientro dal deficit in atto in molte regioni del centro sud. Proprio quelle più arretrate sulla medicina del territorio.

In molti sostengono che avremo davanti tre anni di riforme. Pensa che anche la sanità sarà coinvolta dal processo riformatore e se sì in quale campo?
Senz'altro. Del resto lo stiamo già facendo. A partire dal riassetto dell'Educazione continua in medicina che abbiamo affidato all'Agenas, razionalizzando contestualmente il sistema dell'accreditamento, ora in capo ai provider e non legato ai singoli eventi, per rinnovare e rilanciare questo sistema straordinario di aggiornamento permanente per tutti gli operatori della sanità che accompagnerà tutti i nuovi processi di evoluzione organizzativa, scientifica e tecnologica del nostro sistema sanitario. E poi con il cambiamento nelle regole per la valutazione dei bandi sulla ricerca biomedica, per premiare finalmente il merito e la competenza e dare concrete possibilità ai giovani ricercatori italiani di mettersi in luce con progetti innovativi. Abbiamo inoltre varato il nuovo Piano nazionale della prevenzione, che dà forte impulso all'innovazione anche in questo campo, puntando molto sulla medicina predittiva. E infine, dopo anni di attesa, la nuova rete delle cure palliative oggi è finalmente realtà, grazie alla legge appena approvata e da noi fortissimamente voluta.

Nessuna riforma di sistema, però?
Guardi, la sanità è un sistema complesso e in continua evoluzione. Necessita per questo di una manutenzione costante per adeguarne la struttura ai bisogni in cambiamento ma anche alle nuove opportunità che provengono dalla ricerca scientifica e tecnologica. E nessuno deve restare fermo. Anche le Regioni oggi virtuose e con un'ottima sanità non possono adagiarsi sul presente perché in brevissimo tempo potrebbero trovarsi indietro rispetto alle innovazioni dei bisogni e della scienza.

▶ Segue a pagina 6

E sul rapporto pubblico e privato? Il vecchio motto "meno Stato più mercato" sembra ormai in disuso parlando di sanità…
Facciamo chiarezza. Il nostro è un sistema a governance pubblica e tale deve rimanere. Poi operano buoni gestori pubblici e buoni gestori privati. Se la sanità è buona non bado alle formule, mi interessano i risultati. Sono l'unica cosa importante.

Federalismo fiscale. Siamo prossimi ai decreti delegati. Al di là delle soluzioni tecniche per i costi standard resta un dubbio. Il nord vuole più soldi e il sud non vuole rimetterci: come facciamo a far quadrare i conti senza scontentare nessuno?
La sanità buona costa meno della sanità cattiva. E, come sappiamo, è fuori discussione che la sanità buona esista soprattutto al centro nord. Detto questo il Sud non sarà penalizzato perché l'ammontare delle risorse non sarà toccato dal federalismo fiscale.
Ma è chiaro che si accentuerà la logica del fallimento politico legato a una cattiva gestione della sanità e ai conti in rosso che ne conseguono. Un processo del resto già in atto a prescindere dal federalismo fiscale con l'avvio dei Piani di rientro che ha già dato ottimi risultati in Abruzzo e Sicilia.

Testamento biologico, RU 486, fecondazione assistita: secondo lei dovrebbe prevalere di più la scienza o la morale?
Intanto parlerei di etica e non di morale. E non dobbiamo temere le ragioni dell'etica. Ciò premesso si tratta di tematiche verso le quali qualsiasi decisione deve essere impostata sulle conoscenze scientifiche. Le più autorevoli, e non a caso è nostra prassi rigorosa quella di non prendere decisioni senza consultare il Consiglio superiore di sanità, il massimo organo di consulenza scientifica del Governo. Ma è indubbio, per non eludere il senso della sua domanda, che, a differenza del mondo anglosassone, da noi la tradizione e la cultura della Chiesa Cattolica hanno un riconoscimento storico e costituzionale, mai messo in discussione da alcuno.

Gli operatori sanitari attendono da anni il governo clinico: pensa sia la volta buona per la riforma parlamentare oppure saranno le Regioni ad adottare da sole provvedimenti in materia?
Mi auguro che lo facciano! Ne hanno facoltà e certamente potranno modellare al meglio il governo clinico sul loro sistema di governance della sanità. Penso tuttavia, e per questo vedo con favore quanto si sta facendo in Parlamento, che il Ssn abbia bisogno di riferimenti omogenei in questa materia e pertanto invito le Regioni a non vedere con diffidenza quelle norme che possono apparire di dettaglio, ma che in realtà sono norme di principio, che il Parlamento sta esaminando per favorire il coinvolgimento degli operatori nella gestione e per garantire più trasparenza e merito nelle nomine dei dirigenti sanitari e dei primari. Sono due obiettivi importanti sui quali sono convinto che tutte le Regioni possono tranquillamente convenire, senza sentirsi in alcun modo scavalcate nelle loro competenze.

Spesa farmaceutica. Dopo anni di allarmi per la spesa dei farmaci venduti in farmacia oggi il problema sembra spostarsi in ospedale dove si registrano costanti aumenti della spesa farmaceutica. Come mai? E quali soluzioni sono allo studio per contenere questa escalation?
Il perché della crescita della farmaceutica ospedaliera sta essenzialmente nella forte innovatività insita nei nuovi farmaci ad uso ospedaliero. Il tema è al centro dell'agenda della Sato-Regioni e sul tavolo vi sono già diverse opzioni. Sia per limitare gli sprechi che purtroppo si verificano nella gestione delle scorte nelle farmacie ospedaliere, sia valutando la possibilità, e i potenziali vantaggi, del trasferimento sul canale farmacia di alcuni prodotti oggi ad uso esclusivo in ospedale. Vi sono poi anche ragioni scientifiche che spiegano questa crescita di spesa. Soprattutto in campo oncologico, dove dobbiamo incentivare gli studi finalizzati a rendere sempre più mirate le terapie al fine di evitare la somministrazione di farmaci innovativi a bassa specificità terapeutica, che hanno costi altissimi a fronte di scarse risultanze sulla loro efficacia in determinate forme tumorali.

Che idea si è fatto dei nuovi Presidenti alla guida delle Regioni in difficoltà che ha appena incontrato? Le sono apparsi consapevoli e motivati della sfida che li attende per riportare in asse i loro servizi sanitari?
Molto buona. Sono senz'altro consapevoli e altrettanto determinati. Ho già incontrato e avuto contatti con i neo Presidenti del Lazio e della Campania e a brevissimo incontrerò quello della Calabria. Devo dirle che ho subito notato un cambio di passo e di atteggiamento rispetto alle precedenti giunte con le quali, mi dispiace dirlo, abbiamo avuto molte difficoltà di dialogo e confronto nella gestione dei Piani di rientro.

È stato presentato e messo on line dal Ministero il modello di verifica delle performance sanitarie basato sull'esperienza del Sant'Anna di Pisa. Un gran bel lavoro che però appare più orientato ai manager e ai medici che ai cittadini. Pensa che potremo vedere anche in Italia un modello trasparente di valutazione dei medici e degli ospedali basato sugli esiti delle prestazioni in Internet accessibile e comprensibile dai pazienti?
Sì, anche se per arrivare a ragionare in termini di esiti la strada è ancora lunga perché occorre stratificare e rendere omogenei i dati sugli ingressi e sulla specificità dei casi trattati, per evitare conclusioni sommarie e fuorvianti che potrebbero derivare da un esame grossolano che si limitasse a registrare il risultato secco di un intervento a prescindere dalle caratteristiche del caso trattato. Su questo stiamo già lavorando in collaborazione con il professor Perucci che ha sviluppato un sistema basato sugli esiti nel Lazio. Vogliamo poi arrivare ad una vera interattività dell'informazione on line sulle performance e in proposito abbiamo ricevuto interessanti proposte dal professor Ricciardi della Cattolica. Ma vogliamo fare ancora di più, implementando il nostro modello di valutazione anche con altri indicatori che tengano conto della valutazione dei cittadini, sia attraverso gli audit civici che monitorando la soddisfazione dei pazienti trattati.

> **"La legge 833 è la nostra legge quadro fondamentale che resta valida in modo assoluto nei suoi principi e nei suoi obiettivi. Ma non si deve neanche restare fermi pensando che le soluzioni e gli strumenti validi e attuali trent'anni fa lo possano essere per sempre."**

L'Aquila. A che punto siamo con la ricostruzione della sanità dopo il terremoto?
Torno da quella città da pochi giorni e sono rimasto impressionato dal lavoro fatto. La giunta del presidente Chiodi e le altre istituzioni stanno marciando sulla strada giusta in collaborazione con tutte le categorie della sanità. In particolare poi registro un ottimo accordo con la sanità privata abruzzese che mette fine a un lungo periodo di ombre su quel comparto. E infine sono rimasto profondamente colpito da quanto si sta facendo all'ospedale San Salvatore dove ho visitato le nuove sale operatorie e i nuovi reparti diagnostici che saranno inaugurati il prossimo 6 maggio e che non hanno nulla da invidiare ai migliori reparti italiani ed europei.

Dopo l'ospedale San Salvatore anche quello di Messina è stato danneggiato a causa di un'evidente mal costruzione. Bertolaso ha parlato di 500 ospedali potenzialmente a rischio sismico. Non pensa sia il tempo di intervenire con un grande piano di messa in sicurezza della rete sanitaria cogliendo l'occasione per ammodernare tutto il parco sanitario italiano?
Su questo tema si sta svolgendo un'inchiesta accurata da parte del Senato nell'apposita commissione guidata dal senatore Marino, anche al fine tracciare una mappa reale del rischio. Sappiamo tuttavia che oggi costa meno costruire ex novo un ospedale rispetto ad una sua profonda, quando necessaria, ristrutturazione. Molti interventi sono comunque già in atto in tutta Italia nell'ambito degli accordi di programma per l'utilizzazione delle risorse stanziate per il piano di ammodernamento strutturale della sanità e molti altri sono in agenda con la decisione del Governo di inserire molte iniziative di ristrutturazione sanitaria nel piano delle grandi opere con il quale vogliamo ridisegnare la rete strutturale e infrastrutturale del nostro Paese.

Un'ultima domanda. Legge 194 sull'aborto, legge 180 per la chiusura dei manicomi, legge 833 che ha istituito il Ssn: tre grandi riforme che hanno rivoluzionato la sanità e il diritto alla salute in Italia. Cambierebbe qualcosa di quelle leggi?
Sulla 194 non ho rilievi particolari da fare. Sulla 180 penso che dobbiamo avere la maturità di ragionare in termini non ideologici.
Mi spiego. Se parlassimo di riformare la 180 daremmo l'idea di voler attuare una controriforma, rispetto alla giustissima scelta operata nel 1978 di chiudere i manicomi e dare il via a un nuovo approccio nei confronti della malattia mentale, che oggi ci è invidiato ed è emulato in gran parte del Mondo. Dobbiamo invece pensare a come rispondere agli innegabili disagi in cui versano migliaia di famiglie troppo spesso lasciate sole nella gestione del disagio mentale. Per farlo penso a interventi di carattere legislativo per la residenzialità, come quello proposto dall'onorevole Ciccioli, volti a potenziare l'assistenza domiciliare e a garantire comunque le cure adeguate in ogni frangente.
Ma penso anche agli interventi organizzativi per il potenziamento e l'omogeneizzazione dei servizi pubblici e privati, che stiamo inserendo negli obiettivi di Piano 2010. La legge 833, infine, è la nostra legge quadro fondamentale che resta valida in modo assoluto nei suoi principi e nei suoi obiettivi. Ma, come ho già detto, la sanità ha bisogno di una manutenzione costante e infatti anche la 833 è stata negli anni aggiornata e migliorata con diversi interventi legislativi che hanno portato all'aziendalizzazione delle Asl e degli ospedali, alla nascita dei Lea e poi alla piena assunzione di responsabilità delle Regioni.
La strada è questa, non si cambia, ma non si deve neanche restare fermi pensando che le soluzioni e gli strumenti validi e attuali trent'anni fa lo possano essere per sempre.

Gli interventi in sanità nel decreto legge approvato dal Consiglio dei Ministri lo scorso 25 maggio

Manovra: blocco dei contratti e razionalizzazione di spesa

di Lucia Conti

Un'attenzione tutta particolare è stata riservata al comparto sanitario e alle Regioni alle prese con il loro Piano di rientro. Ma il contenimento dei costi pubblici nella sanità passa anche attraverso un deciso giro di vite sugli stipendi di dipendenti e dirigenti del Ssn, realizzato anche mediante tagli alle retribuzioni, e sui contratti. Al momento resta anche il blocco del turn over, prorogato fino al 2014, e vengono dimezzate le "finestre" di uscita per chi abbia maturato i requisiti per il pensionamento

Sarà pari 600 milioni di euro l'importo che sarà decurtato dal Fondo sanitario nazionale del 2011 sulla base dei risparmi derivanti dalle misure. Alzata da 130 a 150 mila euro la soglia per il taglio del 10% sullo stipendio. Blocco dei contratti e delle convenzioni fino al 2013. Economia per 550 milioni di euro, che dovranno essere risparmiati attraverso misure di razionalizzazione affidate alle Regioni. Per il 2011 previsto un taglio di 600 milioni del Fsn per la farmaceutica ospedaliera e 418 milioni di euro risparmiati attraverso la stretta sugli oneri per il personale.
È quanto prevede per la sanità la manovra di bilancio approvata dal Governo e ora all'esame del Senato, dove l'Opposizione ha presentato una valanga di emendamenti, mentre l'intersindacale dei dirigenti del Ssn si prepara a due giornate di sciopero – il 12 e il 19 luglio – per manifestare la sua contrarietà agli interventi previsti dal Governo sulla sanità. Nonostante alla conferenza stampa di presentazione della manovra il ministro dell'Economia, Giulio Tremonti, abbia affermato che "se c'è un comparto che non viene toccato è quello sanitario", le cose non stanno esattamente così. Tremonti, con quella frase detta in risposta alle domande dei giornalisti, ha probabilmente voluto sottolineare che il decreto non prevede tagli diretti alle prestazioni sanitarie. Gli interventi in sanità però ci sono, e non di poco conto. Incidono per lo più sul settore farmaceutico, ma l'affondo è anche sui trattamenti economici del pubblico impiego e il turn over del personale sanitario. Ed altro ancora.
Ecco una sintesi dei maggiori provvedimenti per la sanità contenuti nella manovra approvata dal Consiglio dei Ministri.

Piani di rientro

Le Regioni sottoposte al Piano di rientro che non abbiano raggiunto gli obiettivi prefissati per il 31 dicembre 2009 ma abbiano però "garantito l'equilibrio economico nel settore sanitario" senza essere state sottoposte a commissariamento, potranno chiedere la prosecuzione del Piano per altri tre anni allo scopo di completarne gli obiettivi. Il loro raggiungimento è condizione per poter accedere ai finanziamenti già previsti, comunque condizionati al pieno raggiungimento del Piano. Queste risorse potranno anche essere state anticipate: in loro mancanza saranno rivisti i risultati d'esercizio degli anni a cui si riferiscono.

Sospensione azioni esecutive per le Regioni in deficit

Nelle Regioni sottoposte a piani di rientro, allo scopo di permettere il regolare svolgimento del piano anche attraverso il pagamento dei debiti accertati (e comunque maturati in violazione degli obiettivi dei Piani), i commissari ad acta provvedono alla "ricognizione" degli stessi debiti e predispongono un piano per il loro pagamento, individuando tempi e modalità.
Per agevolare questo compito non potranno essere intraprese o eseguite azioni esecutive nei confronti di Asl o Ao delle stesse Regioni; i pignoramenti già avviati non vincolano gli enti debitori e i tesorieri potranno disporre di quelle somme per le finalità istituzionali degli enti. I debiti insoluti producono "esclusivamente" gli interessi legali o gli interessi più bassi eventualmente concordati con i creditori.

Acquisti centralizzati e controlli sulle spese di Asl e Ospedali

Il ministero dell'Economia ha comunicato che saranno introdotte linee guida nazionali per evitare inefficienze e sprechi nell'acquisto, stoccaggio e distribuzione dei farmaci direttamente acquistati dalle aziende sanitarie.
Asl e ospedali dovranno motivare gli acquisti di beni e servizi a prezzi superiori a quelli di riferimento, sottoponendoli agli organi di controllo e revisione.

Stretta sui contratti e gli incarichi

È previsto il congelamento del trattamento economico complessivo dei pubblici dipendenti, compresi i dirigenti, fino al 2013. La disposizione si applica anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale.
Cresce, invece, la soglia per il taglio delle retribuzioni dei dipendenti: oltre i 90.000 euro saranno tagliate del 5% e mentre il taglio del 10% avverrà oltre i 150.000 euro e non più oltre i 130.000.
Le pubbliche amministrazioni (e quindi i direttori generali) potranno decidere di non rinnovare gli incarichi di livello dirigenziali anche in assenza di una valutazione negativa e di conferire al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore.

Turn over

L'attuale regime di turn over limitato del personale viene prorogato fino al 2014.

Giro di vite sui falsi invalidi

L'Inps effettuerà accertamenti sui requisiti degli invalidi civili, con un programma di 100.000 verifiche nel 2010 e 200.000 per ciascun anno nel 2011 e nel 2012. Sale all'85% il tasso di invalidità per l'accesso alle pensioni. Il medico che certifica una falsa invalidità è punito con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa da euro 400 ad euro 1.600, come previsto dall'articolo 55-quinquies, comma 1, del dlgs 165/2001.
Il medico sarà inoltre obbligato a risarcire il danno patrimoniale, pari al compenso corrisposto a titolo di trattamenti economici di invalidità civile nei periodi per i quali sia accertato il godimento da parte del relativo beneficiario, nonché il danno di immagine subito dall'amministrazione.

Pensioni

Dal 2011, una volta maturati i requisiti per il pensionamento di vecchiaia o di anzianità, i lavoratori dipendenti potranno ritirarsi una volta trascorsi 12 mesi. Per gli autonomi dovranno invece trascorrere 18 mesi.

Soppresso l'Ispesl

Saranno soppressi circa venti dei 232 Enti finora finanziati con fondi pubblici, tra cui l'Ispesl, che viene accorpato nell'Inail.

Controllo della spesa farmaceutica

Due gli obiettivi da centrare attraverso il controllo della spesa farmaceutica: il primo per recuperare 550 milioni di euro di "risorse aggiuntive" già previsti nella Finanziaria per l'anno in corso, il secondo per decurtare dal Fondo sanitario nazionale del 2011 di un importo pari a 600 milioni di euro assicurati dai risparmi derivanti da quelle misure.

Farmaci dagli ospedali al territorio

L'Aifa individuerà una lista di medicinali che verranno spostati dalla distribuzione ospedaliera a quella territoriale, cioè all'interno delle farmacie pubbliche e private. Insieme ai farmaci si sposterebbe dall'ospedale al territorio un totale di spesa di 600 milioni di euro. Gli eventuali sforamenti del tetto di spesa non sarebbero così più a carico delle Regioni ma dovrebbero venire ripianati dalle aziende farmaceutiche con il cosiddetto sistema del *pay back*.

Più generici per risparmiare

L'Aifa dovrà predisporre tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle varie Regioni suddivise per categorie terapeutiche equivalenti, al fine di individuare i maggiori risparmi realizzabili grazie al maggior impiego di farmaci generici o a prezzo minore. L'obiettivo quello di mettere a disposizione delle Regioni strumenti di programmazione e controllo che facciano tesoro delle esperienze migliori sul piano dell'appropriatezza prescrittiva e del rapporto costo/beneficio, così da realizzare un risparmio di spesa farmaceutica annuo non inferiore a 600 milioni di euro che resteranno comunque nelle disponibilità dei servizi sanitari regionali per far fronte ad altre spese.

Equivalenti: rimborsabili solo 4 per ogni principio attivo

L'Aifa in base al criterio del minor costo, a parità di dosaggio, forma farmaceutica e unità posologiche per confezione, individuerà un massimo di 4 farmaci equivalenti totalmente rimborsabili dal Ssn, per ogni principio attivo o specialità farmaceutica di cui sia scaduto il brevetto.
Per le altre specialità erogabili a carico del Ssn varrà il sistema del "prezzo di riferimento", cioè quello più basso sopra segnalato a cui il cittadino dovrà però aggiungere l'eventuale differenza rispetto al costo della confezione. Le economie che derivano da questa disposizione restano a disposizione delle singole Regioni

Sconto sui generici

Prevista una riduzione del 12.5% sul prezzo al pubblico dei generici-equivalenti fino al 31 dicembre 2010.

di Ester Maragò

La conciliazione in ambito sanitario

Boom di denunce contro i medici

Se ne è parlato al convegno "La conciliazione, un'alleanza rinnovata tra medico e cittadino", organizzato a Roma dalla Fondazione Previasme Onlus. Ma dal legislatore arriva oggi una nuova opportunità: il tentativo di conciliazione con il paziente, in caso di controversia, diventerà obbligatorio a partire dal 2011 (D.lgs 28/2010)

Ogni anno si stima siano circa 15 mila le controversie medico-legali pendenti nei nostri tribunali. Cifre ingenti destinate a crescere se si considera che, secondo i dati diffusi dall'Associazione nazionale imprese assicuratrici, il numero di sinistri denunciati in area medica è cresciuto del 200 per cento dal 1994 al 2007 arrivando quasi a toccare la soglia dei 30 mila.
È questa la fotografia sul contenzioso medico-paziente scattata a Roma nel corso del convegno "La conciliazione, un'alleanza rinnovata tra medico e cittadino", organizzato dalla Fondazione Previasme Onlus e promosso da Assomedico, con la collaborazione di Fimmg, la partecipazione dell'Ania e il patrocinio dell'Enpam.
Una fotografia con luci ed ombre dove il paziente è sempre più orientato a far causa al singolo medico piuttosto che all'Azienda sanitaria. Che testimonia come il rapporto fiduciario medico-paziente si sta trasformando pericolosamente in una relazione conflittuale sollevando seri problemi per entrambe le parti. Il medico si trova, infatti, a dover sostenere per anni il peso del sospetto di colpevolezza e il paziente deve attenderne altrettanti per un risarcimento che rappresenta spesso un riconoscimento tardivo. Ma dal legislatore arriva oggi una nuova opportunità: il tentativo di conciliazione con il paziente, in caso di controversia, diventerà obbligatorio a partire dal 2011 (D.lgs 28/2010). Insomma, non sarà possibile rivolgersi direttamente alla magistratura per contenziosi in materia di responsabilità medica senza aver prima tentato la strada della conciliazione.

Ania: i numeri del contenzioso medico-legale

Che il fenomeno del contenzioso sulla responsabilità civile medico-sanitaria stia assumendo contorni preoccupanti è confermato dai dati dell'Ania: il numero di sinistri denunciati in ambito professionale medico è, infatti, cresciuto del 200 per cento dal 1994 al 2007, e l'ammontare delle denunce e le relative aperture delle pratiche di risarcimento derivanti da sinistri nell'area medica è, passato da 9.567 del 1994 ai 29.543 del 2007. Un numero considerevole che, da solo, copre il 5 per cento dell'intero ramo della responsabilità civile generale delle assicurazioni italiane (escluso RC auto). E il dato potrebbe essere sottostimato. Secondo Roberto Manzato, direttore danni non auto e vita dell'Ania "questo numero rappresenta solo la punta di un iceberg. Molte strutture e molti professionisti non sono infatti assicurati".
Non solo. Se il numero di denunce verso le strutture sanitarie presenta un trend in lieve diminuzione – dalle 16.424 denunce del 2006 si è passati a 16.128 casi nel 2007, con un decremento dell'1,8 per cento – quelle verso i singoli medici è cresciuto del 12,2 per cento: da 11.959 casi del 2006 a 13.415 nel 2007. I presunti errori sono anche al primo posto tra le diverse tipologie di casi segnalati all'Osservatorio Pit Salute-Cittadinanzattiva con una percentuale di segnalazioni nel 2008 intorno al 18 per cento. Un trend già registrato negli anni precedenti: erano 18,2 per cento nel 2007. I cittadini puntano il dito prevalentemente su errori durante lo svolgimento di interventi chirurgici (il 53 per cento) piuttosto che errata diagnosi (26 per cento). Un 12 per cento segnala invece casi di errata terapia.

La conciliazione piace ai medici

Di certo la novità offerta dal legislatore raccoglie il plauso dei medici. Dall'indagine condotta nel mese di aprile da Assomedico – associazione senza scopo di lucro – è emerso che l'88,5 per cento dei camici bianchi promuove l'introduzione di un processo di mediazione, e ben il 94 per cento ritiene si avrà una riduzione di costi e tempi rispetto all'iter giudiziale.
Questo nonostante siano ancora in pochi ad essere informati sulle novità: il 66,5 per cento dei medici non è a conoscenza dei contenuti delle nuove disposizioni, appena il 21 per cento ne ha sentito parlare e solo il 12,5 per cento è preparato. Soprattutto il 60 per cento è persuaso che la via della conciliazione è un'opportunità da cogliere e offrirà la possibilità di salvaguardare il rapporto fiduciario instaurato con paziente.
Della stessa opinione è l'avvocato Alessandro Calzavara, della Fondazione Previasme Onlus: "La novità introdotta dal legislatore avrà sicuramente ricadute positive sul rapporto medico-paziente, che sempre di più si sta trasformando da rapporto fiduciario in un rapporto conflittuale con tutte le negatività che questo comporta. Avrà inoltre – ha aggiunto Calzavara – un impatto positivo sul risarcimento dei danni di piccola e media dimensione, porterà ad un'accelerazione dei tempi di risoluzione dei contenziosi e a una riduzione delle spese a carico delle parti. Certo – ha concluso – bisogna cambiare mentalità per innovare rapporti tra medici e cittadini, per passare da una logica di conflitto a una disponibilità reciproca al dialogo".

