

**Percorso nascita.
Le 10 linee di azione**

Un buon piano. Ora applichiamolo

Bilanci e aspettative

Come sarà la sanità del 2011? Il punto di vista di alcuni politici della sanità, di Maggioranza e Opposizione

Nasce l'AIO

Una "casa comune" per ginecologi e ostetriche. La mission della nuova associazione

Linee di guida

Mettere a frutto la ricchezza del materiale scientifico prodotto: una sfida per tutti

ONAOSI

Per la prima volta al voto. Parte il rinnovamento dell'Opera Nazionale per l'Assistenza agli Orfani dei Sanitari Italiani

AOGOI Sicilia

"Gioco di squadra" per migliorare l'organizzazione e la qualità delle prestazioni sanitarie della Regione

Presidenti

Luigi ALIO, Antonio PERINO, Massimo PETRONIO

Presidenti Onorari

Ettore CITTADINI, Vincenzo GIAMBANCO, Gamal SEROUR

Coordinatori Scientifici

Adolfo ALLEGRA, Francesco RASPAGLIESI, Nicola RIZZO

Segreteria Scientifica

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

Segreteria Organizzativa



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



PRIMO ANNUNCIO

SIGO 2011

PALERMO



Presidenti: Luigi ALIO, Antonino PERINO, Massimo PETRONIO

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

87° Congresso SIGO

19° Congresso AGUI

52° Congresso AOGOI

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

Gentili colleghe e colleghi,

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

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

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

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

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

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

Luigi Alio, Antonio Perino, Massimo Petronio

Editoriale

di **Vito Trojano** Presidente AOGOI



Saranno anni di "lavori in corso"

La rotta è ormai indicata, nero su bianco in Gazzetta ufficiale. Ora si tratterà di farla salpare questa riforma. La riorganizzazione della rete neonatale, cui abbiamo dedicato un approfondimento in apertura del nostro giornale, è un tema che permeerà il nostro dibattito per lungo tempo, perché ora bisogna mettere in marcia quella che in "embrione", per usare un termine a noi familiare, potrebbe essere una "rivoluzione", una "svolta epocale" in cui abbiamo il ruolo di timonieri. Queste Linee di azione io credo contengano tutte le premesse per lo sviluppo di un vero "Programma nazionale per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita". Esse accolgono molte delle nostre istanze, è un indubbio successo dell'impegno della triade Sigo-Aogoi-Fesmed, di tutta la ginecologia italiana che in questi ultimi anni è riuscita a rendersi protagonista di un dialogo aperto e franco con le istituzioni. Un merito che con esse condividiamo, soprattutto con i colleghi parlamentari e con il nostro ministro della Salute, che ha risposto con rapidità e concretezza alla domanda di sicurezza, ma soprattutto di fiducia nel nostro Ssn, posta da tutti cittadini. Una fiducia che una sequela dolorosa di fatti di cronaca aveva fatto vacillare.

Non voglio però cedere all'ottimismo, è un lusso che non ci possiamo concedere. Perché si realizzi davvero questa importante riforma il cammino non è facile. Ci aspettano anni di "lavori in corso". Non posso eludere i timori fondati, espressi anche dal segretario nazionale della Fesmed Gigli in queste pagine, che essa resti, come accade per il Progetto materno infantile, una, seppur importante, dichiarazione di intenti.

Il problema delle risorse, oggi presente quanto non mai, è uno dei nodi principali, ma non il solo. Dalla formazione al sistema dei rimborsi e Drg, sono molte le aree critiche cui metter mano. Molte anche le peculiarità legate al territorio che imporranno aggiustamenti, ricalibrature di azioni e interventi, per dare le migliori risposte a livello locale e regionale.

Dovremo remare con forza, tutti insieme, tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita. A Sud, lo sappiamo, dovremmo farlo con maggiore vigore. Ma i frutti di questo impegno li assaporeremo anche in termini di serenità e gratificazione nello svolgimento del nostro lavoro.

Non ci manca l'energia, la professionalità e la dedizione che in questi anni abbiamo dimostrato per il nostro Ssn, per le nostre pazienti. Non ci resta che tenere alta la capacità di dialogo tra società scientifiche e istituzioni, continuando a renderci interpreti dei bisogni di salute delle nostre donne, affinché alla qualità delle norme corrisponda una qualità di tipo tecnico-scientifico e assistenziale, in grado di calarsi nella realtà del territorio e nella grande realtà della nostra sanità italiana.



FONDAZIONE ONAOSI
Elezioni 2011 per il rinnovo del Comitato di indirizzo

Per la prima volta decidi tu.

vota lista n. 1*

Per una nuova Onaosi

www.perunanuovaonaosi.it

Indice numero 11

Primo piano

- 4 Percorso nascita: le 10 linee di azione**
La riforma per il riordino dei punti nascita è stata varata: ora bisognerà farla salpare. Il punto di Aogoi, Sigo, Fesmed e Agite
- 8 Come sarà la sanità del 2011?**
Intervengono: Paola Binetti, Paolo Fontanelli, Laura Molteni, Antonio Palagiano, Giuseppe Palumbo
• "Sarà un anno di lacrime e sangue" di Carmine Gigli
- 10 Salute: bilancio 2010**
Governi, Parlamento e Regioni: i provvedimenti approvati nel 2010 e quelli ancora in discussione
- 12 L'esercito della sanità**
La fotografia di medici, infermieri & Co
- 13 "No" a differenze tra Regioni**
Il TAR Lombardia dichiara illegittime le linee guida regionali sull'aborto

In evidenza

- 14 Nasce l'AIO: una "casa comune" per ostetriche e ginecologi**

Professione

- 15 Linee di guida: volute, temute e talora non comprese**
di Giampaolo Mandruzzato
- 17 Verso uno spazio sanitario europeo**
di Vania Cirese
- 19 Preeclampsia quale causa di morte del feto**
di Pier Francesco Tropea
- 20 Consultori familiari: il fulcro di un'assistenza integrata "al femminile"**
di Giovanni Fattorini
- 21 AGITE Puglia**
La riorganizzazione della ginecologia del territorio: un percorso irto di ostacoli
di Annunziata Marra
- 22 Si vota per l'ONAOSI**
di Carmine Gigli
- 23 "Gioco di squadra"**
di Giuseppe Ettore
- 24 Tel Aviv: V Congresso Internazionale di Medicina di Genere**
di Francesca Fiorillo
- 24 Spoleto: Convegno di Studi sulla Tutela del Paziente e la Responsabilità Professionale in ambito Sanitario**
di Maurizio Silvestri

Aggiornamenti

- 25 Isterectomia? No grazie**
di Davide De Vita

Rubriche

- 28 Lettere • Meditazioni** di G. Gragnaniello
- 29 Fatti & Disfatti** di C.M. Stigliano • **30 Congressi**



NUMERO 11
ANNO XXI

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Vito Trojano
Direttore Scientifico
Felice Repetti

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

Editore
Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa
Union Printing
Viterbo
Abbonamenti
Anno: 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: dicembre 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



Testata associata



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

PERCORSO NASCITA: le 10 linee di azione

Il piano per la riorganizzazione dei punti nascita predisposto dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio, è ora pubblicato in Gazzetta Ufficiale. Tra i punti salienti delle 10 linee di azione contenute nel "Piano Fazio", l'incentivazione della partoanalgesia, la drastica riduzione dei cesarei, la conferma della chiusura dei reparti di maternità che effettuano meno di 500 parti all'anno e, nel giro di 3 anni, la riduzione di quelli che ne effettuano meno di 1.000

La conferenza Stato-Regioni ha dato l'ok, il 16 dicembre scorso, al piano per la riorganizzazione dei punti nascita sviluppato dal ministro Fazio sulla scia delle proposte avanzate da Sigo-Aogoi e Femmed, e che ora è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (n. 13 del 18 gennaio 2011).

Si conclude così l'iter del provvedimento e inizia il percorso che prevede nuovi standard di qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita. Tra i punti prioritari, l'abbattimento del ricorso al taglio cesareo, la chiusura definitiva dei reparti di maternità dove si effettuano meno di 500 parti all'anno e la razionalizzazione/riduzione di quelli che ne effettuano meno di 1.000.

I dieci punti prevedono misure di politica sanitaria e di accreditamento, una carta dei servizi per il percorso nascita, integrazione territorio-ospedale, utilizzo e implementazione delle linee-guida sulla gravidanza fisiologica e taglio cesareo prodotte dal Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità; elaborazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita, procedura di controllo del dolore nel corso di travaglio e parto, formazione degli operatori, monitoraggio e verifica delle attività, istituzione di un coordinamento permanente per il percorso nascita.

Il punto che ha fatto più notizia è la razionalizzazione/riduzione dei punti nascita con meno di 1000 parti/anno, che rappresentano circa 1/3 del numero nazionale complessivo e che si trovano soprattutto tra le strutture private. La riduzione dei livelli assistenziali sarà affiancata da un potenziamento dei sistemi di trasporto assistito materno e neonatale (STAM e STEN) e consentirà di organizzare il servizio h 24, con almeno 2 ostetri-

che e 1 medico per turno, riducendo al minimo il ricorso all'istituto della pronta disponibilità. Il modello adottato è quello "hub and spoke", che prevede il consolidamento delle reti dei punti-nascita con trasferimento ai centri regionali di riferimento per le patologie materne o neonatali da gestire a livelli adeguati per intensità di cure. Sono previsti criteri di accreditamento delle strutture che prevedano la valutazione dei carichi di lavoro e l'adeguamento degli organici; si introducono strategie di incentivazione/disincentivazione economica basate sulla valutazione dell'appropriatezza delle procedure. Molto dettagliata è la definizione delle strutture e della strumentazione delle zone travaglio-parto, dell'area neonatologica e delle sale operatorie del punto nascita; si precisa che ci deve essere una sala dedicata all'assistenza del parto fisiologico/naturale e che la donna può essere accompagnata da una persona di sua scelta, assicurando in ogni momento l'intimità e il comfort della partoriente e l'assunzione delle posizioni più co-

mode; è previsto l'utilizzo di metodi di controllo del dolore farmacologici e non, compresa l'analgia epidurale. Si prevede il rooming-in nella degenza post-partum, per favorire il legame parentale e l'allattamento al seno.

L'introduzione della carta dei Servizi del punto nascita è un'altra novità interessante. Il documento dovrà contenere i dati di attività della struttura, informazioni sul numero degli operatori in ogni turno di guardia, la possibilità del trasporto sanitario (STAM e STEN), il tipo di assistenza comprese le tecniche per il controllo del dolore che la struttura mette a disposizione, il numero annuale di parti spontanei e operativi e gli indicatori di esito. Sono inoltre previste dettagliate informazioni da fornire alla donna su ogni aspetto dell'assistenza in gravidanza, parto e puerperio, sui corsi di accompagnamento alla nascita e sul sostegno della rete dei servizi. Si chiarisce che è auspicabile che le donne possano offrire un feedback sul servizio ricevuto e si



offre l'indicazione degli uffici preposti alla segnalazione di encomi e suggerimenti o di reclami e dei siti web che le aziende attivano per i cittadini per ottenere altre informazioni.

Nella pagina a fianco le dieci linee di azioni che compongono il piano per la promozione ed il

miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita. Queste linee, come sottolinea una nota del ministero della Salute, "dovranno essere avviate congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale". (L.B)



IL PUNTO

Vito Trojano, presidente AOGOI

"Se si attuerà pienamente questa riforma produrrà grandi risultati"

L'impegno siglato tra Governo, Regioni e P.A. costituisce una buona premessa per una riorganizzazione della rete neonatale di alta qualità, più sicura e vicina alle esigenze dei cittadini e degli ope-

eratori della sanità ma, sottolinea il presidente Aogoi Vito Trojano, "non sarà un cammino facile. Dovremo vigilare per una piena attuazione di quanto contenuto nelle 10 linee di azione, affrontando le varie peculiarità

e criticità legate al territorio, calibrando, quando necessario, gli interventi". Fondamentale in questo senso è che si mantenga aperto un costante dialogo tra istituzioni e società scientifiche "perché rappresenta lo stru-

mento chiave per calibrare gli interventi in funzione delle peculiarità e delle criticità che emergeranno e dei suggerimenti tecnici e clinici degli operatori della sanità".

► **Segue a pagina 6**

Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo

(...) il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano si impegnano a sviluppare un Programma nazionale, articolato in 10 linee di azione, per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. Tali linee, complementari e sinergiche, sono da avviare congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale;

Le 10 linee di azione, riportate più dettagliatamente nell'allegato tecnico che costituisce parte integrante dell'accordo approvato il 16 dicembre scorso dalla Conferenza Stato Regioni, sono:

1. Misure di politica sanitaria e di accreditamento

(Allegati 1° -1b - 1c):

- razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle U.U.O.O. ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatrie, riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali;
- attivazione, completamento e messa a regime del sistema di trasposto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN);
- adozione, laddove già non previsto dalle normative regionali in materia, di procedure di autorizzazione ed accreditamento istituzionale delle strutture sulla base dei criteri di individuazione dei requisiti relativi ai differenti livelli di assistenza ostetrica e neonatale, compreso la definizione delle risorse umane sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale;
- strategie di incentivazione/disincentivazione economica, incentrate su rimodulazione tariffaria e abbattimento oltre soglia di appropriatezza;
- adeguamento delle reti consultoriali regionali secondo quanto stabilito dalla legge n. 34/1996 ed adeguamento degli organici;
- presenza di obiettivi specifici nella valutazione dei direttori generali, dei direttori di dipartimento e di U.O.C.

2. Carta dei Servizi per il percorso nascita

(Allegato 2):

- sviluppare, nell'ambito delle Aziende sanitarie in cui è attivo un punto nascita, una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita, in cui, in conformità ai principi di qualità, sicurezza e appropriatezza siano contenute indicazioni riguardanti almeno:
 - informazioni generali sulla operatività dei servizi;

- informazioni relative alle modalità assistenziali dell'intero percorso nascita;
- informazioni sulle modalità per favorire l'umanizzazione del percorso nascita;
- informazioni sulla rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato atta a favorire le dimissioni protette, il sostegno dell'allattamento al seno ed il supporto psicologico.

3. Integrazione territorio-ospedale

(Allegato 3):

- garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita attraverso l'integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale e la realizzazione di reti dedicate al tema materno-infantile sulla base della programmazione regionale;
- prevedere percorsi assistenziali differenziati favorendo la gestione delle gravidanze fisiologiche presso i consultori;
- assicurare l'utilizzo di una cartella gravidanza-parto-puterperio integrata territorio ospedale;
- promuovere l'adozione di strumenti di collegamento e comunicazione tra le diverse strutture ospedaliere e territoriali;
- garantire la diffusione di corsi di accompagnamento alla nascita sul territorio in collaborazione con i punti nascita;
- favorire dimissioni protette delle puerpere e dei neonati promuovendo il ritorno al territorio (consultorio familiare e pediatra di libera scelta).

4. Sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del SNLG-ISS

(Allegato 4):

- elaborazione di linee guida evidence-based ed aggiornate per la pratica clinica, rivolte ai professionisti della salute;
- stesura di una sintesi divulgativa delle linee guida rivolta alle donne;
- diffusione di linee guida attraverso canali istituzionali e di comunicazione scientifica.

5. Programma di implementazione delle linee guida

(Allegato 5):

- analisi del contesto assistenziale a livello regionale e locale e studio della variabilità come indicatori di appropriatezza;
- identificazione delle criticità e delle barriere al cambiamento a livello di singolo punto nascita e sua interfaccia con il territorio;
- promozione della continuità

- assistenziale e della integrazione con l'assistenza territoriale;
- promozione del ruolo dei vari professionisti nel percorso nascita, sia del ginecologo che dell'ostetrica, anche tramite l'individuazione dei percorsi per l'assistenza alla gravidanza a rischio e per quella fisiologica;
- sviluppo di percorsi clinico-assistenziali aziendali, sulla base delle linee di indirizzo per la promozione dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.

6. Elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita

(Allegato 6):

- aggiornamento, implementazione e diffusione della Raccomandazione del Ministero della salute per la prevenzione della mortalità materna;
- definizione della Raccomandazione per la prevenzione della mortalità neonatale;
- promozione dell'adesione a sistemi di monitoraggio di eventi sentinella/eventi avversi/near miss e relativi audit.

7. Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto

(Allegato 7):

- promozione di procedure assistenziali, farmacologiche e non per il controllo del dolore in corso di travaglio-parto;
- definizione di protocolli diagnostico terapeutici condivisi per la partoanalgesia, dando assicurazione della erogabilità di tale prestazione con disponibilità/presenza di anestesista sulla base dei volumi di attività del punto nascita.

8. Formazione degli operatori

(Allegato 8):

- rendere prioritari, nell'ambito delle attività di formazione continua ECM aziendale e regionale, percorsi di formazione/aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita, con modalità integrate, come previsto al punto 5) relativo al programma di implementazione delle Linee Guida; promuovere l'audit clinico quale strumento di valutazione della qualità dei servizi e delle cure erogate;
- attivare sistemi per la verifica ed adeguamento dei livelli formativi teorico-pratici delle scuole di specializzazione in ginecologia ed ostetrica, nonché in pediatria/neonatologia e del corso di laurea in ostetrica, in linea ed in coerenza con gli standard assistenziali, in raccordo con il MIUR;
- promuovere una effettiva integrazione

- della funzione universitaria di didattica con gli ospedali di insegnamento;
- promuovere il coinvolgimento delle società scientifiche nella formazione continua dei professionisti sanitari;
- prevedere attività formativa in tema di metodiche farmacologiche e non di controllo del dolore, con carattere di multidisciplinarietà;
- promuovere un percorso strutturato per l'inserimento dei professionisti nuovi assunti, confacente alle caratteristiche dei livelli assistenziali garantiti.

9. Monitoraggio e verifica delle attività

(Allegato 9):

- promuovere l'utilizzo di sistemi di monitoraggio delle attività, capaci di definire le ricadute cliniche e assistenziali delle attività stesse attraverso indicatori misurabili;
- promuovere una sistematica attività di audit quale strumento di autovalutazione dei professionisti sanitari e di miglioramento della pratica clinica;
- promuovere sistemi di monitoraggio e valutazione delle attività previste dal presente accordo.

10. Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita

(Allegato 10):

- al fine di dare completa attuazione a quanto previsto dal presente accordo, il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concordano sulla necessità della istituzione, entro 30 giorni dalla sua approvazione, di un Comitato per il Percorso Nascita (CPN), interistituzionale, con funzione di coordinamento e verifica delle attività, con il coinvolgimento delle Direzioni generali del Ministero della salute (Programmazione, Prevenzione, Comunicazione, Ricerca, Sistema Informativo), delle Regioni e Province autonome e di altre istituzioni sanitarie nazionali (ISS, AGENAS);
- analoga funzione dovrà essere attivata a livello di ogni singola Regione e Provincia Autonoma, nonché a livello di ogni struttura sanitaria, sulla base dell'organizzazione regionale.

L'attuazione da parte delle singole Regioni e Province autonome delle 10 linee di adozione sopra riportate è progressivamente realizzata nel quadro della rispettiva programmazione assistenziale e nel rispetto della connessa programmazione economico finanziaria in riferimento alle risorse umane, strumentali e finanziarie previste dalla normativa vigente. (*Gazzetta Ufficiale n. 13 del 18 gennaio 2011*).

Il testo integrale è disponibile sul sito www.aogoi.it

ILPUNTO

Vito Troiano, presidente AOGOI

► **Segue da pagina 4**

Riguardo a uno dei punti più delicati previsti dal Piano, la razionalizzazione/riduzione progressiva dei P.N. con meno di mille parti l'anno, Troiano spiega che "la posizione dell'Aogoi non parte da una loro chiusura sic et simpliciter. La nostra associazione ha inteso piuttosto dare delle indicazioni su quelli che erano i paletti da porre alle sale parto per garantire una maternità in sicurezza". I paletti erano legati ad una serie di indicazioni: disponibilità del parto in analgesia, disponibilità di sangue in caso di emergenza, presenza di reparti di terapia intensiva neonatale, dotazioni di strumenti di diagnosi prenatale nei P.N., presenza di strutture di sostegno psicologico per le partorienti, riconoscimento di procedure codificate tra ginecologi e ostetriche, informazioni sul parto cesareo ma anche studio delle casistiche e modalità di applicazione, presenza di personale qualificato (pediatri, ostetrica, ginecologo e anestesista 24 h su 24, oltre a un trasporto in emergenza).

"La riforma fa senz'altro un grande passo avanti nell'ambito ostetrico ginecologico in quanto prevede innanzitutto una riformulazione, come del resto avevamo richiesto, dei livelli assistenziali, ponendo un primo e secondo livello in grado di interfacciarsi, in modo che il primo possa fungere da filtro nei confronti del secondo".

"La riorganizzazione dei Punti nascita italiani congloba un profilo tecnico, ma anche formativo e istituzionale. La messa in opera di un percorso assistenziale più qualificato, che offre alla madre e al nascituro maggiori garanzie - sottolinea inoltre Troiano - incide sul benessere psicologico non solo dei cittadini ma anche dei medici, che si sentono così più tutelati e possono affrontare con più tranquillità quelle problematiche importantissime di tipo tecnico in un'ottica diversa, abbandonando quelle paure che scatenano poi le dinamiche di una medicina difensiva, di cui un eccessivo ricorso al cesareo è, a volte, conseguenza. Un'assistenza più qualificata insomma promuove intrinsecamente la nascita verso il parto fisiologico".

Altri tre punti particolarmente importanti evidenziati dal presidente Aogoi riguardano l'integrazione Territorio-Ospedale, la formazione degli operatori e l'informazione nel sociale.

La formazione degli operatori, un tema a cui l'Aogoi ha da sempre dedicato grande attenzione, sottolinea Troiano, è però legata a un fattore importante: la stabilità degli operatori nell'ambito delle strutture. "Il precariato dei medici a tempo determinato è un problema a cui bisogna assolutamente porre rimedio. I

medici non hanno il tempo sufficiente a formarsi, ad acquisire un'autonomia gestionale delle urgenze/emergenze e dell'espletamento del parto. Abbiamo bisogno di specialisti che si formino con training incisivi in un arco temporale che non sia di alcuni mesi ma di qualche anno. Abbiamo bisogno di formare una classe di ginecologi ostetrici altamente qualificata, quale del resto abbiamo sempre avuta mentre da qualche anno assistiamo a una dispersione di questo patrimonio formativo in conseguenza della precarietà delle assunzioni". Formazione del personale anche e soprattutto nelle scuole di specializzazione, ribadisce Troiano "scuole che spesso non hanno le sale parto, pur sfornando specialisti in ostetricia e ginecologia".

Ma un discorso molto importante riguarda anche l'informazione nel sociale. "Le pazienti a volte possono essere strumentalizzate - afferma. Penso, ad esempio, alla possibilità di chiusura dei cosiddetti 'piccoli ospedali'. Dobbiamo essere chiari e far bene comprendere ai cittadini che spesso gli ospedali dei piccoli centri sono

a rischio in quanto privi di quelle garanzie di sicurezza precedentemente elencate. L'informazione deve essere però accompagnata anche dalla volon-

tera. In ogni caso affrontato in Commissione abbiamo riscontrato almeno una di quelle disfunzioni precedentemente elencate. E se la disfunzione

che non volendo affrontare il dolore del parto vedono il cesareo come unica alternativa. Il parto indolore è invece un'alternativa importante perché permette alla donna di affrontare il decorso del travaglio e il parto con più tranquillità e partecipazione, evitando quella perdita del controllo in termini di concentrazione, respirazione e spinta che sono fondamentali nell'espletamento del parto fisiologico".

Per il presidente Aogoi la riforma tocca dunque molti aspetti importanti e ci sono i presupposti affinché produca risultati positivi. Perché ciò accada "dovrà essere applicata nella sua totalità - afferma Troiano - e si dovrà mantenere aperto un dialogo continuo con le istituzioni, così come sta facendo l'Aogoi ormai da qualche anno con le commissioni di Camera e Senato e più di recente con la Commissione sugli errori sanitari".

"Un dialogo aperto tra istituzioni e società di ostetricia e ginecologia è fondamentale affinché alla qualità legislativa corrisponda una qualità di tipo tecnico-scientifico-assistenziale in grado di calarsi nella realtà del territorio e nella grande realtà della nostra sanità italiana".