Cacciatori di cause davanti gli ospedali

Tanto paga Pantalone...

Volantinaggio tra i pazienti a Napoli, un arresto al Fatebenefratelli. Protesta ufficiale dell'Ordine di Napoli

Vengono distribuiti all'uscita degli ospedali, in qualche caso, riporta il *Corriere del Mezzogiorno* (in "Cacciatori di cause davanti gli ospedali" di Stefano Piedimonte, 23 marzo 2010), addirittura all'esterno delle sale operatorie. Strutture pubbliche, private, religiose e convenzionate. Nessuna è immune.
"Sei stato curato bene? – chiede il volantino – Credi che i medici ti abbiano trattato male? Sei peggiorato invece di migliorare? Chiamaci: ti offriamo assistenza gratis". Dove la parola "gratis" è scritta a caratteri cubitali.
I volantini distribuiti da giovani intraprendenti, tutti più o meno simili, pubblicizzano questo o quell'avvocato. L'assistenza è gratis, a pagare l'onorario ci penserà, in caso di esito favorevole, l'ospedale. A chiedere l'intervento delle forze dell'ordine è quasi sempre la dirigenza. "Benché questo tipo di attività non costituisca reato in senso stretto i militari rilevano come la pubblicità sia disciplinata dalla legge: deve essere autorizzata e non può recare disturbo ai pazienti. A stigmatizzarla, è il presidente dell'Ordine dei medici di Napoli Gabriele Peperoni: «Siamo indignati. Ho già scritto una lettera al presidente dell'Ordine degli Avvocati, facendo presente che questo comportamento viola palesemente il loro codice deontologico. Ricorda quello dei personaggi che cercano in tutti i modi chi possa fare causa per danno automobilistico. Che ciò avvenga ad opera di professionisti, dispiace veramente molto». Dispiace, ma non sorprende: già l'anno scorso Carmine Gigli aveva denunciato ne "Il banchetto dell'indennizzo: fino a quando?" (v. *GynecoAogoi* n. 8/9 2009) come il "reclutamento" del paziente sia ormai diventato spot pubblicitario, spaziando dalla Tv alla carta stampata, al web...fino alle vetrine, come si usa per le offerte speciali. A reclamare una fetta della grossa torta degli indennizzi però, come ha ricordato il presidente della Fesmed nell'articolo, non ci sono solo gli avvocati.

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

Misurare le performance, ospedale per ospedale

di Eva Antoniotti

**Quanti sono i parti cesarei? Quante fratture del femore sono operate entro due giorni? Quanti malati cronici vengono "inappropriatamente" ricoverati in ospedale?
Le risposte si trovano in questa analisi condotta attraverso 34 indicatori e che ha come fonte principale le Sdo. Il risultato sono 34 "bersagli" che riassumono la situazione dei servizi sanitari, Regione per Regione. Ma ciascun elemento di valutazione arriva anche al dettaglio di ogni singola Asl o Ao. Uno strumento utilissimo per chiunque voglia conoscere la realtà del nostro Ssn**

Il ministro Fazio lo ha voluto dire subito ai giornalisti: lo scopo dello studio elaborato dall'Istituto Sant'Anna "non è fare delle graduatorie", ma avere un quadro dettagliato sullo stato di efficienza della sanità italiana. Una valutazione che però, come ha ammesso lo stesso ministro, non potrà non essere utilizzata anche in relazione ai finanziamenti dovuti a ciascuna Regione, poiché mette in evidenza molte inappropriatezze nell'uso dei servizi e dunque molti sprechi di risorse.

Come è fatto questo studio

Lo studio integrale è disponibile sul sito del ministero della Salute www.salute.gov.it. Gli indicatori utilizzati sono 34, dei quali 21 direttamente riferiti all'assistenza ospedaliera, 3 per l'assistenza distrettuale, 4 per la farmaceutica e 6 per la prevenzione.
Per ciascun indicatore è possibile un doppio livello di approfondimento. Si possono confrontare i dati tra le Regioni, in *benchmarking*, riportati in un istogramma e suddivisi in quintili colorati dal verde scuro, per i migliori risultati, al rosso allarmante, per le performance peggiori. I 22 indicatori principali sono poi riassunti nella ormai nota forma grafica del bersaglio, che ha il centro in verde scuro e poi in cerchi concentrici le altre colorazioni dei quintili, fino al rosso. Per ogni Regione i 34 risultati sono stati riportati in un unico bersaglio, che consente di valutare a colpo d'occhio la situazione complessiva: la Toscana, ad esempio, ha quasi tutti i "colpi" messi a segno nella parte centrale, mentre per la Calabria il bersaglio (nella pag. successiva) appare colpito da una rosa di colpi solo sul bordo esterno.
Lo studio permette poi, per ciascuna Regione, di confrontare le performance delle diverse Aziende sanitarie o ospedaliere. Per fare un solo esempio, prendiamo l'ormai citatissimo caso dei parti cesarei. Secondo l'Oms i parti chirurgici non dovrebbero superare il 15% dei parti totali, ma nel nostro Paese le percentuali sono ben più elevate e si va dal 23,01% del Friuli Venezia Giulia al 61,88% della Campania. Anche all'interno della Regione più "virtuosa" però i dati sono assai diversificati e oscillano tra il 16,54% dell'Asl Medio Friuli al 35,90% dell'Azienda ospedaliero-universitaria. È probabile che questa seconda percentuale sia dovuta anche al fatto che l'ospedale universitario sia struttura di riferimento per i parti più complessi, tuttavia i dati registrati sono tutti al di sopra degli indici proposti dall'Oms.
Ciò che comunque balza agli occhi è il diverso "passo" tra le Regioni, con una evidente posizione di maggiore difficoltà/inefficienza nelle Regioni del Sud.

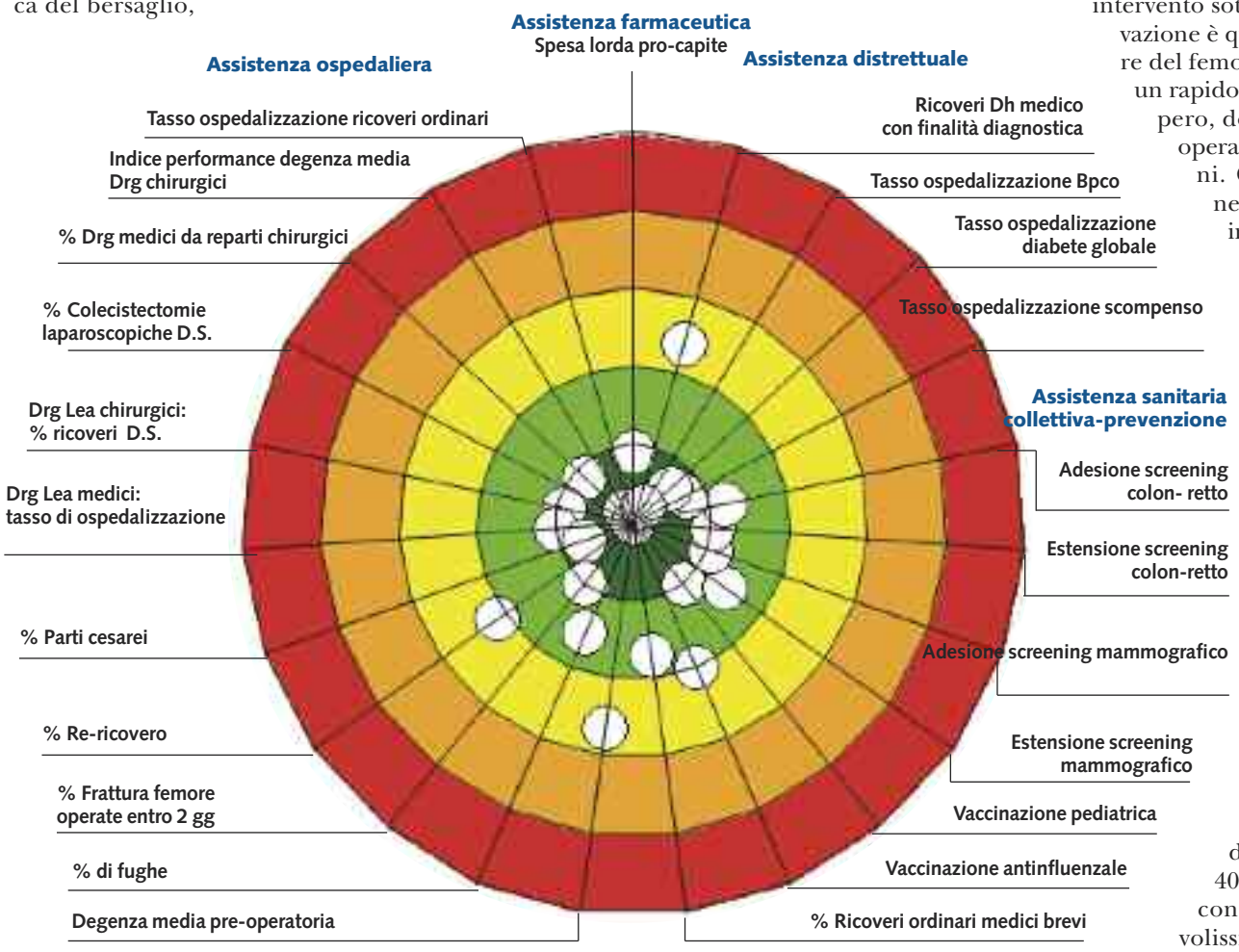
Ospedali: la qualità si misura con le fratture del femore

La realtà degli ospedali è la più facilmente misurabile, potendo contare sul dettagliatissimo report annuale delle Schede di dimissione ospedaliera.
Sono dunque molti gli indicatori utilizzati nella ricerca per misurare questo settore dell'assistenza (v. box nella pag. seguente), sia in termini di governo della domanda, che di efficienza, appropriatezza e qualità.
È proprio la qualità l'aspetto forse più interessante e innovativo, valutata utilizzando parametri internazionali, come nel caso dei parti cesarei. Un altro intervento sottoposto ad osservazione è quello delle fratture del femore che, per avere un rapido e completo recupero, dovrebbero essere operate entro due giorni. Ciò avviene solo nel 16,23% dei casi in Basilicata, mentre nella provincia di Bolzano si arriva all'83,63% dei casi.
Per questo tipo di indicatore, però, è molto interessante anche osservare la variabilità di risposta all'interno di ciascuna Regione. Nel Veneto, ad esempio, l'intervento sulla frattura del femore viene eseguito entro due giorni nel 40,71% dei casi, ma con differenze notevolissime tra i diversi ospedali: a Treviso e a Verona la percentuale precipita intorno al 14%, mentre ad Arzignano l'intervento tempestivo è garantito nell'85,26% dei casi.
Altro aspetto importante è quello dell'appropriatezza. Al di là dei volumi, infatti, occorre tentare di capire se gli interventi o i ricoveri siano davvero necessari o se invece non rappresentino inutili sprechi.
Per cercare di misurare questo aspetto lo studio utilizza sei diversi indicatori, tre relativi all'area medica e tre all'area chirurgica.
In area medica si è misurato, tra gli altri, il tasso di ospedalizzazione per Lea che orientativamente non dovevano essere invece trattati in ospedale, ma che avrebbero dovuto trovare risposte sul territorio. In Piemonte questi ricoveri sono molto ridotti, circa la metà di quanto avviene nella media nazionale, mentre in Puglia, Molise, Calabria e Campania il dato schizza verso l'alto, moltiplicando di tre volte ciò che avviene in Piemonte.

▶ Segue a pagina 10

Il modello Sant'Anna

Lo studio si intitola "Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali" ed è stato commissionato dal Ministero della Salute al Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, guidato da Sabina Nuti, che dal 2001 collabora con la Regione Toscana sul tema della valutazione dei servizi sanitari. Proprio nell'ambito del sistema di valutazione elaborato per la sanità toscana, entrato a regime nel 2004, è stato messo a punto l'ormai celebre grafico "a bersaglio". Il lavoro di analisi svolto dal Sant'Anna per il Ministero della Salute è durato quasi due anni ed ha utilizzato come fonte principale i dati delle SDO 2008 raccolte dal Ministero della Salute, a cui si aggiungono i dati del Rapporto Osmed 2008 sul consumo di farmaci, i Dati sulle vaccinazioni raccolti sempre dal Ministero della Salute nel 2008 e il Rapporto nazionale screening 2008.

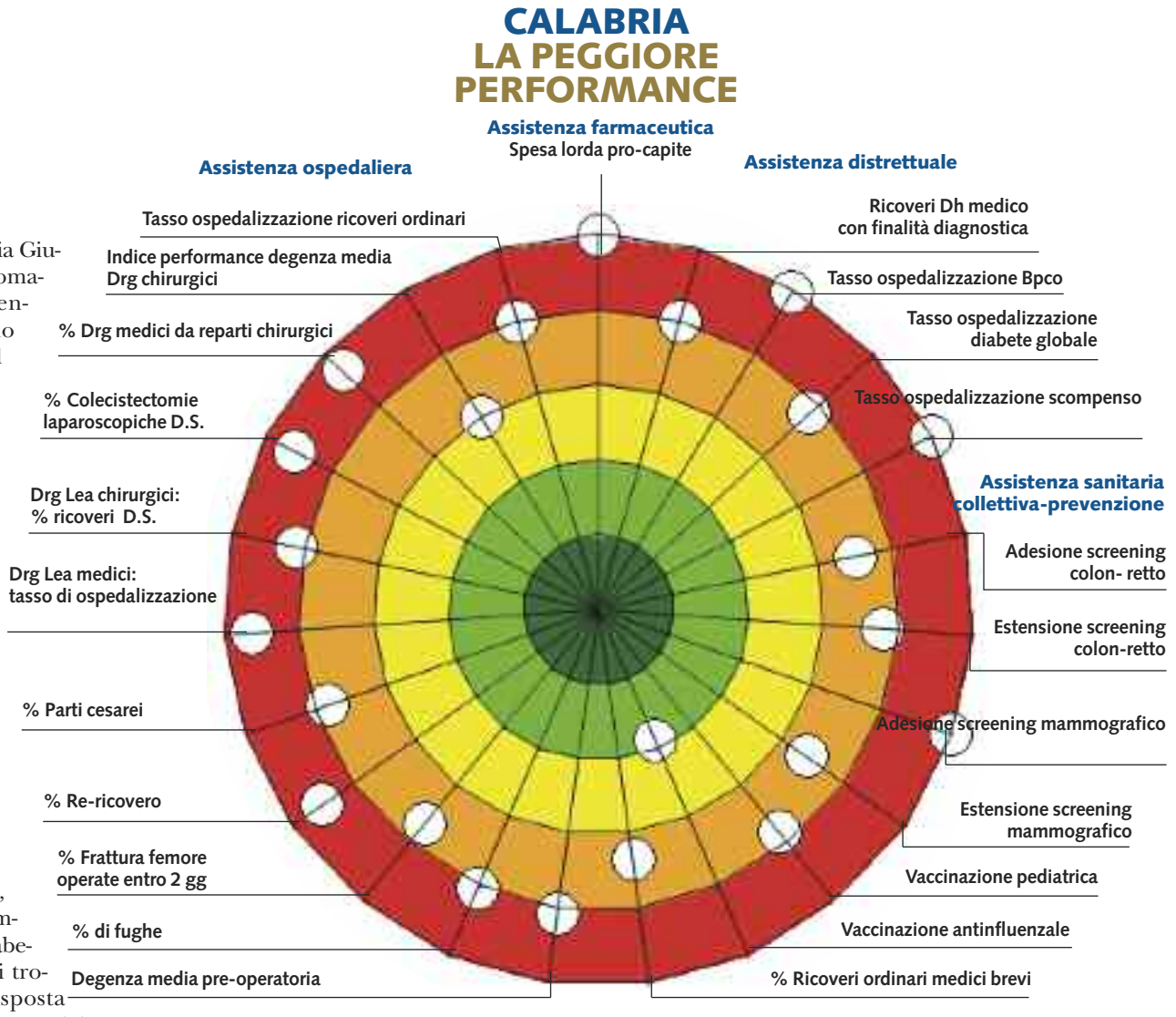


▶ Segue da pagina 9

Un indicatore che indaga sulla stessa sfera di inappropriatezza è stato utilizzato per l'area chirurgica. Secondo la letteratura internazionale, solo il 20% dei ricoveri realizzati in un reparto chirurgico dovrebbero concludersi senza alcun intervento operatorio; questa percentuale infatti dovrebbe essere sufficiente a comprendere i casi in cui si è ritenuto opportuno desistere dall'intervento per qualche ragione, mentre una percentuale superiore mostrerebbe disorganizzazione e inappropriatezza nell'uso delle strutture. Solo Marche, Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia e la Provincia di Trento mostrano una percentuale di dimissioni da reparti chirurgici senza aver subito interventi inferiore al 20%, mentre la percentuale è più che raddoppiata in Calabria e in Campania.
Come indicatore di efficienza, tra gli altri, si è infine utilizzato quello che misura la durata della degenza preoperatoria per gli interventi chirurgici programmati. Anche in questo caso le differenze tra Regioni sono significative. Per "prepararsi" all'intervento basta meno di un giorno in Friuli Venezia Giulia, Marche, Emilia Romagna e Lombardia, mentre in media occorrono più di due giorni nel Lazio e in Molise.

I ricoveri inappropriati

Ci sono pochi dati sull'assistenza sanitaria sul territorio e, inoltre, quelli esistenti, raccolti a livello regionale, sono difficilmente confrontabili tra loro.
Si sono quindi utilizzati dei dati ospedalieri che, di riflesso, indicano le carenze dell'assistenza distrettuale.
Le malattie croniche, come la Bpco, lo scompenso cardiaco o il diabete, dovrebbero infatti trovare una adeguata risposta attraverso la presa in carico del medico di famiglia e della rete di assistenza territoriale, soprattutto quando riguardano persone con meno di 75 anni, dunque non "grandi anziani". Se questo tipo di patologie, invece, portano al ricovero ospedaliero ciò indica una inadeguatezza dei servizi territoriali. Solo Toscana e Piemonte mostrano risultati virtuosi in tutte e tre le patologie indicate, con tassi di ospedalizzazione molto al di sotto della media, mentre la Sicilia, per i tre indicatori utilizzati, è nella zona "rossa" della valutazione.



Gli screening si fanno (quasi) solo al Nord

Due le tipologie di interventi prese in esame in questo settore dell'assistenza sanitaria: i vaccini e gli screening.
Si tratta, ovviamente, di due situazioni assai diverse. Più consolidati e dunque più uniformemente erogati i vaccini, assai meno radicati invece gli screening, che restano in sostanza appannaggio delle realtà territoriali più solide.
Lo screening mammografico in Umbria viene proposto al 98, 05% delle donne tra i 50 e i 69 anni, con un'adesione del 68,47%. In Sicilia vengono invece contattate solo il 17,52% delle donne in questa fascia d'età, e tra loro solo il 39,08% aderisce all'invito. Tra le Regioni meridionali la Basilicata è l'unica ad avere un'offerta elevata di screening mammografico, rivolto al 94,65% delle donne nella fascia a maggiore rischio, la metà delle quali rispondono positivamente. Y

GLI INDICATORI UTILIZZATI PER MISURARE L'OSPEDALE

GOVERNO DELLA DOMANDA

- Tasso ospedalizzazione Ricoveri Ordinari per acuti per 1.000 residenti
- Tasso ospedalizzazione globale per acuti per 1.000 residenti
- Tasso ospedalizzazione Day Hospital per acuti per 1.000 residenti
- Peso medio Drg Ricoveri Ordinari

EFFICIENZA

- Indice di performance degenza media per acuti – Drg chirurgici
- Indice di performance degenza media per acuti
- Indice di performance degenza media per acuti – Drg medici
- Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati

APPROPRIATEZZA CHIRURGICA

- % Drg medici da reparti chirurgici
- % colicistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e Ricoveri Ordinari 0-1 gg
- Drg Lea Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery e ordinari 0-1 giorno

APPROPRIATEZZA MEDICA

- Drg Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
- % di ricoveri ordinari medici brevi
- % di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica

QUALITÀ CLINICA

- % cesarei
- % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per stessa Mdc corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione RO per acuti nazionale
- % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni
- % ricoveri medici ripetuti entro 30 giorni
- % ricoveri chirurgici ripetuti entro 30 giorni
- % fratture femore operate in 2 giorni
- % di fughe in punti Drg

L'addio dell'Aogoi al Professor Cesare Pasquinucci

Un esempio professionale e di vita che tutti noi della "Famiglia Aogoi" conserveremo nel nostro cuore. Ci uniamo nel ricordo che ne traccia l'amico e collega Quaranta, esprimendo ai suoi familiari tutto il nostro affetto e la nostra vicinanza

Il 6 giugno è mancato nella sua casa di Milano il Professor Pasquinucci. A tutti noi della "Famiglia Aogoi" è noto il suo impegno nell'ambito dell'associazione, prima come Segretario regionale della Lombardia e poi come Presidente nazionale, culminato con la Presidenza del Congresso Nazionale Sigo di Milano del 1998. Mi ritengo fortunato per aver potuto apprezzare i suoi insegnamenti di vita e di formazione professionale durante i quasi vent'anni della direzione del reparto di Ostetricia-Ginecologia dell'Ospedale San Carlo. Da lui ho imparato a guardare il futuro con ottimismo, senza mai soffermarsi sulle avversità o sugli ostacoli, e in particolare mi riferisco ai problemi fisici personali e della adorata moglie.
Nel campo professionale è stato per me, come per i miei colleghi di reparto, un vero maestro riuscendo a trasmetterci le sue conoscenze cliniche e capacità operatorie (Stefano Quaranta)

Screening mammografico

I nodi da sciogliere nelle mani delle Istituzioni

di Antonino Michienzi

Solo nel 70 per cento del territorio delle Regioni del Sud sono attivi programmi di screening e appena il 40 per cento delle aventi diritto riceve l'invito a fare la mammografia biennale contro il 90 per cento del Nord e il 70 per cento del Centro

In Italia due milioni e mezzo di donne, circa il 30 per cento delle aventi diritto, non ha accesso ai programmi di screening mammografico perché vivono in zone del Paese dove questi non sono ancora attivi o sono caratterizzati da problemi organizzativi che non consentono loro l'invito della popolazione target.
È su questo dato che ci si è confrontati a fine aprile nel corso del Forum istituzionale "Screening mammografico: un diritto delle donne, un dovere delle istituzioni". L'evento è stato ospitato dalla Camera dei Deputati nelle sale di Palazzo Marini a dimostrazione dell'impegno che le Istituzioni hanno assunto in questo campo.
La giornata, che è stata organizzata da Salute Donna onlus e dall'Osservatorio nazionale screening, ha rappresentato un'occasione per fare il punto sull'accesso allo screening mammografico nel nostro Paese. Un intervento di cui è difficile sopravvalutare i vantaggi giacché consente "l'accesso a un percorso strutturato e codificato e di qualità delle prestazioni", come ha sintetizzato Marco Zappa, direttore dell'Osservatorio nazionale screening.
Un percorso di qualità che si traduce in una drastica riduzione della mortalità per cancro al seno: "I dati nazionali e internazionali hanno dimostrato che nelle donne che partecipano allo screening biennale la riduzione della mortalità arriva fino al 50 per cento", ha commentato Francesco Cognetti, Direttore dell'Oncologia medica all'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena. "Un dato che testimonia l'efficacia dei programmi di prevenzione secondaria basati sulla sola mammografia nelle donne tra i 50 e i 69 anni eseguiti ogni due anni".
Nonostante ciò la situazione italiana sconta pesanti deficit, sebbene i progressi registrati negli ultimi anni siano stati rilevanti. Solo nel 70 per cento del territorio delle Regioni del Sud infatti sono attivi programmi di screening, una percentuale inferiore a quelle registrate nel Nord e nel Centro prossime al 100 per cento. Ma se dall'attivazione "sulla carta" si passa alla reale capacità dei programmi di "invitare" tutte le donne target residenti nelle aree di competenza la situazione peggiora ulteriormente: al Sud solo il 40 per cento delle donne aventi diritto riceve l'invito a fare la mammografia biennale contro il 90 per cento del Nord e il 70 per cento del Centro. Sarà forse questa discontinuità nel servizio offerto che fa precipitare l'adesione delle donne allo screening che è del 35 per cento al Sud contro il 61 per cento al Nord e del 57 per cento al centro.
"Inoltre – ha rincarato la dose Livia Giordano, presidente del Gruppo italiano screening mammografico (GISMa) – i programmi meridionali richiamano più donne per un approfondimento, identificano più tardi i tumori e ricorrono meno spesso alla chirurgia conservativa". Tutti indicatori di una minore qualità dei programmi.
Da queste differenze, che mettono in discussione i principi di universalità, equità, omogeneità, su cui è basato il Servizio sanitario nazionale, è nata l'iniziativa di Salute Donna Onlus: una lettera aperta al presidente del Consiglio e al ministro della Salute in cui si "chiede pubblicamente di voler considerare l'accesso omogeneo allo screening mammografico una priorità dell'azione di governo per i prossimi anni".
"Noi crediamo che il Governo possa e debba farsi carico del superamento di queste differenze, attivando una serie di iniziative e mettendo al centro della politica sanitaria la tutela della salute delle donne", ha affermato la presidente dell'associazione Annamaria Mancuso, che ha anche proposto al Governo una serie di interventi mirati al superamento del gap Nord-Sud.
Interventi possibili, secondo l'onorevole Livia Turco, purché ci sia "la volontà politica" di intervenire. "La volontà politica del Governo di certo non manca, tuttavia esistono delle difficoltà ad agire in questioni che attengono una materia concorrente e quindi di competenza regionale", è stata l'immediata risposta del ministro della Salute Ferruccio Fazio. "Nonostante ciò – ha proseguito il ministro – benefici potranno venire dalla "territorializzazione della sanità", un processo che è stato avviato e che porterà a ripensare totalmente l'organizzazione del sistema sanitario: "non più incentrato sull'ospedale ma su strutture territoriali in cui si concentrino prevenzione, diagnosi e che, solo quando necessario, avviino il malato verso l'ospedale".

"Il tumore del seno: realtà e prospettive"

Promuovere la diagnosi precoce e le *breast unit* sul territorio

L'incontro promosso dal senatore Domenico Gramazio, vicepresidente della Commissione Igiene e Sanità è stato uno degli appuntamenti più significativi, tra le numerose iniziative istituzionali nell'agenda di inizio 2010. Anno che l'Organizzazione mondiale della sanità ha dedicato al seno, non solo come patologia ma anche come fisiologia. Obiettivo: mettere in campo efficaci azioni di contrasto a questa patologia, prima causa di morte per le donne tra i 35 e i 45 anni. Con il coinvolgimento di tutti gli stakeholder

Rappresentanti dell'associazionismo femminile, del mondo del volontariato, medici e parlamentari e tante, tantissime donne. Donne che si interessano di prevenzione, terapia e ricerca sui tumori del seno e donne operate al seno, intervenute per ascoltare e dire la loro, per sollecitare, insieme ai medici "in prima linea" sul fronte della lotta a questo tumore, un impegno sempre più forte delle istituzioni. È questa la platea che ha affollato la luminosa sala della Biblioteca del Senato "Giovanni Spadolini" lo scorso 27 gennaio per l'incontro dibattito "Il tumore del seno: realtà e prospettive", promosso dall'associazione Realtà Sanitaria, onlus presieduta da Paolo Valle e Patrizia La Scala, e coordinato da Domenico Gramazio, vicepresidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato e segretario della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Ssn, insieme a Renato Andrich, direttore del Centro Patologia della Mammella, Ospedale San Giovanni di Roma, e ad Adriana Bonifacino, direttore dell'Unità di senologia del Sant'Andrea di Roma.
Al tavolo dei relatori si sono avvicendate personalità di spicco del mondo medico-scientifico e istituzionale unite da un unico comun denominatore: l'impegno e la passione nel promuovere la salute femminile. A partire dalla lotta a questa malattia che, nonostante i giganteschi progressi scientifici e tecnologici compiuti in questo ambito, resta ancora la prima

Nella foto Domenico Gramazio e Adriana Bonifacino

Segue a pagina 12

Riccione 2010

Medicina della riproduzione: l'unione fa la forza

di Mauro Costa
Presidente SIOS

Per il secondo anno le otto società scientifiche del settore celebrano il loro congresso unificato e si apprestano a federarsi. Premiati i migliori giovani ricercatori

Un esempio di intelligenza e buona volontà quello dato a tutta la comunità scientifica dalle otto società del mondo della Riproduzione, che speriamo abbia un effetto di traino sui residui di divisione che ancora incrostano il mondo ginecologico.
Ginecologi della riproduzione, Andrologi ed Embriologi, dopo il grande successo del congresso unificato del 2009, hanno alzato la posta della loro scommessa, confermando nella sede di Riccione anche lo svolgimento del loro congresso unificato nel 2010. La scommessa di continuare ad unire le forze è stata vinta nei fatti: il congresso è passato dai 350 iscritti del 2009 ai 415 del 2010, con una grandissima prevalenza di giovani specialisti, evento eccezionale anche alla luce del fatto che proprio quest'anno in giugno l'Italia ospiterà a Roma il più importante congresso mondiale sul tema dell'infertilità, cioè il congresso annuale dell'ESHRE, per cui sono previsti più di 6.000 iscritti, con un impegno sicuramente gravoso anche per gli sponsor italiani. Eppure la bontà dell'idea unificante e l'alto livello del contenuto scientifico proposto hanno convinto medici e sponsor ad investire su Riccione. Nel contempo le società stanno lavorando con profitto ad una Federazione, che, pur nel rispetto del ruolo e delle peculiarità delle varie società, sia in grado di dare loro una unica voce ed una immagine forte nei rapporti con la società e con la politica.

Per il secondo anno il comitato scientifico ha puntato su relatori giovani con i migliori *impact factors* e gli "anziani" capiscuola volentieri hanno ceduto il passo ai giovani con un effetto davvero elettrizzante sulla vitalità della partecipazione del pubblico a tutta la attività congressuale.

A giugno, l'Italia ospita a Roma il più importante congresso mondiale sul tema dell'infertilità: il congresso annuale dell'ESHRE

Un premio ai giovani ricercatori

La migliore comunicazione orale e il miglior poster sono stati premiati con assegni piuttosto sostanziosi, ad ulteriore incoraggiamento della ricerca nel settore. Grazie agli sponsor è stato possibile annunciare che i giovani che presenteranno le migliori ricerche del prossimo anno riceveranno anche una sponsorizzazione per partecipare ai più importanti congressi internazionali.
Un altro atout del congresso è stata la compresenza di specialisti del settore ginecologico e andrologico, insieme agli embriologi clinici, arricchita anche dalla possibilità di partecipazione gratuita di ostetriche, infermiere, tecnici di laboratorio e medici specializzandi Nella pratica quotidiana sono pochi i centri in cui la presenza di tutte queste competenze agisce in modo integrato, per cui il confronto dei diversi punti di prospettiva è stato di sicuro arricchimento per tutti.

Gli hot topics

Dopo una lettura magistrale del presidente ESHRE Luca Gianaroli sulle differenze nelle pratiche e nelle regole della medicina della riproduzione nei vari paesi europei, il congresso ha affrontato sia argomenti clinici che argomenti di ricerca di base.
Gli argomenti del campo clinico sono stati: Danno iatrogeno chirurgico nella fertilità maschile e femminile; Coltura a blastocisti come strategia clinica; Fertilità in età riproduttiva avanzata; Stato dell'arte e prospettive dei protocolli di stimolazione; Obesità e stimolazione ovarica; La Pma nelle coppie sierodiscordanti; L'iperstimolazione ovarica.
I topics biologici sono stati: La frammentazione DNA spermatico; Gli aspetti ultrastrutturali e molecolari della cinetica nemaspermica; Il metabolismo dell'ovocita in condizioni di stress; La follicologenesi in vivo e in vitro; Stress e spermatogenesi.

L'approccio dei Centri italiani alla Pma

Ben due sessioni hanno affrontato il tema dei risultati e dei cambiamenti nella pratica clinica nella Pma alla luce sia della legge 40, che delle modifiche introdotte dalla sentenza della Corte Costituzionale del maggio 2009. Tramite un questionario inviato a tutti i centri di Pma prima del congresso, completato da 128 centri, è stata svolta una indagine sulla prassi attuale alla luce della sentenza della Consulta e del successivo "position paper" delle società scientifiche approvato al precedente congresso del 2009.
Dal questionario è emersa una sostanziale omogeneità. L'80% dei centri dopo la sentenza sceglie il numero di ovociti da inseminare caso per caso, il 60% adottando i criteri esposti nel documento delle Società scientifiche e il 40% adottando un criterio stabilito nel proprio centro. Solo il 12% dichiara di non congelare ovociti e alcuni centri hanno iniziato a farlo dopo la sentenza, in particolare, il 42% dei Centri usa la tecnica di vitrificazione, il 28% lo slow-cooling e gli altri entrambe le tecniche. Inoltre, il 50% dei centri dichiara di avere assistito a un miglioramento dei risultati; per il 29,2% sono invece rimasti invariati, per nessuno i risultati sono peggiorati.
Last but not least una movimentata sessione ha visto confrontarsi i diversi punti di vista di operatori e pazienti sull'attualissimo tema della comunicazione medico-paziente nell'epoca della globalizzazione della informazione.
In sintesi un appuntamento di grande successo che sicuramente avrà un seguito il prossimo anno in maggio, come hanno già annunciato le società organizzatrici.

▶ Segue da pagina 11

causa di morte per le donne tra i 35 e i 45 anni. Questo può forse spiegare il clima informale ed empatico che ha caratterizzato questo incontro, di alto profilo scientifico, politico e umano, amalgamando gli interventi politici (di Antonio Tomassini, Ferruccio Fazio, Franca Biondelli, Gabriella Guasticchi e Alessandra Necci), quelli medico-scientifici (di Adriana Bonifacino, Massimo Lopez, Francesco Cavaliere e Andrea Loreti) e le testimonianze delle tante pazienti presenti tra il pubblico, che con le loro domande "non di rito" hanno animato la tavola rotonda, moderata dalla redattrice del Corriere della Sera Margherita De Bac, al termine della sessione scientifica.
Tra i momenti più significativi la lectio del professor Umberto Veronesi, accolto in sala da una standing ovation, la testimonianza verso la guarigione da una grave malattia del sangue grazie a un trapianto autologo di cellule staminali, portata da Melania Rizzoli, medico e parlamentare Pdl, che ha presentato il suo nuovo libro "Se lo conosci lo eviti", e la voce degli operatori sul campo. Medici e paramedici che quotidianamente nei nostri ospedali danno la loro eccellenza, tra le mille difficoltà di ordine economico e organizzativo. "Dobbiamo recuperare lo spirito di grande sinergia tra istituzioni, mondo medico e del volontariato" – hanno sottolineato il senatore Gramazio e il presidente della Commissione Igiene Sanità Antonio Tomassini, che ha invitato a "non abbassare la guardia nella lotta a questa malattia, che pure ha compiuto straordinari passi avanti".
Messaggero del forte appello alle istituzioni, perché sostengano a livello nazionale e regionale percorsi di diagnosi precoce e promuovano una più ampia diffusione di *Breast unit* nelle strutture ospedaliere, la professoressa Bonifacino. "È noto come attraverso già 2 risoluzioni del Parlamento europeo sia assolutamente necessario adeguare la nostra Nazione agli standard europei per quanto riguarda l'applicazione su tutto il territorio dello screening mammografico e l'adempimento alla realizzazione delle *Breast unit* (1 ogni 250.000 abitanti) entro il 2016. Siamo ancora purtroppo piuttosto lontani dal poter garantire a tutte le donne colpite dal tumore al seno, stessi standard di diagnosi e di cura" – ha detto la direttrice dell'Unità di senologia del Sant'Andrea di Roma, che è anche presidente della onlus InContraDonna, tra gli applausi delle "sue donne".
La necessità di una buona comunicazione è uno dei due *take home message* dell'incontro. "Sappiamo ancora comunicare poco come presto si debba andare a farsi visitare e presto si debbano utilizzare strumentazioni al'avanguardia – è stato detto. "Il fatto di aver allungato l'aspettativa di vita e aver ottenuto un'alta percentuale di guarigione non deve far dimenticare l'epoca in cui 'ci si nascondeva e non se ne parlava'. Perché invece bisogna parlarne e tanto. Bisogna testimoniare su questo problema che certo è medico, ma anche politico, sociale e psicologico".
L'altro messaggio, altrettanto importante, è quello rivolto al mondo politico: "servono fondi per la ricerca, per strumenti diagnostici d'avanguardia e per fare prevenzione, che resta l'arma più potente. Serve un messaggio di speranza alle donne. E ai medici, che non devono essere lasciati soli, con poche risorse e nell'incertezza contrattuale".

di Benedetto Fucci
Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali

Indagine sui Punti nascita

Riorganizzare e riqualificare la rete dei Punti nascita. Una priorità per il Mezzogiorno

La qualità delle prestazioni nei Punti nascita italiani e le modalità con cui riorganizzarne la rete sul territorio. Sono questi gli scopi di uno specifico filone di indagine sui Punti nascita recentemente attivato su impulso dell'onorevole Fucci presso la Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali

Questa importante iniziativa, della quale il presidente della Commissione, Leoluca Orlando, mi ha nominato responsabile, nasce dalla mia intima convinzione, maturata in tanti anni di professione, che soprattutto nel Mezzogiorno vi sia un numero eccessivo (rispetto alla popolazione interessata) di punti nascita, con la conseguenza che in alcune di queste strutture viene effettuato un numero di parti molto marginale. Ciò porta in alcuni casi il personale, sia medico che non, in essi impiegato a non avere sempre i necessari standard di professionalità e a non godere dell'adeguato supporto tecnologico.
Non c'è dubbio che la Commissione possa farsi forte di alcuni dati già assodati come utile base di partenza. Penso per esempio a quelli, pubblicati dal Ministero della Salute, secondo cui al Sud (si veda il caso clamoroso della Campania al 45%, ma anche quelli pur meno evidenti di Lazio, Puglia, Sicilia e Sardegna) la quota di parti effettuata presso le strutture ospedaliere private convenzionate con i sistemi sanitari regionali è molto grande in senso assoluto e ha pochi paragoni con quanto avviene nel centro-nord (con Piemonte, Liguria, Veneto e Toscana addirittura quasi a quota zero). O a quelli secondo cui ben il 10,5% dei parti avviene in punti nascita nei quali si registrano meno di 500 parti all'anno. La quota per i punti nascita tra 500 e 800 parti è di 14,8% e quella per i punti nascita tra 800 e 1000 parti è del 10%. Sommando queste 3 voci il risultato è del 35% circa. Il che significa che mediamente più di un parto su quattro avviene in strutture che registrano meno di mille parti ogni anno.

UN QUESTIONARIO inviato a tutte le Regioni sarà il punto di partenza di un'accurata indagine sulla situazione organizzativa e gestionale dei punti nascita. Invitiamo tutti i nostri Soci ad aderire a questa iniziativa i cui dettagli saranno a breve illustrati sul sito www.aogoi.it

Gli obiettivi dell'indagine

Il filone di inchiesta si pone essenzialmente quattro finalità:
- quantificare il numero totale di punti nascita presenti in Italia o quanto meno, ove ciò fosse ritenuto più opportuno, nelle Regioni in cui sono presente le maggiori problematicità;
- quantificare il numero totale di parti effettuati nei punti nascita monitorati;
- verificare la presenza di personale sanitario adeguato sul piano quantitativo e su quello qualitativo;
- verificare l'adeguatezza dei parametri sopraesposti rispetto alle linee guida in materia di ostetricia tracciate dalle società scientifiche.

La sinergia con le Società scientifiche

Il lavoro di ricerca, verifica e analisi dei dati si presenta certamente complesso. Per il momento comunque si può senz'altro evidenziare quanto la Commissione abbia già concretamente dimostrato la piena volontà, in sintonia con quanto da me auspicato, di collaborare con le società scientifiche sin dalla prima seduta del 2 marzo scorso. La fase di ascolto degli esperti da parte del Legislatore, proprio al fine di consentire a quest'ultimo di assumere eventuali iniziative legislative, è assolutamente irrinunciabile.
Come affermai già nell'autunno 2009 in un'intervista a *GynecoAogoi*, "ritengo essenziale che Parlamento e società scientifiche inizino ad operare in sinergia per rivedere e migliorare l'assetto delle attività medico-assistenziali nell'area materno-infantile". Constatare come questa idea si sia poi effettivamente concretizzata nell'avvio di questa indagine da parte della Commissione di inchiesta è per me motivo di grande soddisfazione.

Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario

Migliorare la qualità dell'assistenza in ambito materno infantile

Un'accurata indagine sulla situazione organizzativa e gestionale dei punti nascita sarà la base di partenza per elaborare linee guida efficaci nella gestione del rischio clinico e la prevenzione degli errori in campo sanitario.
Individuare proposte per la realizzazione di linee guida relative alla valutazione dei punti nascita e della assistenza neonatale finalizzate al miglioramento della qualità del servizio sanitario nell'ambito materno-infantile nonché alla gestione del rischio clinico e alla prevenzione degli errori in campo sanitario nei confronti delle partorienti. È su questo obiettivo che si è concentrata la riunione, il 18 maggio scorso, della Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali cui hanno partecipato, tra gli altri, anche il prof. **Vito Trojano**, in qualità di consulente della Commissione Permanente del Senato competente in materia di Sanità, il presidente Sigo **Giorgio Vittori** e l'avvocatessa **Mina Maisto**.
Come base di partenza per l'elaborazione delle linee guida, la Commissione, che è presieduta dall'on. **Leoluca Orlando**, ha ritenuto necessaria un'accurata indagine sulla situazione organizzativa e gestionale dei punti nascita approvando, in via prioritaria, l'elaborazione di un questionario da inviare a tutte le Regioni per un'indagine sul tema.
Nel corso della riunione, coordinata dall'on. **Benedetto Fucci**, è stata inoltre proposta un'indagine statistica sul numero dei procedimenti penali in ambito materno-infantile, sulla loro evoluzione e sul loro esito, attraverso un questionario da inviare alle procure italiane, che verrà definitivamente elaborato nella prossima seduta.

Ciro Guarino eletto Medico manager SIMM del 2009

Un (bravo) ginecologo con la stoffa del manager

Il riconoscimento speciale della Società Italiana Medici Manager (Simm) è stato assegnato quest'anno a Ciro Guarino, direttore dell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia del P.O. "San Leonardo" di Castellammare di Stabia. Un premio prestigioso che inorgoglisce la Sigo e l'Aogoi, di cui Guarino è socio, e fa onore anche a tutta quella buona sanità che, soprattutto al Sud, riesce comunque, malgrado le croniche carenze strutturali e i deficit di bilancio, ad offrire prestazioni di qualità con punte di eccellenza

Ciro Guarino

L'Ospedale S. Leonardo di Castellammare di Stabia fa notizia. Una buona notizia. Grazie a Ciro Guarino e al suo Progetto di promozione del parto fisiologico il ricorso al taglio cesareo in questa struttura campana è stato drasticamente ridotto in cinque anni: dal 57,2 al 17,50 per cento. Un risultato eccezionale, specie in questa regione, dove, è bene ricordarlo, la media dei tagli cesarei è di circa il 61% con punte che sfiorano il 90%.

È per questo che la Simm – la Società Italiana Medici Manager nata nel 2006 dalla stretta collaborazione con la British Association of Medical Managers (Bamm) e con l'American College of Physician Executives "con la mission di promuovere, sviluppare e consolidare anche in Italia il ruolo e la funzione manageriale nella professione medica" – lo ha premiato il 16 aprile scorso nella sede dell'Università Tor Vergata di Roma, nel corso dei lavori del suo 3° Congresso nazionale.

"Un atto di straordinaria normalità. Solo chi vive in una terra così difficile può comprenderlo fino in fondo…se solo si considera che a pochi chilometri di distanza il 96 per cento dei parti avviene col cesareo". Così Walter Ricciardi, (Direttore dell'Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma) ha definito il risultato ottenuto da Guarino e la sua equipe nel corso della cerimonia di premiazione. Presenti, tra gli altri, anche Jenny Simpson, chief executive della Bamm, e il presidente Bamm, Emyr Wyn Jones, che hanno espresso il loro vivo apprezzamento per il neoeletto medico manager che sarà ospite d'onore alla conferenza annuale dell'Associazione, in calendario a Brighton dal 16 al 18 giugno 2010.

Il riconoscimento speciale della Simm, di cui è presidente Leonardo La Pietra, direttore Sanitario dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, e che nel suo Direttivo annovera prestigiosi nomi del mondo medico scientifico, è stato assegnato a Guarino "come gestore della sanità del 21° secolo e divulgatore scientifico, che ha saputo trasmettere all'assistito e ai suoi colleghi la passione per la professione esercitata e ha concretamente contribuito, con originalità ed entusiasmo, alla gestione e creazione di un'assistenza di valore".

Il Progetto di promozione del parto fisiologico, ha riconosciuto la Simm, è stato "realizzato attraverso l'utilizzo di uno strumento di management della qualità, facendo leva sulla rigorosità scientifica, la valorizzazione delle risorse umane, la condivisione assoluta degli obiettivi, l'ottimizzazione delle risorse economiche disponibili, esaltando sempre il valore della centralità della persona assistita".

Ed è proprio il carattere d'innovatività e sostenibilità economica e organizzativa del progetto che la giuria del premio (vedi riquadro) ha particolarmente valorizzato. Un progetto che tocca una tematica, quella della promozione del parto fisiologico, che vede la Regione Campania in una posizione assai critica nel contesto nazionale di riferimento.

Il messaggio che caratterizza l'esperienza, come bene riassumono le motivazioni, è che "la forza delle idee può e deve sostenere il cambiamento, e l'impegno serio delle persone in un progetto è il determinante positivo del miglioramento della qualità".

MEMBRI DELLA GIURIA PREMIO MEDICO MANAGER SIMM 2009

Silvio Brusaferro
Professore Straordinario di Igiene, Università di Udine

Carlo Favaretti
Direttore Generale, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia", Udine

Gianfranco Gensini
Past President SIMM, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze

Leonardo la Pietra
Presidente Simm, Direttore Sanitario dell' Istituto Europeo Oncologico, Milano

Giuseppe Massazza
Direttore S.C. Controllo di Gestione, Azienda Ospedaliera CTO M. Adelaide, Torino

Walter Ricciardi
Direttore Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

A colloquio con Ciro Guarino

"Il parto dolce" a Castellammare di Stabia

L'esperienza avviata al S. Leonardo di Castellammare di Stabia testimonia che ridurre il numero dei cesarei non è un'utopia. Per Guarino, alla base del successo ottenuto nella promozione del parto fisiologico c'è soprattutto la capacità di operare un cambiamento culturale

Dottor Guarino, il Tc senza indicazione, "inappropriato", costa di più ed è meno sicuro di un parto fisiologico.

Non sono io a dirlo ma i dati internazionali che mostrano una mortalità ed una morbilità materna maggiore nel caso di taglio cesareo rispetto al parto spontaneo. D'altro canto, i dati relativi al nostro studio confermano quelli internazionali, in quanto a fronte di una mortalità materna e neonatale dello 0%, sovrapponibile nelle due modalità di parto, la morbilità materna e quella neonatale risultano doppie nel taglio cesareo (1.7% vs 0.8%; 15% vs 7.6%) rispetto al parto spontaneo.

Quanto agli aspetti economici, il risparmio unitario medio è intorno ai 500 euro. Il che non è poco.

Però spesso sono proprio le donne a richiedere il cesareo… Lo ritengono più sicuro e comunque inevitabile dopo un pregresso cesareo

Non è proprio così. È un problema di informazione. La donna, se correttamente informata, desidera un parto naturale. I dati degli studi

Due giornate sul Taglio cesareo a Roma

Tc: come ridurre l'incidenza in Italia?