Sul Piano di riordino dei punti nascita il neo presidente Aogoi esprime una valutazione complessivamente positiva: "perché pone le premesse per una riforma della rete neonatale non più procrastinabile". La sua operatività e incisività dipenderanno da una serie di fattori, ma, ricorda Troiano: "sarà fondamentale il dialogo continuo tra istituzioni, società scientifiche e operatori della sanità"

tà del politico, che non deve calcolare queste situazioni locali campanilistiche per cercare di tenere aperto un piccolo ospedale o un Punto nascita non in sicurezza, in funzione di quelli che possono essere i riscontri elettorali, senza pensare né alla madre, né al bambino e nemmeno alla classe medica che in quel P.N. deve operare. È un discorso che abbiamo approfondito anche in sede di Commissione sugli Errori sanitari, di cui faccio parte, con il presidente Leoluca Orlando e il collega ginecologo Benedetto Fucci, che è anche membro della Commissione Affari sociali della Ca-

non era di organico o di sicurezza era legata all'ubicazione della sala parto: lontana dalla sala operatoria con la quale invece dovrebbe essere attigua, affinché un parto possa essere pilotato fino a che insorgano determinati presupposti di patologia che rendono necessario il trasferimento della paziente nell'attigua sala operatoria per l'effettuazione del cesareo".

"Infine voglio ricordare un altro punto molto importante di questo Piano ovvero le procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio, che consentiranno di abbattere quel numero di Tc ancora richiesti dalle pazienti

ILPUNTO

Carmine Gigli, presidente FESMED

"Senza risorse, il piano resterà sulla carta"

Per il presidente della Fesmed Carmine Gigli "il Piano recepisce molte delle istanze da noi avanzate, ma non mette in campo le risorse per realizzarle relegando la formazione, punto essenziale per il cambiamento, a poche e vaghe righe a chiusura del documento".

È difficile, spiega il presidente Fesmed realizzare un cambiamento radicale se non si investe sulla formazione e non si mettono a disposizione delle aziende le risorse necessarie all'adeguamento organizzativo e tecnologico".

"Indubbiamente il ministro è stato disponibile al dialogo e molte delle linee di indirizzo espresse nel documento finale riprendono quanto condiviso in occasione dell'incontro tra la Fesmed e il ministro - sottolinea Gigli - tuttavia quegli indirizzi avevano bisogno di un'azione forte da parte di Fazio, con chiare indicazioni sulle strategie e i mezzi per attuare il cambiamento. Purtroppo, invece, nel Piano definitivo ap-

provato dalle Regioni abbiamo dovuto constatare che questi mezzi non ci sono. Nel Piano non si parla di finanziamenti e alla formazione, che è un aspetto fondamentale, e sul quale avevamo chiesto di porre grande attenzione, vengono riservate 15 righe su 42 pagine".

"Per molti medici si tratta di un cambiamento radicale dell'esercizio della professione, perché stiamo parlando di ridurre i tagli cesarei, di applicare nuove linee guida, di individuare tutte le strategie necessarie per il rischio clinico. Ma questo cambiamento radicale non può avvenire se non si investe sulla formazione e non si danno alle aziende e alle Regioni delle disposizioni precise per affrontare in maniera compiuta il problema della formazione degli operatori. Il piano, invece, non prevede alcun finanziamento per questa finalità, mentre la legge 122/2010 dimezza il budget per la formazione dell'azienda a partire dal 2011".

"Lo stesso vale per l'adeguamento organizzativo e tecnolo-

gico, che si chiede di realizzare senza mettere però in campo risorse. Per far un esempio: si lamenta che le donne chiedano il cesareo e i ginecologi le accontentino. Ed ora si chiede loro di cambiare atteggiamento, ma non si considera che un ginecologo che per anni ha effettuato cesarei ripetuti potrebbe non avere la preparazione adeguata ad assistere il parto vaginale di una donna che ha già subito un cesareo. Si vuole inoltre diffondere la par-toanalgesia, dando per scontato che tutti gli anestesisti siano preparati a farlo. Non è così. Richiede competenze e in certi casi anche nuovo personale da introdurre nei punti nascita. Come si può pensare che questo sia possibile senza mettere a disposizione nuove risorse?".

Il timore è dunque che questa riforma resti solo pura dichiarazione di intenti, "come il Progetto Obiettivo Materno Infantile, elaborato dal ministro Bindi nel 2000, che a distanza di 10 anni è rimasto inascoltato in molte Regioni".

Per Gigli anche "la questione dei 'piccoli' punti nascita avrebbe potuto essere posta in maniera meno draconiana, limitandosi a distinguere tra punti nascita che effettuano più di mille parti/anno e quelli che ne effettuano meno, come suggerito anche dai tecnici delle Regioni. Al contrario si sarebbe dovuto insistere maggiormente sulla necessità di dotarsi dei requisiti organizzativi e strumentali. A quel punto sarebbero state le Regioni a valutare se fosse più conveniente fornire quei requisiti, oppure fosse preferibile accorpate alcune strutture e recuperare del personale da utilizzare nei punti nascita carenti. Sono convinto che non esiste un numero di parti che garantisce la sicurezza. Quel che conta sono i requisiti. Un punto nascita che effettua 2.000 parti ma in cui operano professionisti non preparati farà più danni di un piccolo punto nascita dove si lavora bene. Non voglio criticare i centri di eccellenza, ma non voglio togliere nulla a chi ha meno

Nicola Surico, presidente SIGO

“Si proceda senza deroghe”

I centri con meno di 1000 parti l'anno verranno riconvertiti. “Per scongiurare resistenze a livello locale – ha affermato il neo presidente della Sigo Surico – ci faremo portavoce, in prima persona, di una sensibilizzazione delle donne, per sottolineare come questi criteri vadano a loro tutela”

“Non sono ammissibili deroghe al piano di riordino dei punti nascita: le strutture con meno di mille nascite l'anno vanno riconvertite. Saremo noi ginecologi, per primi, a spiegare alle nostre pazienti che è meglio sopportare alcuni minimi disagi logistici, magari qualche chilometro in più, ma avere strutture che garantiscono al meglio la salute di madre e bambino”.

Così il neo presidente Sigo Nicola Surico, in carica dal primo gennaio fino al 2013, ribadisce l'appoggio dei ginecologi al piano di riordino dei punti nascita. “Sappiamo che i veri problemi si presenteranno ora, sul territorio, in fase di applicazione delle nuove disposizioni, che prevedono la razionalizzazione/riduzione progressiva dei centri con un nume-

ro di parti inferiore a 1000 l'anno” ha affermato Surico sottolineando che “per scongiurare resistenze a livello locale ci faremo portavoce, in prima persona, di una sensibilizzazione delle donne, per sottolineare come questi criteri vadano a loro tutela. Questo è il primo passo per una nuova stagione della ginecologia nel nostro Paese, sulla base di un rinnovato rapporto di fiducia fra donne e medici”.

“Le pazienti devono potersi recare con serenità nelle nostre strutture – ha aggiunto Surico – e devono sapere che la Sigo si sta adoperando, e continuerà a farlo, per collaborare con le Istituzioni nell'applicazione delle migliori evidenze a favore della donna e del bambino”.

Un altro punto cardine evidenziato dal neo presidente Sigo è la

formazione: “una priorità del mio mandato per il prossimo triennio”. “Serve un'alleanza fra istituzioni diverse, per garantire professionalità complete – ha affermato. Ancora oggi esistono scuole di specializzazione sproviste delle strutture adeguate. Così come vanno rivisti i criteri di accreditamento dei corsi di formazione: abbiamo assistito ad una proliferazione di proposte purtroppo non sempre adeguate. Va promossa un'effettiva integrazione della funzione universitaria di didattica con gli ospedali di insegnamento, previsti dal piano e le Società scientifiche vanno coinvolte direttamente e si devono fare garanti della qualità. La Sigo intende lavorare fianco a fianco delle Istituzioni per tradurre al più presto in realtà quanto previsto dalla riforma”.

“Per completare la rivoluzione ora è necessario intervenire sui rimborsi e i DRG”. Così il past president Sigo Giorgio Vittori si è

espresso l'indomani dell'approvazione del piano nazionale di riordino del matero infantile da parte della Conferenza Stato Regioni. “La riforma dei punti nascita è oggi una realtà, daremo il nostro pieno appoggio alle Istituzioni per renderla concreta in tempi brevi, a vantaggio della sicurezza di donne e bambini. Si tratta di 10 punti chiave per ridisegnare la mappa della nascita del nostro Paese, per riconvertire i centri in modo che siano attrezzati e sicuri, favorire il parto naturale, garantire a tutte le donne l'accesso all'analgia epidurale, migliorare la formazione degli operatori e monitorare e verificare costantemente le attività” ha spiegato Vittori. “La manovra incontra il favore della ginecologia perché ha ascoltato le nostre istanze e se n'è resa interprete. Siamo reduci da mesi intensi, che hanno portato alla ribalta nazionale, in maniera drammatica, le criticità del per-

corso nascita che da tempo erano note agli addetti ai lavori. Siamo certi che da qui si possa ripartire per rendere sempre più efficienti e completa l'assistenza”.

Ma se “questo piano rappresenta un'ottima premessa per un sistema più moderno e più adatto alle esigenze delle madri di oggi nonché una garanzia di maggiore serenità per noi ginecologi” ha affermato Vittori “sarà però necessario vigilare fin d'ora soprattutto sull'applicazione degli ultimi due punti del piano, dove si prevede il monitoraggio e la verifica delle attività e l'Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita”.

In occasione del Congresso nazionale Sigo Aogoi di Milano, il Ministro Fazio aveva espresso la ferma volontà di rendere il “decalogo” immediatamente operativo, un impegno congiunto governo-enti locali, attraverso un cammino condiviso che vede i ginecologi protagonisti.

“Resta un ulteriore passo – ha sottolineato Vittori. La rivoluzione si compirà solo se si darà il giusto riconoscimento a tutte le fasi, dalla pianificazione familiare alla nascita. Per questo è indispensabile intervenire sui rimborsi”.

Se le prestazioni che riguardano l'ostetricia e la ginecologia non verranno rivalutate, avverte Vittori “per far quadrare i conti ci si troverà costretti a limitarle controllandone la quantità e diminuendo la qualità”. **Y**

parti e svolge un ottimo lavoro”. Per frenare il ricorso al cesareo il Piano prevede l'implementazione dell'epidurale e la disincentivazione economica attraverso la rimodulazione dei tariffari. Per quanto riguarda la rimodulazione dei tariffari, osserva Gigli “vale per quelle Regioni dove c'è una distribuzione delle risorse in base alle prestazioni, molto meno nelle Regioni dove si applica la quota capitaria. Qualche cambiamento potrebbe portarlo anche in quelle Regioni dove c'è un'alta quota di privato e qualche casa di cura potrebbe avere meno interesse ad effettuare un cesareo rispetto ad un parto naturale. Ma anche in questo caso credo che occorra fare molta attenzione: è bene insistere affinché una clinica privata che non ha i requisiti per rispondere a un'emergenza intraprenda un intervento di parto spontaneo su una donna con precedente cesareo? E se ci fosse la rottura dell'utero, che accadrebbe? Il danno costa più di una prestazione non appropriata. Sia in termini di salute dei cittadini che in termini economici”.

“Infine – conclude Gigli – il Piano prevede monitoraggi, verifiche e commissioni istituite ad hoc per questo scopo. Ma non è chiarito che tipo di potere queste commissioni abbiano in caso di inottemperanza da parte delle Regioni”. **Y**

L'Integrazione territorio-ospedale: presa in carico e continuità per il miglioramento della qualità assistenziale, è il punto più interessante per Agite. Il consultorio viene definito come il luogo centrale della presa in carico globale della donna e della famiglia nel momento della scelta riproduttiva, che esegue una prima valutazione del livello di rischio e segue la gravidanza fisiologica autonomamente, inviandola in ospedale a 36 settimane presso l'ambulatorio della gravidanza a termine. In caso di insorgenza di rischi il collegamento con l'ambulatorio ospedaliero della gravidanza a rischio consente di garantire la sicurezza della gestante e del neonato.

Inoltre si approfondisce il concetto di continuità assistenziale, inteso sia come stabilità delle persone che prendono in carico la donna, sia come integrazione funzionale e coordinamento dipartimentale dell'assistenza, per garantire la massima cooperazione tra le strutture e la centralità della diade madre-bambino al fine di armonizzare i bisogni di sicurezza e di umanizzazione. Per il travaglio di parto, la continuità dovrà essere garantita anche con l'organizzazione flessibile della presenza del persona-

di Lucia Bagnoli, AGITE

Verso l'integrazione territorio-ospedale

le che segue la donna, che dovrà avere una formazione competente nell'arte e nella scienza del supporto in travaglio.

Per raggiungere questi obiettivi si invitano le Regioni e le direzioni aziendali a intraprendere azioni concrete di messa in comunicazione delle varie strutture. In particolare occorre individuare percorsi diversi per le gravidanze a basso e ad alto rischio, dove si specifica che l'ostetrica è la figura professionale di riferimento nella fisiologia, integrata con il ginecologo in team definiti per la gestione dei casi di insorgenza di rischio. L'applicazione delle linee-guida del SNLG facilita la gestione clinica della gravidanza.

Le linee-guida dovranno essere implementate e le Regioni hanno il compito di analizzare i flussi informativi per valutare le zone che hanno tassi di taglio cesareo (Tc) più alti e dedicarvi maggiore impulso all'implementazione, analizzando parallelamente i modelli organizzativi delle strutture con i tassi più bassi di

Tc, in un'ottica di benchmarking. Il Programma di implementazione delle linee guida prevede la costituzione di un panel multiprofessionale che definisca i percorsi clinico-assistenziali, implementando in particolare quelli di aree di criticità individuate dalle direzioni aziendali. La formazione degli operatori consentirà di raggiungere quel confronto fra pari sulle modalità dell'assistenza che serve per mettere in discussione le pratiche assistenziali che conducono ad un eccesso di medicalizzazione e all'aumento dell'operatività, confronto che consenta di applicare l'audit periodico come strumento di verifica delle criticità incontrate nella messa in pratica delle linee-guida.

In ogni struttura i flussi informativi dovranno essere valutati periodicamente e un sistema di sorveglianza dell'attività assistenziale dovrà monitorare tutti i punti-nascita attraverso indicatori misurabili che il Ministero si impegna ad individuare entro 3

mesi dall'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre.

Un altro punto importante riguarda l'istituzione di un Comitato per il Percorso Nascita (CPN) cui affidare funzioni di coordinamento e verifica delle attività, con il coinvolgimento delle Direzioni generali del ministero della Salute, delle Regioni e Province autonome, dell'Iss e di Agenas. Analoghe funzioni di coordinamento dovranno essere istituite in ogni singola Regione e Provincia Autonoma, nonché a livello delle singole Aziende sanitarie sulla base dell'organizzazione regionale. Si definisce un termine di 30 giorni per l'attuazione del coordinamento del percorso nascita. Resta ancora da verificare con il Ministero la questione dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per gli esami consigliati dalla linea-guida per la gravidanza fisiologica, che non sono presenti nel cosiddetto “Protocollo Bindi” che è in corso di definizione. **Y**

Bilanci e aspettative

Come sarà la sanità del 2011?

Archiviato un anno giudicato dai più negativo, anche se prodromico di nuove iniziative importanti, si avvia un 2011 altrettanto difficile per le categorie della sanità.

Per un bilancio sull'attività legislativa nell'anno appena concluso e per una panoramica sui principali temi nell'agenda della sanità 2011 abbiamo raccolto su queste pagine l'opinione di alcuni politici della sanità di maggioranza e opposizione e il punto di vista del presidente Fesmed Carmine Gigli.

Alle pagine seguenti un compendio dei provvedimenti approvati e di quelli in itinere alla Camera, al Senato e alla Conferenza Stato Regioni

Paola Binetti
Udc

Aggiornamento della L. 180 e sviluppo unità di lungo-degenza per i pazienti in stato vegetativo, due importanti temi in agenda

Nel 2010 abbiamo approvato una delle leggi più interessanti di questa legislatura: quella sulle cure palliative che considero una buona legge alla quale, per poter funzionare fino in fondo, manca un capitolato di spesa adeguato. Legge passata ad ampia maggioranza, con il consenso di tutti e questo è un elemento di grande soddisfazione perché significa che la Commissione è in grado di porsi dalla parte del malato senza se e senza ma. Invece, al primo posto nell'agenda dei provvedimenti che contiamo di chiudere entro la fine dell'anno c'è il governo clinico. Dopo vicende alterne il disegno di legge è tornato in Commissione dove si è arenato. Una vicenda inaccettabile perché tutto il lavoro svolto per mesi è stato vanificato e si ha quindi la sensazione di girare a vuoto.

Un altro provvedimento di legge su cui stiamo lavorando in comitato ristretto riguarda le unità di lungo-degenza per i pazienti in stato vegetativo. È un sistema articolato che da un lato vede l'assistenza in realtà dedicate, e dall'altro la possibilità che questi pazienti possano trascorrere una parte del loro tempo in famiglia. Ci stiamo poi occupando della revisione della legge 180/78. Vogliamo da un lato decomprimere la realtà "manicomiale", e dall'altro cercare di rispondere alla domanda, una volta che il paziente è fuori, "ora



cosa facciamo?". C'è infine il progetto del "Dopo di noi" per tutelare i disabili gravi rimasti senza famiglia. È ancora aperta la partita sul testamento biologico. Per quanto riguarda i con-

tenuti ritengo che questa debba essere una legge chiara. Non devono esserci dubbi sul fatto che l'ordinamento legislativo italiano è per il favor vitae, con un contesto di regole che sono tutte dalla parte della vita. Rivendicare in questo momento il principio di autodeterminazione come principio estremo che può portare alla morte mi pare un paradosso estraneo alla nostra cultura, alla nostra tradizione e al nostro ordinamento. Qui lo scontro sarà duro sul piano ideologico, ma la maggioranza da sola questa legge non la porterà mai a casa.

Paolo Fontanelli
Responsabile area sanità (Pd)

Costi standard e divario Nord-Sud: i due temi centrali del 2011

Il 2010 è stato un anno negativo, foriero di molte preoccupazioni per il futuro a cominciare dalle resistenze da parte del Governo nell'attuare il "Patto per la salute" sottoscritto nel 2009. E così dobbiamo registrare che sul versante delle risorse non si è data attuazione a quanto previsto dal Patto, che già prevedeva una riduzione delle risorse ri-

spetto a quanto fatto dal governo precedente, e sul versante dei contenuti i nuovi Lea non sono stati neanche discussi. Soprattutto, lo scorso anno è arrivato



"Sarà un anno di lacrime e sangue"

Carmine Gigli
Presidente FESMED

Il bilancio del 2010 per i medici dipendenti del Ssn non può che essere negativo. Dal punto di vista economico, la manovra di luglio ci ha fortemente penalizzati sotto 3 punti di vista: la decurtazione degli stipendi sopra i 90mila euro, il blocco della parte accessoria del salario e il blocco del contratto di lavoro.

A questo si aggiungono le restrizioni sulla libera professione intramoenia, sottoposta a vincoli ingiustificati. L'unico vincolo corretto è quello già previsto dalla vecchia normativa del limite percentuale rispetto ai volumi di attività istituzionale. Tutti gli altri paletti sono solo la conseguenza dell'incapacità delle Aziende di far rispettare le

regole che esistono da oltre 10 anni. Ancora non sappiamo per quanto tempo verrà prorogata l'intramoenia allargata, per il momento c'è solo la proroga fino al 31 marzo. La Fesmed non chiede una liberalizzazione totale dell'intramoenia allargata, ma vogliamo delle certezze, o si ammette che l'intramoenia allargata finirà quando le aziende avranno lo spazio e l'organizzazione adeguate, oppure si cambiano le regole, attraverso l'elaborazione di condizioni chiare, condivise e razionali. Un discorso simile riguarda il piano di riordino dei punti nascita, lanciato sulle pagine dei giornali come una grande innovazione quando, di fatto, non fa che ribadire quanto contenuto nel decreto Bindi di 10 anni fa. Si punta inoltre alla chiusura dei punti nascita con

meno di 500 parti, ma senza ammettere che la qualità dipende dalle dotazioni, dalla formazione e dall'organizzazione, non dal dato numerico. Infine non possiamo che manifestare rammarico per il blocco delle assunzioni. Questo porrà il Ssn in grave difficoltà, eppure la politica sembra non rendersene conto. Così come sembra non rendersi conto del danno derivante dalla mancata stabilizzazione del precariato, perché le aziende non investono sulla formazione dei medici precari. Costoro non riescono a diventare soggetti attivi dei piani aziendali e, prima ancora di aver acquisito le procedure locali, vengono trasferiti. Insomma, un bilancio veramente negativo quello del 2010. E il 2011 minaccia di essere ancora più nero, perché



toccheremo con mano i provvedimenti di cui si è detto. L'unico auspicio per il 2011 è quello di approfittare della pausa contrattuale per sedersi ad un tavolo tecnico e unificare, armonizzare e rendere organica l'intera materia contrattuale, che oggi fa capo a una diversità di testi anche molto datati. La speranza che questo accada, però, è poca. I sindacati l'hanno chiesto molte volte e l'Aran ha risposto positivamente, ma lo stesso non è avvenuto da parte delle Regioni.



il federalismo fiscale che rappresenta una grande incognita che si porta dietro forti incertezze. Credo che il federalismo fiscale sarà il tema centrale per il 2011. A fine 2010 Governo e Regioni hanno trovato un accordo, dopo un lungo braccio di ferro, sul decreto per i costi standard che è stato rivisto. Ora bisognerà vedere se questa nuova intesa si tradurrà davvero in una serie di indicazioni, di norme e di previsioni che vanno nella direzione di una riqualificazione complessiva del Ssn oppure se si andrà, come vorrebbe il Governo, verso una riduzione delle risorse impegnate nel sistema sanitario. Credo che il conflitto sarà su questo, sui costi standard e su come riuscire a ridurre l'enorme divario che c'è oggi, in termini di offerta sanitaria, fra Nord e Sud. Questo gap ogni anno genera l'esodo di milioni di persone che si muovono da una Regione all'altra, perché il sistema così com'è non offre dei servizi equi né dal punto di vista della qualità né dal punto di vista della sicurezza sanitaria. Si tratta insomma di dare seguito a misure annunciate ma debolmente messe in atto per superare questa situazione che crea sprechi, condizionamenti di carattere clientelare e talvolta anche malavitosi, puntando sull'efficienza e appropriatezza dei servizi. Credo inoltre che sia importante creare un sistema di monitoraggio e valutazione che consenta di mettere a confronto, con trasparenza, l'effettiva qualità dei servizi sanitari sia ospedalieri che territoriali. Penso infine sia necessaria la riorganizzazione del "governo clinico". Il provvedimento, allo studio della Camera, seppur con dei limiti si pone l'obiettivo di riorganizzare il governo della sanità attraverso una maggiore collegialità e responsabilizzazione dei medici e degli operatori. Il provvedimento però dall'Aula è tornato in commissione perché la maggioranza nel testo ha inserito impropriamente delle norme che in realtà puntavano a far saltare il sistema dell'intramoenia per tornare a una sorta di liberalizzazione assoluta della professione.

Laura Molteni
Membro Commissione Affari Sociali alla Camera (Lnp)

Con la definizione dei costi standard stiamo compiendo l'ultimo importante giro di boa

In Commissione Affari sociali alla Camera abbiamo lavorato molto e bene. Ma più che tracciare un bilancio, preferisco parlare di working in progress. Abbiamo affrontato e stiamo lavorando su provvedimenti di grande significato. Penso in particolare a quello sul testamento biologico sul quale c'è stato un impegno costante e diretto della Lega in tutte le fasi e nell'iter del progetto di legge in Commissione. Un disposto che continuerà a vederci in prima linea



nel corso del 2011. Continueremo poi a impegnarci, sul Ddl del "Dopo di noi" per il quale siamo già alla fase emendativa. L'obiettivo è per dare assistenza alle persone disabili che dopo la morte dei genitori si trovano senza tutela e istituire un fondo ad hoc. Altro importante Ddl è quello sulle disposizioni in materia di sicurezza degli impianti protesici mammari, licenziato dalla Commissione in sede legislativa e ora all'esame

del Senato. Prevede l'istituzione di un registro nazionale per disciplinare un delicato settore ancora scarsamente regolamentato.

Inoltre, per il 2011 abbiamo già pronti due nuovi progetti di legge che presenteremo a breve: sull'istituzione e la regolamentazione attuativa dell'indagine sulla farmaco genetica e su una nuova normativa per favorire la trasparenza e la tracciabilità nell'industria cosmetica. L'obiettivo del primo progetto è arrivare a un provvedimento che regolamenti autonomamente i test di farmacogenetica rispetto a quelli genetici. Vogliamo valicare nuove frontiere per calibrare i farmaci sulla persona e favorire una reale personalizzazione della terapia farmacologica, perseguendo anche l'obiettivo di studiare il potenziale ruolo di fattori ereditari nel determinare la risposta individuale ai farmaci. Con il secondo intendiamo tutelare contemporaneamente la salute dei consumatori e le piccole e medie imprese del settore, proteggendo il made in Italy. Introduciamo un'etichetta obbligatoria, da apporre sui recipienti e sugli imballaggi dei prodotti cosmetici, che riporti il Paese di origine in cui è prodotto il cosmetico, e l'elenco degli ingredienti impiegati per avere indicazioni su effetti indesiderati e dannosi. Soprattutto questo sarà l'anno del federalismo fiscale. Con la definizione dei costi standard stiamo compiendo l'ultimo importante giro di boa che in sanità ci consentirà da un lato di tagliare sprechi e inefficienze, da un altro di ottenere la massima responsabilità da parte degli amministratori. Infatti, chi sarà responsabile di "buchi" di bilancio non potrà più essere candidato negli Enti locali e al Parlamento e neanche accedere ai Consigli di amministrazione di Enti pubblici. È un cambio culturale radicale che rivoluzionerà la gestione della cosa pubblica.

Antonio Palagiano
Responsabile nazionale
Dipartimento Sanità e Salute
(Idv)

Bilancio pessimo, previsioni ancor meno rosee

Il bilancio del 2010 è pessimo. I piani di rientro, seppur necessari, hanno portato a tagli orizzontali senza distinzione. Tutti i tagli fatti sono sbagliati e credo, per esempio, che in futuro il blocco del turn over con il personale che va in pensione porterà a liste d'attesa e disservizi a tutto vantaggio del settore privato. Se quest'anno è stato devastante il prossimo rischia di essere ancora meno roseo. In commissione abbiamo lavorato con passione sul provvedimento del "governo clinico", legge che si poneva per obiettivo la razionalizzazione e la riorganizzazione del Ssn. Noi dell'Idv volevamo tagliare quell'anello maledetto che lega la politica alla sanità e che dà ai Direttori generali tutti i poteri dell'azienda. Per fare questo abbia-



mo proposto un albo unico dei Dg che devono essere persone di comprovata esperienza in campo amministrativo, affermate, per evitare che il riciclato o il trombato di turno diventi un manager. Ma questo progetto è stato bloccato appena approvato in Aula e, ritornato in commissione, è finito su un binario morto e non se ne è più parlato. Credo inoltre che occorra razionalizzare l'erogazione del servizio cambiando le regole per l'assunzione dei Dg e cercando di riaffidare la sanità ai medici togliendola ai politici. Se si mettessero tutte le dirigenze mediche in mano a persone competenti ci sarebbe davvero una rivoluzione.

Giuseppe Palumbo
presidente Commissione Affari Sociali (Pdl)

Testamento biologico e Governo clinico: i provvedimenti più urgenti per il nuovo anno

Il 2010 è stato un anno sicuramente importante. La commis-

sione ha approvato a larghissima maggioranza il provvedimento sulle cure palliative e la terapia del dolore che è legge dal marzo scorso. È stata una risposta innovativa e di grande responsabilità che la Commissione ha dato a tutte quelle persone che soffrono. Purtroppo l'Italia, in questi anni, si è caratterizzata sia per il ritardo che per l'arretratezza nell'offrire soluzioni di questo tipo, su queste tematiche. Ora, grazie alla legge e grazie anche al lavoro delle Regioni, che si stanno organizzando, saremo in grado di offrire sollievo a tutte quelle migliaia di persone che stanno male, che soffrono e che invece possono essere aiutate. Soprattutto, e lo dico prima ancora come medico che come presidente della commissione Affari sociali, ritengo di fondamentale importanza la dimostrazione di come la politica sia in grado di porsi dalla parte del malato.

Per il 2011 i provvedimenti più urgenti sono essenzialmente due: il testamento biologico e il governo clinico. Per quanto riguarda il testamento biologico andremo in Aula nel mese di febbraio e verrà votato dall'Assemblea. Discorso leggermente diverso invece per il governo clinico che dopo un breve passaggio in Aula è stato rimandato in commissione perché ha bisogno di una "limatura". La commissione Affari costituzionali e la commissione bicamerale per gli Affari regionali hanno infatti sollevato alcune osservazioni: essenzialmente secondo loro il provvedimento entrava troppo nel merito e quindi poteva profilarsi un contrasto con le Regioni. Lavoreremo su questo in commissione per farlo tornare presto in Aula. Quindi se non ci saranno sorprese questi provvedimenti vedranno la luce nel



2011. Ci sono poi altri progetti di legge su cui stiamo lavorando e che stanno andando avanti in commissione. Penso in particolare alla modifica della legge sulla salute mentale e al provvedimento sulla lungo-degenza per i pazienti in stato vegetativo. Su entrambi stiamo lavorando in comitato ristretto, quindi siamo a un buon punto. **Y**

Salute: attività legislativa

Bilancio 2010

Governo, Parlamento e Regioni: i provvedimenti approvati nel 2010 e quelli ancora in discussione

LE LEGGI APPROVATE

Cure palliative e terapie del dolore

Legge 38 del 15 marzo 2010

Il 9 marzo 2010 è stata definitivamente approvata la Pdl "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore".

Misure per il riconoscimento di diritti alle persone sordocieche

Legge 107 del 24 giugno 2010

Il 27 maggio 2010 è stato approvato definitivamente il Pdl contenente "Misure per il riconoscimento di diritti alle persone sordo cieche e della sordo cecità quale disabilità unica".

Manovra economica

Legge 122 del 30 luglio 2010

La fiducia sulla manovra economica è approvata definitivamente il 28 luglio alla Camera, dopo il via libera del Senato, con 329 voti favorevoli e 275 contrari.

Legge di stabilità

Legge 220 del 13 dicembre 2010

Approvata in via definitiva il 7 dicembre 2010

La legge proroga l'esenzione del ticket sulle visite specialistiche e la diagnostica per il 2011 ma solo per 5 mesi, per un ammontare di 347,5 milioni. Se non ci saranno ulteriori finanziamenti, il ticket verrà reintrodotta a partire da giugno; 1,5 miliardi dei fondi Fas vengono destinati all'edilizia sanitaria pubblica, e andranno per l'85% al Sud e per il 15% al Centro-Nord.

Decreto legge "Milleproroghe"

Varato dal Governo il 22 dicembre, contiene la proroga di un anno (fino al 31 gennaio 2012) della scadenza per la realizzazione degli spazi per la libera professione intramuraria.

I DDL ALL'ESAME DELLA CAMERA

Farmaci psicotropi

Disposizioni concernenti l'impiego di farmaci psicotropi per la cura dei bambini e degli adolescenti

Atto Camera 126. Presentata il 29 aprile 2008 T.U. con A. C. 1414, 1761, 2125. L'iniziativa è di Mariella Bocciardo (Pdl), relatore Mariella Bocciardo.

Iter: esame in corso e rinvio

La Pdl, partendo dall'aumento del consumo di psicofarmaci da parte di bambini ed adolescenti, intende dettare alcuni principi relativi all'impiego di tali medicinali per curare determinate patologie dei minori, definendo le competenze dello Stato e delle Regioni, prevedendo ade-

Il bilancio del 2010 è nutrito di provvedimenti di legge e intese in Stato-Regioni. Come è nutrita l'agenda delle cose da fare, sempre che la legislatura concluda il suo tempo senza il ricorso ad elezioni anticipate che, al momento, ancora nessuno si sente di escludere a priori. Per seguire meglio gli avvenimenti che segneranno il corso della sanità nel 2011 proponiamo un compendio dei provvedimenti approvati e di alcuni di quelli in itinere alla Camera, al Senato e alla Conferenza Stato Regioni

guate azioni informative, stabilendo limiti e condizioni alla prescrivibilità dei farmaci e contemplando azioni di monitoraggio e sorveglianza della relativa terapia.

Sangue cordonale

Disposizioni in materia di raccolta e utilizzo sangue cordonale

Atto Camera 361. Presentato il 29 aprile 2008 - abbinato A.C. 548, 961, 1214, 2040, 2859, 3691

L'iniziativa è di Luca Volontè (Udc), relatore Francesco Stagno D'Alcontres (Pdl)

Iter: esame in corso e rinvio

La proposta di legge nei suoi 14 articoli intende regolamentare la donazione e l'utilizzo per fini terapeutici di cellule staminali fetali, da cordone ombelicale e di cellule staminali adulte.

Ricerca scientifica

Disposizioni in materia di donazione del corpo post mortem a fini di studio e di ricerca scientifica

Atto Camera: 746. Presentato il 6 maggio 2008.

L'iniziativa è di Gero Grassi (Pd), il relatore in Commissione è da assegnare.

Iter: inizierà a febbraio 2011 esame in commissione.

La proposta di legge si propone di estendere il diritto a fare "dono di sé" già sancito dalla legge n. 91 del 1999 sulla do-

nazione degli organi e dei tessuti a fini di trapianto.

Anestesia e rianimazione

Modifica all'articolo 18 del decreto del PdR 27 marzo 1969, n. 128, in materia di competenze professionali nei servizi ospedalieri di anestesia e rianimazione

Atto Camera 797. Presentato il 7 maggio 2008.

L'iniziativa è di Angela Napoli (Pdl), relatore Carla Castellani (Pdl)

Iter: esame in corso e rinvio

La proposta precisa che in tutte le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private accreditate, ai servizi di anestesia e rianimazione, e comunque ai medici specialisti in tale disciplina, deve essere riconosciuta la competenza professionale in terapia intensiva, in terapia antalgica e in terapia iperbarica.

Questo per rendere i servizi ospedalieri di anestesia e rianimazione conforme ai nuovi ordinamenti di medicina e delle scuole di specializzazione in anestesia e rianimazione.

Governo clinico

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e altre disposizioni in materia di organizzazione del Ssn

Atto Camera 799. Presentato il 7 maggio 2008 in T.U. con A.C. 278, 977-ter, 1552, 1942, 2146, 2355, 2529, 2693, 2909.

L'iniziativa è di Angela Napoli (Pdl), relatore sia in Commissione che in Aula Domenico Di Virgilio (Pdl)

Il testo unificato, composto di 14 articoli, interviene in vari ambiti dell'organizzazione del Ssn, introducendo alcuni principi volti a migliorare la funzionalità delle aziende sanitarie attraverso un potenziamento del ruolo del medico nelle scelte strategiche e gestionali e attraverso la previsione di una maggiore trasparenza ed equità nel sistema di valutazione e selezione delle risorse umane.

Diritti partoriente

Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato

Atto Camera 918. Presentato l'8 mag-

gio 2008 è abbinato con A. C. 1266, 1353, 15153, 3303.

L'iniziativa è di Giuseppe Marinello (Pdl), il relatore in Commissione è Giuseppe Palumbo (Pdl).

Iter: esame in corso e rinvio

Composta di 13 articoli la proposta di legge intende disciplinare l'assistenza alla nascita e la tutela della salute del neonato.

Assistenza psichiatrica

Disposizioni in materia di tutela della salute mentale e per la difesa dei diritti dei cittadini con disturbi mentali

Atto Camera 919. Presentato l'8 maggio 2008 è stato abbinato ad A. C. 1423, 1984, 2065, 2831, 2927, 3038, 3421.

Iniziativa di Giuseppe Marinello (Pdl), relatore in commissione Carlo Ciccio (Pdl) Iter: esame in corso e rinvio.

La proposta di legge nei suoi 17 articoli, mira a riorganizzare il sistema nazionale per la salute mentale e a garantire il rispetto dei diritti umani degli utenti dei servizi psichiatrici e dei loro familiari.

Qualità e sicurezza Ssn

Interventi per la qualità e la sicurezza del Ssn. Deleghe al Governo in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale, di riorganizzazione degli enti vigilati, di farmacie e per il coordinamento della disciplina legislativa in materia sanitaria

Atto Camera 977 in T.U. con A. C. 278, 799, 1552, 1942, 2146, 2355, 2529, 2693, 2909.

L'iniziativa è di Livia Turco (Pd), relatore Domenico Di Virgilio (Pdl).

Iter: esame in corso e rinvio

La proposta di legge, adegua gli strumenti di governo del sistema disegnato dalla riforma del titolo V. I tasselli di questo modello sono: programmazione nazionale, Lea, confronto permanente Stato-Regioni e Sistema nazionale di valutazione. Il governo clinico è la forma di partecipazione dei professionisti alla direzione delle aziende che mantengono come obiettivo l'impiego efficiente delle risorse oltre alla qualità e sicurezza delle prestazioni.

Pma

Disposizioni per consentire l'impiego degli embrioni abbandonati giacenti presso i centri italiani di procreazione medicalmente assistita.

Atto Camera 2058. Presentato il 12 gennaio 2009.

L'iniziativa è di Antonio Palagiano (Idv), il relatore in Commissione è da assegnare.



Ragioneria generale dello Stato. Conto annuale 2009

L'esercito della sanità: la fotografia di medici, infermieri & Co

La fotografia scattata dal Conto annuale 2009 della Ragioneria generale dello Stato fissa in 734.183 gli operatori del Ssn, a fronte dei 732.390 registrati nel 2008. Quelli con contratti a tempo indeterminato rappresentano la maggioranza con 693.730 unità, contro le 40.453 unità con rapporti di lavoro flessibili e quindi precari

Un esercito di 734.184 operatori con diversi profili funzionali e professionali. Di questi quasi 2 su 3 sono donne per un totale di 468.026 lavoratrici della sanità. I medici sono 119.369, il 38% sono donne. I contratti precari sono oltre 40 mila. La quota più alta di contratti precari e quella più bassa di incarichi apicali appartiene del gentil sesso.

È questa l'istantanea del Ssn scattata dal Conto annuale 2009 della Ragioneria generale dello Stato, il rapporto che ogni anno registra numero, caratteristiche e costi del personale pubblico italiano.

La dirigenza (sia a tempo indeterminato che a rapporto flessibile) con i suoi diversi profili (medici e odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi, infermieri, diversi profili tecnici e amministrativi non sanitari) conta 157.807 unità a fronte dei 585.377 addetti non dirigenti.

La categoria più numerosa della dirigenza (considerando sempre tutti i tipi di contratto) è quella medica con 119.369 unità, seguita dai veterinari con 5.909 addetti e poi dal complesso della dirigenza non medica che conta 21.861 professionisti. Gli infermieri, invece, con 290.278 unità è la categoria più numerosa tra i non dirigenti.

Medici. Entrando nello specifico dell'analisi per il 2009, i medici con un rapporto di lavoro a tempo indeterminato sono 112.861, a questi si aggiungono 6.508 unità con rapporti di lavoro flessibili. Le donne medico sono 45.640, pari al 38% del to-

tale, ma la quota rosa raggiunge oltre il 90% tra i medici in part-time (903 su 985), il 57% tra i medici a tempo determinato (3.709 su 6.493). Inoltre, solo il 13% dei camici rosa ha conquis-

tato il primariato (1.284 su 9.692).

Il Conto Annuale conferma poi che il 94,5% dei medici ha un rapporto esclusivo con il Ssn e che resta inoltre alta l'età dei camici

bianchi: la maggior parte di loro (circa 60mila), siano essi uomini o donne, ha tra i 50 e i 59 anni di età, mentre sono solo 13.500 i medici tra i 30 e i 39 anni.

Farmacisti. Tra le fila dei farmacisti si contano 2.604 unità, di cui 1.958 donne. Sono 43 i farmacisti part-time, praticamente tutte donne (42, per l'esattezza). L'età media diminuisce un po' rispetto ai medici: forte, infatti, tra i farmacisti, la presenza dei 40enni e anche la quota di professionisti tra i 30 e i 39 anni è consistente.

Infermieri. Per avere una vera inversione di età e genere bisogna però arrivare agli infermieri. Su 276.648 infermieri a contratto a tempo indeterminato, ben 212.620 sono donne. I contratti a tempo determinato sono solo una piccola parte, cioè 11.348, anche se con 8.790 anche in questo caso ad avere più instabilità nel lavoro sono le donne. Scende ancora l'età media. La maggior parte degli infermieri, infatti, ha tra i 35 e i 49 anni.

Direttori generali. Uno spazio a parte occupano infine i direttori generali, sanitari, amministrativi e dei servizi sociali di Asl e ospedali. In tutto 876 unità che possiamo considerare come i veri manager in senso stretto del settore, ai quali è affidata la gestione del complesso delle strutture e dei servizi del Ssn. Poche anche in questo caso le donne manager che complessivamente risultano essere solo 163, pari al 18,6% della categoria.

Retribuzioni. Per quanto riguarda le retribuzioni, la media del Servizio sanitario nazionale è di 38.335 euro annui, dove spiccano i 72.036 euro dei medici e i 62.821 euro degli altri dirigenti non medici, a fronte di una retribuzione media annua del complesso del personale non dirigente di 29.977 euro. **Y**

Quasi 2 unità su 3 sono donne per un totale di 468.026 operatrici della sanità. Ma tra le donne si registra ancora la quota più alta di contratti precari e la quota più bassa di incarichi apicali

Personale a tempo indeterminato

Qualifica	Tempo Pieno		Part-Time fino al 50%		Part-Time oltre il 50%		Totale tempo indeterminato	
	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne
TOTALE	635.473	384.767	13.250	11.723	45.007	43.371	693.730	439.861
Totale MEDICI/VETERINARI/ODONTOIATRI	117.790	42.017	188	150	842	792	118.820	42.959
Totale MEDICI	111.876	41.016	178	143	807	760	112.861	41.919
Dirigente medico con incarico struttura complessa (Rapporto esclusivo)	9.446	1.278	0	0	0	0	9.446	1.278
Dirigente medico con incarico di struttura complessa (Rapporto non esclusivo)	246	6	0	0	0	0	246	6
Dirigente medico con incarico di struttura semplice (Rapporto esclusivo)	17.960	5.014	6	3	29	26	17.995	5.043
Dirigente medico con incarico struttura semplice (Rapporto non esclusivo)	541	37	0	0	2	0	543	37
Dirigenti medici con altri incarichi professionali (Rapporto esclusivo)	78.319	33.582	166	139	762	725	79.247	34.446
Dirigenti medici con altri incarichi professionali (Rapporto non esclusivo)	4.580	831	6	1	12	7	4.598	839
Dirigenti medici a tempo determinato	784	268	0	0	2	2	786	270

Personale con contratti flessibili

Categoria	Tempo Determinato		Interinale		Lavori socialmente utili		Formazione Lavoro		Telelavoro	
	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne
Totale SSN	32.981	22.973	6.565	4.691	674	331	203	146	30	24
Totale MEDICI	6.620	3.755	3	2	0	0	14	11	3	3
MEDICI	6.493	3.709	0	0	0	0	14	11	1	1
VETERINARI	111	41	3	2	0	0	0	0	2	2
ODONTOIATRI	16	4	0	0	0	0	0	0	0	0

Personale a tempo indeterminato per anzianità di servizio

	Tra 0 e 5 anni		Tra 6 e 10 anni		Tra 11 e 15 anni		Tra 16 e 20 anni		Tra 21 e 25 anni		Tra 26 e 30 anni		Tra 31 e 35 anni		Tra 36 e 40 anni		Oltre i 40 anni		Totale	
	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne
Totale SSN	120.170	80.089	108.259	71.781	78.329	51.726	134.142	85.390	94.275	60.944	85.542	50.335	55.918	30.485	16.349	8.776	756	340	693.740	439.866
Totale MEDICI/VETERINARI/ODONTOIATRI	22.892	11.073	20.928	9.128	13.138	4.892	25.081	8.458	14.263	4.363	14.834	3.847	6.344	1.047	1.297	141	46	13	118.823	42.962
Totale MEDICI	22.388	10.884	20.253	8.953	12.616	4.780	22.965	8.109	12.957	4.209	14.298	3.800	6.084	1.034	1.266	141	41	13	112.868	41.923

Aborto: Il TAR Lombardia dichiara illegittime le linee guida regionali

“No” a differenze tra Regioni

Non sono ammesse differenze tra una Regione e l'altra, specie se la materia è “sensibile” come l'aborto. Questa la motivazione principale con cui il Tar della Lombardia ha bocciato la delibera del “Pirellone” sull'interruzione di gravidanza. Formigoni risponde “intervenga il Parlamento”

Il Tribunale Amministrativo della Lombardia ha accolto il ricorso di otto medici operanti nella sanità pubblica lombarda contro le linee guida della Regione, approvate nel 2008, che avevano introdotto il limite delle 22 settimane più tre giorni per l'interruzione di gravidanza.

“Sarebbe del tutto illogico – è scritto nella motivazione – permettere che una materia tanto sensibile qual è quella afferente all'interruzione volontaria della gravidanza possa essere disciplinata diversamente sul territorio nazionale, lasciando che le regioni individuino, ciascuna per il proprio territorio, le condizioni per l'accesso alle tecniche abortive e, attraverso la definizione delle procedure, il grado di attendibilità degli accertamenti di quelle motivazioni”.

Secondo il Tar “le norme contenute nella legge 194/78 definiscono concretamente il contenuto dei diritti che fanno capo rispettivamente a madre e nascituro, e quindi incidono sulle prestazioni da garantire affinché quei diritti possano essere tutelati”. Inoltre, secondo i giudici amministrativi “gli operatori devono poter effettuare le proprie valutazioni esclusivamente sulla base delle risultanze degli accertamenti svolti caso per caso e sulla base del livello delle acquisizioni scientifiche e sperimentali raggiunte nel momento in cui vengono formulate

le valutazioni stesse”. Dunque deve essere lasciata autonomia al medico cosa che la delibera regionale negherebbe. Ecco quindi l'illegittimità delle linee guida della Regione che incidono sui limiti temporali per l'aborto che prevedono le consulenze di uno psicologo, la firma da parte dei ginecologi su un certificato che attesta le condizioni necessarie per accedere alle tecniche abortive, e il supporto di due specialisti di altre branche della medicina per dia-

gnosticare la sussistenza dei gravi pericoli di salute.

Per il presidente della Regione Lombardia Roberto Formigoni “il Tar avalla una deriva abortista...Viene annullato l'atto di indirizzo con cui la Lombardia invita i propri ospedali a non effettuare interruzioni di gravidanza oltre la 22 settimana e tre giorni. Il provvedimento, bocciato dal Tar, si limita a raccogliere le evidenze scientifiche: i progressi delle tecniche di rianimazione soprattutto

nei centri all'avanguardia come la Mangiagalli di Milano, hanno anticipato temporalmente la possibilità di vita autonoma di un feto rispetto al 1978. Di qui la scelta di fissare il limite alla 22 settimana e 3 giorni per l'interruzione di gravidanza terapeutica. La sentenza è antisentificata e anticlinica”.

“Sulla pillola abortiva Ru 486 – ribadisce il governatore – viene ammessa una competenza legislativa anche per le regioni. C'è un'injustizia che ha due pesi e due mi-

ROCCELLA: “IL MINISTERO PROPORRÀ ALLE REGIONI UN ACCORDO SUI TEMPI MASSIMI PER L'ABORTO”

Secondo il sottosegretario alla Salute, Eugenia Roccella, le linee guida della Lombardia, bocciate dal Tar, non violavano, anzi, applicavano, la normativa nazionale sull'interruzione di gravidanza. E annuncia che il Ministero proporrà alle Regioni un accordo vincolante a livello nazionale sui tempi massimi entro cui è possibile effettuare l'aborto anche in caso di rischi per la salute.