All'Ospedale San Camillo-Forlanini, alla Casa Internazionale delle Donne e nella prestigiosa Sala delle Conferenze della Camera dei Deputati il 12 e 13 maggio scorsi si è parlato di come ridurre i cesarei in Italia: un'incidenza tra le più alte d'Europa. Presente anche Michel Odent che ha presentato il suo libro "Il cesareo"

Nella foto (da sinistra): Michel Odent, Marina Toschi e Ciro Guarino

Parlare del parto cesareo significa affrontare tematiche molto urgenti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda, dal 1985, che la percentuale dei cesarei non superi il 15 per cento di tutti i parti. Ma questa quota non sembra più adatta ai tempi, soprattutto nel mondo industrializzato: pochi Paesi europei, come Norvegia e Olanda, riescono a mantenersi entro questi limiti, la Francia raggiunge il 20 per cento, la Germania lo supera abbondantemente, l'Italia arriva al 39 per cento, con punte, in alcune regioni, del 60 per cento.
Le complesse problematiche legate al parto cesareo in Italia sono state al centro di tre appuntamenti prestigiosi a roma: il 12 maggio all'Ospedale San Camillo-Forlanini e alla Casa Internazionale delle Donne e il 13 maggio nella Sala delle Conferenze della Camera dei Deputati.
All'incontro a più voci sul tema del parto cesareo, promosso dall'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini presso l'Aula Magna, hanno partecipato più di 150 persone tra esperti del settore e giovani studenti in Ostetricia. La presentazione del libro di Michel Odent, noto ginecologo tra i primi a introdurre in un ospedale francese la pratica delle stanze parto simili ad ambienti domestici e l'uso delle piscine da parto, ha offerto lo spunto per una riflessione ad ampio raggio sui temi della umanizzazione del parto, sull'educazione alla maternità e paternità consapevoli oltre che sul quadro complesso e multifattoriale che caratterizza l'eccessivo ricorso al taglio cesareo, un fenomeno che peraltro non riguarda solo il nostro Paese. Protagonisti del dibattito, coordinato dalla dr.ssa Giovanna Scassellati, ginecologa del S. Camillo, oltre al professor Odent (tradotto in differita dalle dottoresse Augusta Angelucci e Marina Toschi): il professor Claudio Donadio, primario del reparto di Ginecologia e Ostetricia del San Camillo, che ha presentato i dati sulle modalità di parto e le percentuali del taglio cesareo nella struttura ospedaliera romana, che ha da tempo avviato un protocollo per la riduzione dei Tc in collaborazione con l'ufficio Governo clinico e Formazione; il dottor Domenico Di Lallo dell'Asp (l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio), che ha relazionato sull'epidemiologia del taglio cesareo nella regione Lazio, e il dottor Ciro Guarino, che ha illustrato l'esperienza dell'Ospedale S. Leonardo di Castellammare di Stabia, dove, grazie al suo impegno, condiviso da tutta l'equipe, è riuscito a ridurre drasticamente il numero di cesarei.
Un'emozionante video con il parto in acqua di una donna, già cesarizzata per due volte, ha fatto da sfondo all'intervento di Guarino che ha spiegato i metodi utilizzati e la realtà delle nuove sale parto dell'Ospedale campano.
A testimoniare un impegno comune su questi temi, la presenza del presidente della Sigo Giorgio Vittori, che ha sottolineato come la questione parto sia "di una complessità straordinaria, che va inoltre calata in un mondo che cambia velocemen-

▶ Segue a pagina 16

più recenti dicono che il 76 per cento delle donne correttamente informate preferirebbe un parto spontaneo. Gli atteggiamenti femminili a riguardo non sono il frutto di una scelta consapevole, ma sono fortissimamente condizionati da numerose variabili, tra cui hanno grande peso l'incompletezza e la superficialità dell'informazione fornita dai media e purtroppo anche dalla stessa classe medica, che effettua un calcolo basato più sulla propria esperienza personale e sui protocolli di gestione interni piuttosto che su di un bilancio attento dei rischi e benefici. La scelta della donna è fortemente condizionata dall'offerta del medico.
Le donne, se sono messe in grado di fare una scelta consapevole, preferiscono il parto naturale perché vogliono vivere pienamente quest'esperienza, che rappresenta il momento più importante della loro vita. L'espressione serena che hanno la gran parte delle donne che partoriscono nella nostra struttura, pensata e realizzata per il loro benessere, a loro misura, è la mia più grande soddisfazione.
Inoltre "sempre un cesareo dopo un cesareo" non dovrebbe più essere la regola; questo è, infatti, uno dei falsi miti più diffusi e più difficili da sfatare ed invece, se si effettua una corretta selezione della gravida e si opera in condizioni organizzative adeguate, il parto vaginale è possibile, come tutte le società scientifiche internazionali raccomandano. Il filmato appena proiettato, che mostra il parto in acqua di una nostra paziente, che precedentemente aveva partorito due volte per via laparotomica, vale più di mille parole.

Il sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella ha recentemente dichiarato che "alla base dell'eccessivo ricorso al parto non naturale vi è l'eccessiva medicalizzazione della gravidanza e la scarsa diffusione di una cultura amica della maternità ".
Sono pienamente d'accordo con il sottosegretario Roccella. Le ragioni che nell'ultimo trentennio hanno fatto lievitare i tassi di parti cesarei nel nostro Paese sono molte e complesse, dalle carenze strutturali e organizzative dei reparti materno-infantili agli aspetti connessi con la responsabilità del ginecologo…ma certamente alla base di questo fenomeno c'è la scarsa diffusione di una cultura amica della maternità.
A commento dei dati presentati dalla Figo sull'eccesivo numero di parti cesarei in Italia, il sottosegretario alla Salute ha anche dichiarato che la diminuzione dei cesarei sarà una sfida prioritaria del prossimo Piano sanitario. L'attenzione che il ministero della Salute rivolge a queste problematiche, penso alle linee guida sul Parto cesareo e quelle sulla Gravidanza fisiologica e ai progetti recentemente promossi sull'allattamento al seno e sull'accompagnamento nei primi mesi di vita del neonato, sono segnali positivi che contribuiranno a restituire all'evento nascita una dimensione "più sicura e naturale". Senz'altro più rispettosa dei tempi e dei bisogni della donna.

Lei ha voluto dedicare il premio Medico manager 2009 a tutta la sua equipe. La condivisione assoluta di tutto lo staff, medico e paramedico, per la mission del Progetto è stato un elemento essenziale. È vero che i suoi collaboratori si sono anche "autotassati" destinando i proventi dell'intramoenia al favore di questa iniziativa?
Sì, è un gesto che significa molto e che va ben al di là dell'aspetto economico. A questo progetto ci abbiamo tutti creduto molto. D'altronde un risultato così importante è possibile solo con il lavoro di un gruppo estremamente motivato.

Ci può riassumere "i quattro pilastri" del Progetto Parto fisiologico?
Centralità della donna, rigorosità scientifica, condivisione del progetto, valorizzazione delle risorse umane.

Ritiene riproducibile il progetto adottato presso la vostra U.O.?
Sì, il progetto è riproducibile a condizione che la classe medica maturi la convinzione della necessità del cambiamento di rotta, facendo scaturire dalla condivisione assoluta del progetto la forza e il coraggio per attuarlo.

"Può l'umanità sopravvivere al Cesareo sicuro?"

Il cesareo cambierà la civiltà umana... E non in meglio!

La presentazione del libro "Il cesareo" di Michel Odent, all'ospedale San Camillo-Forlanini di Roma il 12 maggio 2010, ha offerto lo spunto per una riflessione sugli effetti a lungo termine dell'eccessivo ricorso ai tagli cesarei: il momento del parto potrebbe essere quello in cui con più forza i geni e l'ambiente interagiscono

di Antonino Michienzi

E se il prezzo dell'eccessivo ricorso ai cesarei si pagasse a decenni di distanza? Se, piuttosto che valutare gli esiti a breve termine su mortalità e morbilità, si cominciassero a indagare gli effetti a lungo termine del taglio cesareo e dell'uso indiscriminato della ossitocina? Cosa si scoprirebbe?
Sono queste alcune delle domande che Michel Odent, medico, pensatore e forte sostenitore del parto naturale, ha sollevato nel corso della presentazione di un suo volume dedicato all'argomento (Il Cesareo, Blu Edizioni) tenutasi presso l'Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini il 12 maggio scorso. Odent, ha elaborato negli ultimi decenni un vero e proprio "pensiero" in cui la medicina, la biologia, la psicologia e l'ecologia si fondano. E in cui il periodo che va dal concepimento al primo anno di vita sono visti come essenziali per lo sviluppo del bambino e dell'adulto: per questa ragione qualunque evento incida su questa fase non può essere valutato solo in un'ottica di breve periodo.
"I contenuti e le classificazioni delle statistiche che oggi usiamo non sono adatte per il XXI secolo", ha illustrato l'autore. "Quando si fa una classificazione delle diverse modalità di nascita, per esempio, oggi si fa riferimento ai cesarei, all'impiego del forcipe o della ventosa, al parto naturale. Ma quanto c'è in realtà di naturale in quest'ultimo? Il tasso di induzione del travaglio è in continuo aumento. Ma questo tipo di intervento farmacologico non compare mai nelle statistiche".
Eppure, l'ossitocina somministrata per agevolare il travaglio, secondo il medico francese che dirige a Londra il Primal Health Research Centre, "giunge in alte concentrazioni al cervello del feto". E sono ignoti gli effetti nel lungo periodo di questa inondazione di ossitocina – ormone detto " dell'amore" – poiché coinvolto, tra le altre cose, nei processi di socializzazione.

Se non si tiene conto di considerazioni simili, allora, l'allarme per l'elevato numero di cesarei, secondo Odent, non ha ragione di esistere. In termini di costo-efficacia, infatti, "gli studi ci dicono che la miglior forma di parto è il cesareo in modalità elettiva alla trentanovesima settimana".
Ma gli effetti nel lungo termine non si possono ignorare. Per indagarli, il ricercatore ha fondato il Primal Health Research Databaselivepage. Questo raccoglie tutti gli studi scientifici che indagano gli effetti di eventi avvenuti durante il periodo perinatale ed è liberamente consultabile (www.wombecology.com). L'idea guida è che il momento del parto possa essere quello in cui con più forza i geni e l'ambiente interagiscono e in cui si verificano processi epigenetici che determinano non soltanto la futura salute dell'individuo, ma addirittura aspetti della sua personalità.
Se così fosse, il valore del momento del parto – e il reale peso dei tagli cesarei – andrebbero totalmente riconsiderati ed inseriti in una riflessione che, dalla medicina, sconfina nella sociologia. Y

▶ Segue da pagina 15

te" e in cui "l'aspetto umano connesso al parto è un valore che non ha nessuno sponsor".
La discussione sul parto cesareo in Italia è poi proseguita con un altro incontro-dibattito, promosso da *Vita di Donna*, presso la Casa Internazionale delle Donne, con Michel Odent, ginecologhe, ostetriche ed esperti in rebirthing e donne con diverse esperienze di parto domiciliare.
La seconda giornata dedicata al cesareo si è svolta nella prestigiosa Sala delle Conferenze della Camera dei Deputati dove, grazie all'iniziativa promossa dal Presidente della Commissione Cultura del Senato, Valentina Aprea, oltre al libro di Michel Odent, è stato presentato il libro della giornalista Ansa Elisabetta Malvagna: "Il parto in casa. Istruzioni per l'uso" (Red Edizioni). Un libro che indaga, con l'occhio della giornalista, il tema del parto in casa, oggi in Italia ancora oggetto di resistenze, pregiudizi e tabù, proponendo una riflessione sulla condizione della donna moderna e della nascita.
Al dibattito alla Camera ha preso parte il Prof. Michele Grandolfo, epidemiologo, già dirigente di ricerca presso l'Istituto Superiore di Sanità, che da trent'anni si occupa della promozione della salute delle donne e dell'età evolutiva. Grandolfo, che si è occupato della redazione del Progetto Obiettivo Materno Infantile, varato nel 2000, ha formulato proposte per le nuove normative per migliorare la qualità operativa dei servizi di sanità pubblica. Tra gli intervenuti anche Roberto Russo, già professore Associato in Ginecologia e Ostetricia presso l'Università di Roma La Sapienza e presidente della Società Italiana di Psicoprofilassi Ostetrica (SIPPO) e Valeria Barchiesi, ostetrica che da trent'anni si occupa del parto naturale e che ha fondato a Roma "Il Nido – Associazione Mamme – Bimbi e Scuola di Genitori". Y

Villasimius 2010

Aggiornamento di respiro internazionale

Un corso specialistico sempre più aperto al dibattito internazionale su una vasta gamma di temi che percorrono la ginecologia a 360°. È questa la formula di successo per un'iniziativa di aggiornamento scientifico che raccoglie ogni anno centinaia di ginecologi

La decima edizione del Corso in medicina embrio fetale e perinatale, organizzato e diretto da Giovanni Monni, ha mantenuto anche quest'anno le sue promesse riconfermandosi un evento scientifico di rilievo, seguito da oltre novecento ginecologi italiani e da numerosi ospiti stranieri.
La giornata dedicata al corso *demo live* su amniocentesi, villocentesi, ecografia 2-3-4-D, doppler flussimetria e cardiotocografia in donne gravide con casi fisiologici e patologici, seguito in diretta via satellite con l'Ospedale Microcitemico di Cagliari dai partecipanti in sala, che hanno potuto intervenire e interagire con i docenti, è il cuore di questa iniziativa, curata dal presidente Aogoi Monni – uno dei più qualificati esperti di diagnosi prenatale a livello internazionale che ha contribuito, con il suo staff, a rendere il Microcitemico un polo d'eccellenza italiano.
Anche la partecipazione di nomi illustri della Medicina perinatale a livello mondiale, (entrati da tempo a far parte della "famiglia Aogoi" e sempre presenti a Villasimius), è un altro elemento distintivo di questa proposta di aggiornamento scientifico, che ha pochi paragoni nel panorama italiano, e che negli anni si è andata arricchendo di nuove tematiche.
Il corso pratico interattivo di ecografia fetale tenuto dal prof Ilan Timor Trisch, professore di Ostetricia e Ginecologia alla University of Medicine di New-York, e la sessione dei relatori stranieri (A. Badreldeen - Qatar, A. Antsaklis - Atene, L. Cabero Roura, X. Carbonell - Barcellona, F. Chervenak – New York, W. Holzgreve – Friburgo, N. Kavak – Istanbul, A. Kurjak – Zagabria, T. Massinen - Finlandia, A. Michailov – San Pietroburgo, A. Monteagudo – New York, R. Quinterno – Miami,Sen Chiat – Istanbul, J. Troyano – Tenerife, Y. Ville – Parigi), provenienti dai migliori centri di medicina perinatale europei ed extraeuropei, non sono infatti solo un'occasione di scambio di esperienze "tecniche", di discussione su casi clinici o metodiche *up-to-date*, ma anche un forum di confronto, di respiro internazionale, aperto a una gamma sempre più vasta di temi e problematiche: dalle medical humanities, alla bioetica, ai profili di rischio e di responsabilità professionale, con tutte le sfaccettature e le peculiarità proprie di un ambito così delicato e "sensibile" qual è la medicina embrio fetale.
Come in ogni importante appuntamento Aogoi, le società affiliate Sios, Smic, Fondazione Gonfalonieri Ragonese e Agite hanno portato il loro contributo al dibattito sulle problematiche che investono sterilità, contraccezione, malattie sessualmente trasmissibili e riorganizzazione dei servizi territoriali alla luce di un nuovo rapporto ospedale-territorio. Un obiettivo quest'ultimo che l'Aogoi ha da tempo individuato come prioritario e che ora viene considerato anche a livello istituzionale come la chiave di volta per una trasformazione del nostro Ssn in termini di efficienza e sostenibilità.
Le quattro giornate di Villasimius hanno riservato spazio anche alle problematiche ginecologiche in oncologia, con una sessione dedicata, dove tra l'altro è stato affrontato un punto importante legato al ruolo del ginecologo nel campo dei tumori ginecologici, che "è e deve essere un ruolo di timoniere, alla guida di un pool di specialisti". Un ruolo che non può essere "lasciato al chirurgo o all'oncologo non specialista in ginecologia".
Le disfunzioni del pavimento pelvico sono state al centro di un corso teorico pratico di riabilitazione perineale cui hanno partecipato trenta tra ginecologi e ostetriche. Obiettivo del corso la prevenzione, diagnosi e cura della patologia funzionale del pavimento pelvico in un'ottica interdisciplinare, mirata alla promozione e predisposizione, all'interno delle aziende sanitarie, di programmi educativi, rieducativi e riabilitativi attraverso la formazione del personale medico e delle ostetriche.
Non è mancato l'incontro-dibattito Fesmed, per fare il punto sulle iniziative Aogoi in campo sindacale, assicurativo e del risk management, e nella giornata conclusiva la tavola rotonda Agite-Aogoi, che è stata anche occasione per discutere il "percorso nazionale Agite-Aogoi in direzione del congresso Sigo di Milano".
"Gli scienziati devono usare parametri comuni, devono parlare la stessa lingua" ha detto il professor Ruben Quintero dell'Università di Miami nel suo "Update sulla twin-twin transfusion sindrome" nella sessione dei relatori stranieri che ha concluso il programma scientifico. Un'affermazione che ben si presta ad essere anche il *take home message* della decima edizione del Corso di Villasimius: perché ci ricorda quanto sia importante un aggiornamento scientifico di livello e di "respiro" internazionale.

Nella foto: il presidente Monni con il prof. Ruben Quintero
Di fianco: un'immagine della sala

PREMI

BORSA DI STUDIO UGO TROPEA

Ecco le tre migliori comunicazioni che hanno ricevuto il "Premio Ugo Tropea" al X Corso di aggiornamento in medicina embrio-fetale e perinatale

Diagnosi ecografica e terapia chirurgica laparoscopica di gravidanza tubarica bilaterale
di G.F. Altobelli, R. Lai, G. Marcia, I. Serra, S. Santeufemia, G. Santeufemia, G. Monni
Gruppo Ospedale S. Barbara di Iglesias e Servizio di Ostetricia e Ginecologia, Diagnosi Prenatale - Ospedale Microcitemico di Cagliari

Diagnosi prenatale di ranula fetale
di L.L. Mazzarelli, A. Forte, G. Vullo, C. Sica, E. Cimmino, G. Di Meglio, A. Di meglio
Gruppo Diagnostica Ecografica e prenatale Aniello Di Meglio, Napoli

Profilassi con nadroparina ed ASA vs nessun trattamento: outcome di 750 gravidanze in pazienti trombofiliche
Di M. Rannazzisi, E.C. Bertolino, W.O. Bertolino, S. Bianca, V. Lo Bue, F. Labate, G. Assavi, V. Cigna, V. Billone, M. Niceta, C. Fabiano, P. Sammarco
Gruppo di studio Aogoi Sicilia sulla trombofilia in ostetricia

Villasimius 2010: concorso Agite-Aogoi

Ricordando Marilina

Primo premio del concorso "Percorso nascita tra Ospedale e Territorio" all'Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro

▶ a pagina 27

di Emilio Arisi
U.O. Ostetricia-Ginecologia, Ospedale Regionale "S.Chiara", Trento
Presidente della Società Medica Italiana per la Contraccezione (SMIC)

La pillola anticoncezionale festeggia mezzo secolo

La pillola che ha cambiato il mondo

In questi 50 anni di vita questa piccola pillola per via orale ha modificato in modo rivoluzionario e silenzioso la vita della donna, della coppia e del mondo. Semplicemente introducendo nella società il potere di cambiare la storia riproduttiva della coppia, permettendo di scegliere se, quando e quanti figli fare. Un risultato non da poco

La pillola ha compiuto 50 anni, una età ragguardevole da più punti di vista. E di strada ne ha fatta in questi cinque decenni. Innanzitutto, da quando è stata approvata dalla Fda nel maggio del 1960 con il nome di Enovid, la contraccezione ormonale (CO) è diventata e rimane tuttora uno dei metodi anticoncezionali più utilizzati al mondo (terza dopo la sterilizzazione maschile e lo IUD), ma soprattutto rappresenta uno dei più grandi avanzamenti scientifici e sociali che hanno percorso il XX secolo, tanto da poterla definire una rivoluzione. Ciò almeno per due ragioni. La prima è che, con un sottile marchingegno biologico, questo farmaco ha scisso il nesso tradizionale tra sessualità e destino riproduttivo, che da sempre aveva oppresso le generazioni che ci hanno preceduto. La seconda è che proprio per questo motivo essa è divenuta un importante elemento di emancipazione sociale, e non solo per la donna. In ogni caso, comunque, ha sottratto la donna al potere ricattatorio dell'uomo in quanto maschio, che deteneva allora l'unico possibile metodo del coito interrotto. Inoltre, potendo pianificare le gravidanze e scegliendone tempi e numeri, la donna ha visto crescere il suo potere nella famiglia, nel lavoro e nel mondo.
L'uso della pillola inoltre ha innovato anche il modo di osservare i farmaci dopo la loro introduzione in commercio. Infatti nello stesso anno 1960 era stato approvato in Europa il talidomide, un farmaco venduto come blando tranquillante per donne gravide, che provocò disastrosi effetti sui figli, con malformazioni di vario tipo, tanto che nel 1961 fu ritirato. Questo indusse la Fda (e non solo la Fda) ad approntare studi di lungo periodo, che rendono oggi la pillola sicuramente il più studiato dei farmaci al mondo.
Infine l'uso della pillola ha totalmente modificato il modo di lavoro del ginecologo, mettendolo davanti a nuovi problemi, come sono quelli della gestione della sessualità e della riproduzione.

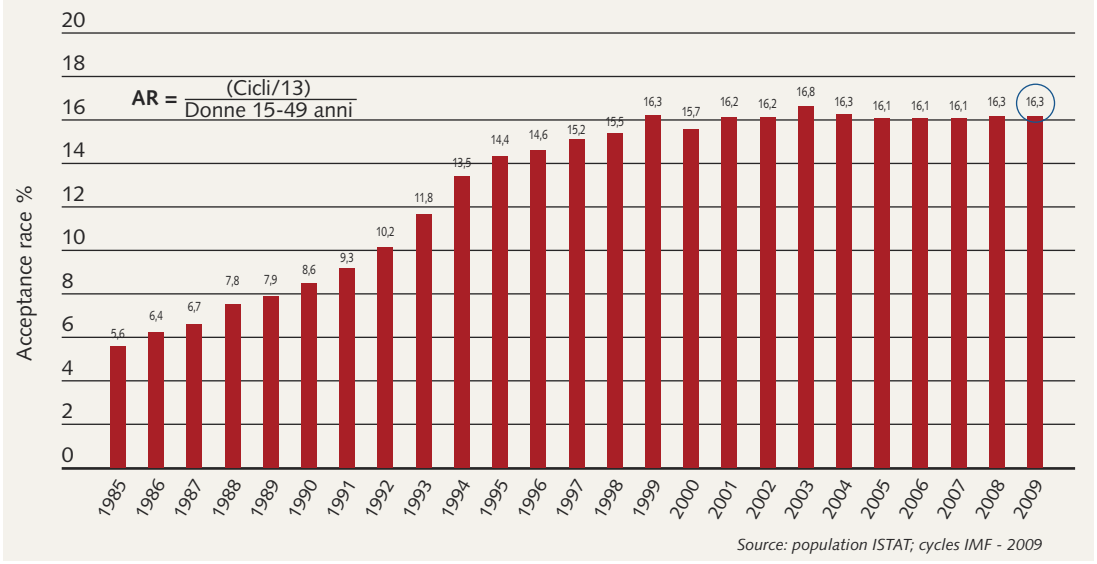
La sua storia in pillole

Come è nato e come si è evoluto questo potente strumento, probabilmente più sconvolgente della guerra mondiale o della bomba atomica?
Comunemente si pensa a Gregory Pincus, e ai suoi collaboratori Chang e Rock, cui si deve probabilmente l'idea di mimare il ciclo mestruale, quando si vogliano evocare i padri della pillola, ai quali vanno certamente aggiunti anche Hohlweg e Inhoffen, che nel 1938 sintetizzarono l'etinilestradiolo in Europa, e Djerassi, che nel 1951 sintetizzò il primo progestnico, il noretisterone. Ma la pillola annovera certamente almeno due madri importanti, i loro nomi sono Margaret Sanger e Katherine McCormick. Margaret Sanger, infermiera americana, fu femminista, socialista, fondatrice della American Birth Control League nel 1921, poi presidente della International Planned Parenthood Federation nel 1953. Katherine McCormick si unì alle battaglie sociali della Sanger, ed essendo benestante poté finanziare le ricerche di Pincus, che sperimentò la CO a Portorico negli anni '50.
Se negli Stati Uniti la contraccezione ormonale fu approvata e commercializzata come tale nel 1960, essa arrivò in Europa nel 1961 e in Italia nel 1965 con il nome di Anovlar. Ma non poteva essere commercializzata come metodo contraccettivo, per cui l'escamotage fu di prescriverla come regolatore del ciclo mestruale. Solo una sentenza della Corte Costituzionale del 1971 ne permise ufficialmente l'uso come regolatore delle nascite.

Da allora è molto cambiata

Sono entrate in commercio nuove formulazioni intramuscolo, sottocutanee, percutanee, transvaginali, alcune apparse solo fugacemente in Italia, ma la via orale continua ad esserne la regina, anche in Italia (la figura accanto ne illustra i dati d'uso in Italia negli anni 1985-2009). Soprattutto si sono ridotte le dosi dell'unico estrogeno finora utlizzato, l'etinilestradiolo, che è passato dai 100 mcgr delle prime formulazioni ai 15-20-30 mcgr di oggi, e si sono ridotte le dosi dei progestinici associati.
I cambiamenti più grandi però sono intervenuti nei progestinici. Essi sono infatti evoluti nelle scelte biochimiche, attraverso generazioni e famiglie, che più recentemente hanno portato ad introdurre e privilegiare nell'uso alcuni progestinici ad effetto antiandrogenico, più apprezzati dalle donne in particolare dalle giovanissime. Tutto ciò – in aggiunta ai già confermati benefici consistenti nella riduzione del 50% di rischio per il cancro dell'ovaio e per quello dell'endometrio, nonché una dimostrata riduzione della mortalità complessiva nelle donne che usano la pillola rispetto a quelle che non la usano – ha portato ad una notevole riduzione dei fe-

Trend nell'utilizzo della pillola in Italia (AR) - Anni 1985-2009



Source: population ISTAT; cycles IMF - 2009

nomeni collaterali negativi, inclusi quelli correlati a trombosi venosa, e ad un plus di benefici come il miglioramento di peluria, pelle grassa e acne, riduzione della percentuale di donne con ritenzione idrica.
I progestinici che più hanno segnato questa evoluzione sono certamente il CPA (ciproterone acetato), usato come termine di riferimento, il DNG (dienogest), il DRSP (drospirenone), il CMA (clormadinone acetato), in ordine decrescente di potenza antiandrogenica.