“Il limite di ventidue settimane indicato dalla Regione

Lombardia per l'aborto, è un criterio largamente condiviso dalla comunità scientifica” perché “rispetta lo spirito e la lettera della legge 194, che stabilisce il divieto di interruzione di gravidanza nel caso di ‘possibilità di vita autonoma del feto’”. Così il sottosegretario alla Salute, Eugenia Roccella, è intervenuta esprimendo contrarietà alla sentenza del Tar della Lombardia, che ha bocciato le linee guida adottate dalla Regione nel 2008 perché in contraddizione con la

Legge 194 là dove, in caso di grave pericolo per la salute della donna, negavano la possibilità di interrompere la gravidanza oltre la 22ª settimana e 3 giorni.

“È evidente che i progressi clinici e scientifici hanno spostato, e probabilmente continueranno a spostare, il confine temporale della possibilità per il nascituro di sopravvivere al di fuori dell'utero materno”, ha aggiunto Roccella spiegando che per questo “le linee guida della Lombardia

quindi non violavano, anzi, applicavano, la nostra normativa, evitando esiti drammatici di bambini sopravvissuti all'aborto e magari non soccorsi”.

A seguito della sentenza del Tar, il sottosegretario alla Salute ha affermato che “diventa urgente porre il problema di una regolazione a livello nazionale” ed ha quindi annunciato che “il ministero della Salute proporrà subito alle Regioni un accordo vincolante su questo specifico punto”.

sure. Mai però in difesa dei provvedimenti pro-vita”. Formigoni quindi conclude auspicando “un intervento del Parlamento”.

“La limitazione temporale – ha spiegato uno dei firmatari del ricorso al Tar, Mauro Buscaglia, direttore del dipartimento materno infantile del San Carlo – crea una discriminazione tra una Regione e l'altra. Inoltre rischia di mettere troppa fretta nell'elaborazione della diagnosi e nella decisione da parte della donna sul da farsi. Sono sempre più convinto che la legge 194 sia una buona legge e che si debbano rispettare i tempi stabiliti a livello nazionale”.

Rocco Buttiglione, presidente dell'Udc, ha criticato la decisione del Tar affermando: “Si ha come la sensazione che certe linee culturali trovino sponda in certa magistratura per portare avanti un disegno in favore dell'aborto libero che è in contrasto con le leggi e con la Costituzione italiana”. Ma ha anche rilanciato sulla proposta di limitare il termine per l'interruzione di gravidanza “è sempre più urgente che finalmente si porti in discussione nell'aula di Montecitorio la proposta per limitare l'aborto entro e non oltre la ventesima settimana di gravidanza”. Soddisfazione per la sentenza è stata espressa dall'Associazione Luca Coscioni: “A suo tempo avevamo debitamente avvertito con interrogazioni che le linee guida varate tre anni fa dalla regione Lombardia, fortissimamente volute dal suo presidente Roberto Formigoni erano un accrocchio illegittimo e illegale: che era inaccettabile che una materia così delicata come l'aborto potesse essere disciplinata diversamente sul territorio individuale e che le Regioni potessero stabilire le condizioni per l'accesso alle tecniche abortive. La sentenza del Tar è inequivocabile: il termine fissato dalla giunta Formigoni delle 22 settimane contrasta con la legge nazionale”.

Sul sito www.aogoi.it il testo della sentenza depositata il 29 dicembre scorso in cui il Tribunale Amministrativo della Lombardia dichiara illegittime le disposizioni contenute nel Decreto D.G. Sanità 22 gennaio 2008 n. 327, recante “Atto di indirizzo per la attuazione della legge 22 maggio 1978 n. 194”

Protesi al seno

VIA LIBERA DELLA CAMERA AL NUOVO SISTEMA DI SICUREZZA

Il provvedimento prevede l'istituzione del Registro nazionale e dei registri regionali degli impianti protesici mammari e divieto di intervento di plastica mammaria alle under 18

Il Disegno di legge in materia di Sicurezza degli impianti protesici mammari, approvato in commissione Affari Sociali in sede legislativa poco prima della pausa natalizia, ha iniziato ora il suo iter al Senato.

Il provvedimento prevede l'istituzione del registro nazionale e dei registri regionali degli impianti protesici mammari, obblighi informativi alle pazienti, nonché divieto di intervento di plastica mammaria per sole finalità estetiche alle persone minori.

Grande soddisfazione al via libera della Camera è stata espressa dal sottosegretario alla Salute Francesca Martini, forte sostenitrice del provvedimento, che ha auspicato un passaggio altrettanto veloce al Senato, contando “sulla grande attenzione che il Parlamento ha riservato a questi temi”. Questo disegno di legge - ha affermato Martini - “dà regole che garantiscono più sicurezza a chi si sottopone a questo tipo di interventi e agli operatori del settore. Ricordo che la chirurgia estetica negli ultimi anni ha registrato un vero e proprio ‘boom’. Abbiamo voluto così tutelare soprattutto le minorenni che si avvicinano alla chirurgia estetica in un'età in cui il fisico non ha ancora completato lo sviluppo”.

Con le modifiche e gli emendamenti introdotti alla Camera, ha spiegato il sottosegretario, il provvedimento riduce il numero di medici che possono effettuare questo tipo di interventi “un aspetto

importante perché va a tutelare una categoria di professionisti quale quella dei chirurghi plastici ricostruttivi ed estetici che negli anni sono stati letteralmente ‘massacrati’ dal business della chirurgia plastica, che senza dubbio non ha giovato ai professionisti con una formazione e un background professionale e scientifico di alto livello”. Il Ddl andrà dunque a colmare una grave lacuna in quanto, come ha osservato Martini, “oggi non sappiamo quante donne sono state impiantate in Italia, non possediamo uno studio epidemiologico delle complicanze nelle nostre pazienti, non possiamo garantire che le condizioni in cui avvengono tutti gli interventi con finalità esclusivamente estetiche sia in regime di sicurezza se non attraverso controlli a campione (attraverso i carabinieri dei Nas). Non siamo in grado di rintracciare le pazienti qualora le aziende produttrici evidenziassero partite di protesi con difetto di fabbricazione, come avvenuto di recente.

Attraverso il registro delle protesi avremo la piena tracciabilità degli interventi, dei materiali utilizzati, del follow-up delle pazienti conferendo al nostro Paese il sistema più avanzato in Europa”. In occasione della conferenza stampa di presentazione del II workshop internazionale sulla ricostruzione del seno, svoltosi a metà gennaio presso la sede del ministero della Salute, il sottosegretario Martini ha poi annunciato di voler concordare una integrazione al disegno di legge che permetta di tracciare anche interventi con tecniche diverse dalle protesi mammarie, in linea con l'auspicio “che questo registro sia uno strumento scientifico di alto profilo, che serva ai medici per portare avanti studi di livello, che porti il nostro Paese all'avanguardia nella sicurezza di tutte le donne che si sottopongono a una ricostruzione o a un aumento di seno per qualsiasi finalità”.

Nasce l'Associazione Italiana di Ostetricia (AIO)

La nuova Associazione, di cui Antonella Marchi e Giuseppe Ettore sono rispettivamente il presidente e il vicepresidente, avrà lo scopo di promuovere l'integrazione delle risorse e dei valori professionali, culturali e scientifici di ginecologi e ostetriche per la tutela della salute della donna e della nascita attraverso lo sviluppo di percorsi formativi, assistenziali e di ricerca



Antonella Marchi

UNA CASA COMUNE PER GINECOLOGI E OSTETRICHE

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



Giuseppe Ettore

AIO: come e perché

L'AIO è la prima esperienza italiana con la mission fondata di promuovere un'interazione professionale sempre più stretta tra i due protagonisti dell'assistenza alla gestante nell'evento nascita. Crediamo molto in questa iniziativa che rappresenta la prima "casa comune" per ostetriche e ginecologi. L'AIO offrirà un terreno di confronto, di formazione e ricerca. Sarà uno spazio dedicato alla disseminazione e implementazione di linee guida per dar vita a percorsi formativi, clinici e terapeutici sempre più condivisi e di qualità. Percorsi mirati a gestire al meglio le aree critiche, a valorizzare e armonizzare le competenze, a rendere più chiari i diversi compiti e ruoli del "team di assistenza". Perciò accolgo con entusiasmo la nascita di questa associazione a cui mi auguro vorrete aderire numerosi. Con l'AIO facciamo un ulteriore passo in avanti nella costruzione del nostro grande progetto di un Collegio italiano di ostetricia e ginecologia.

Vito Trojano



LA MISSION

L'Associazione è finalizzata a:

- sostenere il confronto fra Ostetriche e Ginecologi al fine di promuovere un progetto di sviluppo delle professionalità

- rinforzare e sostenere il processo di diffusione, disseminazione e implementazione di Linee Guida, percorsi assistenziali e profili organizzativi;
- sostenere il confronto con le maggiori Associazioni/Società di ostetriche e ginecologi operanti sul territorio nazionale e internazionale
- promuovere la cultura del "team di assistenza" attraverso percorsi formativi condivisi finalizzati alla gestione di aree critiche e su-

peramento della confusione dei ruoli

- promuovere attività di ricerca scientifica nel campo della medicina ginecologica, ostetrica e neonatologica e altri ambiti di competenza
- promuovere attività editoriale su riviste e sito web.

Le principali aree di interesse

Nell'ambito del team di assistenza, l'obiettivo di armonizzare ruo-

li e competenze dei professionisti coinvolti, non può non focalizzare l'evoluzione professionale delle ostetriche.

Negli ultimi anni, infatti, l'ostetrica/o, sebbene indicata tra le professioni intellettuali e regolamentata per la piena assunzione di responsabilità e autonomia decisionale, vive e risente di parecchie criticità legate alla:

- Formazione
- Ricerca
- Ruoli e Carriera

- Rappresentanza e rappresentatività
- Tutela sindacale
- Tutela assicurativa
- Libera Professione e attività intramoenia.

Per tali problematiche l'Associazione promuoverà iniziative dedicate, volte a far accrescere e consolidare la professione dell'ostetrica sotto il profitto sanitario e sociale.

IL MODULO DI ADESIONE

Da compilare in stampatello ed inviare a mezzo Fax, al n. 02.29525521, allegando ricevuta di pagamento

Il/la sottoscritto/a Prof Dott/ssa Ost

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

C.F. _____ Indirizzo (via/p.za) _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov _____ Tel _____ Fax _____

Mobile _____ E-mail _____ Qualifica _____ Ente di appartenenza _____

Città _____ Prov _____

Qualifica

- Ginecologo Ostetrico Ostetrica/o
 Specializzanda/o Studentessa/studente

Data _____

Firma _____

Modalità di pagamento:

La quota associativa di Euro 10 annui può essere versata tramite bonifico bancario intestato a A.I.O. presso la Banca Popolare Commercio Industria, Fil. Milano 0154 – Codice IBAN IT05D0504801693000000082300 – oppure sulla Postepay n. 4023 6005 8345 9468 intestata a Crescini Claudio indicando nella causale del versamento ISCRIZIONE AIO 2011

Il ruolo delle società scientifiche

Linee di guida: volute, temute e talora non comprese

di Giampaolo Mandruzzato

Accade abbastanza spesso che, incontrando Colleghi in occasione di Congressi o Convegni e discutendo amichevolmente dei molti problemi e delle molte difficoltà che si incontrano nel dover operare importanti scelte cliniche, si senta chiedere perché l'Aogoi non elabori e proponga Linee di Guida (LdG) relative ai più importanti aspetti della nostra disciplina. Alla luce dei fatti può sembrare paradossale, ma ciò è in qualche modo emblematico di un problema ricorrente ovvero l'informazione lacunosa o assente che si registra riguardo iniziative e attività, anche importanti, promosse da organizzazioni e associazioni scientifiche come la nostra. Un problema di "visibilità" che non è solo "esterna" ma spesso purtroppo anche "interna" alle stesse associazioni.

Per quanto riguarda in particolare l'aspetto delle Linee di Guida vorrei quindi ricordare che la Aogoi, attraverso l'attività della Fondazione Confalonieri-Ragonese, si è impegnata nell'elaborarle e proporle a tutti i soci, affrontando uno dopo l'altro argomenti di vasto respiro clinico e che sono talora controversi.

Sono state finora prodotte, stampate e distribuite ai Soci, le seguenti Linee di Guida: Gravidanza oltre il termine (2007), Macrosomia (2007), Screening prenatale per la Trisomia 21, Emorragia postpartum: prevenzione, diagnosi e trattamento, Parto Pretermine (2009).

Attualmente sono in fase di elaborazione da parte dei rispettivi gruppi di lavoro LdG per: Trombofilia in ostetricia e ginecologia, Miomatosi uterina, Cardiotocografia in travaglio di parto, Parto cesareo pregresso.

Di tutto ciò è stata data ampia informazione in occasione del recente Congresso nazionale Sigo-Aogoi di Milano, in una sessione ad hoc, che è stata introdotta da una relazione mirata a chiarire alcuni punti fondamentali relativi alle Linee di Guida che seguono i criteri espressi dalla Federazione internazio-

nale di Ostetricia e Ginecologia (Figo). Fatta questa premessa, vorrei affrontare un altro aspetto segnalatoci da un nostro socio in occasione di un recente convegno: "il disaccordo" che "molti colleghi" avrebbero espresso riguardo alcune delle Linee di Guida proposte dalla Aogoi, invitando ad una revisione delle stesse. Deve essere ben chiaro che ogni disaccordo è più che legittimo e che, se opportunamente motivato, può rappresentare un arricchimento per tutti. Per quanto riguarda invece l'invito alla "revisione" esso è quanto meno superfluo, in quanto tutti dovrebbero sapere che ogni LdG deve essere soggetta a periodico aggiornamento in vista delle nuove acquisizioni intervenute dopo la sua pubblicazione.

Questo era stato chiaramente espresso nel volumetto delle LdG del 2007, che oltretutto conteneva, insieme ai principali criteri di elaborazione delle stesse, un preciso invito a sottoporre agli estensori commenti e suggerimenti. Spiace notare che a qualcuno sia

sfuggita la lettura di queste pagine. Forse quindi vale la pena ricordare, per chi non ne avesse già una approfondita conoscenza, i principi generali, come espressi dalla Figo, che regolano le LdG, e in particolare: 1. La de-

finizione; 2. Le finalità e gli obiettivi; 3. La formulazione; 4. I livelli di evidenza; 5. Forza delle raccomandazioni; 6. La struttura e le dimensioni. Vi sono poi alcuni aspetti di criticità delle LdG che verranno esaminati più avanti.

Definizione
Le LdG sono documenti sistematicamente sviluppati per assistere i me-



Attraverso l'attività della Fondazione Confalonieri-Ragonese, l'Aogoi è impegnata ad elaborare e diffondere tra i propri soci linee guida che affrontano argomenti di vasto respiro clinico e talora controversi

dici nell'assumere decisioni relative a cure appropriate per i pazienti in specifiche circostanze.

Già in questa pur sintetica definizione traspare chiaramente il concetto che le LdG servono ad "aiutare i medici" e non a vincolarli a predefiniti comportamenti.

Finalità e obiettivi

Le finalità possono essere diverse.

A. Il medico può considerarle un metodo per migliorare il risultato delle cure.

B. L'amministratore o altre autorità sanitarie possono considerarle come un indicatore per migliorare la distribuzione ed allocazione delle risorse. Inoltre gli obiettivi che le LdG possono porsi sono:

C. Riduzione delle inappropriate variazioni nella pratica clinica.

D. Introduzione nella pratica clinica di nuove strategie basate sulle più recenti evidenze scientifiche.

Vi sono alcuni principi generali che le LdG devono rispettare:

1. Esse indicano l'evidenza disponibile in un determinato momento. È quindi necessario un periodico aggiornamento.

2. Esse devono tener conto delle differenze sociali e culturali.

3. Devono consentire di migliorare le prestazioni ma non devono essere prescrittive.

4. Esse devono offrire suggerimenti e non affermazioni "come si deve trattare".

5. Ciò che è obbligatorio non può essere considerato LdG.

Esse offrono raccomandazioni. Quindi i risultati che le LdG propongono, e che sono necessari a perseguire finalità e obiettivi indicati in premessa, sono rappresentati da "raccomandazioni", la "forza" delle quali può essere diversamente graduata a seconda delle evidenze disponibili per supportarle.

La formulazione

Per una migliore comprensione del pieno significato delle raccomandazioni è opportuno descrivere, sia pure in maniera schematica, il percorso attraverso il quale esse vengono formu-

finizione; 2. Le finalità e gli obiettivi; 3. La formulazione; 4. I livelli di evidenza; 5. Forza delle raccomandazioni; 6. La struttura e le dimensioni.

Vi sono poi alcuni aspetti di criticità delle LdG che verranno esaminati più avanti.

Definizione

Le LdG sono documenti sistematicamente sviluppati per assistere i me-

late e come viene definita la loro forza.

La ricerca bibliografica relativa all'oggetto della LdG è fondamentale e rappresenta la base per la elaborazione delle LdG. In vista della rapida evoluzione e cambiamenti sia nel campo diagnostico che terapeutico è opportuno definire un arco di tempo al quale limitare la ricerca (ultimi 15-20 anni). Questa prima fase è oggi relativamente agevole interrogando i database disponibili (Medline, PubMed, etc).

Peraltro una volta identificati, i testi completi degli studi vanno letti ed esaminati (non solo i riassunti!) da tutti i componenti del gruppo di lavoro.

I livelli di evidenza e la forza delle raccomandazioni

Gli studi considerati vanno quindi catalogati in base ai livelli di evidenza secondo i criteri più sotto riportati, ove non già fatto da parte degli editori di alcune riviste internazionali di grande prestigio.

Nella tabella alla pagina successiva si riportano i criteri proposti dall'American Congress of Obstetricians and Gynecologists (Acog) e quelli seguiti dall'Istituto Superiore di Sanità, indicando anche la conseguente "forza" delle raccomandazioni.

Appare evidente che al fine di offrire raccomandazioni, che siano il più possibile obiettive, tutti gli studi disponibili vanno valutati non limitandosi a considerare e riportare solo o prevalentemente quelli favorevoli ad una specifica posizione. Tale richiamo non è superfluo. Incomprensibili incompletezze nella citazione e valutazione nella citazione degli studi si possono purtroppo osservare anche in documenti prodotti da prestigiose istituzioni.

Ad esempio, comparando le LdG dell'Acog e quelle del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Rcog) relative alla Distocia di Spalla si può osservare che solamente il 53% degli studi adatti alla valutazione sono riportati in ambedue i documenti (Chauhan SP e Coll. Am J Perinatol 2010; 27:129).

La neutralità e obiettività dei componenti il gruppo di lavoro è un fondamentale requisito per garantire la qualità ed utilità del risultato finale e cioè "le raccomandazioni".

Dalle LdG non ci si può aspettare più di ciò che esse possono offrire. Spesso anche al più accurato esame degli studi disponibili non è possibile ritrovare evidenze di buon livello. Ad

esempio nel 2006 è stato valutato che solo il 29% delle raccomandazioni espresse dall'Acog erano di livello A (Chauhan SP e coll. Am J Obstet Gynecol 2006;194:1564).

Struttura e dimensioni

Oltre a fornire raccomandazioni le LdG rappresentano un utile messaggio culturale offrendo ai medici una elencazione e valutazione critica degli studi relativi al soggetto della LdG stessa.

È stato però osservato che i medici preferiscono LdG brevi e trascurano quelle più lunghe, anche se la qualità delle LdG brevi è spesso scadente (Coomarasamy A e coll. J Obstet Gynecol 2003; 23:479).

Criticità

Le LdG presentano alcuni aspetti critici, eccoli in sintesi:

- è difficile produrre LdG che non siano in contrasto con altre, in quanto esse sono prodotte da gruppi o istituzioni diverse.
- Non devono essere troppo rigide da ostacolare la libertà di

decisione del clinico.

- Il rischio di implicazioni medico legali deve essere tenuto in conto da chi opera in contrasto con le LdG.
- Le LdG dovrebbero essere sempre basate sull'evidenza che per certe situazioni non è sempre disponibile.

Altri aspetti da tenere in considerazione riguardano la precisa distinzione che va fatta tra "evidenze" e "opinioni"; il fatto che singoli operatori, per particolari condizioni, possono non essere a conoscenza di LdG; la necessaria cautela nella formulazione della LdG: se essa è inappropriata ciò può condurre singoli pazienti (o movimenti d'opinione) a pretendere ciò che può essere molto differente da ciò che l'evidenza indica.

Sintetizzando quanto sopra espresso in conclusione si può affermare che:

1. Le Linee di Guida devono esprimere criteri provati di carattere generale. Devono anche tener conto delle possibili diverse realtà.
2. Non devono essere prescrittive. Non tutte le variabili clini-

che possono essere previste.

3. Non sostituiscono il buon giudizio clinico.
4. Aitutano nel migliorare la prestazione.
5. Non devono essere temute! Il rispettarle può evitare o ridurre i rischi di contenzioso.

In effetti è stato rilevato che attraverso una corretta applicazione e osservanza delle LdG si è avuta una riduzione del 50% del contenzioso medico legale e una riduzione di 5 volte dei costi sostenuti per le cause (Kirckpatrick DH e coll. Obstet & Gynecol 2010;116:1022).

Sperando di essere stato esauriente ma non troppo noioso, ricordo che buona parte di quanto ho qui esposto era già stato in maniera esplicita illustrato nel volumetto "Le LdG su Macrosomia e Gravidanza post-termine", inviato a tutti i Soci nel 2007, che peraltro conteneva anche un esplicito invito ad inviare ogni commento o suggerimento agli estensori al fine di implementare la qualità. All'epoca nessun commento è pervenuto. Ora, a distanza di quasi 4 anni, quan-

do nell'agenda della Fondazione già era previsto l'aggiornamento delle due LdG sopra indicate, ecco arrivare l'eco di dissensi (legittimi) ed inviti a revisione. Quest'ultimo invito, voglio ribadirlo, appare quanto meno ultroneo, per le ragioni sovraespresse, mentre per quanto riguarda i dissensi e i commenti essi sono benvenuti e ovviamente considerati un positivo contributo.

Peraltro, per essere validi e pertanto accettabili, essi devono attenersi agli stessi criteri impiegati nella elaborazione delle Linee di Guida.

1. *Basarsi su documentati studi che abbiano evidenza almeno pari a quelli riportati per la elaborazione delle raccomandazioni.*

Poiché nessuno è infallibile, è possibile che qualche errore sia stato commesso nella graduazione della forza delle raccomandazioni. In tal caso invitiamo i colleghi a far pervenire alla Fondazione, con tempestività, indicazioni precise relative ad eventuali errori o manchevolezze nelle citazioni bibliografiche degli studi e graduazione della forza delle raccomandazioni.

È pertanto opportuno ricordare che ad un'attenta lettura non doveva sfuggire che nella lista delle citazioni bibliografiche, accanto ad ogni voce, sono riportati i livelli di evidenza secondo i criteri sopra indicati.

Tutte le citazioni bibliografiche riportate nelle LdG sono state graduate per livello di evidenza sia secondo i criteri dell'Iss che dell'Acog e la forza delle raccomandazioni indicata a seguito di questi criteri.

2. *Non esprimere opinioni personali, sia pur rispettabilissime, ma prive di ogni valore scientifico.*

Va ricordato che le opinioni di riconosciuti esperti o comitati di esperti sono all'ultimo livello di evidenza. La medicina basata sull'evidenza, che oggi è ritenuta guida fondamentale per l'esercizio professionale e alla quale tutti siamo tenuti a riferirci, segue percorsi diversi, più faticosi ma più efficaci.

I livelli di evidenza e la forza delle raccomandazioni

Gli studi considerati vanno quindi catalogati in base ai livelli di evidenza secondo i criteri più sotto riportati, ove non già fatto da parte degli editori di alcune riviste internazionali di grande prestigio.

Nella tabella a fianco si riportano i criteri proposti dall'Acog e quelli seguiti dall'Istituto Superiore di Sanità, indicando anche la conseguente "forza" delle raccomandazioni. Y

I livelli di evidenza e la forza delle raccomandazioni: i criteri proposti da ACOG e ISS

I criteri dell'American Congress of Obstetricians and Gynecologists

Level of evidence

- I. Evidence obtained from at least one properly designed randomized controlled trial.
- II-1. Evidence obtained from well-designed controlled trial without randomization.
- II-2. Evidence obtained from well-designed cohort or case-control analytic studies, preferably from more than one center or research group.
- II-3. Evidence obtained from multiple time series with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments also could be regarded as this type of evidence.
- III. Opinion of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or report of expert committees.