Il tributo del Time ai 50 anni della pillola

In particolare il DNG è un progestinico che associa i vantaggi dei progesterone derivati e dei 19-nortestosterone derivati. Mentre il DRSP è un progestinico derivato da un diuretico, lo spironolattone, di cui peraltro conserva anche una minima capacità diuretica.
Ambedue questi progestinici hanno segnato e segnano l'evoluzione più recente della CO. Il primo, il DNG, nel 2009 è entrato in una combinazione con l'estradiolo valerato (E2), il primo estrogeno naturale che sostituisce l'etinilestradiolo (EE) nella pillola, rompendo un fronte di 5 decenni in cui l'EE era l'unico estrogeno, pur abbassato progressivamente nelle dosi. Il secondo, il DRSP, è il componente progestinico delle pillole che ormai dominano la più grossa fetta di mercato in Usa e in Europa.
Anche rispetto alla saga della tromboembolia da pillola, uno dei tormentoni che hanno percorso la storia della pillola dagli anni '70, ma che è stata ripresa anche in anni più vicini, recenti ampi studi condotti sia in Europa (EURAS study) che negli Stati Uniti (INGENIX study) hanno dimostrato che le moderne pillole a bassi dosi non hanno un rischio superiore di tromboembolia rispetto alla generazioni precedenti. Va peraltro ricordato che la gravidanza, ancora di più se indesiderata, si accompagna comunque a rischi maggiori di quelli configurati nella pillola.

Le altre evoluzioni

La pillola ha modificato anche il suo modo di assunzione, per cui oggi si offrono alla donna diverse modalità possibili. Il classico regime 21+7, cioé con 7 giorni di pausa, è divenuto 24+4 in alcune pillole, e recentemente anche 26+2. La riduzione del numero dei giorni liberi da ormoni si basa su alcuni presupposti che migliorano la tollerabilità e l'utilizzo del CO, quali la garanzia della completa inibizione follicolare nelle pillole a basse dosi, e la riduzione di alcuni fenomeni ciclo correlati (dolore pelvico, cefalea, tensione al seno, irritabilità, cambiamenti dell'umore, e altro ancora). Infine è sempre più diffuso nella letteratura un altro aspetto innovativo, quello del "regime esteso", con una somministrazione continua dell'EP e salto della pseudo mestruazione, cosa utile in certe situazioni come ipermenorrea o anemia, ma anche per ragioni organizzative personali, come viaggi, vacanze, situazioni di lavoro, e così via.
Infine non si può dimenticare che la pillola ha prodotto anche una figlia "minorenne", che si chiama contraccezione d'emergenza, una seconda possibilità nei casi in cui la contraccezione abbia fallito o sia mancata.
Questa tipo di pillola è evoluta essa stessa dall'uso di un estroprogestinico rubato occasionalmente alla pillola madre verso un progestinico dedicato, che ormai è diffuso in tutto il mondo e che agisce entro 3 giorni dal rapporto presunto fecondante, ed ancora verso un modulatore selettivo dei recettori del progesterone, che può agire fino a 5 giorni, già in commercio in una ventina di paesi. Però di emergenza è e resta, e dovrebbe indicare come percorrere delle esperienze anticoncezionali di lungo periodo.
In questi 50 anni di vita, la pillola, questa piccola pillola per via orale, ha modificato in modo rivoluzionario e silenzioso la vita della donna, della coppia e del mondo, semplicemente introducendo nella società il potere di cambiare la storia riproduttiva della coppia, permettendo di scegliere se, quando e quanti figli fare. Un risultato non da poco. Y

Margaret Sanger, una delle "madri" della pillola anticoncezionale

Presentato al Congresso Europeo di Contraccezione un sondaggio del progetto "Scegli Tu"

La pillola è sempre più amata dalle adolescenti. In calo la contraccezione d'emergenza

La pillola giova alla donna e alla coppia: l'80% delle italiane è convinta che grazie a questo contraccettivo la sua vita sessuale sia migliorata. È d'accordo anche la larga maggioranza di chi non l'ha mai utilizzata nel passato per paura degli ormoni (31%), perché il partner era contrario (27%) o per motivi religiosi (19%). Oggi una su due è pentita di questa scelta e l'81% è convinta che le nuove formulazioni siano sicure, da consigliare alle figlie. I dati dimostrano che sempre più donne le scelgono anche per risolvere fastidiosi problemi femminili. Fra le giovanissime si registra in Italia, come già negli Usa, un boom di Yaz, efficace nel contrastare acne e cellulite e nel curare la sindrome premestruale. Molto amata pure la bio-pillola Klaira, usata a tutte le età e addirittura per un 2% dalle donne dopo i 50. La pillola è dunque considerato un prezioso alleato della salute fisica e sessuale, rispettivamente dal 78% e dal 57% di utilizzatrici e non. Sono i risultati del sondaggio condotto nella prima metà di maggio 2010 dal progetto "Scegli tu" della Società Italiana di Ginecologia e Ostericia (SIGO), presentati all'11° Congresso Europeo della Contraccezione svoltosi all'Aja il 21 maggio scorso.
Le oltre 600 italiane intervistate, tutte dai 40 anni in su, esprimono un giudizio positivo. "Si è parzialmente modificato l'atteggiamento della società ma soprattutto sono cambiate le pillole – afferma la professoressa Alessandra Graziottin, Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica del San Raffaele Resnati di Milano. Chi le ha usate 30 o più anni fa, infatti, per una maggior tranquillità (91%) e frequenza (71%) di rapporti sessuali, ha però sopportato in molti casi effetti indesiderati come ritenzione idrica (83%) o aumento di peso (51%), oggi superati grazie a dosaggi ridotti e nuove formulazioni. Siamo in lento recupero ma le percentuali di utilizzo sono ancora molto basse, pari al 16.3%.
Una buona notizia è che la crescita d'uso della pillola nelle adolescenti si è tradotta nel 2009 nella riduzione del 4,7% della contraccezione d'emergenza, per la prima volta dopo anni di crescita ininterrotta di utilizzo. Un dato di efficacia che premia anche l'impegno di Sigo sul fronte dell'educazione sessuale, sentimentale e contraccettiva delle italiane più giovani.
I dati presentati dagli oltre 3.000 esperti internazionali riuniti all'Aja dimostrano che in larga parte del mondo la contraccezione resta però un bisogno negletto: 80 milioni di donne subiscono gravidanze indesiderate ogni anno, 20 milioni rischiano l'aborto e 68.000 muoiono a causa delle complicazioni di questo intervento.
Il ricorso alla pillola è estremamente diversificato anche nel Vecchio Continente e va dai livelli record dell'Olanda (circa il 50% delle donne la usa) al nostro "misero" 16,3%. "In compenso – come ha ricordato Graziottin - siamo al sesto posto in Europa per consumo di contraccezione di emergenza: 381.000 confezioni utilizzate nel 2008, con una prima inversione di tendenza nel 2009. Una situazione grave, da affrontare con decisione. Se la paura degli ormoni è un po' svanita, restano troppi pregiudizi, distorsioni ideologiche e tabù che da anni ci sforziamo di combattere, anche attraverso progetti educazionali come "Scegli tu" (www.sceglitu.it) per un'informazione scientifica completa in tema di contraccezione e salute riproduttiva".

IN ITALIA

La usa regolarmente il 16% delle italiane. Al primo posto per utilizzo della pillola c'è la Sardegna (31,1%), seguita da Val D'Aosta e Liguria. Agli ultimi posti, Campania (7,9%) e Basilicata (7,6%)

IN EUROPA

Due donne su 3 (il 66%) l'hanno provata almeno una volta. La percentuale più alta (90%) si registra in Germania, Francia e Svezia; molto più bassa in Grecia (24%), Ucraina (27%) e Turchia (26%). L'Italia, con il 68%, è allineata alla media europea.

PRIMATO UE

Il primato europeo spetta all'Olanda, dove il 50 per cento delle donne prende la pillola

Biodiritto: libertà di cura e scelte di fine vita (Prima Parte)

Quella sottile linea rossa

Questo approfondimento nel campo dei diritti fondamentali e della dignità - dal diritto alla vita e all'integrità fisica al diritto alla salute e alla libertà di cura - tutelati a livello nazionale e sovranazionale dalle varie Carte costituzionali, da Trattati e Convenzioni, ci introduce a una riflessione giuridica ed etica sui temi del fine vita e del biotestamento, che proseguirà sul prossimo numero con un confronto con gli ordinamenti di Gran Bretagna e Francia.
Sullo sfondo del dibattito, tecnologie rianimative-conservative sempre più raffinate alimentano la paura, nei casi di malattia terminale, coma o stati vegetativo-persistenti, che possa venir prolungata ad oltranza una vita non più ritenuta degna di essere vissuta

di Vania Cirese
Avvocato Foro di Roma

Il diritto di decidere liberamente la propria morte è stato affermato molti secoli fa da antiche scuole di pensiero e filosofie del passato, come per esempio lo stoicismo. Oggi il "diritto di morire", come libera scelta del paziente (o di chi ne fa le veci) per propria scelta insindacabile, è una rivendicazione moderna o che almeno trova nel "moderno" un ambiente culturale favorevole. Ove per moderno potremmo intendere quella forma di pensiero egemone nato dalla scienza che considera tutto l'essere, anche l'essere-uomo, interamente riducibile a materia, in un orizzonte riduzionista dove un mondo di materia non contiene nessuna norma e l'uomo non incontra di fronte a sé niente di indisponibile. Ma a ben vedere così non è.
Le Carte costituzionali dei vari Stati, la Carta dei diritti fondamentali a livello europeo e internazionale-mondiale, nel riconoscimento del valore dell'uomo e della centralità della persona, evidenziano in modo coerente e convergente come esistano nell'identità/soggettività umana delle componenti indisponibili, in primo luogo il "significato" esistenziale, valoriale della vita.
La vita, condizione di ogni possibile scelta esistenziale e valoriale appartiene all'indisponibile, di conseguenza qualsiasi forma di soppressione della vita (omicidio) è antietica e censurabile sotto il profilo etico e giuridico.
L'art. 2 della Costituzione italiana proclama solennemente che "la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo". Poiché invero la persona umana è portatrice di "diritti" "innati", che l'ordinamento giuridico non attribuisce bensì riconosce, li proclama come "inviolabili" da parte dello Stato, nell'esercizio dei poteri legislativo, esecutivo e giudiziario, assicurando una sfera intangibile non solo contro abusi e arbitri dei pubblici poteri, ma anche nei confronti degli altri consociati.
In questa prospettiva, il codice penale sanziona i "delitti contro la persona" (art. 575 c.p.) trattando in particolare i "delitti contro la vita e l'incolumità personale" e il codice civile detta norme specifiche a tutela dell'integrità fisica (art. 5 c.c.).

I diritti inviolabili: un elenco aperto

L'elenco dei diritti inviolabili è considerato "aperto", essendo ammissibili anche diritti della personalità cosiddetti "atipici"; pertanto la copertura costituzionale è garantita anche a quei diritti che non rientrino nel catalogo ex art. 13 e seguenti e nella norma a "fattispecie aperta", potendo trovare posto anche nuovi diritti di successiva elaborazione giurisprudenziale (ma non è contemplata certo la soppressione o riduzione dei diritti assoluti o fondamentali, che è peraltro impossibile).
Ai fini dell'individuazione dei diritti che nel nostro ordinamento devono considerarsi "inviolabili", un ruolo decisivo svolgono oltre che le disposizioni del diritto interno, anche norme di derivazione extrastatale.
Senza dubbio sono dotati di rango costituzionale i diritti riconosciuti nei Trattati e nelle Convenzioni internazionali. Dalla Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo, del 1948 (art. 3) alla Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali del 1950 (art. 2), alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, del 2000, ecc. Il quadro normativo complessivo evidenzia che lo status di persona, accanto all'attribuzione di capacità giuridica, conferisce all'individuo determinati diritti soggettivi che hanno ad oggetto attributi essenziali della persona umana, ossia i diritti soggettivi della personalità, che sono: essenziali, personalissimi, originari (o innati), assoluti, indisponibili, irrinunciabili.

Il diritto alla salute e all'integrità psico-fisica non è integralmente rimesso all'autodeterminazione del suo titolare, né lo è il suo diritto a rifiutare cure e trattamenti

Il diritto alla vita

Il diritto alla vita (diritto della persona al godimento del fenomeno naturale della propria esistenza) è un diritto sovraordinato rispetto a tutti gli altri, espressamente proclamato dalla dichiarazione delle Nazioni unite (art. 3), dalla Convenzione di Roma (art. 2) e dalla Carta dei diritti fondamentali (art. 2).
Il diritto alla vita si specifica ulteriormente nel "diritto al conseguimento della vita" e nel "diritto alla conservazione della vita"
Il diritto al conseguimento della vita, ossia a nascere sano è un diritto che può essere fatto valere sia nei confronti dei terzi (nessuno può procurare al nascituro lesioni o malattie con comportamento omissivo o commissivo colposo o doloso) sia nei confronti dello Stato (devono essere predisposti tutti gli istituti normativi e tutte le strutture di tutela, cura ed assistenza della maternità idonei a garantire al concepito di nascere sano).
Non è, invece, configurabile un diritto a non nascere (o a non nascere se non sano).
Il diritto alla conservazione della vita, ossia alla conservazione della propria esistenza fisica e, quindi, alla sopravvivenza della persona (nonché godimento della propria esistenza nel suo complesso) è un diritto che deve essere contemperato con gli altri interessi di rango costituzionale e può essere sacrificato laddove sussistano i presupposti dello stato di necessità o della legittima difesa.
La tutela del diritto inviolabile dell'uomo alla vita è dunque assicurata nel sistema costituzionale italiano e internazionale dei diritti dell'uomo.

Il diritto alla salute

Il diritto alla vita va tenuto distinto dal diritto alla salute o all'integrità fisica, al completo benessere fisico, mentale e sociale (così definisce il diritto alla salute l'Organizzazione mondiale della sanità).
La Costituzione italiana qualifica la salute come diritto fondamentale della persona (art. 32 Cost.). Si tratta di un diritto inviolabile e assoluto (al pari degli altri diritti della personalità) al quale corrisponde un obbligo, in capo ai terzi, di astenersi dal tenere comportamenti lesivi del diritto stesso.
Nel suo contenuto tradizionale il diritto alla salute s'identifica con il diritto all'integrità fisica, che può essere fatto valere nei confronti dei terzi (*erga omnes*) i quali devono astenersi dal tenere condotte che comportino ad altri sofferenze, malattie o menomazioni.
In un'ottica solidaristica, il diritto alla salute consiste nel diritto all'assistenza sanitaria, che può essere fatto valere nei confronti dello Stato e, in generale, delle strutture pubbliche.
Nell'ambito dei cosiddetti diritti fondamentali si usa distinguere tra i diritti della personalità e le libertà fondamentali. Accanto al diritto alla vita e all'integrità fisica, figura pertanto la libertà personale, come diritto del singolo a non subire coercizioni fisiche o morali (art. 13 Cost., art. 23 cost.) – diritto irrinunciabile, tutelato *erga omnes*, che assume limitazioni per atto motivato dell'autorità giudiziaria nei soli casi e modi previsti dalla legge (riserva di legge, riserva dell'autorità giudiziaria, obbligo di motivazione).
L'art. 32 della Costituzione sancisce e tutela il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse primario della collettività, come diritto al rispetto dell'integrità psico-fisica, valido *erga omnes*, come diritto all'assistenza sanitaria vantato nei confronti dello Stato (Ssn).
L'art. 3, comma 1, della "Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea" proclama oggi che "ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica" e il trattato di Lisbona determina un rafforzamento degli standard di protezione dei diritti fondamentali nell'ordinamento dell'Unione.
Tale diritto implica, per tutti i consociati, l'obbligo d'astensione da condotte che possano cagionare ad altri malattie, infermità o menomazioni: obbligo presidiato – oltre che da sanzioni penali (artt. 581, 582, 583, 590 c.p.) – anche sul piano risarcitorio (artt. 1218 ss. e 2043 ss. c.c.).

L'autoderminazione non è assoluta

Se è tutelato nei confronti dei terzi, il diritto alla vita non lo è, in concreto, nei confronti del di-

retto interessato: nessuna sanzione consegue, infatti, al suicidio. Costituiscono peraltro reato (art. 580 c.p.) – e integrano gli estremi dell'illecito civile, con conseguente obbligo risarcitorio (ex artt. 2043 ss. c.c.) – le condotte di chi determini altri al suicidio, ovvero ne rafforzi i propositi suicidi, ovvero ancora agevoli in qualche modo l'esecuzione di detti propositi (c.d. istigazione o aiuto al suicidio). Del pari, costituisce reato (art. 579 c.p.) – e illecito civile (art. 2043 c.c.) – la condotta di chi cagiona ad altri la morte, seppure con il di lui consenso (c.d. omicidio del consenziente).

Il diritto alla salute e all'integrità psico-fisica, dunque, se trova tutela nei confronti dei terzi è invece rimesso, in linea di principio, all'autodeterminazione del suo titolare.

"Nessuno – dispone infatti l'art. 32, comma 1, Cost. – può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge". (Si tratta normalmente delle necessità di tutelare l'interesse superiore alla protezione della collettività).

Al di fuori dei casi (eccezionali) in cui risultino imposti per legge, "gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari" (art. 1, comma 1, L. n. 180/1978) (c.d. principio di autodeterminazione): e dunque richiedono il consenso dell'avente diritto, che – se in stato di piena capacità legale e naturale – ben potrebbe legittimamente opporre un rifiuto alle cure.

Per poter consentire o rifiutare cure e trattamenti sanitari esprimendo la sua volontà, é necessario che il paziente venga correttamente, chiaramente ed esaustivamente informato dal medico (c.d. consenso informato) sulle cure, sui rischi prevedibili, sulle possibili alternative, sulle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Nell'ipotesi in cui un paziente sia invece un incapace legale (ad es. un minore d'età), il consenso deve essere dato dal suo rappresentante legale (nel nostro esempio, dai genitori artt. 315 ss. c.c. e, in particolare, art. 316, comma 4, c.c.). Peraltro, trattandosi di proteggere la vita e la salute dell'incapace, il consenso sarà doveroso quando l'intervento sia obiettivamente utile.

L'eventuale diniego ingiustificato del consenso potrà essere superato ai sensi degli artt. 333, 424 e 384 c.c.

Occorre però sgomberare il campo da un equivoco di fondo, poiché si sente molto esaltare il diritto di libertà/autodeterminazione del paziente senza mettere in correlazione tale diritto con quello (fondamentale, inviolabile, indisponibile, sovraordinato), della vita, né con l'obbligo di cure che grava sul medico, che riveste una posizione di garanzia del bene vita e salute nei confronti del paziente; né con il divieto sancito a livello penale di sopprimere la vita.

Il diritto alla salute e all'integrità psico-fisica non è, invero, integralmente rimesso all'autodeterminazione del suo titolare: né lo è il suo diritto a rifiutare cure e trattamenti. La condotta non deve essere contraria alla legge. Infatti, i limiti al potere di autodeterminazione in ordine agli atti dispositivi del proprio corpo sono dalla legge posti a tutela e nell'interesse dell'avente diritto: non possono certo fungere, in contrasto con la propria funzione, da impedimento a trattamenti medico-chirurgici necessari a preservarne la salute o, addirittura, la vita.

L'orientamento a tutela della vita è sancito a livello europeo od internazionale e non certo solo in Italia.

Ciò spiega perché, nell'ipotesi in cui il paziente legalmente capace si trovi in stato di incoscienza, il medico debba procedere a far quanto necessario per salvargli la vita, stante l'impossibilità di raccoglierne il volere nell'urgenza, altrimenti il sanitario è penalmente perseguibile.

Problematiche giuridiche della Bioetica

Il richiamo a diritti assoluti della personalità, diritti inviolabili, fondamentali (pertanto anche indisponibili) quali quello alla vita, all'integrità fisica e alla salute, all'autodeterminazione del paziente – diritti che implicano obblighi *erga omnes* presidiati a livello civile, penale, costituzionale, internazionale – pone il problema di una disciplina che contemperi gli interessi normativamente tutelati dalle diverse disposizioni di legge nella necessità di:

- di salvaguardare il bene della vita, evitando l'accanimento terapeutico nei casi limite
- contemperare la libertà e autodeterminazione del paziente con il dovere di curare da parte dell'operatore sanitario, portatore di una "posizione di garanzia", nei confronti del bene salute e della vita del paziente
- disciplinare l'intervento nei casi di urgenza per cure e interventi salvavita a prescindere del consenso informato
- distinguere le ipotesi di trattamenti sanitari al di fuori dei casi di emergenza o urgenza (c.d. di "elezione" o programmati)
- predisporre adeguata tutela nei confronti dei minori ed incapaci
- predisporre adeguata tutela, assistenza dei malati terminali, in coma, o i c.d. stati "vegetativo-persistente".

Va chiarito che se da un lato non si può condividere un trattamento rianimativo della vita o conservativo ad oltranza, quando le cure si appalesino un inutile accanimento terapeutico, d'altro canto non può consentirsi al paziente di rifiutare cure salvavita, perché ciò costituirebbe illecito, civile e penale, violazione di un diritto fondamentale consacrato a livello nazionale e internazionale ed esporrebbe i sanitari al pericolo di un processo penale (omicidio del consenziente, aiuto al suicidio, omissione di soccorso, omissione di atti d'ufficio).

Il biotestamento

L'evoluzione di una patologia irreversibile – che l'utilizzazione di sempre più progredite tecniche medicali consente di rallentare, con il risultato di un prolungamento della condizione di sofferenza del malato prima del suo inevitabile decesso, comporta spesso il sopravvivere di uno stato di infermità di mente, che impedisce al paziente di rifiutare il c.d. accanimento terapeutico (ad es. trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali, che impediscono una normale vita di relazione). Per questa ragione ha preso corpo nel nostro Paese un sempre più vasto movimento d'opinione tendente ad un intervento del legislatore, che riconosca efficacia vincolante alle dichiarazioni rese preventivamente dal paziente – per l'eventualità in cui lo stesso dovesse perdere, in futuro, la capacità di intendere o di volere a seguito della sopravvenienza di una malattia sicuramente o probabilmente irreversibile – in ordine alla propria volontà di essere o meno assoggettato a trattamenti sanitari volti a prolungarne la sopravvivenza (c.d. testamento biologico).

Le dichiarazioni anticipate di trattamento, il cosiddetto testamento biologico o *living will* –esternate in un periodo di forze e salute, in cui si manifesta la volontà di una precoce interruzione di una " vita diminuita" – sono state oggetto di ampio dibattito in numerosi Paesi, che ne ha messo in luce le gravi difficoltà di affidabilità e certezza. E già la Gran Bretagna ha sentito l'esigenza di un ancoraggio a parametri meno incerti e più obiettivi, respingendo comunque l'eutanasia.

L'eutanasia

La prima osservazione in merito all'eutanasia è che nell'orizzonte del moderno il problema dell'eutanasia attiva, commissiva, dovrebbe a poco a poco sparire. Se infatti con eutanasia attiva s'intende, restrittivamente, la somministrazione della morte come unico rimedio ad una sofferenza intollerabile in situazione clinicamente terminale, allora il progresso farmacologico, apprestando analgesici e rimedi palliativi sempre più perfetti, tali cioè da abolire il dolore senza bisogno di abolire la coscienza, dovrebbe tendere a superare in radice, come arcaico, il problema, che persisterebbe solo in casi eccezionali di mancanza di assistenza sanitaria o nell'area del sottosviluppo.

Nei paesi che si sono di più dedicati a tale tema, pur nella diversità degli ordinamenti (*civil law - common law*, ossia prevalenza della legislazione e di contro prevalenza della giurisprudenza es. Gran Bretagna e Francia) l'eutanasia non è legale, bensì reato e ciò pone un limite alla volontà del paziente che non è concepita come arbitraria e assoluta. I movimenti di opinione sostenitori della totale prevalenza dell'autodeterminazione del paziente contrastano con principi (oltre che etici) giuridici, patrimonio comune, universale.

Le leggi che hanno recepito e consacrato principi dapprima enunciati dalla giurisprudenza: Olanda (2001), Belgio (2002), Australia (1996) come si evince dai lavori preparatori, audizioni e dibattiti che le hanno precedute, sono state mosse più dal sentimento di pietà verso il paziente (*patient-mercy*), che dalla valorizzazione della "libera" scelta del paziente (autodeterminazione, *patient autonomy*). Va poi notato l'assoluto rigore di tali disposizioni di legge che mai contemplano la volontà del paziente come unico requisito. Esse infatti hanno sempre considerato la necessità della sussistenza contemporanea di altri elementi tra cui: l'assenza di soluzioni alternative, prognosi e diagnosi certe, insopportabili sofferenze del paziente ("*Lasting-unberable suffering*"; *"persistent, unberable pain wich cannot be alleviated"; "experience pain to an extent unacceptable*").