Based on the highest level of evidence found in the data, the recommendations are graded according to the following categories:

- A. The recommendation is based on good and consistent scientific evidence.
- B. The recommendation is based on limited or inconsistent scientific evidence.
- C. The recommendation is based primarily on consensus and expert opinion.

I criteri dell'Istituto Superiore di Sanità

Livelli delle prove

- I. Prove ottenute da più studi clinici randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.
- II. Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.
- III. Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi.
- IV. Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo e loro metanalisi.
- V. Prove ottenute da studi casistici ("serie di casi") senza gruppo di controllo.
- VI. Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in Linee Guida o consensus conference o basate su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste Linee Guida.

Forza delle raccomandazioni

- A. L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità anche se non necessariamente di tipo I o II.
- B. Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata.
- C. Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.
- D. L'esecuzione della procedura non è raccomandata.
- E. Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura.

di Vania Cirese
Avvocato, Foro di Roma

Salute: la sfida europea

Verso uno "spazio sanitario europeo"

Il pianeta sanità è il settore dove le varie legislazioni dell'Unione sono più disomogenee tra loro e dove l'ineluttabile unitarietà è ancora vista come un mito più che una prossima realtà. Ciò nonostante, nell'intensa attività delle istituzioni comunitarie, possiamo rinvenire gli embrioni di un necessario "spazio sanitario europeo" che potrà, così come è avvenuto in materia di giustizia penale e in altri ambiti, completare gli obiettivi di quello Spazio comune di libertà, sicurezza e giustizia previsto dal Trattato di Lisbona

Dagli anni Ottanta le Istituzioni comunitarie hanno iniziato a palesare una crescente preoccupazione circa la tutela degli interessi finanziari comunitari, attesa l'ingente distrazione di somme destinate ai vari obiettivi dell'Unione europea. Nella chiara percezione dell'importanza degli interessi da proteggere, per quasi un decennio, su richiesta del Parlamento europeo e della Commissione, un gruppo di studiosi del diritto penale di tutti gli Stati membri, ha lavorato sul tema degli interessi finanziari della Comunità, concretizzando i risultati dei lavori nella proposta di un complesso di norme noto come progetto "Corpus juris", con la raccomandazione della creazione di uno spazio giudiziario comunitario per la fase preparatoria del processo, integrando armonicamente nei sistemi nazionali una Procura europea.

Il Vertice di Lisbona del 2007, che ha previsto l'entrata in vigore dell'omonimo Trattato nel 2009, ha completato gli obiettivi dello spazio di giustizia, libertà e sicurezza previsti e la cooperazione giudiziaria in materia penale.

Del resto, anche sul versante del diritto privato possono rinvenirsi uguali sforzi meritevoli di menzione, che nell'arco di un decennio hanno portato all'elaborazione di un omogeneo Corpus.

C'è da chiedersi se ad altrettanta lungimiranza non ci costringa l'incalzare degli eventi in un ambito diverso da quello giudiziario, ma altrettanto nevralgico: quello sanitario.

La sanità nel Trattato di Lisbona

Il Trattato di Lisbona dice poco a riguardo. Si tratta di competenze "concorrenti" tra l'Unione e gli Stati membri per i problemi comuni di sicurezza in materia di sanità pubblica. Invero l'Unione ha competenze per svolgere azioni intese a sostenere, coordinare, completare l'azione degli Stati membri, per la tutela ed il miglioramento della salute umana (art. 2e); per promuovere l'elevato livello di istruzione, formazione, tutela della salute umana (art. 5 bis). Relativamente alla "sanità pubblica", l'Unione incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri, per migliorare la complementarietà dei loro servizi sanitari nelle regioni di frontiera; per la definizione ed organizzazione di scambi di migliori pratiche e preparazione di elementi necessari per il controllo e la va-

lutazione periodici; per parametri elevati di qualità e sicurezza dei medicinali e dei dispositivi di impiego medico.

Nel Trattato si afferma, poi, che il Parlamento Europeo e il Consiglio possono anche adottare misure di incentivazione per proteggere e migliorare la salute umana, ad esclusione di qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri.

L'azione dell'Unione rispetta le responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura dei servizi sanitari e di assistenza medica. Le responsabilità degli Stati membri includono la gestione dei servizi sanitari, l'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse loro destinate.

C'è da chiedersi se in tutto ciò siano rinvenibili gli embrioni del prevedibile sviluppo di un necessario spazio sanitario europeo di libertà, giustizia e sicurezza.

Il secondo programma di azione comunitaria in materia di salute (2008-2013), che contempla finanziamenti per conferenze nel settore della sanità e valutazione del rischio, seminari e riunioni di esperti, tra i "settori prioritari" e le "questioni di importanza strategica" per "migliorare la sicurezza sanitaria dei cittadini", prevede: "attività a livello europeo per identificare i rischi sanitari e valutarne l'impatto, completare le misure nazionali di prevenzione degli incidenti e garantire la sicurezza dei parametri, rafforzando e sensibilizzan-

do lo scambio di conoscenze"; "iniziative di formazione destinate agli addetti della valutazione dei rischi sanitari".

I contorni dello "spazio sanitario europeo"

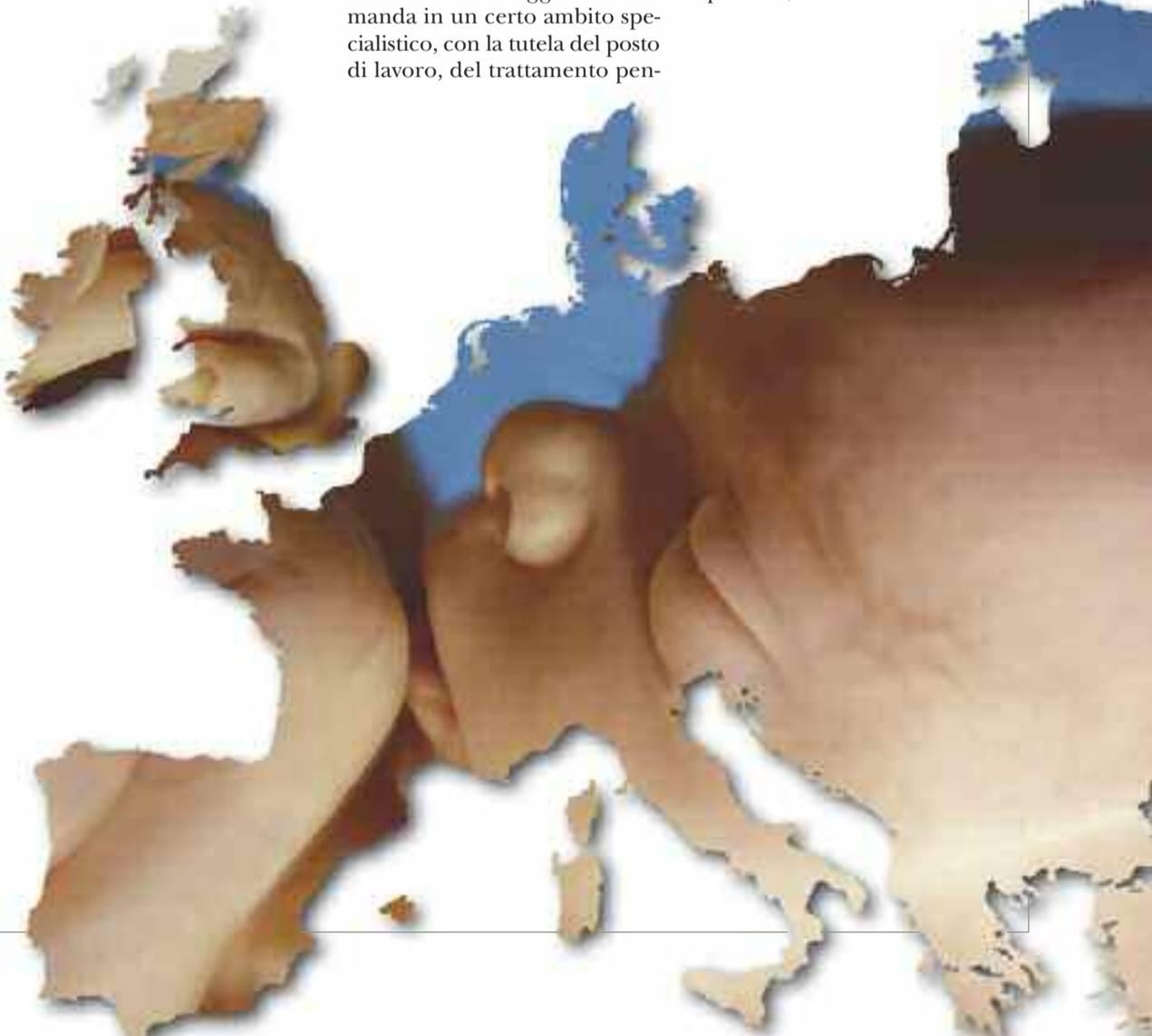
Se pensiamo alla "giustizia", nello spazio sanitario europeo, pensiamo alla doverosità di accordare, negli Stati membri, pari tutela ai diritti (inviolabili) della

persona, nell'accesso alle cure e nel diritto alla salute.

Se pensiamo alla "libertà", nello spazio sanitario europeo, pensiamo al diritto di libera circolazione, nel territorio dell'Unione, da parte dei pazienti, per poter accedere alle cure presso le strutture specializzate più attrezzate e disponibili, e da parte degli operatori sanitari, che potrebbero esercitare nei Paesi in cui è maggiore la domanda in un certo ambito specialistico, con la tutela del posto di lavoro, del trattamento pen-

sionistico, contributivo e assicurativo.

Se pensiamo alla "sicurezza", nello spazio sanitario europeo, pensiamo ad un omogeneo sistema di monitoraggio e prevenzione dei rischi e degli eventi avversi nelle strutture erogatrici dei servizi sanitari degli Stati membri; un omogeneo sistema di risarcimento, a titolo di solidarietà sociale, per le vittime da "alea terapeutica", in caso di danni mol-



to gravi non imputabili a condotte colpose del sanitario o degli amministratori della struttura, ma derivanti dalle patologie, o dalle metodiche, quali complicità non riconducibili ad errore umano censurabile.

Del resto, tra le raccomandazioni del Consiglio si trova l'armonizzazione dei sistemi di controllo sulle lesioni, le statistiche della mortalità, i registri sulle dimissioni ospedaliere e i sistemi di sorveglianza sugli incidenti e le emergenze, i sistemi di codificazione delle cause esterne degli incidenti, al fine di mettere a disposizione una base esauriente per le statistiche comunitarie sulle lesioni e per gli indicatori sanitari comunitari.

Obiettivi e attività delle istituzioni comunitarie

L'attività delle Istituzioni comunitarie appare intensa e ben orientata, se si pensa alla comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo e al Comitato economico e sociale europeo, nel "Piano d'azione europeo per l'ambiente e la salute 2004-2010"; alla raccomandazione del Consiglio, del maggio 2007, sulla prevenzione degli incidenti e la promozione della sicurezza; alla prevenzione delle lesioni, quale intervento prioritario nell'ambito dei programmi nazionali di promozione della salute.

Ad integrazione della prevenzione delle lesioni, la Commissione favorisce programmi di formazione professionale per i responsabili dei servizi sanitari a livello locale, docenti, tutors, addetti alla progettazione, stimola alla messa a punto di un sistema di sorveglianza sanitaria sostenibile, dotato di meccanismi per la raccolta di dati e informazioni compatibili e di indicatori appropriati, la messa a punto di diversi indicatori comparabili, con la definizione di una prima serie di indicatori sanitari della Comunità europea, progettazione a livello di UE di sistemi d'informazione sanitaria, della valutazione del flusso dei dati fra Stati membri e della capacità di monitoraggio sani-

tario dell'UE a livello centrale, attività destinate all'elaborazione di un elenco selezionato di dati e allo sviluppo di reti necessarie per la gestione del sistema d'informazione nel settore sanitario a livello europeo.

L'obiettivo è di sostenere le autorità nazionali nella realizzazione dell'indagine sanitaria europea e di un'indagine pilota europea sullo stato di salute in alcuni Stati membri, al fine di valutare i moduli utilizzati per l'indagine e messi a punto nell'ambito di progetti precedenti, per contribuire al completamento del controllo sanitario.

La Commissione europea sta pubblicando relazioni in ambito sanitario che trattano questioni specifiche rilevanti a livello di sanità pubblica e che forniscono la base per una futura evoluzione strategica, con l'obiettivo di riunire gli esperti scientifici ed i funzionari responsabili della sanità pubblica e delle statistiche, provenienti da tutti i Paesi dell'Ue, per una collaborazione in vista della creazione di un sistema europeo d'informazione e di conoscenze in materia sanitaria. Il Portale europeo della sanità pubblica dovrebbe essere lo strumento privilegiato di divulgazione per il sistema d'informazione europea.

Altro obiettivo prioritario è quello di sviluppare il concetto e la base di una piattaforma web protetta, destinata a un contenuto e ad una comunicazione multimediale, in grado di elaborare ed inviare informazioni sanitarie pertinenti provenienti da fonti distribuite e ad esse destinate, per favorire lo spostamento dei pazienti, nonché l'istruzione e la formazione dei professionisti del settore.

Il pianeta-sanità è il settore dove le varie legislazioni dell'Unione sono più disomogenee tra loro e dove l'ineluttabile unitarietà è ancora vista come un mito più che una prossima realtà.

Le sfide

Questo mosaico di assetti legislativi, normativi e contrattuali,

era giocoforza destinato ad essere messo a dura prova per due eventi: allargamento della Ue ai Paesi dell'Est e libera circolazione integrale dei pazienti, che, se non opportunamente affrontati e governati, non possono non produrre squilibri sugli assetti economici della sanità pubblica in molti Stati, tra cui l'Italia, e provocare forte turbativa sul mercato del lavoro delle professioni sanitarie. Inoltre, non si può sottovalutare l'impatto di un altro fattore: la libera circolazione dei pazienti senza bisogno di alcuna autorizzazione preventiva da parte dello Stato di appartenenza, con il considerevole aumento dei cosiddetti "viaggi della speranza" (o presunti tali). Le effettive, o ritenute, necessità diagnostico-terapeutiche e la disomogeneità dei livelli di assistenza e cure negli Stati membri, avranno pesanti ricadute sotto il profilo organizzativo ed economico, su alcuni Stati della UE, maggiormente colpiti da queste correnti emigratorie di cittadini-pazienti.

Non vi è dubbio che occorra implementare delle rigorose e condivise regole. Certamente il massimo livello qualitativo della prestazione professionale deve coniugarsi con l'individuazione di criteri comuni che garantiscano, a livello della Ue, uguaglianza di accesso ai servizi sanitari e di cure.

L'assistenza sanitaria transfrontaliera

A completamento di quanto fin qui esposto, appare opportuno citare la proposta di Direttiva promossa dal Parlamento Europeo e da Consiglio concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera (9948/10 e 994.8/10COR).

Va rammentato che già nel 2006, la Commissione Europea tentò infruttuosamente di includere le questioni inerenti i servizi sanitari all'interno della "Direttiva Servizi" (2006/123/EC), successivamente orientando il suo

"La realizzazione dello spazio di giustizia, libertà e sicurezza mira ad assicurare la libera circolazione delle persone e ad offrire un livello elevato di protezione ai cittadini"

impegno in due specifiche direzioni: una diretta al personale europeo sanitario e l'altra al diritto dei pazienti e la presa in carico delle cure sanitarie transfrontaliere. La Commissione Europea, inoltre, lanciava anche una consultazione pubblica (con il Libro Verde del dicembre 2008) sul personale europeo della salute, che si concludeva ad aprile del 2009.

Per assicurare la chiarezza e la legalità del diritto dei pazienti nella presa in carico delle cure sanitarie in uno Stato Membro, differente da quello della loro residenza, la Commissione Europea decideva di stabilire un'azione europea, sottoforma di Direttiva, che veniva portata all'attenzione del Consiglio Europeo, ove i Ministri della Salute, dopo alcune difficoltà, adottavano il testo (8 giugno 2010). La proposta di Direttiva si basa su due articoli presenti nel Trattato di Lisbona, l'articolo 114 (che riguarda i servizi) e l'articolo 168 (che concerne la sanità pubblica). Le deliberazioni dell'Assemblea dell'8 giugno 2010 raggiungevano un accordo sui seguenti punti:

- i pazienti sono autorizzati a ricevere un trattamento nello Stato Membro di loro scelta, e a presentare domanda di rimborso nel loro Paese di residenza (un certo numero di limitazioni sono state inserite nella futura Direttiva al fine rassicurare i Governi);
- per beneficiare di un trattamento all'estero, i pazienti dovranno disporre di una 'autorizzazione prioritaria' (*prior authorisation*) e gli Stati Membri saranno obbligati a rimborsare le spese basandosi sui parametri dei loro servizi sanitari nazionali. Le autorità nazionali sanitarie

stabiliranno delle regole di decisione al fine di autorizzare i pazienti a oltrepassare le loro frontiere mettendo così termine al concetto di "turismo medico", che potrebbe derivare dall'adozione di questa Direttiva;

- i medici di medicina generale agiranno da 'guardiani', decidendo se il loro paziente rientra nelle condizioni di ricevere un trattamento all'estero;
- le spese mediche conseguenti alla presa in carico delle cure in un ospedale privato, potranno essere coperte grazie a un nuovo accordo. In effetti, i pazienti che figureranno nelle liste di attesa di un ospedale pubblico saranno autorizzate a beneficiare di un trattamento medico in un ospedale privato di un altro Stato membro;
- per i casi riguardanti le persone in pensione residenti in un altro Paese membro, questo resta un problema aperto.

Questo nuovo accordo, sebbene difficile e sofferto, potrebbe finalmente sottrarre alla Corte di Giustizia Europea la questione della mobilità dei pazienti per rimetterla alla competenza degli Stati Membri. La proposta di Direttiva, emendata dal Consiglio, si dirigerà ora verso il Parlamento Europeo, ove i deputati discuteranno sull'argomento prima della fine dell'anno 2010, dando forse così alla futura presidenza Belga l'occasione di concludere un accordo finale entro il 2011.

Resta da auspicare un sempre maggiore coinvolgimento e responsabile partecipazione da parte della classe medica nelle vicende europee, per essere attori e non soggetti passivi dei cambiamenti e delle riforme che si imporranno. **Y**



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

Riconosciuta dalla I.U.S.T.I. - EUROPE
International Union Against Sexually Transmitted Infections



ANNUNCIO PRELIMINARE

CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN FISIOPATOLOGIA CERVICO-VAGINALE E VULVARE, COLPOSCOPIA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

Ascoli Piceno, 11 - 14 Aprile 2011

Sede prevista dell'Insegnamento :
Centro Congressi - Complesso Fieristico della Camera di Commercio

COORDINATORE DELL'INSEGNAMENTO: DOTT. MARIO PERONI

DOCENTE STRANIERO D'ONORE: PROF. JEAN CHARLES BOULANGER

Professore di Ostetricia e Ginecologia
Centro Ospedaliero Universitario (CHU) di Amiens (Francia)

PROLUSIONE ALL'INSEGNAMENTO: DOTT. SALVATORE GERACI
Responsabile del Settore Medico della CARITAS - Roma

Il Corso, organizzato dalla Scuola e giunto alla sua 10° edizione, rinnovato in aspetti didattici e culturali, ha sede in una Città ospitale e ricca di arte e di storia. Oltre a lezioni che attengono i più recenti aspetti della prevenzione, delle patologie e delle terapie, video-proiezioni, conferenze, tavole rotonde e discussioni con la costante partecipazione attiva degli Allievi, prevede esercitazioni pratiche collettive in aula ed altresì lavori pratici per piccoli gruppi di Allievi in appositi Atelier sotto la guida di esperti Tutors (utilizzo dell'ansa diatermica e del laser su tessuti animali, microscopia, colpofotografia e isteroscopia su simulatori di patologie e correlazioni ecografiche, esercitazioni che consentono la visione su schermo di quanto osservato). In un'ottica multidisciplinare il Corso è svolto da qualificati Docenti Universitari ed Ospedalieri, Italiani e Stranieri. E' destinato a Medici Specialisti e non, ed a quanti vogliono iniziarsi o approfondire lo studio della colposcopia e fisiopatologia cervico-vaginale e vulvare e delle Malattie a Trasmissione Sessuale (MTS) o che intendono aggiornare e perfezionare le loro conoscenze su particolari temi di attualità. L'Insegnamento rivolge globale attenzione per l'uniformità dei più corretti ed aggiornati protocolli diagnostici anche per quanto attiene la biologia molecolare come anche esposizione di protocolli terapeutici nelle loro indicazioni e nella loro esecuzione: il tutto nell'ambito di precise ed aggiornate conoscenze riportate anche in Linee Guida nazionali ed internazionali; specifiche sessioni sono dedicate all'attualissimo tema della diagnostica, della prevenzione e della terapia delle infezioni da HPV come anche dei vaccini ed allo studio della fisiopatologia della vulva. Il Corso si svolge nell'ambito dell'Educazione Continua in Medicina (ECM) del Ministero della Salute effettuandosi controlli della frequenza e dell'apprendimento. Verrà rilasciato un attestato di partecipazione agli aventi titolo come anche verranno certificati i crediti formativi ottenuti dal Ministero della Salute. Per il successo del Corso è previsto un numero programmato di Partecipanti che renda quanto più proficuo l'Insegnamento. Il Corso ha ottenuto negli anni fra i Patrocinanti anche quello della International Union against Sexually Transmitted Infections (I.U.S.T.I.-EUROPE), di Società scientifiche nazionali e di numerosi Enti pubblici; altresì è stato oggetto di positiva considerazione da parte della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Il Corso rientra fra gli obiettivi formativi di interesse nazionale previsti dal Ministero della Salute ed ha ottenuto 22 crediti formativi ECM nell'anno 2010.



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

ETRUSCA CONVENTIONS-Via Bonciario, 6d - 06123 PERUGIA
tel./fax: 075/572232 - e-mail: info@etruscaconventions.com

Responsabilità professionale

Preeclampsia quale causa di morte del feto

di Pier Francesco Tropea

Il contenzioso giudiziario concernente la prestazione sanitaria e gli eventi dannosi ad essa connessa non riguardano solo l'Italia, ma tutta l'Europa, tanto da costituire argomento di discussione all'Assemblea Generale dell'Unione Professionale Internazionale dei Ginecologi che si è svolta a Bratislava nel giugno 2010, con l'attiva partecipazione della delegazione italiana. Nell'ambito delle denunce giudiziarie che coinvolgono con sempre maggiore frequenza i Ginecologi, la Francia, assieme all'Italia, occupa i primi posti per numero di procedimenti legali, il che ha indotto il Sindacato Nazionale dei Ginecologi Francesi ha lanciato un allarme circa la prevedibile disaffezione dei giovani Medici nei confronti della Specialità ostetrico-ginecologica, anche in relazione alla lievitazione dei costi dell'Assicurazioni conseguente all'aumento del rischio professionale registrato in campo ginecologico.

Sul piano normativo legale, esistono notevoli analogie tra le Leggi penali e civili vigenti in Italia e quelle Francesi e le conseguenti pronunce giurisprudenziali comparse recentemente nei due Paesi confermano la sostanziale identità di vedute in ambito medico-legale tra il nostro Paese e la vicina Francia. Peraltro è da sottolineare che l'attività degli organismi Internazionali da tempo istituiti a livello minimo in Europa si propone come primo obiettivo quello di uniformare l'attività sanitaria nelle varie Nazioni, attraverso l'adozione di linee guida univoche sia in ambito preventivo che curativo, dando priorità alla formazione e all'aggiornamento professionale dei Medici. Pertanto, appare evidente l'opportunità di un costante confronto tra i vari Paesi europei in campo sanitario e quindi anche sul versante medico-legale in riferimento alle denunce contro i Medici conseguenti ai danni subiti dai pazienti a causa di una presunta condotta sanitaria negligente o imperita. Per i suddetti motivi, abbiamo ritenuto utile attingere alla Giurisprudenza francese illustrando, nell'ambito della numerosa casistica giurisprudenziale di quel Paese, i

■ Il caso qui illustrato, attinto dalla giurisprudenza francese, verte su uno dei temi di maggior interesse clinico e medico-legale. La gestione corretta della gestosi gravidica infatti è tuttora oggetto di discussione, soprattutto riguardo i tempi e le modalità di espletamento del parto



caso più significativi concernenti la disciplina ostetrico-ginecologica. Uno dei temi di maggior interesse clinico e medico-legale, a causa delle eventuali ripercussioni sul benessere fetale e neonatale che tale affezione comporta, è rappresentato dalle gestosi gravidica, la cui gestione corretta è tuttora in discussione, soprattutto nei riguardi dei tempi e delle modalità di espletamento del parto. È ben noto infatti che in tali evidenze l'ostetrico può trovarsi nella condizione di una difficile scelta tra il rischio di ottenere un feto immaturo (con la conseguente eventualità di sequele neonatali) prematuramente estratto ed il contrapposto rischio di un danno fetale intrauterino (che può giungere fino alla morte endouterina) nel caso della prosecuzione della gravidanza in paziente gestosica, stante la frequente difficoltà nella fattispecie di definire con certezza le condizioni di sicuro benessere di un feto immaturo. Purtroppo, in ambito giudiziario è frequente dover registrare la condanna di un ostetrico sulla base della tesi "colpevolista" di un perito che ha operato una valutazione del caso "ex post", tralasciando la doverosi analisi "ex ante" e cioè la valutazione dei dati in possesso del ginecologo nel momento in cui è stata assunta la decisione terapeutica interventista o astensionista.

IL CASO

Il caso oggetto della presente nota è stato esaminato dalla Giurisprudenza Francese nei vari gradi di giudizio, le cui pronunce

hanno evidenziato una difformità di orientamento tra i Giudici, dato questo di frequente riscontro anche presso i Tribunali italiani. Una secondipara di 41 anni con anamnesi del tutto negativa presenta un decorso della gravidanza regolare fino alla 38° settimana, epoca in cui si assiste alla comparsa di edemi agli arti inferiori e di una modica ipertensione associata ad un importante incremento ponderale nell'ultimo trimestre di gestazione. Il ginecologo consultato non ritiene di ospedalizzare subito la paziente in considerazione della normalità degli esami ematochimici (comprendenti la funzionalità renale e l'emostasi) e della regolarità del monitoraggio biofisico del feto, prontamente praticato. 48 ore dopo, all'atto del ricovero della gestante, un tracciato cardiocografico evidenzia una bradicardia fetale che conduce all'esecuzione di un taglio cesareo con indicazioni di sofferenza fetale acuta. Il neonato subito ricoverato in terapia intensiva neonatale muore a distanza di circa 48 ore. L'esame autoptico del feto evidenzia un quadro di sofferenza pluriviscerale con sindrome di inalazione di liquido amniotico, il tutto conseguente ad una sofferenza fetale acuta. Da notare che risulta confermata in puerperio l'esistenza di una importante ipertensione arteriosa della paziente, con valori persistentemente elevati anche nel decorso postoperatorio.

La denuncia giudiziaria presentata contro il ginecologo conduce ad un procedimento prima penale e poi civile e in ambedue le circostanze i Giudici concludevano per l'assoluzione del ginecologo in quanto, secondo il parere espresso dai periti d'ufficio, il quadro della tossiemia gravidica di cui risultava portatrice la gestante non poteva far prevedere un'improvvisa compromissione del benessere fetale e cioè una sofferenza acuta del feto, poi instauratasi. L'opinione manifestata dai periti, fatta propria dai Magistrati nei due gradi

di giudizio, riconosceva dunque al ginecologo la correttezza della condotta in relazione alla mancata, immediata ospedalizzazione della paziente, a fronte di un controllo assiduo della situazione metabolica, nella realtà pienamente attuato nello spazio di 48 ore prima del definitivo ricovero della gestante stessa. Quanto sopra aveva condotto i Giudici a rigettare la richiesta di risarcimento avanzata dalla parte lesa. La Corte d'Appello, chiamata in causa in sede civile, giungeva invece a conclusioni diametralmente opposte e quindi alla condanna del ginecologo al risarcimento del danno e ciò sul presupposto dell'esistenza di una condotta negligente dell'ostetrico il quale, di fronte ad un quadro clinico costituito da ipertensione, edemi ed albuminuria conducente ad una precisa diagnosi di preeclampsia, avrebbe dovuto procedere ad un ricovero urgente della paziente, in tal modo prevenendo l'insorgenza di una sofferenza fetale acuta successivamente instauratasi.

LA PRONUNCIA FRANCESE

Due sono gli elementi più significativi che caratterizzano questa importante pronuncia della Giurisprudenza francese: la prevedibilità dell'evento dannoso che rappresenta il dato più rilevante ai fini della dimostrazione della negligenza da parte del medico e l'omissione di quella informazione concernente lo stato di malattia e i rischi connessi che costituisce un preciso obbligo del Medico nei confronti della paziente. Circa il primo punto, vi è concordanza unanime in letteratura nel considerare l'ipertensione gravidica persistente quale dato evocante la sindrome

preeclampica, quest'ultima costituendo un importante fattore di rischio di morbilità e mortalità perinatale. La tossiemia gravidica (tale era la diagnosi posta nel caso esaminato, in quanto all'ipertensione si associavano un cospicuo incremento ponderale, gli edemi diffusi agli arti inferiori e al tronco e l'albuminuria dosabile) poteva condurre alla previsione di una compromissione del benessere fetale, sebbene l'insorgenza di una sofferenza fetale acuta in travaglio rappresenti un'evidenza classicamente non prevedibile. Evidentemente, nel caso specifico, particolare rilievo da parte dei periti e quindi dei Giudici è stato assegnato al quadro di patologia materna, quale elemento di prevedibilità e quindi di prevenibilità del danno fetale rispetto all'insorgenza improvvisa della sofferenza del feto; condizione quest'ultima che, per il suo instaurarsi in forma acuta, può, come già detto, non essere prevista dall'ostetrico.

Il secondo addebito mosso dal ginecologo è consistito nell'omessa informazione alla paziente circa i rischi materno-fetali che caratterizzavano il quadro clinico-metabolico, le cui caratteristiche imponevano la decisione di ospedalizzazione immediata concordata con la paziente. Ambedue questi elementi costitutivi della sentenza di condanna emessa dai Giudici francesi sono perfettamente consonanti con gli orientamenti attuali della nostra Giurisprudenza che, nelle numerose pronunce degli ultimi anni, sottolineano l'incidenza del riscontro della negligenza nella condotta medica, determinato forse più della stessa imperizia, ai fini dell'accertamento della colpa medica. Inoltre, anche la Magistratura francese, al pari di quella italiana, conferisce la massima importanza all'informazione che rappresenta un preciso obbligo del medico nei riguardi del malato, nel rispetto di quella autonomia decisionale del paziente che ha un fondamento nel dettato Costituzionale e precisamente negli articoli 2 e 32 della Costituzione Italiana che sanciscono rispettivamente l'inviolabilità della libertà personale e la volontarietà dell'atto medico. La consapevolezza del paziente raggiunta attraverso una completa informazione fornita dal medico può consentire al soggetto portatore di una condizione morbosa, di determinarsi verso una scelta terapeutica, nel caso specifico la sollecita ospedalizzazione, che sia in grado di salvaguardare al massimo la salute del paziente e, nel caso in esame, il benessere fisico della gestante e del feto. ■

“Appare evidente l'opportunità di un costante confronto tra i vari Paesi europei in campo sanitario e quindi anche sul versante medico-legale in riferimento alle denunce contro i medici conseguenti ai danni subiti dai pazienti”

I consultori familiari

Il fulcro di un'assistenza integrata "al femminile"

I principi ispiratori della 405, la legge che nel 1975 ha istituito i consultori familiari, sono quanto mai validi e attuali. La sfida di oggi è di dar loro concretezza: valorizzando la centralità del consultorio in una sempre più estesa rete di attività legate alla tutela della salute femminile e irrobustendo il suo ruolo-ponte di collegamento con l'Ospedale

di **Giovanni Fattorini**
Presidente nazionale AGITE

La legge 405 e le più illuminate legislazioni regionali che hanno trasferito nelle singole realtà i principi ispiratori della legge fonda la sua proposta, non tanto organizzativa quanto culturale e scientifica insieme su alcuni aspetti ancora validi e attuali. Anche se per questa legge vale quello che spesso succede per altre norme, e cioè che la legge in sé rimane una buona legge, valida anche a distanza di molti anni (decenni) dalla sua promulgazione, in molte situazioni la sua applicazione pratica finisce

non solo per non essere realizzata ma addirittura deformata da interpretazioni errate.

La prima grande novità della 405 è consistita nell'aver concepito un servizio in grado di integrare e non separare i temi e i problemi sanitari da quelli sociali, perché fin da allora risultò chiaro come la maggior parte di quei temi avevano, ed hanno oggi più di ieri, una valenza medica, una valenza psicologica e una etica e sociale inestricabilmente intrecciate. Separare e considerare in termini di esclusione reciproca l'una o l'altra di queste valenze costituisce la negazione integrale dell'intuizione culturale che è stata alla ba-

se dell'esperienza dei consultori italiani.

Una seconda grande novità che quella legge introduceva, anche se in modo ancora non del tutto consapevole, era che non solo i differenti universi dovessero integrarsi tra loro, ma che gli stessi statuti scientifici che fondano i diversi saperi sanitari dovessero trasformarsi. Sarebbero state le pratiche concrete e l'elaborazione culturale e scientifica successive, nonché il contributo del pensiero femminile, che avrebbero condotto successivamente a quegli esiti, ma non vi è dubbio che l'intuizione fondamentale era già contenuta nella legge. La terza novità del-



la 405 è stata quella di individuare più interlocutori: la famiglia tradizionale, ma anche la coppia, le coppie, e la donna come un soggetto autonomo. Al di là di ciò che legittimamente ognuno può pensare, si tratta di valutare la realtà per quella che è, e non vi è dubbio che quella

intuizione si è rivelata assolutamente lungimirante alla luce di ciò che è avvenuto in questi ultimi decenni.

Oggi questi servizi accolgono e assistono, quando sono messi nelle condizioni di farlo, la famiglia tradizionale, ma anche la giovane coppia immigrata, la donna coniugata e la minorenni alle sue prime esperienze sessuali senza discriminazioni. All'articolo 1 infatti si citano come principali scopi di questi servizi: "a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e alla paternità responsabile, l'assistenza - l'attenzione - ai problemi della coppia e della famiglia con particolare riguardo ai minori; b) la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento; c) la divulgazione delle informazioni volte a promuovere o a prevenire la gravidanza; d) la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia o dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità degli utenti". Coerentemente nel 1978 la legge 194 affida proprio a questi servizi il compito maggiore di gestire e "aggredire" il fenomeno del ricorso alla interruzione volontaria di gravidanza. E altrettanto coerentemente nel

AGITE Puglia

La riorganizzazione della ginecologia del territorio in Puglia: un percorso irto di ostacoli

di **Annunziata Marra**
Segretario regionale Agite Puglia

Nonostante il clima in Puglia sia bello anche di inverno, in questi giorni non si respira un'aria leggera. La pubblicazione del Piano Sanitario Regionale che, licenziato in questi giorni, darà l'assetto definitivo dell'offerta sanitaria in Puglia almeno per i prossimi cinque anni ha generato polemiche e timori che riempiono le cronache dei giornali e delle Tv locali

La paura che la chiusura degli ospedali determini una diminuzione dell'offerta dell'assistenza sanitaria, piuttosto che una razionalizzazione della stessa, scatena ansia e preoccupa-

zione non solo nei cittadini, ma anche negli operatori, giacché non sempre si percepisce in maniera nitida che il potenziamento dell'assistenza territoriale sia davvero una priorità a cui gli alti funzionari delle Asl dedicano tempo ed energie.

Orbene, il ridimensionamento del numero dei Consultori con adeguamento del personale delle strutture e delle attrezzature risponde ad esigenze di contenimento della spesa e di razionalizzazione delle risorse, ma questo obiettivo non deve essere certo raggiunto attraverso lo smantellamento dell'assistenza ambulatoriale già esistente e funzionante.

I fatti

Nel 2007 la Asl Lecce Sud (all'epoca in provincia di Lecce le Asl erano due), attuando il pro-

prio Pal si dotava di una Unità Operativa Semplice Ginecologia (Uos) del Territorio, istituita nel nosocomio di Maglie, rimasto privo del reparto di Ginecologia e Ostetricia, trasferito nel vicino Ospedale di Scorrano. L'Uos poteva così svolgere un ruolo di Ambulatorio di diagnosi e cura di primo livello, con modalità d'accesso tramite prenotazione Cup e pagamento del ticket per i non esenti: esami microbiologici cervicovaginali, visite, ecografie pelviche e transvaginali con relativo referto, prevenzione, diagnosi e cura delle malattie sessualmente trasmesse nei teen-agers, con interventi dedicati di educazione alla salute negli Istituti di scuola media superiore, consulenze specialistiche ai reparti di psichiatria e medicina dell'Ospedale di Maglie, etc.

Pur essendo previsto nel Piano Attuativo Locale (Pal) aziendale che, data la presenza nel presidio di una Unità di day-surgery, si sarebbe dovuto avviare anche il servizio di isteroscopia, questo non è stato mai attivato, per il mancato acquisto della relativa strumentazione.

Nel vicino Consultorio l'equipe consultoriale (ginecologo summaista più due ostetriche), oltre alle prestazioni abituali, avviava lo screening regionale del cervico-carcinoma.

La Giunta Vendola non ha modificato l'organizzazione consultoriale ereditata dalla precedente giunta e così composta: Dirigente responsabile, uno Psicologo, un'Ostetrica, un'Assistente sociale. Questo ha portato nei fatti ad una marginalizzazione della figura del Ginecologo, visto soltanto come un pro-

fessionista, il più delle volte convenzionato, che deve solo fornire prestazioni (!) distruggendo lo spirito di collaborazione d'equipe anche perché in molti casi gli psicologi avocano a sé il ruolo di cabina di regia.

Il 25 marzo 2010, il Direttore sanitario dell'Asl Lecce (diventata intanto unica), di propria iniziativa, senza nessun raccordo con l'Assessorato ed alcuna consultazione degli operatori, ha deciso di eliminare dall'agenda Cup le prenotazioni di ginecologia del territorio, oltre che di Maglie anche di Martano, Ugento e Lecce.

La motivazione del provvedimento era contenuta nel seguente passaggio: "considerando pertanto come consultoriale tutta l'attività specialistica della branca di ginecologia attiva nel territorio ... si dispone che con decorrenza dal 1° aprile 2010 tutta l'attività ambulatoriale presente nei Presidi distrettuali dovrà essere espletata nell'ambito delle attività dei Consultori familiari e ad essi ricondotta ... tutte le prestazioni specialistiche della branca di Ginecologia, in quanto svolte in ambito consul-

2004, in seguito all'approvazione della legge 40, sono stati aggiunti tra gli scopi anche "l'informazione e l'assistenza riguardo ai problemi della sterilità e della infertilità umana, nonché alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, e l'informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare". Un mix di intervento sanitario più tradizionale, di intervento sociosanitario, di assistenza psicologica e sociale rivolta alla coppia, alla famiglia, alla donna, ai minori con una attenzione più centrata sul prendersi cura che sulla cura vera e propria.

In conclusione, contrapporre l'anima sanitaria a quella socio-assistenziale, come se entrambe non potessero convivere fruttuosamente rivedendo le estremizzazioni spiegabili anche da contingenze storiche, non è utile.

Più utile è adoperarsi per una riorganizzazione delle attività legate alla tutela della salute femminile (Centri di prevenzione territoriali a vocazione puramente sanitaria), alla tutela delle relazioni (Centri per le famiglie) in collegamento con la rete dei consultori familiari finalmente restituiti ai loro compiti ed in connessione con le forme della partecipazione civile: terzo settore e mondo del volontariato. **Y**



“Sullo sfondo di una grave difficoltà finanziaria di tutta l'assistenza sanitaria, emersa in questi mesi in maniera a dir poco eclatante, non si comprende per quali ragioni la Asl dovrebbe rinunciare a riscuotere il ticket per i non esenti su prestazioni di natura non preventiva, ma di carattere diagnostico e curativo, come previsto dal quadro normativo”

toriale sono esenti da ticket”. Le obiezioni opposte sono state di due tipi.

La prima di ordine contrattuale: il responsabile di Unità Operativa non può perdere la titolarità della funzione conferita con contratto prima della sua regolare scadenza a cinque anni. La seconda di tipo più propriamente organizzativo: l'Uos Ginecologia del territorio eroga prestazioni di diagnosi e cura, che sono cosa ben diversa da quelle fornite dal Consultorio, la cui connotazione è fortemente orientata nel senso della prevenzione (screening del cervico-carcinoma etc.), contraccezione, Ivg, percorso nascita, genitorialità responsabile.

Il Direttore sanitario oltre a non aver mai risposto per iscritto, non ha neanche inteso revocare la disposizione nonostante se ne fosse dichiarato disponibile in una riunione con tutti gli operatori.

Il nostro punto di vista

Sullo sfondo di una grave difficoltà finanziaria di tutta l'assistenza sanitaria, emersa in questi mesi in maniera a dir poco eclatante, non si comprende per quali ragioni la Asl dovrebbe rinunciare a riscuotere il ticket per i non esenti su prestazioni di natura non preventiva, ma di carattere diagnostico e curativo, come previsto dal quadro normativo. **Y**

Nell'ottica poi di non far ricadere sui cittadini, ed in particolare sulle fasce più deboli, le conseguenze dell'ulteriore riduzione del numero degli ospedali e dei posti letto, noi crediamo che andrebbero potenziate le risorse per le cure primarie ed intermedie, secondo la mission e vision del Distretto, che sono orientate alla prevenzione e gestione delle cronicità, ben distinte da quelle dell'Ospedale, orientate alla gestione delle criticità.

C'è inoltre da considerare che ogni operatore della Asl ha un tipo di copertura assicurativa differenziata a seconda delle prestazioni che eroga. Esistono infatti indagini ginecologico-ostetriche di diversi livelli e le strutture ove tali prestazioni vengono offerte devono corrispondere al livello di complessità delle stesse.

Crediamo che sia indispensabile fare chiarezza sui modelli organizzativi in cui svolgere il nostro lavoro, affinché non siano ancora una volta i medici a pagare per la mancata bonifica di quella "palude", in cui molti sono costretti, loro malgrado, a muoversi. **Y**

SIGO: la guida passa a Nicola Surico

Alcune immagini della cerimonia di insediamento del nuovo presidente Sigo che ha avuto luogo a Roma lo scorso 8 gennaio. Il nuovo presidente e il Direttivo resteranno in carica fino al 2013.

“Dobbiamo impegnarci tutti insieme a tutela della sanità pubblica, una risorsa inestimabile del nostro Paese che rischia di venir messa in discussione – ha detto Surico –. Continuerò la tradizione di chi mi ha preceduto, per una rivalutazione, culturale ma anche economica, dell'assistenza materno-fetale e della salute della donna nel suo complesso”.



Nicola Surico



Il nuovo presidente e il past president Giorgio Vittori



I membri del Direttivo (da sinistra): Salvatore Dessole, Paolo Scollo, Sandro Viglino, Herbert Valensise, Mauro Busacca, Nicola Surico, Giorgio Vittori e Fabio Sirimarco



FONDAZIONE ONAOSI
 Elezioni 2011 per il rinnovo
 del Comitato di indirizzo **15**
 febbraio - **23**
 marzo

**Per la prima volta
 decidi tu.**

*vota lista n. 1**

**Per una
 nuova Onaosi**

www.perunanuovaonaosi.it

Parte il rinnovamento dell'Opera Nazionale per l'Assistenza agli Orfani dei Sanitari Italiani

Si vota per l'ONAOSI

■ Per la prima volta possiamo eleggere i nostri rappresentanti nell'organo di governo

di Carmine Gigli
 Presidente FESMED

Molti medici dipendenti identificano l'Onaosi con la scritta riportata sul cedolino dello stipendio, nell'elenco delle trattenute, dove compare la voce: "ritenute ONAOSI". Pochi sanno che l'Opera Nazionale per l'Assistenza agli Orfani dei Sanitari Italiani è un ente senza scopo di lucro, sostenuto principalmente dai contributi obbligatori prelevati dagli stipendi di oltre 100.000 medici dipendenti pubblici. E solo pochissimi sono a conoscenza di come venga gestito l'Onaosi e che sino ad oggi, i 23 membri del Consiglio di Amministrazione sono stati in gran parte di nomina estranea alla massa dei contribuenti obbligatori. Dopo anni di battaglie sindacali le cose stanno per cambiare e per la prima volta potremo votare per eleggere i nostri rappresentanti negli organi di governo dell'Onaosi. Grazie all'impegno nostro e di altre organizzazioni sindacali, l'Onaosi è diventato l'unico Ente previdenziale a prevedere l'elezione

diretta degli organi statuari, da parte di tutti i suoi contribuenti. Finalmente, tutti i medici contribuenti sono chiamati ad indicare chi deve governare l'Onaosi.

La lista e i candidati

Le organizzazioni sindacali mediche della dipendenza che hanno trovato un'unità di intenti nell'ottenere la nuova legge (Legge 222/2007) e il nuovo statuto per l'Onaosi, hanno dato

vita ad una lista unitaria denominata "Per una nuova Onaosi", per la quale le elezioni rappresentano il primo passo per mettere in atto la riforma dell'Ente e delle sue funzioni, con l'attivazione di nuovi servizi che prevedano, oltre alla prioritaria assistenza agli orfani, il sostegno a condizioni di disagio e di fragilità anche dell'età lavorativa, nonché agli iscritti che versano in condizioni di difficoltà economiche.

I componenti della lista "Per

una nuova ONAOSI" sono espressione dei sindacati di categoria che in questi anni si sono mobilitati per il suo rinnovamento e, fra gli altri, vede la presenza di due candidati FESMED: **Maurizio Silvestri** e **Massimo Percoco**.

Le operazioni di voto

Sono semplici e prevedono che, a partire dal 15 febbraio 2011, tutti i medici dipendenti ricevano a domicilio un plico eletto-

rale con il quale potranno esprimere il proprio voto, spedendo per posta la busta contenente la scheda elettorale, che dovrà pervenire all'Onaosi entro il 23 marzo 2011.

La nostra lista non sarà l'unica in lizza ma sono state presentate anche altre due liste promosse una dall'Ugl e l'altra dai medici che si sono laureati grazie all'assistenza ricevuta proprio da questo Ente. C'è bisogno quindi del massimo impegno per far votare il massimo numero possibile di medici per la nostra lista "Per una nuova Onaosi" (lista n.1)

Vi chiedo una partecipazione compatta al voto, tale da dimostrare l'interesse dei medici per questo Ente, espressione della nostra categoria, che assicura una forma di assistenza integrativa preziosa, specie in questi tempi che vedono feroci attacchi alle nostre retribuzioni ed alla nostra previdenza.

www.fesmed.it

Sul sito della FESMED troverete il programma della Lista n. 1 "Per una nuova Onaosi" e tutti gli aggiornamenti sulle elezioni per il rinnovo del Comitato di indirizzo dell'Onaosi.