Si tratta di leggi assai rigorose nei parametri di applicazione.

▶ Segue a pagina 22

Medical malpractice & Tribunali

La prassi della richiesta di un consulente di ufficio *extra districtum* è corretta?

di Carlo Cincotti
Avvocato, Foro di Napoli

Come garantire terzietà e imparzialità, assicurando alla Giustizia le migliori consulenze tecniche. Senza ricorrere ad una prassi poco rispettosa del ruolo del Giudice e della professionalità del Consulente d'Ufficio

Non sfugge o non è sfuggito a coloro che frequentano le aule dei Tribunali, come avvocati o come consulenti o a volte come parti, che sempre più spesso si assiste nei casi di presunta *medical malpractice* che una delle parti chieda al giudice che il Consulente Tecnico d'Ufficio (Ctu) venga nominato *extra districtum*. A sommesso avviso di chi scrive, questa prassi, a prescindere anche da un vago concetto di legittima suspicione, mina i principi cardine del nostro processo civile.
Infatti, i principi della consulenza tecnica d'ufficio si basano, com'è noto, sui seguenti postulati:
1) che il consulente nominato d'ufficio sia un ausiliare del giudice e, in quanto tale, terzo e imparziale;
2) che il consulente nominato non solo sia competente, ma goda della fiducia e della stima del giudice che lo ha designato;
3) che il giudice è *peritus peritorum*.

In realtà, volendo leggere tra le righe, chiedendo che venga nominato, di principio, un consulente da ricercarsi al di fuori del distretto della Corte di Appello di dove si è verificato l'intervento medico, si afferma che:
a) il consulente d'ufficio potrebbe non essere imparziale;
b) il consulente potrebbe non meritare l'incarico affidato;
c) ma soprattutto il giudice potrebbe non riuscire a supervisionare l'elaborato peritale.

Ci si rende subito conto come ciò non è ammissibile.
Gli orecchianti che sempre più spesso operano nei tribunali ripetono fino alla nausea che la Consulenza Tecnica d'Ufficio non è un mezzo di prova. In realtà "la consulenza tecnica" é un mezzo istruttorio sottratto alla disponibilità delle parti e affidato al prudente apprezzamento del giudice del merito" (ex multis Corte di Appello di Torino 21/04/2004).
Con la doverosa premessa che il Consulente Tecnico d'Ufficio è un ausiliario del Giudice, si può (rectius) si deve interpretare il suo ruolo e il frutto del suo lavoro come producenti effetti solo ed esclusivamente dopo la validazione del giudice che, anche a seguito di censura critica della Consulenza Tecnica d'Ufficio effettuata dai consulenti delle parti, può disattendere le conclusioni della consulenza e formarsi, in difformità dall'elaborato peritale, il suo libero convincimento.

È tempo che le Società scientifiche coadiuvino il magistrato nella scelta del consulente, mettendo a sua disposizione un ventaglio di nomi lontani da condizionamenti e dotati delle migliori competenze

In altri termini, si può affermare che il prudente apprezzamento del giudice non si deve basare esclusivamente sull'opera del consulente d'ufficio ma può e deve tenere in considerazione anche i consulenti delle parti.
Relativamente ai consulenti di parte, occorre chiedersi se essi siano affidabili per la decisione finale o se nello svolgimento della loro funzione possono travalicare anche i limiti assegnati dalle cosiddette regole dell'arte. Ovvero il Consulente Tecnico di Parte, pur nel rispetto della teoria della prospettazione, può formulare affermazioni anche contro la verità scientifica per favorire il proprio committente e portare a casa il risultato richiesto?
Un consulente tecnico di parte che sia un consulente nel pieno rispetto del termine sa bene che il risultato cui è diretto l'interesse della parte committente resta

al di fuori del contenuto dell'obbligazione del consulente tecnico che l'assiste, cosicché la sua mancata realizzazione al termine del giudizio non costituisce, di certo, inadempimento del consulente. Quindi l'attività del Consulente Tecnico di Parte non può essere ricondotta alla categoria dell'obbligazione di risultato, ma deve essere considerata quale obbligazione di mezzi alla stregua dell'attività del procuratore legale, ma si concreta nell'incarico di fornire "gli elementi di valutazione necessari e i suggerimenti opportuni onde poter adottare consapevoli decisioni a seguito d'un apprezzamento ponderato di rischi e vantaggi" (Cass., 14 novembre 2002, n. 16023).
Orbene, se l'opera del consulente di Ufficio è sottoposto al vaglio del giudice e il giudice stesso è coadiuvato dall'operato dei consulenti di Parte che, nel rispetto dei ruoli, forniscono ulteriori elementi di giudizio, la richiesta di un tecnico *extra districtum* si giustifica, allora, all'unico fine di evitare "condizionamenti" dovuti alla comune sfera territoriale di esercizio della professione medica tra il Consulente Tecnico d'Ufficio e il convenuto nel giudizio, ad esempio, per responsabilità medica.
Balza agli occhi che la richiesta di nomina di un tecnico *extra districtum* non sia la soluzione sia in ordine alla professionalità sia alla imparzialità; migrazioni universitarie, convegni e congressi possono nullificare questa precauzione.

L'apporto delle società scientifiche

Alla luce di quanto sopra, pertanto, appare, la richiesta di nomina del consulente *extra districtum* veramente poco rispettosa del ruolo del Giudice e della professionalità del Consulente d'Ufficio.
Se ciò è vero, come è vero, si apre la strada alle Società scientifiche di coadiuvare il magistrato nella scelta del consulente, mettendo a sua disposizione un ventaglio di nomi lontani da condizionamenti e dotati della necessaria capacità tecnica professionale per adempiere il loro mandato.
Il magistrato dovrebbe chiedere alla Società scientifica di riferimento del medico convenuto in giudizio una rosa di nomi che la Società scientifica dovrebbe fornirgli dopo aver preventivamente eseguito un'operazione di screening nella scelta dei nomi, per assicurare non solo competenza specifica, ma anche per eliminare amicizie e/o inimicizie tra il Consulente e il soggetto sottoposto a giudizio.
Le Società scientifiche farebbero così da garanti di terzietà e imparzialità e assicurerebbero alla Giustizia delle consulenze non solo imparziali ma sicuramente effettuate dai professionisti più accorsati e dotati delle migliori competenze. Y

▶ Segue da pagina 21

Non è di poco conto poi che siano state emesse negli anni Novanta ovvero in un periodo in cui la scienza medica ancora non dava adeguato sostegno alla sofferenza del paziente. Oggi queste sono considerate prime, insoddisfacenti risposte in un contesto in cui non erano così sviluppate le tecniche palliative, il trattamento del dolore, l'enorme progresso della scienza e della tecnica in materia di cui possiamo godere oggi, predisponendo strutture adeguate a sostenere i pazienti e le loro famiglie solidalmente.
Nell'esperienza dei paesi che hanno legalizzato l'eutanasia, la *ratio legis* è stata l'esigenza di ovviare a sofferenze non sostenibili e non evitabili. Inoltre è stata avvertita la preoccupazione di evitare possibili (intollerabili) suggestioni/manipolazioni di questi pazienti particolarmente esposti e vulnerabili, da parte di terzi, (dalla struttura che può non volere sostenere costi "inutili"; ai parenti per i quali il malato costituisce un onere troppo gravoso sotto il profilo morale, economico, di stress e si trovano nell'impossibilità di accettare la malattia e fornire sostegno solidale, anche perché troppo spesso non aiutati dalla società e dalle strutture sanitarie).
Gli articoli, i dibattiti, i lavori preparatori delle leggi, le sentenze hanno evidenziato gradualmente la necessità di maggior tutela contro le richieste di eutanasia non "genuine" e le ripercussioni negative sul rapporto medico-paziente, poiché compito del medico e del servizio sanitario è curare e non procurare morti anticipate.

Prosegue sul prossimo numero la seconda parte dell'articolo dedicata a un approfondimento sulle scelte del fine vita negli ordinamenti di Gran Bretagna e Francia

La maggioranza dei paesi oggi ritiene, oltre che illecita e contraria ai diritti fondamentali, anche superata la motivazione in favore dell'eutanasia (risparmiare al paziente intollerabili sofferenze prima di una morte inevitabile cui si sta avviando), orientandosi verso lo sforzo di incrementare strutture e personale deputato a sostenere, con la dovuta assistenza solidalmente, questi malati e le loro famiglie, chiamando in causa un doveroso coinvolgimento socio-sanitario. La maggior parte dei paesi distingue, condannandole, l'eutanasia e l'assistenza al suicidio, dalla sospensione di cure obiettivamente non più utili nell'imminenza della morte o in quegli stadi di malattia qualificabili come irreversibili (coma, stato vegetativo persistente, ecc.), che costituirebbero "accanimento terapeutico". Y

Responsabilità professionale

Lesioni del feto conseguenti a manovre ostetriche

La lesione di un organo fetale con conseguente decesso del feto dopo la nascita a seguito della manovra di Kristeller è un'evenienza estremamente rara, che merita di essere illustrata alla luce di questo caso clinico oggetto di studio da parte della Scuola di Medicina Legale dell'Università di Genova

di Pier Francesco Tropea

È di non raro riscontro nelle relazioni tecniche dei periti (d'ufficio o di parte), chiamati ad esprimere un parere in sede di Giudizio penale o civile concernente l'operato del medico, il riferimento a manovre strumentali che, ad onta della loro utilizzazione nella pratica clinica, sono tuttora discusse in ordine all'efficacia e soprattutto all'assenza di rischi o inconvenienti per il paziente. Un esempio paradigmatico in ambito ostetrico è rappresentato dalla cosiddetta manovra di Kristeller, cui si fa assai frequentemente ricorso in sala da parto, sebbene siano noti i margini di pericolosità di tale tecnicismo, al punto che da parte di alcuni autori viene fatto espresso divieto di praticare tale manovra, onde evitare i rischi ad essa connessi.

Gli inconvenienti segnalati sono di vario tipo, e riguardano sia la madre che, in misura più ridotta, il feto – questi ultimi essendo poco noti rispetto a quelli concernenti la gestante, le complicanze potendo giungere fino alle lesioni della parete uterina culminanti, in rari casi, nella rottura dell'utero.

Manovra di Kristeller e rischi materni

Nel novero dei rischi materni, va ricordato che la manovra di Kristeller può essere causa di lesioni vaginali o perineali (legate ad una troppo rapida fuoriuscita del feto conseguente ad una eccessiva pressione esercitata dall'operatore) o dal distacco parziale di placenta cui consegua una immissione di materiale tromboplastinico nel torrente circolatorio della gestante con il rischio dell'istaurarsi di una coagulopatia da consumo. Per tale motivo viene raccomandato di praticare la manovra di Kristeller esclusivamente nel corso di una contrazione uterina, esercitando la pressione sul fondo uterino in modo non violento e limitando l'esecuzione di tale manovra ad un numero limitato di tentativi (non superiore a 10), intervallati da pause di 1-3 minuti.

La Kristeller presenta una sua indicazione nei casi in cui appaia indispensabile accelerare il periodo espulsivo in presenza di una ipocinesi uterina o di una deficitaria "spinta" da parto della gestante in fase espulsiva avanzata, laddove una prolungata permanenza della parte presentata profondamente impegnata nello scavo pelvico rischi di innescare una sofferenza del feto stesso. Un'altra indicazione del ricorso alla manovra di Kristeller è costituita da una sopravvenuta difficoltà nell'espulsione delle spalle, conseguente ad una macrosomia fetale o comunque, anche in assenza di quest'ultima, nel caso di una "distocia di spalla" che, come è noto, può istaurarsi indipendentemente dalle eccessive misure diametriche del feto e quindi anche in presenza di feti con valori ponderali uguali o inferiori alla norma.

Esistono condizioni permittenti che consentono l'esecuzione della manovra di Kristeller, rappresentate dalla dilatazione completa, dalla presenza di una parte presentata profondamente impegnata nello scavo, con esclusione di una sproporzione fetopelvica ed in assenza di una sovradistensione del segmento inferiore uterino, il che potrebbe costituire un rischio di rottura d'utero.

Per i motivi suddetti, l'operatore deve adoperare una estrema cautela nel ricorso alla manovra in oggetto, rispettando le indicazioni più sopra elencate e tenendo nel debito conto le possibili complicanze connesse con l'esecuzione di tale manovra tecnica.

Kristeller e rischio fetale

Più rari, ed in definitiva meno definiti, risultano i rischi fetali legati alla Kristeller, ove si escludano le conseguenze spesso letali a carico del feto di un distacco di placenta normalmente inserta, provocato da una pressione troppo energica esercitata incronguamente sull'utero da parte dell'Ostetrico.

Che la manovra di Kristeller possa provocare una lesione di un organo fetale con conseguente decesso del feto dopo la nascita costituisce evenienza estremamente rara che merita di essere illustrata alla luce di un caso clinico oggetto di studio da parte della Scuola di Medicina Legale dell'Università di Genova (Ventura e Coll.).

Il caso

Dopo alcune ore dal parto, avvenuto in modo spontaneo, il neonato, apparentemente in buone condizioni, in fase immediatamente postnatale presenta uno shock circolatorio che in poche ore conduce all'exitus, nonostante il trattamento rianimatorio prontamente instaurato. In assenza di cause evidenti che possano spiegare il decesso del neonato, e a seguito di una denuncia giudiziaria, viene praticata un'autopsia che evidenzia un cospicuo emoperitoneo da rottura della glissoniana epatica con formazione di un ematoma sottoglissoniano, non essendo stata repertata nessuna lesione vascolare del fegato fetale.

Nel caso in oggetto è stato necessario procedere ad una approfondita analisi medico-legale concernente le possibili cause della produzione di un ematoma sottoglissoniano nel neonato e ciò al fine di definire eventuali profili di responsabilità del personale sanitario incaricato rispettivamente dell'assistenza al parto e della cura del neonato.

Innanzitutto è stata esclusa la presenza di un angioma in sede epatica, la cui rottura può determinare l'ematoma sottoglissoniano. Inoltre è stata presa in considerazione, in sede di accertamento peritale autoptico, la possibilità di un distress acuto fetale, quale causa patogenetica del quadro emorragico suddescritto. Tale ipotesi non è stata considerata sostenibile nel nostro caso, in ragione dell'assenza di lesioni emorragiche a carico di altri organi che caratterizzano l'evidenza del distress acuto del neonato.

In letteratura è descritta la possibilità del verificarsi di un'emorragia epatica sottocapsulare riscontrabile in epoca perinatale nel neonato prematuro o nel caso, invero abbastanza raro, di patologie gravidiche o di complicanze ostetriche in corso di travaglio di parto. È altresì segnalata l'evenienza dell'emorragia epatica sottoglissoniana riferibile a manovre assistenziali traumatiche, come l'intubazione endotracheale, praticate subito dopo la nascita.

In assenza delle cause patogenetiche sopra riportate, che l'autopsia nel nostro caso ha decisamente escluso, l'origine della lacerazione epatica neonatale con cospicuo emoperitoneo cui ha fatto seguito il decesso del feto per shock emorragico, è stata individuata dai periti nella manovra di Kristeller, ripetutamente praticata in ragione della difficoltosa espulsione del feto.

Sotto il profilo giudiziario, stante il coinvolgimento dei medici chiamati a rispondere della propria condotta, è interessante notare che la morte del neonato è stata considerata come conseguente ad un evento imprevedibile e comunque non in relazione casuale con l'operato dei sanitari curanti.

A tal proposito, è stato affermato in sede scientifica che la patologia occorsa nel caso in esame presentava margini di gravità tali da doverla considerare non reversibile e ciò sia per la gravità del quadro clinico, sia per l'estrema rarità della sindrome stessa che rende estremamente difficile una diagnosi precoce di tale patologia, in una fase cioè in cui possa esistere ancora la concreta possibilità di un intervento chirurgico ad esito favorevole. Per tal motivo non sono stati evidenziati profili di responsabilità colposa a carico dei vari medici succedutisi nell'assistenza della puerpera e del neonato in oggetto.

Il caso qui riportato ha meritato una segnalazione non soltanto per la sua eccezionalità, quanto per il meccanismo patogenetico precisamente documentato attraverso un accurato esame anatomo-patologico, che ha chiarito le modalità dell'istaurarsi della grave lesione riscontrata nel neonato, causa esclusiva dell'exitus di quest'ultimo.

Inoltre la descrizione di questo caso, sottoposto all'attenzione dell'Autorità giudiziaria, offre lo spunto per raccomandare ai Ginecologi di ricorrere alla manovra di Kristeller solo in presenza di una reale indicazione, adoperando estrema cautela da parte dell'operatore sanitario, onde evitare l'insorgenza di complicanze materno-fetali, con le connesse sequele giudiziarie dall'esito imprevedibile.

La descrizione di questo caso offre lo spunto per raccomandare ai ginecologi di ricorrere alla manovra di Kristeller solo in presenza di una reale indicazione

A Terni il primo Simposio internazionale italo-russo di chirurgia

Dalla Russia con il bisturi

di Maurizio Silvestri

Alcuni tra i più illustri rappresentanti delle Scuole di chirurgia russa e italiana hanno dato vita a Terni, il 15 e 16 aprile scorso, al primo International symposium Italian-Russian congress of surgery. Un'occasione importante di confronto, arricchito da una diretta con le sale operatorie di Perugia, Terni, Foligno e Aviano. E da una sessione aperta al pubblico sui temi della responsabilità professionale. Il "secondo round" dell'incontro è previsto per il prossimo luglio, quando sarà il bisturi italiano ad andare a San Pietroburgo

Due importanti Scuole di chirurgia a congresso. Da una collaborazione, nata quasi per caso (come talvolta avviene) è sorta una fruttuosa collaborazione che si è concretizzata nel primo Simposio internazionale italo-russo di chirurgia. A presiederlo, Michele d'Ajello, responsabile della S.S.D. di Chirurgia Tiroidea e Paratiroidea dell'Ospedale di Terni, e Anatoly F. Romanchishen, capo Dipartimento di Chirurgia Generale ed Endocrina della Saint Petersburg Pediatric Medical Academy, una delle più antiche e prestigiose Accademie Mediche Russe. Al meeting, coordinato dalla dottoressa Yulia Rybina responsabile della Dioniso Edizioni, hanno collaborato anche Giulio Martines e Maurizio Silvestri, rispettivamente direttore e dirigente della S.C. di Ostetricia e Ginecologia di Spoleto, e Fabio d'Ajello, chirurgo a Terni, che ha curato l'ottimo programma scientifico.
Nel corso dei lavori, una *live surgery*, in diretta con le sale operatorie di Perugia, Terni, Foligno e Aviano, ha arricchito il confronto tra le due importanti scuole di chirurgia. Il presidente italiano del convegno, il dottor Michele d'Ajello, chirurgo ospedaliero, napoletano di nascita ma da anni responsabile a Terni della Struttura Dipartimentale di Chirurgia Tiroidea e Paratiroidea dell'Area Funzionale Omogenea Interaziendale di Endocrinochirurgia del Collo e Tessuti Molli (organizzazione che permette ai pazienti, attraverso la mobilità dei professionisti di accedere allo stesso standard assistenziale nei principali presidi ospedalieri della Regione Umbria) ha effettuato in diretta un intervento di Paratiroidectomia per Iperparatiroidismo Primitivo con metodica tradizionale e uno con metodica Mininvasiva Videoassistita Radioguidata.

In diretta da Aviano

Anche alla chirurgia ginecologica ospedaliera italiana è stato riservato un adeguato spazio, con una intera sessione dedicata al trattamento del cancro ovarico avanzato che ha previsto il collegamento in diretta con la sala operatoria della Divisione di oncologia chirurgica ginecologica del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, diretta da Elio Campagnutta.
L'equipe chirurgica, che ha effettuato l'intervento su una paziente con neoplasia ovarica al IV stadio, era composta da Giorgio Giorda, del C.R.O., dal direttore della S.C. di Ostetricia e Ginecologia del P.O. di Spoleto, Giulio Martines, e da Fernando Calcagnile, della S.C. di ostetricia e ginecologia del P.O. di Gorizia, diretta da Carmine Gigli.
Il dottor Maurizio Silvestri, in sala, ha presentato il caso clinico e la strategia dell'intervento, mentre Elio Campagnutta e Giorgio Giorda, da Aviano, hanno interloquito con i professori Giorgio De Toma e G. Noya (rispettivamente direttore della I Clinica Chirurgica "P. Valdoni" dell'Università "La Sapienza" di Roma e direttore del Dipartimento di Scienze Chirurgiche dell'Università di Perugia) che hanno brillantemente moderato la sessione.
La collaborazione tra la ginecologia di Aviano, Gorizia e Spoleto nasce a seguito della partecipazione di ginecologi di Spoleto ai corsi di chirurgia radicale addominopelvica in oncologia ginecologica organizzati dall'Aogoi e dalla S.O.C. di oncologia chirurgica ginecologica dell'istituto nazionale tumori C.R.O. di Aviano.
A concludere la due-giorni è stata una sessione, aperta al pubblico, dedicata alle problematiche della responsabilità medica. Al vivace confronto sulle norme che regolano la responsabilità professionale in Russia e in Italia hanno preso parte anche il presidente Fesmed Carmine Gigli, il procuratore di Terni Fausto Cardella, il medico legale Carloni e Maurizio Silvestri.
A completare questo primo incontro italo-russo di chirurgia a Terni, sarà la visita del bisturi italiano in Russia, il prossimo 1°-2 luglio, a San Pietroburgo.

Nomi illustri della Chirurgia

Siamo lieti di ricordare alcuni tra i più importanti rappresentanti delle scuole di chirurgia russa e italiana che sono stati relatori e moderatori del congresso di Terni:
V. G. Aristarkov, Capo dipartimento di Chirurgia dell'Università di Pavlov, Ryazan, Russia; F. G. Chiesa, Capo Dipartimento della Chirurgia Testa-Collo Istituto Europeo di Oncologia (Mi); G. De Toma, Università "La Sapienza" Roma, H. Y. Kim, professore Associato Korea University College of Medicine, Seoul, Esperto di Chirurgia Robotica del collo; A. Parisi, Azienda Ospedaliera di Terni; L. Presenti, Ospedale di Olbia; N. Avenia Direttore dell'area interaziendale di endocrino-chirurgia del collo della regione Umbria, G. Randolph, Capo dipartimento della Chirurgia Testa-Collo, Massachussets Hospital, Harvard Medical School, Boston; A. F. Romanchishen, Saint-Petersburg State Pediatric, Academy; L. Rosato, Presidente emerito Club delle UEC Azienda Ospedaliera di Ivrea; A. F. Urmancheeva, Capo Dipartimento Ginecologia Institute N. N. Petrov, Saint-Petersburg; R. Vincenti, Presidente ACOI, Napoli; V. A. Yudin, Professore Ordinario di Chirurgia, Dipartimento di Chirurgia Generale, Università di Pavlov, Ryazan; L. Zarrilli, Già Professore Ordinario di Chirurgia, fondatore del primo dipartimento multidisciplinare di endocrinochirurgia, Università "Federico II" di Napoli.

Nella foto (da sinistra): Giulio Martines, Michele d'Ajello, Yulia Rybina, Nicola Avenia, Fabio d'Ajello e Maurizio Silvestri

Cro: un centro di eccellenza per l'oncologia ginecologica

Il Centro di Riferimento Oncologico (Cro) di Aviano (Pn) è uno degli Istituti scientifici nazionali che comprende al suo interno una Divisione di Oncologia Chirurgica Ginecologica. Tale Unità Operativa Complessa è attiva dal 1990. Il dottor Carlo Scarabelli vi ha dedicato le sue migliori energie per introdurre stimoli di ricerca chirurgica integrata (eviscerazioni pelviche, resezioni intestinali, splenectomie etc.), in particolar modo nel settore delle forme avanzate del cancro ovarico e della portio e nelle recidive di ogni tipo di neoplasia ginecologica.
Dal 2002 l'Unità è diretta dal dottor Elio Campagnutta, che ha raccolto l'eredità di Scarabelli continuando la ricerca chirurgica associata al trattamento chemioterapico o radioterapico (chemioipertermia, radioterapia intraoperatoria etc.). In seno alla sua equipe, il dottor Francesco Sopracordevole coordina tutte le attività di prevenzione e diagnosi precoce delle neoplasie del basso tratto genitale (screening, laser terapia etc.) mentre il dottor Giorgio Giorda si dedica alla chirurgia retroperitoneale, eviscerativa e dell'alto addome, specie nel cancro ovarico avanzato o nelle recidive di ogni neoplasia ginecologica. Giorda è responsabile anche della chirurgia laparoscopica, che in molti casi può sostituire la chirurgia classica specie nelle forme neoplastiche non avanzate.

IL CONVEGNO HA AVUTO IL PATROCINIO, DELLA S.I.C., A.C.O.I., CLUB DELL'U.E.C., S.I.C.O., S.I.E., S.I.E.C., A.O.G.O.I., FESMED, FONDAZIONE CONFALONIERI RAGONESE

CCNL: aumenti mensili e arretrati maturati

È operativo il nuovo contratto di lavoro

di Carmine Gigli
Presidente FESMED

Superato il pesante ostacolo che la Corte dei Conti ha posto alla conclusione della trattativa, il 6 maggio scorso le parti si sono ritrovate per la firma definitiva, rendendo operativo il nuovo contratto di lavoro: l'ultimo portato a conclusione con la vecchia normativa

Nel n. 2/2010 di *GynecoAogoi* vi avevo informati che, lo scorso 9 febbraio, la FESMED insieme alla maggioranza delle Oo.Ss. della dirigenza medica e veterinaria del Ssn aveva firmato l'ipotesi di Ccnl integrativo 2006-2009 e il contratto per il biennio economico 2008-2009.
L'iter istituzionale previsto per l'approvazione del Ccnl si è concluso e il 6 maggio 2010 le parti si sono ritrovate per la firma definitiva, rendendo operativo il nuovo contratto di lavoro.
Adesso potranno essere corrisposti gli aumenti mensili riportati nella Tabella 1, insieme agli arretrati maturati nel biennio 2008-2009, che ammontano alle cifre indicate nella Tabella 2, calcolate sino a maggio 2010.
Il ritardo accumulato fra la firma preliminare e quella definitiva è dovuto agli "intoppi" che si sono registrati durante il percorso, uno dei quali particolarmente importante, tanto da far riflettere sull'opportunità di apporre la firma al contratto in nome e per conto della FESMED.

TABELLA 1. Aumenti mensili dal 1° gennaio 2009
Valori in euro

	Tabellare	Posizione	Esclusività	Totale
Dirigente incarico struttura complessa: area chirurgica	103,30	59,56	44,06	206,92
Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funzionale	103,30	38,05	33,06	174,40
Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8.06.2000 Anz. > 15 aa.	103,30	18,62	33,06	154,97
Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8.06.2000 Anz. 5-15 aa.	103,30	18,62	24,25	146,17
Dirigente equiparato Anz. > 15 aa.	103,30	13,91	33,06	150,27
Dirigente < 5 anni	103,30	-	6,00	109.30

TABELLA 2. Arretrati 2008-2009, maturati sino al mese di maggio 2010
Valori in euro

	Rapporto esclusivo	Rapporto non esclusivo	Tempo definito ad esaurimento
Dirigente incarico struttura complessa: area chirurgica	4.015,35	2.150,21	1.168,93
Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funzionale DPR 384/'90	3.430,09	2.150,21	1.168,93
Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8.06.2000 Anz. > 15 aa.	3.080,80	2.150,21	1.168,93
Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8.06.2000 Anz. 5-15 aa.	2.921,96	2.150,21	1.168,93
Dirigente equiparato Anz. > 15 aa.	2.995,63	2.150,21	1.168,93
Dirigente < 5 anni	2.246,28	2.150,21	---

La Corte dei conti e l'art. 12

In breve, dopo che l'ARAN e le Oo.Ss. avevano dato risposta a tutte le osservazioni poste dal Ministero dell'Economia, attraverso una serie di dichiarazioni congiunte, la Corte dei Conti ha posto un pesante ostacolo alla conclusione della trattativa, rimettendo in discussione la possibilità di portare l'escusività di rapporto nel monte salari.
In più occasioni avevo espresso l'opinione che una delle conquiste più rilevanti che si stavano ottenendo con questo contratto di lavoro era l'introduzione dell'indennità per l'esclusività di rapporto all'interno della massa salariale.

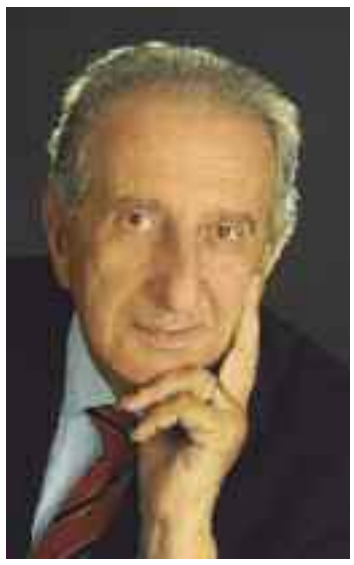
Infatti, l'articolo n. 12 del contratto per il II biennio economico, oltre ad indicare gli aumenti che si è deciso di destinare all'indennità per l'esclusività di rapporto, al comma 3, prescrive anche che "è disapplicato l'art. 5, comma 2, secondo capoverso del Ccnl 8/6/2000, secondo biennio economico". Come alcuni di voi sapranno, questo articolo stabiliva che l'indennità di esclusività del rapporto di lavoro "costituisce un elemento distinto della retribuzione che non viene calcolato al fine della determinazione del monte salari cui fanno riferimento gli incrementi contrattuali".
Le Oo.Ss. intendevano abolire questo comma perchè aveva impedito sino ad oggi la rivalutazione dell'indennità per l'esclusività di rapporto. Una volta soppresso, si poteva riportare l'esclusività di rapporto fra le voci che compongono il monte salari. In tal modo, quando verranno calcolati gli aumenti per il prossimo Contratto di lavoro, la percentuale di incremento dovrà essere applicata anche a questa voce stipendiale, sino ad oggi esclusa dagli aumenti e rimasta immutata sin dal 2000.
Il 27 aprile 2010 le Sezioni riunite della Corte dei conti hanno deliberato positivamente sulle ipotesi di accordo ma, "con esclusione dell'art. 12 comma 3, alla luce della dichiarazione congiunta n. 1".
Quindi, il comma incriminato veniva rigettato insieme alla dichiarazione congiunta ad esso collegata e che prevedeva quanto segue: "*Le parti congiuntamente dichiarano che, con riferimento al biennio economico 2008-2009, nella definizione di 'monte salari' viene ricompresa l'indennità di esclusività del rapporto di lavoro di cui all'art. 5 del Ccnl dell'8 giugno 2000*".
Secondo la nostra valutazione, la cancellazione dell'art. 12, comma 3, insieme alla dichirazione congiunta collegata, avrebbe impoverito in maniera inaccettabile questo contratto, già povero di risorse economiche e gravato dall'introduzione contrattuale delle sanzioni disciplinari.
Fortunatamente è stato possibile trovare una soluzione attraverso la conservazione dell'art. 12, comma 3 e apportando una modifica alla dichiarazione congiunta, il cui valore contrattuale è di per se modesto e comunque non vincolante per il futuro.
Questo ci ha consententito di apporre la firma per la FESMED sul nuovo Contratto di lavoro, che è anche l'ultimo portato a conclusione con la vecchia normativa.

I prossimi Ccnl e il "decreto Brunetta"

L'introduzione delle norme dettate dal "decreto Brunetta", L. 150/2009, porterà notevoli cambiamenti nelle trattative dei prossimi Contratti di lavoro, che non saranno più quadriennali con due bienni economici, bensì triennali. Anche la composizione delle aree contrattuali subirà dei cambiamenti e per questo motivo alcune Oo.Ss. hanno già mutato la loro composizione, ma non la FESMED. E su questo vi riferirò in una prossima occasione. Y

M.A.M.M.A AOGOI
Movement Against Medical Malpractice and accident
of Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani
www.ginecologiaforense.it

Per richiedere l'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI" potete compilare il modulo "on line", andando al sito www.ginecologiaforense.it,
nel settore "Help-desk", sotto l'icona "Help-desk on line", dove troverete un percorso guidato che vi aiuterà a compilare correttamente la richiesta di assistenza.
È anche possibile telefonare alla Segreteria nazionale AOGOI (tel. 02.29525380) ed esporre a voce il problema.



A colloquio con Romano Forleo

"Non si inventa il futuro se non si esplorano le radici della nostra grande specialità"

Il premio letterario FEDERSPEV è andato questo anno al Professor Romano Forleo per il romanzo storico "L'uomo che curava le donne". Il riconoscimento gli è stato assegnato a Caserta il 30 maggio scorso in occasione del 47° Congresso Nazionale della Federazione Sanitari, Pensionati e Vedove . Con l'occasione abbiamo rivolto al professor Forleo qualche domanda sul perché ha voluto inventarsi la vita di un ginecologo nella Roma di Traiano e Adriano e perché questa sua passione per la storia. Forleo si illumina quando parla del suo Sorano, un personaggio reale nato ad Efeso nel 90 dopo Cristo, della sua vita sconosciuta e per questo immaginata. Sorano fu il primo medico a scrivere un trattato di ginecologia, in lingua greca, come facevano tutti i grandi medici romani. Il trattato, scomparso nel Medioevo fu riscoperto in una biblioteca parigina a fine Ottocento

Professor Forleo, che peso ha la storia nella formazione medica?
Penso che la storia e la filosofia siano due pilastri fondamentali nella formazione permanente del medico. Formazione che deve essere tenuta distinta dal semplice aggiornamento. Oggi è difficile leggere il reale senza l'apporto di quelle discipline che vanno sotto il nome di "medical humanities" (in passato si chiamavano scienze umane, come se la medicina fosse solo tecnica disumana).
Va da sé che la storia della medicina e per noi, dell'ostetricia e della ginecologia, non possono però essere scritte o insegnate da uno storico senza alcuna esperienza clinica. Così non è in tutto il mondo e non lo è stato ieri. Il valore di un trattato come quello di Sorano è quello di farci pensare alla modalità con cui si seguiva il parto allora e si curavano le donne. Nasce da lui la medicina di genere. Non va ricordato solo perché parla di contraccettivi e di aborto, o perché inventa il rivolgimento…ma perché ci trasporta dinanzi ad una paziente in travaglio, nella sua stanza, con i mezzi di allora…ci dice come si insegna l'ostetricia alle ostetriche, ci fa vivere una realtà.
È stato belllo per me camminare nelle strade di Alessandia d'Egitto e specialmente, qui a Roma, soggiornare sull'Insula Salutis dove troneggiava, dal 292 avanti Cristo, il tempio di Esculapio e gli ambulatori degli Asclepiadi.
Per capire il presente è indispensabile riprendere e rileggere il passato, è da questa necessità che è nato il mio manuale "Storia dell'Ostetricia e ginecologia" (Verduci Editore 2009). Non si inventa il futuro se non si esplorano le radici della nostra grande specialità.
Mi auguro che questa materia entri presto a far parte dei corsi obbligatori delle Scuole di Specializzazione. E che ci sia sempre un ginecologo a narrarla.
Sono felice che le nostre associazioni, specialmente Sigo e Aogoi, ne abbiano colta appieno l'importanza, tant'é che in collaborazione con la Società di Storia della Medicina hanno organizzato un Congresso, che si terrà a Lecco dal 26 al 28 ottobre sotto la guida del Professor Pellegrino, dedicato alla storia dell'ostetricia e della ginecologia. Nelle scuole per Ostetriche e nelle scuole di specializzazione, ed ancor più nei nostri congressi, deve sempre esserci qualcuno di noi, appassionato di storia, che porta avanti questa battaglia.

L'incontro tra medicina e letteratura è uno dei temi centrali delle *Medical humanities* la cui missione è ricondurre la pratica medica alla sua essenza: essere una medicina per tutto l'uomo. Queste tematiche di cui lei si interessa da anni rappresentano un po' anche una sua battaglia…
Sì, perché penso che i medici debbano essere persone aperte al mondo, non solo bravi tecnici. Mi offendono quando mi interpellano come "tecnico"! La stessa economia si è finalmente accorta che è necessario superare il concetto di *homo oeconomicus*, sostituendo il Pil con la felicità, ai fini di valutare il benessere di un popolo. Sarebbe ridicolo che la medicina si ponesse come fine solo quello di riparare la patologia, e non di aiutare la persona che chiede il nostro aiuto ad essere più felice. Si comprende quindi il ruolo della psicologia, della bioetica, della stessa sessuologia nella formazione della/del ginecologa/o. Le *Medical humanities* sono uno strumento per uscire dalla deriva tecnicista e scientista che il positivismo ci ha lasciato come pesante eredità del secolo scorso.
È per questo che ritengo, come ho detto più volte, che la profonda, epocale, crisi che stiamo attraversando possa rappresentare, anche nel nostro ambito, un'opportunità per dar vita a una nuova ginecologia che faccia propri i criteri della *narrative based medicine* e si ponga come obiettivo finale del nostro impegno la felicità.
Il medico deve contribuire a rendere felice la persona. Non si tratta di concetti utopici, astratti. Daniel Kahneman ha visto premiata con il Nobel per l'Economia

Romano Forleo
L'uomo che curava le donne
Amori, politica e medicina nell'epoca d'oro dell'Impero Romano
Pagine 400
20,00 euro

Editore O.G.E., 2009
Opera Graphiaria Electa
Via Pezzotti, 8
20141 Milano
Tel. 02 45472039
Fax 02 89548490
Email info@edizioni-oge.com
web www.edizioni-oge.com

Con l'acquisto di 3 copie si avrà diritto ad uno sconto del 10% sul prezzo di copertina

"Per chi conosce Romano Forleo, il libro rappresenta una buona sintesi di almeno tre delle sue passioni: la sua professione di ostetrico da un lato, il gusto per la storia della medicina dall'altro e l'amore per sua moglie, di cui Prisca è in qualche modo una bella immagine. Sorano spende la sua vita per le donne, ma sono sua madre, sua moglie e sua figlia: tre donne straordinarie a rappresentare le tappe importanti della sua maturazione affettiva, culturale e spirituale. Sorano deve tutto alle sue donne e questo romanzo è di fatto un omaggio alla profonda fecondità della femminilità, non solo nella maternità, ma anche nella capacità maieutica di saper estrarre da ogni persona il meglio che c'è in lei.
Un romanzo storico che, sulla falsariga della medicina narrativa, legge la storia con gli occhi di un medico che ama le donne, perché non si possono curare le donne senza amarle. Come non si può curare nessun malato senza guardarlo con amore e di questo Forleo continua a sapere moltissimo e proprio questo cerca di raccontare a tutti quei lettori che vogliono fare un salto indietro nel tempo, dimenticando tante brutte storie di malasanità, per riconciliarsi con la figura del medico, magari del proprio medico.
*(dalla recensione di **Paola Binetti**)*

la teoria basata sulla sostituzione del Pil con il grado di felicità.

Perché una specifica formazione basata sulla narrazione, sia essa intesa come classico letterario o storia autobiografica o racconto, devono entrare a pieno titolo nel bagaglio del professionista della cura?
La pedagogia medica è basata oggi sulla "parabola": Gesù non ha fatto trattati di teologia, per rivoluzionare il mondo. La parabola obbliga a una sintetica "novella" che condensi i concetti sulla semplice percezione empatica dei fatti e dei pensieri di chi ci circonda, sulla *narrative medicine*, sull'ascolto del paziente, che è "soggetto" portatore di esperienze, aspettative, motivazioni e valori – "persona"– di cui il medico è chiamato a delineare e comprendere la storia personale e familiare. Per costruire in una dimensione empatica una solida relazione terapeutica, il cui fine ultimo è lo stato di benessere del malato, la sua felicità.
La medicina narrativa dovrebbe entrare nella nostra pratica clinica quotidiana perché ci permette di entrare in contatto con le emozioni del paziente e non solo sui suoi sintomi clinici.
La parabola è parte integrante della "Medicina narrativa", è più in generale della pedagogia medica. Il medico deve abituarsi a parlare attraverso la favola, deve attingere all'utopia, per guardare avanti con la speranza che il mondo possa trovare strade nuove e diverse.

Il Sorano immaginato da Forleo è riluttante a intraprendere gli studi di medicina, ma il destino che lo attende ne farà il più autorevole ginecologo dell'antichità. La sua dedizione all'arte della medicina è un servizio incondizionato offerto all'umanità sofferente, sia che si tratti di curare una ferita sia di salvare la vita di giovani madri o di neonati.
Sì, in questo senso il mio romanzo può essere definito un libro sulla vocazione del medico e del ginecologo in particolare. Ma è essenzialmente la storia di un uomo, dei suoi amori, dei suoi dubbi, del suo gusto per l'avventura. Uno dei messaggi che ci lascia Sorano è però una vita semplice, alla ricerca dell'essenziale; divertente e nello stesso tempo austera, un po' come quella del boy-scout. Quella che speriamo per i nostri figli e nipoti, liberi dal consumismo.

Il professor Forleo è abituato ai riconoscimenti, ma questo premio gli ha fatto particolarmente piacere.
Sì è vero. Mi fa particolare piacere che sia stato scelto da un'associazione che raccoglie medici ultrasessantacinquenni e soprattutto vedovi e vedove di medici scomparsi prematuramente, persone che spesso negli anni avanzati rimangono sole. Vorrei che tutti i ginecologi over 65 ne facessero parte. Anche e soprattutto se sono ancora immersi nella professione.
Devo poi dire che questo premio è una occasione di invito ai nostri medici di gettarsi con coraggio nel campo della immaginazione creativa. Ci sono già molti di noi che scrivono romanzi (anche gialli come fa Carlo Flamigni)…e chi fa questa scelta sa che non c'è niente di più bello che inventarsi un racconto. È un invito all'avventura: Serge Latouche, l'economista filosofo che propone la "decrescita serena" invece dell'aumento del Pil e dei consumi, sostiene che "la cosa più seria che può fare un adulto è giocare".
Il romanzo, diversamente dai trattati, si può leggere la sera, in pigiama, prima di andare a letto. Si può scriverne ovunque, anche sotto un ombrellone, a matita, come ho fatto io.

LA FEDERSPEV, società forte di oltre 16.000 iscritti, tutela i diritti dei medici ultra 65enni, dei vedovi e delle vedove dei medici, a livello nazionale.
La quota associativa è di 4 euro al mese, trattenute dalle pensione Enpam
I recapiti della FEDERSPEV sono:
Via Ezio, 24 - 00192 Roma
Tel. 06.322.10.87 - 06.320.34.32 - 06.3208812 Fax 06.322.43.83
www.federspev.it federspev@tiscalinet.it.

▶ Segue da pagina 17

Villasimius 2010: concorso Agite-Aogoi

Il Concorso per il migliore poster organizzato da Agite e Aogoi con il titolo "Percorso nascita tra Ospedale e Territorio", voluto per ricordare in modo attivo ed efficace la collega Marilina Liuzzo, scomparsa esattamente un anno fa, è stato un buon successo. Sono 12 le realtà che hanno partecipato da tutta Italia per ricordare l'ottimo lavoro da lei svolto per promuovere una piena integrazione tra le associazioni Aogoi-Agite.
La commissione giudicante, composta da Giovan Battista Ascone del ministero della Salute, Gianni Fattorini, presidente Agite, Marina Toschi, consigliera di parità Regione Umbria e segretaria Agite, Francesca Fiorillo, socia fondatrice di Agite, e Francesca Cappello, collega di Marilina, ha prescelto come migliore, all'unanimità, il poster inviato dalla Asp di Catanzaro. Infatti, sia dal punto di vista grafico che del contenuto, il poster ha efficacemente illustrato il reale processo di integrazione tra Consultori ed Ospedale nella Provincia calabrese, raccontando il tragitto compiuto, e puntualmente registrato, di 8 anni di lavoro (dal 2001 al 2009) che hanno visto insieme le ostetriche e le infermiere pediatriche dell'Ospedale e dei diversi Consultori della Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro. Il premio, oltre ai 500 euro messi a disposizione da Agite, è stato un piatto in ceramica dipinto a mano dalle artigiane di Deruta. Per la splendida veste grafica e le immagini del percorso dalla preparazione al parto al puerperio, si sono aggiudicate il 2° premio le colleghe ostetriche, con tutta la equipe dei Consultori di Napoli 1.
Il 3° premio è andato alle/ai colleghe/i della Asl di Livorno che hanno descritto il "puzzle" che porta a una buona nascita e a buon allattamento.
In solido i premi sono due libri pubblicati da Blu Edizioni: "Il mestiere del parto: le ostetriche dell'Umbria si raccontano" e "Il Cesareo" di Michel Odent, recentemente tradotto in italiano.
Contributi interessanti sono arrivati anche dalla Asl di Torino, di Messina, di Catania, di Perugia, di Bari, di Pisa e dalla Associazione *Vita di Donna*.
Ci impegneremo affinché questa iniziativa continui in futuro, perché riteniamo importante far conoscere le numerose realtà, territoriali e ospedaliere, che in Italia lavorano integrate o che si impegnano in questa direzione, nell'intento e nella convinzione che la nascita sia "un bene comune", da mantenere nella fisiologia in tutto il suo desiderato percorso.

Marina Toschi

Il miglior poster

Congressi convegni

1° annuncio

1° CORSO GALLURESE
di Ecografia, Diagnosi e Terapia Prenatale

5-6 Novembre 2010 Arzachena

Centro Congressi "Tenuta Pilastru" Resort
Km 5 strada Arzachena - Bassacutena

Presidenti: Antonio Rubattu, Giovanni Urru **Direttori**: Giovanni Monni, Paolo Volpe

Patrocini
SIEOG Società Italiana Ecografia Ostetrica-Ginecologica
SIMP Società Italiana Medicina Perinatale
AOGOI Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

Relatori
Cali G. (Palermo)
Colosi E. (Grossetto)
D'Addario V. (Bari)
Di Meglio A. (Napoli)
Ferrazzi E. (Milano)
Frusca T. (Brescia)
Monni G. (Cagliari)
Moroder W. (Bolzano)
Paladini D. (Napoli)
Prefumo F. (Brescia)
Rizzo G. (Roma)
Rustico MA. (Milano)
Taddei F. (Mantova)
Todros T. (Torino)
Viora E. (Torino)
Volpe P. (Bari)
Zoppi MA. (Cagliari)

Moderatori
Altobelli GF. (Iglesias)
Canzone G. (Palermo)
Cariati E. (Firenze)
Cherchi PL. (Sassari)
Coccollone E. (Cagliari)
Ettore G. (Catania)
Fiori L. (Sassari)
Lai RV. (Olbia)
Martinelli P. (Napoli)
Rubattu A. (Olbia)
Urru G. (Alghero)
Virdis P. (Sassari)

Topics
- Ecografia 2D/3D e altre Tecniche di Imaging
- La Diagnostica Ecografica delle principali Malformazioni Fetali: quali e quando
- Attualità e Prospettive dello Screening del I Trimestre

Segreteria Scientifica
Giovanni Monni
Servizio di Ginecologia e Ostetricia
Diagnosi Prenatale e Preimpianto, Terapia Fetale
Ospedale Microcitemico - Cagliari
Tel. 070 6095546/7 Fax. 070 6095514
E-mail: prenatalmonni@tiscali.it

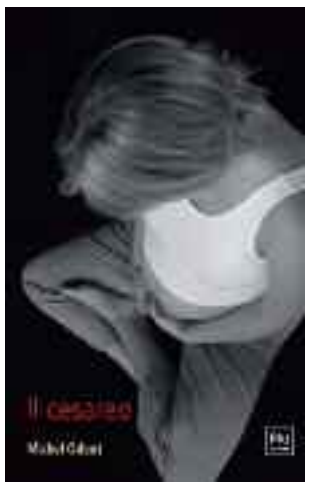
Paolo Volpe
UOD di Medicina Fetale
Ospedale "Di Venere" (Bari)
e Ospedale Sarcone (Terlizzi)
Tel. 080 5015007
E-mail: paolo-volpe@libero.it

Segreteria Organizzativa
IMC Europe srl
Viale Trieste, 93 09123 Cagliari
Tel. 070 273470 Fax. 070 273306
E-mail: imceurope@imceurope.eu
agenziaviaggio@imceurope.eu
www.imceurope.eu

Libri

Michel Odent, il medico che tra i primi ha introdotto in un Ospedale francese la pratica delle stanze da parto simili ad ambienti domestici e l'uso delle piscine da parto, nella sua ricerca, recentemente tradotta e pubblicata per la prima volta in Italia, ha cercato di rispondere a domande di grande rilevanza, iniziando la sua riflessione dalla domanda: "come può l'umanità sopravvivere al cesareo sicuro?", visto che oggi, in molte parti del mondo almeno un bambino su quattro è nato con il parto cesareo? L'autore solleva una serie di argomenti vitali ed urgenti sulle conseguenze a cui può portare il cesareo nel bambino e, considerato che il cesareo potrebbe divenire la modalità più comune di partorire nel mondo, si interroga su: "quale potrebbe essere il futuro della nostra specie, se gli 'ormoni dell'amore', liberati per far nascere il bambino, diventano inutili? E se sono turbati dall'uso ancora più diffuso dell'ossitocina?".

MICHEL ODENT
Il cesareo
Traduzione a cura di:
N. Frontali - M. Toschi - C. Di Giuli
Blu Edizioni di Patrizia Mari, 2009
Via Friuli, 39 -
006060 Sanfatucchio - Perugia
Tel. 3381534743 -
www.bluedizioni.com
patrizia.mari@bluedizioni.com



Michel Odent, (autore di 80 pubblicazioni scientifiche e di molti libri pubblicati in 19 lingue), è il fondatore del Centro di Ricerche sulla Salute Primale (www.primalhealthresearch.com), che ha sede a Londra ed ha come obiettivo lo studio delle correlazioni tra ciò che avviene nel periodo primale (dal concepimento sino al primo compleanno) e la salute ed il comportamento nei periodi successivi della vita.