Candidati della Lista n. 1 "PER UNA NUOVA ONAOSI"

(In grassetto i candidati indicati dalla FESMED)

N.	Cognome	Nome	Ordine	Appartenenza	N.	Cognome	Nome	Ordine	Appartenenza
1.	ZUCHELLI	Serafino		Modena	14.	PARISI	Fortunato		Catania
2.	CASSI	Riccardo		Firenze	15.	GUALTIERI	Antonella		L'Aquila
3.	CAVALLERO	Giorgio		Torino	16.	QUICI	Guido		Benevento
4.	CARPINO	Vincenzo		Napoli	17.	VERDE	Francesco		Napoli
5.	BALDI	Anna		Massa-Carrara	18.	PAPOTTO	Biagio		Catania
6.	CALLEGARO	Annapaola		Pordenone	19.	MELE	Stefano		Roma
7.	GARRAFFO	Giuseppe		Cremona	20. PERCOCO	Massimo			Roma
8.	MAZZONI	Mauro		Roma	21.	PREITI	Nicola		Perugia
9.	RICCIARDI	Giuseppe		Milano	22.	RIVELLINI	Gianfranco		Verona
10. SILVESTRI	Maurizio			Perugia	23.	TOPI	Maria Teresa		Viterbo
11.	DE FELICI	Isabella		Roma	24.	VINCENTI	Umberto		Napoli
12.	CHIARELLO	Marco		Macerata	25.	DI TULLIO	Alessandra		Roma
13.	MARANO	Antonietta		Napoli					

Catania 5-7 dicembre 2010

Gioco di squadra

Insieme per migliorare l'organizzazione e la qualità delle prestazioni sanitarie della Regione Sicilia: è questo "l'obiettivo strategico" che ha riunito in un'unica manifestazione a Catania il 5° Congresso Regionale Aogoi, il 3° Congresso Regionale Agite Sicilia, la Fesmed Sicilia e il 1° Congresso Regionale delle Ostetriche/i. Una tre giorni di intenso dibattito che ha coinvolto operatori sanitari, manager e politici

di Giuseppe Ettore
Segretario regionale Aogoi

Il gioco di squadra ha reso possibile un'attenta sinergia tra tutti i ginecologi ospedalieri del territorio, le ostetriche, i neonatologi e gli anestesisti. Si sono consolidate posizioni di rilievo in ambito scientifico, professionale e organizzativo e con le società scientifiche nazionali. Ma è soprattutto il lavoro svolto con le istituzioni, in particolare la collaborazione con l'Assessorato della Regione e il tavolo tecnico Aogoi-Agite-Fesmed per la riorganizzazione dell'area materno infantile presso il Ministero della Salute ad aver prodotto i risultati più importanti sul piano operativo. Dopo due intensi anni di lavoro infatti il nuovo decreto materno infantile, appena presentato dall'assessore regionale alla Salute Massimo Russo, vedrà finalmente un concreto avvio nella nostra Re-

gione. L'auspicio è quello di riuscire a pianificare in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza l'intero percorso nascita e di trarne coerenti metodologie professionali. Nascere non basta. In una società che ha fatto prevalere la tecnica sulla natura, oggi nascere non basta più. Occorre trovare uno stile per la nascita, un habitat, un contenitore in cui questo evento, questa archetipica e primaria esperienza di vita diventi occasione non solo statistica o scientifica, ma riacquisti un valore etico e umano. Come operatori abbiamo un compito enorme: quello di contribuire con la nostra responsabilità etica a dare un senso e un significato al ruolo e alla funzione della donna, alla sua na-

tura come portatrice di vita, integrando tecnica e umanità con responsabilità ed amorevolezza. L'assistenza alla maternità, come tutta la Sanità, è una cosa complessa. Scriveva Murray W. Enkin "possiamo essere ottimisti?". Alla fin fine io dico *perché no?* Avere un figlio è l'ultima espressione di ottimismo, dello scoprire, risolvere e ributtarsi dentro un problema complesso. Nel mondo intero le donne continuano ad avere bambini. Il programma scientifico del 5° Congresso regionale Aogoi ha affrontato aree tematiche rilevanti: la "gestione del rischio clinico in ostetricia e ginecologia", oggetto di un dibattito che negli

ultimi mesi ha infuocato non poco la stampa, l'opinione pubblica e le istituzioni. I presidenti delle Società scientifiche si sono confrontati con i tecnici sotto il profilo sanitario, giuridico, assicurativo e politico.

"La formazione chirurgica dei giovani ginecologi", al centro di una sessione dedicata all'analisi delle criticità dei programmi formativi dell'università e alla necessaria piena integrazione con gli ospedali di insegnamento, per i quali il Ministro della Salute ha dichiarato al recente Congresso Sigo di Milano l'impegno prioritario. Un'altra sessione è stata dedicata allo sviluppo della *rete integrata regionale dei servizi di aree assistenziali complesse*, in linea con quanto previsto dal nuovo piano sanitario regionale. L'assistenza sanitaria quantificata in una rete di servizi mira all'appropriatezza mediante la qualificazione della risposta in termini di competenza specifica e di multidisciplinarietà, diagnosi precoce ed intervento tempestivo, continuità assistenziale e al contenimento dei costi in tutto il territorio regionale. Per tale progetto, già previsto nel nuovo piano sanitario regionale, Aogoi-Agite ha proposto le aree assistenziali riguardanti: la diagnosi prenatale, l'endometriosi, l'incontinenza urinaria e l'oncologia ginecologica.

L'organizzazione del *Primo Congresso Regionale delle Ostetriche della Regione Sicilia* testimonia la particolare attenzione che anche quest'anno è stata rivolta al lavoro e al ruolo delle ostetriche. L'Aogoi da tempo ha promosso un percorso comune tra ostetriche e ginecologi finalizzato allo sviluppo di competenze, ruoli e responsabilità dell'ostetrica nell'ambito del team assistenziale nella gestione del percorso nascita. I risultati che l'Aogoi ha conseguito in questi anni non sarebbero stati possibili senza la costante e continua attenzione allo sviluppo scientifico e professionale e all'innovazione. Per questo consentitemi un profondo e affettuoso ringraziamento al nostro segretario nazionale Antonio Chiantera. Ringraziamento che vorrei estendere anche ai presidenti uscenti di Aogoi e Sigo, gli amici Gianni Monni e Giorgio Vittori, per essere stati tutti insieme timonieri della grande nave della ginecologia italiana con i colleghi universitari in un periodo di navigazione in acque spesso agitate. Ciò nonostante, l'obiettivo di tutta la ginecologia italiana, proiettata al Congresso Figo di Roma 2012 e ad occupare un'elevata competitività in ambito europeo ed internazionale, ha fatto prevalere in un perfetto gioco di squadra il dialogo, il confronto e la piena sinergia. Il passaggio del testimone ai neo eletti Vito Troiano, presidente Aogoi, e Nicola Surico, presidente Sigo, rappresenta la sintesi di tre anni di duro lavoro og-

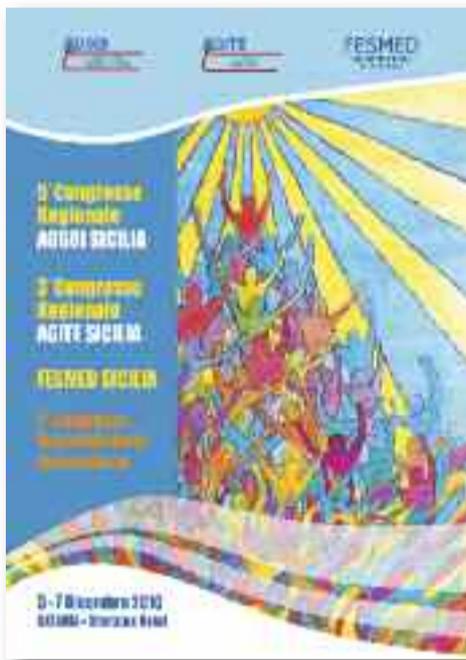
Il 5° Congresso Regionale Aogoi è tornato a Catania con un programma scientifico che sintetizza l'intenso lavoro svolto negli ultimi cinque anni

gi approvato totalmente da tutta la ginecologia italiana per la ritrovata armonia. Spero che il mondo ospedaliero e quello territoriale sappiano sempre porre al servizio e nell'interesse di tutta la collettività ginecologica questi risultati, ed altri ancor più importanti a venire. Così come in questa terra e da questa terra Pietro Ragonese e Antonio Cisternino vollero, con determinazione e passione e con immenso impegno di vita. **Y**

RINGRAZIAMENTI

Un grazie di cuore e sincero all'amico **Carmine Gigli** presidente Fesmed per il suo ruolo silenzioso ma essenziale nel vigilare, tutelare e difendere la nostra professione e la nostra categoria e per la crescita di quelle competenze sindacali oggi essenziali. Ed ancora un ringraziamento a **Francesca Cappello**, per l'impegno scientifico nel curare il programma Agite e del Congresso e per la sua capacità di mediare e puntare all'essenza dei risultati, in perfetta linea con ciò che aveva intuito e promosso Marilina Liuzzo nel non facile cammino di collaborazione e condivisione tra ginecologia del territorio e ginecologia ospedaliera. Un grazie anche a **Peppino Canz**, per il contributo scientifico e per l'impegno sindacale nelle singole province, e ai **segretari provinciali Aogoi Agite** per il non facile mandato e impegno a capillarizzare e promuovere attività, stimoli al cambiamento e collaborazione. Consentitemi inoltre di ringraziare tutti i numerosi **colleghi ospedalieri e del territorio** che hanno spontaneamente collaborato, le **ostetriche della Sicilia** per avere collaborato alla stesura del programma del I Congresso regionale delle ostetriche, **Vincenzo Lorefice**, presidente del Comitato provinciale di Catania per l'Unicef, **Carlo Romano**, presidente del Comitato Regionale della Lega Italiana per la lotta contro i Tumori. Infine **tutti gli sponsor**, preziosi partner del nostro lavoro scientifico, formativo e organizzativo di tutti i giorni.

Giuseppe Ettore



di Carlo Sbiroli

UN BELL'ESEMPIO DA IMITARE

Il recente Congresso Regionale Aogoi Sicilia, tenutosi a Catania dal 5 al 7 dicembre u.s., dimostra che in Italia si possono fare convegni decentrati di ottimo livello. Faticosamente e tra mille difficoltà, sicure, certamente. Però questo congresso siciliano s'è fatto ed ha avuto un grande successo. Ho partecipato a questa manifestazione e sono rimasto positivamente colp-

to soprattutto dal programma scientifico. Oltre a discutere di rischio clinico e di formazione chirurgica dei giovani (argomenti presenti in altri convegni), si è parlato di organizzazione di una rete integrata regionale dei servizi di aree assistenziali complesse, come l'oncologia ginecologica, l'incontinenza, l'endometriosi e la diagnosi prenatale. In altri termini si è discusso di problemi locali: migliorare l'organizzazione

e la qualità delle prestazioni sanitarie come obiettivo strategico per la sanità pubblica della Regione Sicilia. Nel famoso Paese normale, evocato tante volte, si dovrebbe fare così come hanno dimostrato i nostri colleghi siciliani. Sono riusciti a far discutere e collaborare positivamente operatori sanitari, manager e politici. Si sono confrontati senza prevaricazioni, hanno accolto i suggerimenti compatibili e alla fine ogni componente si è assunto la responsabilità di varare il progetto. L'organizzazione della manifestazione è stata per-

fetta. Questo però non mi ha meravigliato perché, come si sa, i colleghi siciliani sono abili in questo e bravissimi nel saper accogliere gli ospiti. Mi ha colpito invece la capacità degli organizzatori di essere riusciti a far convivere nella stessa manifestazione anche il 3° Congresso Regionale Agite Sicilia, la Fesmed Sicilia ed il 1° Congresso Regionale delle Ostetriche/i. Anche questo è un bell'esempio (da imitare) di coinvolgimento delle forze attive ospedaliere della ginecologia in un congresso regionale.



Tel Aviv: V Congresso Internazionale di Medicina di Genere

È iniziata l'era della medicina personalizzata

di **Francesca Fiorillo**

In Israele, a Tel Aviv, città moderna, internazionale, frenetica, capitale mediterranea del cool, il 30 novembre 2010 si è tenuto il V° Congresso Internazionale di Medicina di Genere, presieduto dal professor Marek Glezerman, dell'Hospital for Women - Rabin Medical Center and Sackler School of Medicine, Università di Tel Aviv.

Ha aperto i lavori il biologo israeliano **Aaron Ciechanover**, Premio Nobel per la chimica 2004, che ha sottolineato come oggi siamo di fronte a un cambiamento epocale della medicina: "l'era di un farmaco per tutti, - ha affermato - è finita. Oggi si persegue una medicina personalizzata in cui la terapia viene cucita sul profilo molecolare e mutazionale del paziente. Infatti oggi sono allo studio nuove tecnologie per sequenziare velocemente e a basso costo il Dna di ogni individuo per identificare specifici markers molecolari di malattia al fine di sintetizzare farmaci capaci di agire su tali specifici markers".

Alla tre giorni di Tel Aviv sulla Medicina di Genere quaranta esperti internazionali hanno trattato le differenze degli aspetti fisiopatologici e clinici di patologie comunicabili e non comunicabili

L'intervento di **Marianne Legato**, fondatrice e direttrice della Partnership for Gender-Specific Medicine presso la Columbia University di New York, ha posto l'accento sulla necessità di "fare ricerca per identificare i geni che maschi e femmine differenzialmente esprimono nello stesso tessuto, essendo questo alla base della differente funzione d'organo e della fisiopatologia tra generi", senza dimenticare però che il fenotipo non dipende solo dall'espressione genica, ma anche dall'assetto ormonale, dall'età e dalle condizioni ambientali, concetto base della Medicina di genere. Attualmente dunque è necessario continuare ad approfondire le conoscenze sulle differenze di genere, unica via, al

momento, per meglio preservare la salute e per prevenire e trattare in maniera più efficace le malattie. **Marek Glezerman** ha poi sottolineato come i maschi sviluppino un più severo fenotipo, sono infatti più vulnerabili delle donne. "I feti maschi sono tre volte più abortiti delle femmine, la gravidanza con feto maschio ha un rischio maggiore e una gravidanza gemellare con due maschi ha un esito peggiore. I maschi hanno un incremento del 50% del rischio di morte alla nascita, un maggior rischio di infezioni anche da adulto e la loro aspettativa di vita è notoriamente minore rispetto alle donne". Le peculiarità caratteristiche del cromosoma Y sono considerate responsabili

del "problema maschile", un'evoluzione che secondo alcuni andrebbe affrontata per evitare il rischio di estinzione per la specie, anche se lo studio pubblicato recentemente su Nature da Page, Hughes e coll. ribalta queste convinzioni, riabilitando, in un certo senso, questo cromosoma, che si è differenziato del 30% rispetto a quello dello scimpanzé (ricordiamo che i genomi di uomo e scimpanzé si differenziano tra loro solo del 2% circa), chiaro segno invece di una rapida evoluzione.

Vera Regtz-Zagrosek dell'Istitute of Gender in Medicine di Berlino ha illustrato come i modelli animali maschili sviluppano un più severo fenotipo a livello cardiaco. Le differenze sessuali del sistema cardiovascolare sono state attribuite agli ormoni steroidei sessuali e ai loro recettori. Recettori degli estrogeni e degli androgeni sono stati ritrovati nelle cellule

endoteliali, nelle cellule muscolari lisce, nelle pareti dei vasi ematici, nei miociti e nei fibroblasti cardiaci. I recettori degli estrogeni mediano la rapida vasodilatazione, riducono la risposta delle pareti vascolari ai danni, riducono lo sviluppo dell'aterosclerosi, e prevengono l'apoptosi dei miociti. Gli estrogeni e gli androgeni influenzano anche altri sistemi di controllo della funzione cardiovascolare come ad esempio IGF/AKT, che stimola la nitrossido sintetasi, e PPAR-gamma co-attivatore 1 (PGC-1), un attivatore della sintesi e della funzione ossidativa degli acidi grassi a livello mitocondriale. Il testosterone inversamente influenza il rimodellamento cardiaco dopo infarto. Il testosterone attiva NF-kb un fattore di trascrizione che influenza i meccanismi infiammato-

ri e riduce l'ossidazione degli acidi grassi nelle patologie cardiache. Gli effetti degli estrogeni e del testosterone possono differire nel cuore maschile o femminile.

Nei tre giorni del congresso si sono succeduti quaranta esperti internazionali che hanno trattato le differenze degli aspetti fisiopatologici e clinici di patologie comunicabili e non comunicabili. Tra le prime ricordiamo l'influenza H1-N1, che vede le donne in genere più resistenti all'infezione rispetto agli uomini, sebbene le donne gravide siano invece più suscettibili all'infezione, che può evolvere anche in maniera più severa col 5% dei decessi e il 9% di ospedalizzazione. Gli elevati livelli ormonali gravidici sono responsabili sia dei cambiamenti della risposta immune e della risposta infiammatoria, con un'aumentata secrezione di citochine che provocano un danno maggiore, sia dei cambiamenti del sistema cardiovascolare, che predispongono a un numero di complicanze maggiori.

Nell'ambito delle malattie non comunicabili, si è discusso delle differenze fisiopatologiche delle patologie cardiovascolari e metaboliche nonché delle differenze di accesso alle cure. Attenzione è stata riservata anche alle differenze legate all'invecchiamento, in particolare all'invecchiamento cerebrale, sottolineando il paradosso della maggiore morbilità delle donne associata ad una minore mortalità.

Numerose ed interessanti sono state anche le comunicazioni libere e i poster, testimonianza di un'ampia e sentita partecipazione che gli organizzatori hanno voluto premiare con la presentazione e la premiazione del poster migliore in conclusione dei lavori. **Y**



di **Maurizio Silvestri**

Un'ampia e qualificata rappresentanza di medici, avvocati, esperti di finanza, politici, personale sanitario e operatori del settore, tra cui il presidente del locale tribunale dei diritti del malato, ha partecipato il 20 novembre u.s. a Spoleto, presso l'auditorium della Scuola allievi agenti della Polizia di Stato, al convegno nazionale di studi "Tutela del paziente e responsabilità professionale in ambito sanitario", promosso da Centro Studi Bancari G. Romano-M. Montioni, Banca Popolare di Spoleto, Spoleto Credito e Servizi e Human Health Foundation Onlus.

Ad aprire i lavori, dopo il saluto delle autorità, il professor Marco Agujari, presidente del Centro Studi Bancari "G. Romano - M. Montioni". Prendendo spunto dall'articolo "The critical attitude in medicine: the need of a new ethics", pubblicato nel 1983 dal Prof. Neil McIntyre e dal filosofo Karl Popper, Agujari ha

fatto rilevare come l'errore, se ben ponderato, possa assumere un notevole significato, diventando un valore ed una risorsa, fornendo un presupposto per progredire scientificamente e clinicamente. Proprio per questo, ha ribadito "è essenziale introdurre strumenti capaci di mettere l'utente al centro dei processi di management sanitario." Di grande interesse la relazione del Magistrato di Cassazione Marco Rossetti, intitolata "Unicuique suum", ovvero le regole di responsabilità non sono uguali per tutti (preoccupate considerazioni sull'inarrestabile fuga in avanti della responsabilità medica). "In tema di responsabilità medica - ha affermato Rossetti - per lunghi anni l'interpretazione giurisprudenziale ha privilegiato l'effetto di garanzia su quello di efficienza: ad esempio concependo il medico come "dominus" del rapporto con il paziente e unico titolare del diritto di scelta terapeutica, con la conseguenza



Spoleto: Convegno di Studi sulla Tutela del Paziente e la Responsabilità Professionale in ambito Sanitario

Un buon investimento: gli ospedali sicuri

di addossare al paziente l'onere della prova della colpa del sanitario. All'inizio degli anni '90 è iniziata una revisione di questa vecchia impostazione, che ha portato ad una progressiva riduzione dei principi di garanzia, a beneficio di quelli di efficienza". È giunto ora il momento - ha concluso Rossetti - di chiedersi se questo processo non abbia a sua volta passato il segno, comprimendo le garanzie del convenuto al di sotto del minimo accettabile. Nella tavola roton-

da che è seguita, moderata dal professor Agujari, Giovanni Cannavò, presidente dell'Associazione medico giuridica "Melchiorre Gioia" (che raccoglie medici legali, giuristi e specialisti che lavorano nel campo del risarcimento del danno alla persona da illecito civile e penale) ha sottolineato come la maggior parte di casi di malpractice derivano non solo da specifiche negligenze mediche, ma da vere e proprie deficienze strutturali ed organizzative del sistema sanitario.

Riccardo Tartaglia, direttore del Centro Gestione Rischio Clinico Regione Toscana, ha poi illustrato come la sua regione abbia previsto forme di indennizzo dirette per i pazienti. Alla tavola rotonda sono intervenuti anche Giovanni Dean, ordinario di Diritto Penale dell'Università di Perugia e presidente dell'Ordine Avvocati Perugia, Paolo Feliziani, presidente dell'Ordine Avvocati Spoleto, Andrea Sereni, ordinario di Diritto Penale dell'Università di Perugia, Virginia Zambrano, ordinario di Diritto Privato comparato dell'Università degli Stu-



► Segue a pagina 29

di Davide De Vita

Nel corso degli anni diverse teorie e pratiche chirurgiche nel trattamento del prolasso utero-vaginale si sono avvicinate con l'introduzione di idee, materiali e strumenti nuovi, passati di generazione in generazione e, via via arricchite, modificate o innovate fino ai giorni nostri. Sicuramente l'isterectomia vaginale con colpo sospensione secondo McCall, la colpo sospensione ai legamenti sacrospinosi, insieme alla isterectomia addominale con colposospensione al sacro, sono state le tecniche più ampiamente eseguite nel trattamento del prolasso del segmento centrale (isterocele o prolasso di cupola vaginale). *The Cochrane Collaboration on Surgical Management of POP* del 2008, aggiudica il primo posto nel trattamento del prolasso del compartimento medio alla colposacropessi addominale, che sarebbe da preferirsi alla sospensione della cupola vaginale ai legamenti sacro spinosi (1). Tuttavia, sottolinea Maher che non vi è ancora un definitivo gold standard sul trattamento del prolasso uterino, includendo nelle varie possibilità terapeutiche la conservazione dell'utero. Infatti, dobbiamo precisare che la maggior parte degli studi presi in considerazione nella Cochrane sono datati e quindi seppure si tratti di studi scientificamente di qualità, da soli non sono conclusivi se rapportati alle esigenze cliniche e soggettive delle pazienti ai tempi d'oggi. Infatti, dall'evidence based medicine emerge la mancanza di un Livello I di evidenza che supporti la pratica clinica corrente (1).

La chirurgia tradizionale nella correzione del segmento centrale

Soffermandoci sulle tecniche

Trattamento chirurgico conservativo del prolasso uterino: indicazioni, vantaggi, tecniche e risultati

Isterectomia? No grazie

La scarsa conservatività chirurgica e l'elevata tendenza all'isterectomia hanno trascurato e sottovalutato l'importanza dell'utero, sia come fattore di stabilità del pavimento pelvico – oltre il 20% delle pazienti affette da disturbi vescicali ed intestinali risulta infatti essere stata isterectomizzata – sia per l'attività sessuale. Vi sono poi motivazioni di ordine psicologico e identitario che inducono a valorizzare l'approccio conservativo, peraltro richiesto da un numero crescente di donne che hanno superato l'età riproduttiva

del compartimento centrale tra le tecniche chirurgiche tradizionali oltre all'isterectomia ricordiamo:

- Approccio vaginale: la sospensione della cupola vaginale al legamento sacro spinoso (C-SSL) (Figura 1), la culdoplastica sec. McCall modificata (Riparazione della Fascia Endopelvica), la sospensione alla fascia del muscolo ileococigeo,
- Approccio addominale: la colpopessi sacrale

Ci sono poche evidenze scientifiche sulla scelta della corretta via di approccio alla correzione del segmento centrale: i risultati sono definiti "ottimi" quando, dopo l'intervento, non ci sono più sintomi riferibili al prolasso, l'apice vaginale resta al di sopra del piatto degli elevatori e nessun segmento vaginale è prolapsato oltre l'imene. Diversi studi hanno comparato la via vaginale e quella addominale, non trovando differenze significative nelle percentuali di successo oggettive e soggettive. La Cochrane del 2007 mostra come la colpopessia sacrale addominale è associata a bassa ricorrenza del prolasso e basso indice di dispareunia rispetto alla via vaginale; tuttavia questi risultati vanno confrontati con i molti benefici della via vaginale, come il minor tempo operatorio, il rapido recupero delle attività quotidiane e i costi minori (1). Il rischio di prolasso della cupola

vaginale dopo isterectomia va dallo 0.36% al 3% dopo 1 anno, all'1% a 3 anni, al 5% a 17 anni. Le misure di profilassi al tempo dell'isterectomia probabilmente ridurrebbero l'incidenza del prolasso della volta vaginale.