Incontri con Michel Odent

L'Associazione Ginecologi Territoriali (AGITE) e Blu Edizioni sono disponibili a promuovere incontri e convegni con il professor Michel Odent sul tema del parto cesareo in tutto il territorio nazionale.
Per informazioni:
dott.ssa Marina Marina (AGITE):
cell. 335.464506
mtoschi@ausl2.umbria.it
o dr.ssa Patrizia Mari (responsabile editoriale di Blu Edizioni):
cell. 338.1534743 / fax. 075.956218
patrizia.mari@bluedizioni.com

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello

Contratti

In trent'anni i medici ospedalieri sono andati via via perdendo prestigio e denaro. Una situazione alleviata, solo in parte, dalla libera professione. Ecco perché, anche questa volta, quanto ottenuto col nuovo contratto non può essere accolto senza un pizzico di delusione…

Subito dopo che il buon Carmine Gigli, valoroso Presidente del nostro sindacato, aveva inviato in anteprima l'annuncio dell'approvazione del nuovo contratto, uno dei fiduciari regionali si è affrettato a esprimere per e-mail la sua profonda delusione, affermando tra l'altro: "l'aumento mensile vale meno di una visita in libera professione e per lavorare alla notte in reperibilità prendiamo meno di una badante". Come dargli torto? Ma il problema, purtroppo, non nasce oggi, bensì tanto tempo fa. Dobbiamo riconoscere che in trent'anni i medici ospedalieri sono andati via via perdendo prestigio e denaro, così che anche una categoria sociale medio-alta ha visto ridursi drammaticamente il proprio potere d'acquisto. Quando se ne parla, però, il commento diffuso, certo non benevolo e che non fa onore, è che comunque gli specialisti sono molto abili a rimpinguare il portafoglio con la libera professione, senza far caso ai rischi di una troppo semplice generalizzazione. Purtroppo anche tra essi vi sono tanti che, tra una discreta disoccupazione e tanto precariato, si arrangiano come possono, in attesa che la situazione migliori.
E chi non fa o non ha la possibilità di un'attività privata? In altri tempi il sindacato dominante – e sappiamo bene quale – aveva fatto credere che pure al Sud, regno incontrastato del privato, sarebbe stato possibile raddoppiare lo stipendio con quelle che si chiamavano incentivazioni (le ricordate?). Così non è mai stato: ove ho lavorato solo per i servizi (laboratorio analisi e radiologia) andava bene. Poi, ad un certo punto, vista la sempre maggiore difficoltà a spuntare aumenti soddisfacenti nei rinnovi contrattuali, sono stati gli stessi sindacalisti a dire "datevi pane". In maniera lecita o non lecita non era dato di sapere. La riforma Bindi sull'esclusività poteva essere una buona cosa se non fossimo stati in Italia, dove vige il principio del "fatta la legge, trovato l'inganno". Ne è conferma che dai piccoli numeri iniziali dell'intramoenia pura poco dopo si è passati ad un'intramoenia allargata diffusa, con la giustificazione dell'universale inadeguatezza degli ambienti, ma soprattutto perché i soliti dritti sono arcisicuri dell'improbabilità di controlli.
Le più recenti prestazioni aggiuntive, se paragonate agli antichi straordinari (e non subdolamente utilizzate per abbattere le liste di attesa senza però che ci si riesca), servono soprattutto a sopperire organici sempre più striminziti e permettono di andare avanti a servizi essenziali a ciclo continuo, come i pronto soccorso. Indubbiamente fanno lievitare di molto la spesa, tanto che i direttori generali non le concedono con facilità e spesso le sospendono. Possono però rendere più accettabili stipendi discreti, ma comunque bassi, soprattutto se rapportati alla responsabilità. E non solo rispetto ad altri colleghi, come i convenzionati: quanto guadagna un qualsiasi idraulico, che, dopo averlo pregato e atteso a lungo, si fa pagare lautamente e in nero, senza alcuna garanzia se l'indomani il lavoro non eseguito a regola d'arte darà problemi? Uno specialista di branca chirurgica invece deve accantonare almeno due mensilità all'anno per un'assicurazione appena decente, perché la minaccia risarcitoria è sempre in agguato.

Altra responsabilità non indifferente di quel sindacato è che di fronte all'impossibilità di avere un'adeguata remunerazione ha creduto di risolvere il problema con il riconoscimento della "dirigenza" (equiparazione agli alti impiegati dello Stato, in particolare i magistrati), in realtà più parole che fatti, se come molto spesso accade resta solo un'etichetta. In contemporanea è stato creato l'altro contentino del cosiddetto "primo livello" dirigenziale, ormai unica possibilità di carriera, attribuito però un po' dappertutto in base alle indicazioni e quindi alle preferenze del primario, avallate proprio dal sindacato stesso e spesso benedette dal gestore politico. Così succede che con molta facilità la responsabilità di struttura semplice venga concessa anche senza titoli, per non parlare di specializzazione, di qualificazione o di abilità particolari. E soprattutto senza che ciò che la caratterizza, con definizioni spesso di pura fantasia, sia esercitata in maniera esclusiva come invece dovrebbe essere. Non era questo lo spirito dei vecchi "moduli" da cui derivano queste articolazioni? Se si aggiunge la quasi inesistente valutazione periodica detti titoli, certo non onorifici ma premianti, finisce che vengono conservati a vita. Peccato che non si possano anche lasciare in eredità!

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano

(Meglio) turisti per legge

Il "turismo sanitario" è finito, la facciata è (ipocritamente) salva. Ma ora, come funziona l'aggiornamento professionale... tutto paradiso, tutto immacolato?

Il filosofo ed epistemologo K. Popper (1902-1994) sosteneva che "tutta la conoscenza scientifica è ipotetica e congetturale; quello che possiamo chiamare il metodo della scienza consiste nell'imparare sistematicamente dai nostri errori, in primo luogo osando commetterli e, in secondo luogo, andando sistematicamente alla ricerca degli errori che abbiamo commesso".
Orbene: dove abbiamo sbagliato? Qual è stata la madre di tutti gli errori che ha condotto a questo stato di malessere che pervade molti medici italiani?
Fino ad una decina d'anni fa venivamo sistematicamente accusati di fare "turismo sanitario", con riferimento alla partecipazione a congressi e manifestazioni scientifiche, etichettate da certa pubblicistica perennemente in cerca di scandali a buon mercato, come semplici occasioni di svago per i medici e non come momenti di vero aggiornamento scientifico.
È vero: spesso i convegni si svolgevano in località amene; a volte erano magnifiche occasioni di incontri e di svago tra colleghi; è innegabile che le aziende farmaceutiche che sponsorizzavano tali eventi si proponevano un proprio tornaconto in termini promozionali (anche ammesso: nella logica della legittima concorrenza in realtà non si modificava il totale dei consumi).
E allora? Ammettiamo tranquillamente che un tempo "ce la spassavamo" ai congressi, che era piacevolissimo trascorrere qualche giorno a discutere di cose scientifiche e insieme a rilassarsi come in vacanza, in sostanza 'socializzare', come si direbbe oggi; che era bello vedere posti che con quel che passa il convento difficilmente avremmo potuto visitare. Può darsi che in qualche caso si sia anche esagerato. E allora? Per questo si butta anche il bambino con l'acqua sporca? E i soloni e i moralisti d'accatto che proponevano draconiane misure di abolizione della convegnistica sanitaria chi erano?

Alcuni certamente in buona fede erano soltanto novelli Savonarola e come tali predicavano per imporre ai medici (specialmente a quei goderecci per definizione dei ginecologi) una vita spartana e severa, da cilicio; ma gli altri? Chi erano? Quelli della serie: i milioni nei puff o quelli che "non sprecate i soldi, dateli a me che ci penso io, che è 'sta storia dell'aggiornamento dei medici"? Erano ex ministri, assessori, sottosegretari e faccendieri o affaristi messi a dirigere Asl, spesso rigorosamente tutto casa e mazzetta?
Ebbene, quel "turismo sanitario", se così vogliamo definirlo, ha consentito a migliaia di medici italiani di migliorare (un poco, magari anche solo un poco) le proprie conoscenze; ha permesso a migliaia di giovani medici di vedere procedure e interventi che li hanno formati; ha fatto incontrare medici di sperduti ospedali della nostra Italia con luminari di grandi strutture sanitarie anche straniere; ha fatto crescere e aggiornare intere generazioni di specialisti, consentendo il confronto, la discussione, la verifica, l'affinamento delle competenze a tanti giovani all'inizio della loro esperienza professionale!
E ha fatto fare anche "turismo" (sì, turismo) a tanti medici, permettendo loro di allargare la conoscenza del mondo e delle sue bellezze, ma anche di vedere come funzionavano e come erano costruiti i grandi ospedali, com'erano gestite le grandi istituzioni sanitarie, in una parola di sprovincializzarsi, vivaddio!
Era questa, per la gran parte dei medici italiani, una grande opportunità per aprirsi al mondo nazionale e internazionale della scienza medica e nel contempo allargare i propri orizzonti. E non era 'formazione' anche questa? E dovremmo vergognarci, per questo?
E dopo? Come si fa oggi l'aggiornamento (che per beffa è pure obbligatorio!), con quali risorse? E il giovane ginecologo calabrese o siciliano o sardo, ma non solo, quanto del suo stipendio dovrebbe investire solo per raggiungere i grandi centri sanitari per confrontarsi con i colleghi del centro-nord del nostro Paese o della lontana Europa? Ma si ha un'idea dei prezzi dei voli aerei e degli alberghi? E dell'alta velocità ne parliamo a bordo dei treni-lumaca "normali", quelli a "bassa velocità" del Sud, per intenderci?
Oppure, in una sanità regionalizzata vogliamo ghettizzare i nostri colleghi evitando (pericolose) contaminazioni scientifiche?
Certo il "turismo sanitario" teneva in piedi un'industria che dava occupazione, risorse, localmente e a tutto il Paese; certo gli hotel in bassa stagione davano lavoro a tanta gente, Alitalia riempiva molti voli, le agenzie lavoravano tutte, gli addetti alle attrezzature turistiche campavano meglio: probabilmente c'erano anche episodi di malcostume o di vero illecito. Ma ora come funziona: tutto paradiso, tutto immacolato?
L'ho detto e lo ripeto, è uno strano Paese il nostro: si alza una mattina uno che veste i panni del moralizzatore (senza pagare pegno, naturalmente) e trancia giudizi su un'intera categoria demonizzandola e condannandola al pubblico disprezzo!
È triste invece quel che accade oggi: l'aggiornamento professionale lo fanno pochi fortunati, soprattutto i colleghi che vivono nelle grandi città o nel nord d'Italia: i grandi centri scientifici europei sono per loro a portata di mano e con il tempo che essi impiegano per raggiungerli, il collega di Crotone ("povero…cristo") ci arriva forse a … Eboli!
La facciata è ipocritamente immacolata ma la realtà è che i giovani medici, specialmente quelli che non sono "figli di" o non hanno alle spalle patrimoni familiari adeguati, possono disporre soltanto di internet per l'aggiornamento professionale: questo però li porterà a richiudersi in se stessi, a non scambiare dal vivo opinioni scientifiche e di vita con i colleghi del resto d'Italia e del Mondo; avranno una mentalità sempre più chiusa, individualista e provinciale. Forse saranno anche un po' depressi e questo certo non gioverà ad un sereno rapporto con i/le pazienti.
La conclusione è amara: il "turismo sanitario" è finito ma i medici italiani rischiano di essere sempre più isolati dal resto del continente europeo. Forse era meglio fare i "turisti" con l'Ecm: per legge.

Aogoi Puglia: vaccinazione anti-HPV

Un'iniziativa *women friendly*

Offrire a un numero crescente di giovani donne l'opportunità di usufruire della vaccinazione anti-Hpv ad un costo accessibile per prevenire il carcinoma della cervice uterina, una patologia che ancor oggi non cessa di mietere numerose vittime. È questo l'obiettivo della campagna promozionale che permetterà a 50 giovani donne tra i 15 e i 25 anni di usufruire della vaccinazione anti Hpv a un prezzo agevolato.
L'iniziativa, lanciata da Pier Luigi Sozzi, dirigente medico dell'U.O.C.di Ostetricia Ginecologia del P.O. di Ostuni, e sostenuta dal Sindaco di Ostuni, Domenico Tanzarella, e dal direttore generale della Asl di Brindisi, Rodolfo Rollo, prevede che la somministrazione della prima dose di vaccino sia gratuita mentre la seconda e la terza dose costeranno 50 euro cadauna (anziché 170).
La campagna è stata presentata nel corso di una manifestazione alla quale sono intervenuti anche il professor Vito Troiano, direttore della Uoc della ginecologia oncologica di Bari, e il segretario regionale Aogoi della Puglia Efisio Renato Poddi. La manifestazione è stata seguita da un folto pubblico femminile e oltre cento donne si sono iscritte per aderire a questo progetto che ci auguriamo possa fare da capofila per programmi di prevenzione sempre più vasti e diffusi sul territorio.

Congressi convegni

GLOBAL CONGRESS OF MATERNAL AND INFANT HEALTH
Barcelona - Spain
22 - 26 settembre
Segreteria organizzatrice
Grupo Pacifico - Congress Division
Mariano Cubì 4 08006
Barcelona - Spain
Tel. 34 932 388 777
Fax 34 932 387 488
maternal2010@pacifico-meeting.com

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE IN TEMA DI ENCEFALOPATIA PERINATALE
Napoli 23 - 24 settembre
Segreteria organizzatrice
Think Thanks
Via Acate 68 - 80124 Napoli
Tel. 081.3446130/31
Fax 081.3446148
rferrigno@thinkthanks.it

PELVIC FLOOR DISORDERS FIRST INTERNATIONAL SYMPOSIUM
Parma
7 - 8 ottobre
Segreteria organizzatrice
LB Group
Circonvallazione Clodia 133 - 00195 Roma
Tel. 06.45422450
pelvicfloordisorders@lbgroup.it

2° CONGRESSO NAZIONALE SULLA MEDICINA DI GENERE
Padova
21-23 ottobre
Segreteria organizzatrice
Fondazione Giovanni Lorenzini
Via Appiani 7 - 20121 Milano
Tel. 02.29006267
Fax 02.29007018
info@gendermedicine.org

IL LICHEN VULVARE E LA VULVODINIA: IL DERMATOLOGO, IL GINECOLOGO E IL CHIRURGO PLASTICO A CONFRONTO
Santa Margherita Ligure
22 ottobre
Segreteria organizzatrice
Eurotraining Srl
Via B. Bosco 57/9 - 16121 Ge
Tel. 010 - 42064090
Fax 010 - 42091580
mail@eurotraining.it

IL TEAM INTERDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO
Treviglio (Bg)
5 - 6 novembre
Segreteria organizzatrice
L.G. Consult Srl
Via Pagliari 2 26100 Cremona
Tel. 0372 .23310
Fax 0372. 569605
daria.odelli@lgconsult.it

1° CORSO GALLURESE DI ECOGRAFIA, DIAGNOSI E TERAPIA PRENATALE
Arzachena (Ot)
5 - 6 novembre
Segreteria organizzatrice
I.M.C. Europe Srl
Viale Trieste 93 - 09123 Cagliari
Tel. 070/273470
Fax 070/273306
imceurope@imceurope.eu

SIGO 2010 - 86° CONGRESSO SIGO 51° CONGRESSO AOGOI
Milano
14 - 17 novembre
Segreteria organizzatrice
Triumph Congressi
Via Lucilio 60- 00136 Roma
Tel. 06.355301
Fax 06.35530235
a.grossi@gruppotriumph.it

BARI 24-25 SETTEMBRE 2010

IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Bari Dipartimento Donna — AOGOI Puglia — SIGO — LILT

"La cooperazione sanitaria internazionale"

venerdì 24 settembre 2010 - sabato 25 settembre 2010

Bari, Sheraton Nicolaus Hotel

Presidenti:
Prof. F. Schittulli – Prof. V. Trojano

Coordinatori Scientifici:
Dr. C. D'Amico – Dr. G. Falco

Segreteria Scientifica:
Dr.ssa M. Deliso – Dr.ssa A. Kardhashi
Dr. N. Del Gaudio – Dr.ssa C. A. D'Oronzo

Segreteria Organizzativa:
Dr.ssa O. Dentamaro – Dr.ssa A. Renna - ginecologia@oncologico.bari.it

Interverranno
Prof. **Stefano Vella**, I.S.S. - Roma
Progetto ACC Programma Straordinario Oncologia 2006.
"Prevenzione Oncologica Primaria e secondaria: azioni educative d'intervento.

Prof. **Nicola Di Cagno**, IPRES - Bari
Osservatorio dei flussi migratori in Puglia

Prof. **Aldo Morron**e, INMP - Roma
Immigrazione e problematiche di screening in oncologia

Prof. **Piero Berardi**, Università di Bari
Aspetti di bioetica e ruolo della intermediazione culturale

Dr.ssa **Francesca Romito**, Istituto Tumori di Bari
Fattori psicologici correlati alla condizione di immigrata

Prof. **Carlo Sbiroli**, past President AOGOI -
Multietnicità e la sfida di una ginecologia transculturale

Dott. **Antonio Scopelliti**, Policlinico Universitario di Foggia
Ambulatorio ginecologico per le donne immigrate

Prof. **Vito Trojano**, Istituto Tumori di Bari
Le mutilazioni genitali femminili e progetto del Ministero della Salute

Prof. **Agostino Faravelli**, Patologi oltre frontiera - Milano
Progetti di screening oncologici in Africa

Prof. **Pietro Dentico**, Università di Bari
Ruolo oncogenetico degli agenti infettivi nei Paesi in via di sviluppo

Prof. **Vittorio Delfino Pesce**, Università di Bari
Diagnosi medica a distanza con immagini al microscopio

Dott. **Giovanni Ostuni**, Policlinico di Bari
Africa chiama Italia: la cooperazione internazionale nella evoluzione oncologica in Africa

Dott. **Angelo Paradiso**, Istituto Tumori di Bari
Il teleconsulto con l'Istituto Tumori di Bari nell'ambito dell' Alleanza degli Ospedali Italiani nel mondo

Prof.ssa **Cinzia Germinario**, Policlinico di Bari
Gli screening per i tumori in Puglia

Prof. **I. Lebbi**, Tunisia
Lettura Magistrale

Tavola Rotonda con le Associazioni di Cooperazione Internazionale

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

2009
EVENTI RESIDENZIALI ECM

CORSO INTENSIVO TEORICO PRATICO:
GESTIONE DELLE EMERGENZE IN SALA PARTO

CORSO DEPOSITATO AL MINISTERO DELLA SALUTE PER L'ATTRIBUZIONE DEI CREDITI FORMATIVI ECM

Con il patrocinio di:

SIGO — AOGOI

21 Ottobre 2009

SEGRETERIA S.M.O.
B.GO S. SPIRITO, 3 - 00193 ROMA
TEL. 06 68802626 – 68352411 FAX 06 68806712
E-mail: segreteria@smoed.it - sito web: www.smoed.it

SIGO2010

86° CONGRESSO SIGO 51° CONGRESSO AOGOI

MILANO | 14-17 NOVEMBRE 2010 | FIERA MILANO CITY

Presidenti: Alessandra Graziottin - Nicola Natale

DONNA OGGI: ESSERE E BENESSERE

LA MEDICINA AL SERVIZIO DELLA DONNA

BEING AND WELLBEING MEDICINE FOR TODAY'S WOMEN

SIGO
SOCIETA' ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

AOGOI

La prevenzione del carcinoma della cervice uterina mette a confronto Pap test e test HPV.

Avviato anche a Reggio Emilia, dopo Torino e Trento, il progetto pilota del Ministero della Salute.

È al via anche a Reggio Emilia, il progetto pilota di prevenzione del carcinoma della cervice uterina, promosso in Italia dal Ministero della Salute e già avviato a Torino e Trento. Saranno 8.125 le donne reggiane, residenti nei distretti di Reggio Emilia, Scandiano e Correggio, tra i 35 e i 64 anni, invitate a sottoporsi al test HPV HC2, per rilevare la presenza del Papillomavirus (HPV), responsabile del tumore del collo dell'utero che ogni anno colpisce circa 3.500 donne e causa 1.500 decessi in Italia.

Il progetto metterà a confronto il tradizionale Pap test con il test HPV, il nuovo strumento di screening basato sulla tecnologia molecolare HC2, che permette di rilevare il DNA virale del Papillomavirus e di individuare, grazie alla sua maggiore sensibilità, le anomalie cellulari precancerose che potrebbero evolvere in cancro, con grande anticipo rispetto al Pap test.

Molti studi recenti hanno confermato che il test HPV HC2 è più sensibile del Pap test per la rilevazione precoce e la prevenzione del carcinoma della cervice uterina; è per questo motivo che il test HPV è diventato lo strumento con cui si sta affrontando un nuovo approccio nella prevenzione, rispetto al tradizionale screening con Pap test. Dopo lo studio italiano condotto dal gruppo NTCC (New Technologies for Cervical Cancer Screening), con circa 100.000 donne arruolate, il recente studio pilota finlandese, pubblicato dal prestigioso British Medical Journal e condotto su 58.076 pazienti, ha dimostrato per primo gli effetti positivi dell'inclusione del test HPV HC2 in un programma di screening organizzato che opera con successo da oltre 50 anni. *"Questo studio ha dimostrato che come prima opzione di screening può essere preso in considerazione l'impiego del test HPV seguito dal Pap test"*, ha concluso il principale autore dello studio, il dr. Ahti Anttila del Registro Oncologico Finlandese. I risultati giustificano la possibilità di considerare *"un graduale impiego dello screening dell'HPV anche in altre regioni oltre a quelle coinvolte in questo studio"*, hanno affermato gli autori dello studio, che hanno raccomandato che per le donne oltre i 35 anni *"lo screening primario dell'HPV possa essere attuato nell'ambito di un programma pilota e, se i suoi risultati si rivelassero positivi, si potrebbe implementare a livello nazionale"*.

La Finlandia, uno dei primi paesi europei a dotarsi di un programma di screening basato su Pap test, presenta una bassa incidenza e bassi tassi di mortalità per cancro cervicale ed è considerata un banco di prova per il successo di un programma organizzato su scala nazionale.

Il progetto pilota avviato in Italia dal Ministero della Salute coinvolgerà in totale 130.000 donne e durerà un anno e mezzo. *"L'obiettivo di questo progetto è proprio quello di valutare l'adesione delle donne a una nuova metodica di screening, per considerare la possibilità di sostituire in futuro il classico Pap test con il Test HPV come test di screening primario"*, afferma la dott.ssa Sonia Prandi, Responsabile del Programma di Screening presso l'Arcispedale S. Maria Nuova e l'Azienda USL di Reggio Emilia. *"Numerosi studi precedenti hanno dimostrato l'efficacia del test HPV quale strumento di prevenzione, con questo progetto vogliamo testare la risposta delle donne all'introduzione del nuovo test HPV. Per questo l'informazione e la comunicazione hanno un ruolo fondamentale nel favorire la piena comprensione e accettazione da parte delle donne di questa nuova arma a loro disposizione contro il tumore"*, conclude la dott.ssa Prandi.

L'Azienda Sanitaria di Reggio Emilia ha iniziato a invitare le 8.125 donne coinvolte, con una lettera in cui si chiede di eseguire oltre al tradizionale Pap test anche il test HPV per la ricerca del Papillomavirus. Altre 8.125 donne saranno chiamate a eseguire solo il Pap test e i risultati dei due gruppi di screening saranno confrontati in forma anonima.

Test HPV e prevenzione del carcinoma della cervice uterina: preparati al cambiamento!

Test HPV e prevenzione del carcinoma della cervice uterina.

Dalle evidenze alla clinica - Guida pratica

Partendo dalle evidenze scientifiche, una guida pratica sull'utilizzo del Test HPV nelle diverse applicazioni cliniche: screening primario, triage, follow-up delle pazienti trattate, genotipizzazione, counseling, costi-benefici.
L'attuale e mutevole contesto ha reso più complessa l'attività ambulatoriale, ma il Test HPV può migliorare la quotidiana gestione delle pazienti.

A cura di:

Silvano Costa [a], Paolo Cristoforoni [b], Luciano Mariani [c], Massimo Origoni [d], Paolo Scirpa [e] e Mario Sideri [f]

a Unità di Ginecologia e Ostetricia, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico S. Orsola-Malpighi", Bologna, Italia
b Unità di Ginecologia Oncologica, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro (IST), Genova, Italia
c Unità di Ginecologia Preventiva, Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena", Roma, Italia
d Cattedra di Ginecologia e Ostetricia, Università Vita Salute San Raffaele, Facoltà di Medicina, Milano, Italia
e Cattedra di Ginecologia e Ostetricia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina, Roma, Italia
f Unità di Ginecologia Preventiva, Istituto Europeo di Oncologia (IEO), Milano, Italia

Con il contributo educazionale di:

QIAGEN® The digene HPV Test

Consulta e scarica la guida su: www.hpv-test.it
È disponibile nella sezione *Professionisti*