Complicanze

La C-SSL è un intervento che può dare molte complicanze come l'emorragia. La perdita di sangue spesso è determinata dalla preparazione dello spazio superiormente al muscolo cocigeo o lateralmente alla spina ischiatica. I vasi che vengono coinvolti quando si operano tali scollamenti sono i rami collaterali della glutea inferiore, il plesso venoso ipogastrico e i vasi della pudenda interna. Un'altra complicanza è rappresentata dal dolore in regione glutea. Si osserva nel 10-15% delle pazienti dal lato in cui è stata effettuata la procedura o bilateralmente. La causa è da ricercare nel danneggiamento di piccoli nervi che attraversano la superficie del C-SSL e spesso si risolve spontaneamente dopo 6 settimane (Figura 2). Si possono verificare inoltre danni a livello del retto, stenosi vaginale, incontinenza urinaria da stress e ricorrenza del prolasso del segmento anteriore e posteriore. La culdoplastica secondo Mc Call può determinare danni ureterali (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13).

Svantaggi della chirurgia tradizionale e dell'isterectomia

La scarsa conservatività chirurgica e l'elevata tendenza all'isterectomia hanno trascurato e sottovalutato l'importanza dell'utero. L'utero è importante nel supportare la pelvi, più del 20% delle pazienti affette da disturbi vescicali ed intestinali risulta essere stata isterectomizzata. Comprendere l'importanza dell'utero nei meccanismi di supporto pelvico è la chiave per creare un piano razionale nell'approccio chirurgico del prolasso (14).

Le procedure chirurgiche vaginali del passato hanno tentato di correggere il prolasso me-

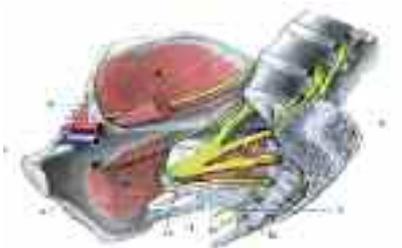
diante l'attacco delle strutture prolapsate alle strutture adiacenti, già compromesse. Hanno trascurato il rispetto della funzionalità, al fine di ottenere una risoluzione dell'inadeguato supporto pelvipereineale, creando un certo grado di ostruzione ed altri disturbi della minzione. Invariabilmente, queste procedure hanno procurato plicature del tessuto muscolare e rimozione dell'utero e di tessuto vaginale esuberante

L'isterectomia vaginale, sicuramente, è stata la tecnica maggiormente utilizzata per la correzione dell'isterocele e dei difetti ad esso associati. Proprio per la sua ampia diffusione

FIGURA 1



FIGURA 2



“Non vi è ancora un definitivo gold standard sul trattamento del prolasso uterino e possiamo dichiarare che l'isterectomia nell'isterocele è la complicanza legata all'operazione stessa, che mutila fisiologicamente la paziente e che molto spesso viene eseguita perché è l'unica opzione chirurgica in possesso di quel ginecologo che la attua. Purtroppo dobbiamo tristemente ammettere che la maggior parte delle isterectomie sono effettuate per la preferenza del chirurgo in relazione alle sue attitudini e che molto spesso l'utero è una vittima innocente, venendo sacrificato inutilmente. Tradizionalmente, la conservazione dell'utero viene considerata valida solo nelle donne in cui l'attività riproduttiva è ancora presente. Recentemente però sono sempre più numerose le pazienti che richiedono la conservazione dell'utero, per diverse ragioni soprattutto psicologiche ed identitarie”.

FIGURA 3

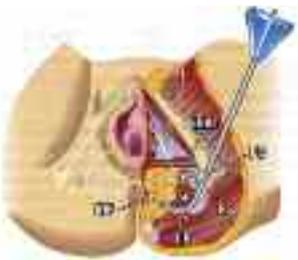


FIGURA 4



FIGURA 5



ne risulta una tecnica ormai standardizzata, molto diffusa, efficace e ben tollerata, ma non priva di complicanze e svantaggi. Svantaggi non legati alla tecnica chirurgica, che come sappiamo è altamente efficace e priva di importanti complicanze, soprattutto se eseguita da chirurghi esperti vaginalisti, ma legati all'indicazione terapeutica, in quanto l'isterocele non è una condizione patologica dell'utero, ma dei legamenti e delle fasce sospensorie, che alterate, determinano la discesa degli organi pelvici e dell'utero (14). Per cui l'utero non è la causa ma la conseguenza del prollasso genitale. L'isterectomia nel trattamento del POP provocherebbe importanti svantaggi come (15):

1. Potenziale distacco e rottura dell'anello pericervicale ai legamenti cardinali ed utero-sacrali.
2. La mancanza del Livello I di supporto di De Lancey.
3. Riduzione della protezione determinata dalla antiversione dell'utero.
4. Complicanze vascolari, vescicali e colon proctologiche anatomo-funzionali e neurologiche.
5. Aumentato rischio delle erosioni del materiale protesico nel caso venga utilizzato.
6. Effetti psico-affettivi.
7. Riduzione del desiderio sessuale.
8. Depressione.
9. Percezione dell'immagine del proprio corpo alterata
10. Anticipo della menopausa.

Criteri di scelta per la conservazione dell'utero

Recenti studi mostrano come la conservazione dell'utero può essere considerata un'opzione valida in donne selezionate (14-22).

Nell'opzione conservativa relativo al trattamento del prollasso uterino è necessario tenere conto dei seguenti fattori:

1. Età della paziente.
2. Desiderio di prole.
3. Preferenza della paziente.
4. Storia di chirurgia per prollasso in altri compartimenti.
5. Complessità dei difetti associati all'isterocele.
6. Comorbilità.

7. Preferenza del chirurgo in relazione alle sue attitudini chirurgiche.

Purtroppo dobbiamo tristemente ammettere che la maggior parte delle isterectomie sono effettuate per la preferenza del chirurgo in relazione alle sue attitudini.

Molto spesso l'utero è una vittima innocente e da recenti studi epidemiologici della Regione Veneto è emerso che le isterectomie effettuate per prollasso degli organi pelvici rappresentano il 15% di tutte le isterectomie effettuate per patologie benigne (tabella 1).

Tabella 1. Indicazioni benigne all'isterectomia

Leiomiomi	30%
Perdite ematiche uterine disfunzionali	20%
Prollasso degli organi pelvici	15%
Endometriosi/Adenomiomatosi	20%
Dolore pelvico cronico	10%
Iperplasia endometriale	5%
Altre	Variabilità

Tecniche chirurgiche conservative nel POP

Negli ultimi anni molte tecniche conservative per il trattamento dell'isterocele e cistorettocele associati sono state effettuate. Esse si possono suddividere in protesiche e non protesiche:

- Approccio vaginale:
 - Isteropessi al legamento sacro spinoso (mono o bilaterale),
 - Isteropessi ai legamenti utero-sacrali (Mc Call, Shull),
 - Transvaginal Mesh (IVS Posteriore, CR-Mesh, Prolift, Avaulta, Apo/Perigee, etc)
- Approccio addominale
 - Isterosacropessi (PP Mesh)
 - Culdoplastica e plicatura ai legamenti utero-sacrali, etc.

Casistica personale

Presso l'U.O di Ginecologia ed Ostetricia del P.O. S. Francesco D'Assisi, Oliveto Citra, Asl Salerno, dal 2003 è stata effettuata la conservazione dell'utero in 206 pazienti selezionate per il trattamento del POP di 3°, 4° stadio. Il razionale chirurgico è stata la Teoria Integrale, che propone un'interpretazione unitaria di numerose disfunzioni pelviche originate tutte da difetti fa-

sciali e lassità legamentose. Essa è basata su un modello di anatomia funzionale che ci ha portato allo sviluppo di questa tecnica ricostruttiva del pavimento pelvico attraverso l'uso di mesh in polipropilene, che consente di assicurare la neofascia ai tre normali livelli anatomici di attacco e sospensione della fascia nativa descritti da DeLancey.

Le tecniche chirurgiche conservative protesiche che sono state utilizzate sono state dal 2003 al 2004 la sacropessi infracoccigea (IVS posteriore) ed il triplo intervento in 66 pazienti, dal 2004 al 2008 la ricostruzione vaginale prote-

sica totale "uterine sparing technique" mediante Gynemesh soft in 80 pazienti e dal 2009 al 2010 l'uterine sparing technique mediante CR Mesh in 40 pazienti e l'Avaulta plus in 20 pazienti.

La tecnica chirurgica conservativa non protesica utilizzata è stata la Isteropessi mediante 4 punti di sospensione ai legamenti sacro-spinosi (parte mediale) mediante endostitch in 10 pazienti. Tale tecnica chirurgica effettuata in pazienti non propense all'utilizzo di materiale protesico per diverse motivazioni, si è rilevata meno efficace rispetto alle tecniche protesiche sudescritte, per la comparsa di un cistocele di I stadio recidivante a distanza di 1 anno in 3 pazienti su 10, seppure ha mostrato dei vantaggi relativi ai tempi operatori molto più rapidi ed ai minori costi.

Sacropessi infracoccigea e triplo intervento

Fu descritta come tecnica mininvasiva nel trattamento del prollasso di cupola vaginale da Petros nel 1997 e nel 2002 da Farnsworth (23, 24). Nella casistica dell'U.O di Ginecologia ed

Ostetricia del P.O. S. Francesco D'Assisi, tale tecnica è stata eseguita su 66 pazienti, conservando l'utero, che consiste nel posizionamento dell'IVS posteriore (Tyco Healthcare) che corregge l'isterocele ed il colpocele posteriore mediante un nastro di polipropilene multifilamento che va riposto fra il perineo e la parete posteriore dell'istmo uterino (Figure 3 e 4). Nelle pazienti che presentavano un cistocele di 3°, 4° stadio, alla sacropessi infracoccigea è stata associata la correzione protesica del difetto anteriore mediante "Gynemesh-soft" presagomata posizionata con un doppio passaggio trans-otturatorio, "Triplo intervento" (Figura 5). I risultati sono stati molto soddisfacenti, dimostrando il 94% di successi, assenza di recidive ed il 7,3% come tasso di erosione della mesh, senza complicanze quali perforazioni rettili e vescicali.

Uterine sparing technique con Gynemesh-soft

Il razionale è stato quello di correggere il segmento centrale, sospendendo l'utero ai legamenti sacrospinosi attraverso una particolare tecnica che prevede l'uso di un "Endostitch device" (Tyco Healthcare - Mansfield, Massachusetts, USA). De Vita et al. hanno descritto i risultati della "Vaginal reconstructive surgery for severe pelvic organ prolapses: A 'uterine-sparing' technique using polypropylene prostheses" adottata su 80 pazienti, in termini di efficacia (quale outcome primario) e tollerabilità, avendo preso in esame anche il dolore post-operatorio, la sicurezza della tecnica e le complicanze ad essa correlate (25). Nel tempo pre-operatorio è stato condotto uno screening per la ricerca di carcinoma endometriale attraverso un'ecografia pelvica transvaginale e quando richiesto, attraverso un'esame isteroscopico con biopsia endometriale.

È stata ricostruita la fascia pubocervicale e rettovaginale per mezzo di protesi in polipropilene (Gynemesh-Soft PS, 10x15 cm - GyneMesh, Gynecare Ethicon - Somerville, New Jersey; USA). Le protesi sono state pre-

parate e sagomate in modo da ottenere un'anima centrale e quattro braccia laterali (Figura 6).

È stata usata una protesi per riparare il comparto antero-centrale, una per il postero-centrale e due protesi per il prollasso totale (Figura 7). Il prollasso degli organi pelvici, valutato con POP-Q, è stato completamente trattato in tutte le pazienti e non abbiamo osservato recidiva del prollasso dopo un follow-up medio di 18 mesi (range 18-26). Sono stati registrati 3 casi di erosione vaginali (3.3%), di pochi cm di grandezza lungo la linea mediana di incisione, diagnosticate dopo 5 settimane dall'intervento e trattate in ambulatorio attraverso l'escissione della porzione visibile della protesi in anestesia locale e attraverso la sutura della vagina. Non abbiamo rilevato altre infezioni, ritenzione urinaria, ematomi pelvici, trombosi venosa profonda o embolia polmonare, né perforazioni vescicali e rettili.

Uterine sparing technique con CR Mesh

La tecnica è l'evoluzione dell'uterine sparing technique sudescritta, con la differenza che in sostituzione della gyne-mesh soft e dell'endostitch si sono utilizzati la CR Mesh, protesi con caratteristiche "ultraweightlight" (Fig. 8 e Fig. 9), con un nuovo device AMI Suture Instrument per l'ancoraggio ai legamenti sacro-spinosi dedicato, che monta il prolene anziché il poliestere e con una estremità mininvasiva per una sospensione al SSL più sicura ed efficace. La mininvasività dell'ancoraggio ai SSL è garantita oltre che dal device, ma soprattutto dal particolare punto anatomico del SSL che viene attraversato dalla sutura, che è nella parte più mediale (A nella Figura 10) del SSL, lontana dall'arteria glutea inferiore e dal nervo pudendo. Quest'ultima generazione di tale procedura protesica ricostruttiva dei prollassi pelvici ha mostrato una ulteriore riduzione della percentuale delle erosioni, non essendosi registrata nessuna erosione, ed una maggiore tollerabilità per le pazienti. I risultati di tale procedura

FIGURA 6

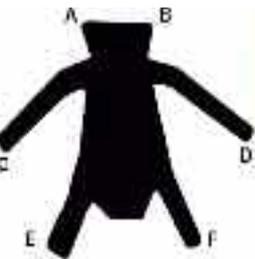


Figura 6. Nell'immagine di sn, rappresentazione schematica della forma della protesi posteriore; nell'immagine di dx, il confezionamento manuale della protesi durante l'intervento. A e B rappresentano i punti della protesi che verranno fissati ai legamenti SSL. C, D, E, F, rappresentano le quattro braccia della protesi che verranno fatte passare attraverso passaggi trans-gluteali, senza essere fissate, mediante gli appositi aghi.

FIGURA 7

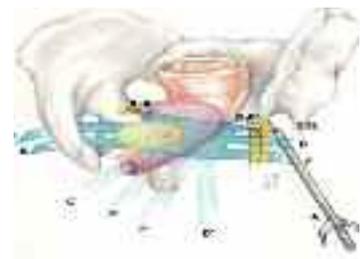


Figura 7. Rappresentazione schematica della tecnica chirurgica: riparazione totale. Rosso: utero. Marrone, retto. Giallo, vescica. Blu, protesi. Endostitch. SSL: Sacro Spinous Ligament. A, B: Punti di fissazione della protesi anteriore al legamento sacro-spinoso (SSL). C-E-F-D: Braccia usate per inserire la protesi attraverso passaggi trans-otturatori, mediante appositi aghi. A', B': Punti di fissazione della protesi posteriore al legamento sacro-spinoso (SSL). C'-D'-E'-F': Braccia usate per inserire la protesi attraverso passaggi trans-gluteali, mediante appositi aghi.

sulle 40 pazienti sono stati eccellenti, sia dal punto di vista funzionale che anatomico (28).

Avaulta anteriore e posteriore

In 20 pazienti la conservazione dell'utero associata a cistorettocele 2°, 3° stadio è stata effettuata mediante l'utilizzo dell'Avaulta plus anteriore e posteriore (*Bard uro ginecologia*). L'avaulta plus è costituita da una mesh in polipropilene monofilamento non riassorbibile ricoperta da un film idrofilico di collagene suino riassorbibile, che è stata utilizzata per la riparazione e stabilizzazione a lungo termine delle strutture fasciali del pavimento pelvico nel trattamento del prolasso utero-vaginale associato a cistorettocele. Il collagene riassorbibile, una volta idratato è all'80% acqua. Questo collagene previene il rischio di adesioni viscerali che possono in seguito portare ad erosioni o altre complicazioni, che riduce le reazioni infiammatorie acute post-impianto. I risultati sono stati eccellenti, sia per l'efficacia, ristabilendo la correzione anatomico-funzionale desiderata in tutte le pazienti operate, sia riguardo ai benefici di permanenza, resistenza e biocompatibilità. La tecnica chirurgica consiste in un doppio passaggio transottoratorio anteriormente ed in un doppio passaggio trans gluteo posteriormente (Figure 11, 12) È stato registrato un solo caso di erosione, risolto ambulatorialmente, trattandosi di una piccola area vaginale diastasata. I vantaggi dell'avaulta sono: l'ottima tollerabilità e la rapida ripresa postoperatoria della paziente ed i tempi operatori più brevi rispetto agli interventi su descritti. Per tali caratteristiche si è privilegiato utilizzare tale tecnica in pazienti con POP di 2°, 3° stadio e in pazienti con condizioni generali di salute non ideali.

CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI

L'utero è un fattore importante per la stabilità del pavimento pelvico e per l'attività sessuale delle pazienti. Attraverso le "uterine sparing techniques" l'utero

viene sospeso ai SSL e si ottiene la fissazione del primo livello di sospensione descritto da DeLancey. I diversi punti di sospensione laterali delle protesi potrebbero spiegare l'assenza di ricorrenze fino a questo momento, rispetto all'indice del 3.7% riportato in letteratura da Fatton, probabilmente perché, anche se un punto di sospensione si fosse indebolito, o perso, i restanti punti provvederebbero a sostenere il pavimento pelvico (29). Considerando quest'ultimo fattore sulla vita sessuale, abbiamo trovato che il 75% (10/15) delle pazienti non più attive ses-

sualmente a causa del prolasso uterovaginale, hanno recuperato la loro attività sessuale dopo l'intervento così come descritto da Fatton (23/30; 76.6%) (29). In fine il tasso di dispareunia è stato solo dell'1.3%, più basso di quelli riportati da Fatton (2.8%) e Maher (10%). I risultati ottenuti sono stati incoraggianti: attraverso questa tecnica sono stati corretti i prolassi uterovaginali severi con minimo dolore postoperatorio, ritenzione urinaria e dopo pochi giorni di ospedalizzazione. Si sono osservati solo 3 casi di sanguinamento o ematoma, pur raggiungendo un livello di profondità elevato in

prossimità dei SSL, similmente ai bassi indici di complicanze riportati da Fatton (2 ematomi in 106 pazienti 1.9%). La tecnica, inoltre, si è dimostrata sicura, tuttavia necessita di training specialistico specifico e di una lunga curva di apprendimento, eseguibile solamente in chirurghi vaginalisti esperti da chirurgia ricostruttiva protesica. Alla luce degli insegnamenti del passato, l'impegno attuale sarà volto al miglioramento, all'innovazione continua, al progresso nella ricerca scientifica, fino ad arrivare a confrontare e a problematizzare anche l'atteggiamento demolitivo del tratta-

mento del POP, finora effettuato ignorando la concezione dell'importanza dell'utero e delle sue strutture di sostegno nei meccanismi di supporto pelvico.

* *Specialista in Ginecologia-Ostetricia
Specialista in Urologia
Dirigente Medico U.O Ginecologia Ostetricia -
P.O. S. Francesco D'Assisi,
Oliveto Citra (Sa)
Dottore di Ricerca Terapie Chirurgiche e Riabilitative Avanzate del Pavimento Pelvico,
Università Tor Vergata, Roma
davidedevita@tiscali.it
www.devitadavide.it*

Per saperne di più

1. Maher C. et al Surgical Management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3):CD004014
2. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. Obstet Gynecol Clin North Am. 1998 Dec;25(4):723-46
3. Randall CL, Nichols DH. Surgical treatment of vaginal inversion. Obstet Gynecol. 1971 Sep;38(3):327-32.
4. Richter K, Albrich W. Long-term results following fixation of the vagina on the sacrospinal ligament by the vaginal route (vaginaefixatio sacrospinalis vaginalis). Am J Obstet Gynecol. 1981 Dec 1;141(7):811-6
5. Morley GW, DeLancey JO. Sacrospinous ligament fixation for eversion of the vagina. Am J Obstet Gynecol. 1988 Apr;158(4):872-8 Comment in: Am J Obstet Gynecol. 1990 Jan;162(1):295-6.
6. Imparato E, Aspesi G, Rovetta E, Presti M. Surgical management and prevention of vaginal vault prolapse Surg Gynecol Obstet. 1992 Sep;175(3):233-7
7. Shull BL, Capen CV, Riggs MW, Kuehl TJ. Preoperative and postoperative analysis of site-specific pelvic support defects in 81 women treated with sacrospinous ligament suspension and pelvic reconstruction. Am J Obstet Gynecol. 1992 Jun;166(6 Pt 1):1764-8; discussion 1768-71.
8. Porges RF, Smilen S. Long-term analysis of the surgical management of pelvic support defects. Am J Obstet Gynecol. 1994 Dec;171(6):1518-26; discussion 1526-8.
9. Sauer HA, Klutke CG. Transvaginal sacrospinous ligament fixation for treatment of vaginal prolapse. J Urol. 1995 Sep;154(3):1008-12.
10. Webb MJ, Aronson MP, Ferguson LK, Lee RA. Posthysterectomy vaginal vault prolapse: primary repair in 693 patients. Obstet Gynecol. 1998 Aug;92(2):281-5
11. Randall CL, Nichols DH. Surgical treatment of vaginal inversion. Obstet Gynecol. 1971 Sep;38(3):327-32.
12. Richter K, Albrich W. Long-term results following fixation of the vagina on the sacrospinal ligament by the vaginal route (vaginaefixatio sacrospinalis vaginalis). Am J Obstet Gynecol. 1981 Dec 1;141(7):811-6
13. Morley GW, DeLancey JO. Sacrospinous ligament fixation for eversion of the vagina. Am J Obstet Gynecol. 1988 Apr;158(4):872-8 Comment in: Am J Obstet Gynecol. 1990 Jan;162(1):295-6. D. De Vita, B. Farnsworth Nuovo approccio protesico della chirurgia ricostruttiva vaginale per il prolasso genitale. Pelvi-Perineologia 2005;24:44-46
14. D. De Vita, B. Farnsworth Nuovo approccio protesico della chirurgia ricostruttiva vaginale per il prolasso genitale. Pelvi-Perineologia 2005;24:44-46
15. Flory N et al. J Psychom Res 2005 Sep;59(3):117-29
16. Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD003882 . Update of: Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD003882.
17. Diwan A, Rardin CR, Kohli N Uterine preservation during surgery for uterovaginal prolapse: a review. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2004 Jul-Aug;15(4):286-92.
18. Maher CF, Cary MP, Slack MC, Murray CJ, Milligan M, Schluter P. Uterine preservation or hysterectomy at sacrospinous colpopexy for uterovaginal prolapse? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2001;12(6):381-4; discussion 384-5.
19. Krause HG, Goh JT, Sloane K, Higgs P, Carey MP Laparoscopic sacral suture hysteropexy for uterine prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2006 Jun;17(4):378-81.
20. Paraiso MFR, Ballare LA, Walters MD, Lee JC, Mitchinson AR. Pelvic support defects and visceral and sexual function in women treated with sacrospinous ligament suspension and pelvic reconstruction. Am J Obstet Gynecol 1996;17:1423-31.
21. Sze EHM, Miklos JR, Partoll L, Roat TW, Karram MM. Sacrospinous ligament fixation with transvaginal needle suspension for advanced pelvic organ prolapse and stress incontinence. Obstet Gynecol 1997;89:94-6.
22. Parck AJ, Paraiso MF Minerva Ginecol 2008, Dec;60(6): 493-507
23. Petros PE. Vault prolapse II: Restoration of dynamic vaginal supports by infracoccygeal sacropexy, an axial day-case vaginal procedure. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2001;12(5): 296-303.
24. Farnsworth BN. Posterior intravaginal slingplasty (infracoccygeal sacropexy) for severe posthysterectomy vaginal vault prolapse—a preliminary report on efficacy and safety. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2002;13(1):4-8
25. De Vita D, Araco F, Gravante G, Sesti F, Piccione E. Vaginal reconstructive surgery for severe pelvic organ prolapses: A 'uterine-sparing' technique using polypropylene prostheses. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008 August; 139 (2): 245-51.
26. Araco F, Gravante G, Sorge R, De Vita D, Piccione E. Risk evaluation of smoking and age on the occurrence of postoperative erosions after transvaginal mesh repair for pelvic organ prolapses. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008 Apr;19(4): 473-9.
27. Araco F, Gravante G, Sorge R, Overton J, De Vita D, Primicerio M, Dati S, Araco P, Piccione E. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88(7):772-80. The influence of BMI, smoking, and age on vaginal erosions after synthetic mesh repair of pelvic organ prolapses. A multicenter study.
28. Katakam N, De Vita D, Chia KV. Safety and success intervention surgery for pelvic organ prolapse with CRMESH procedures: a comparative study between U.K. and Italy. European Association of Urology. Congress Abstract n. 1057, in press 2011.
29. Fatton B, Amblard J, Debodinance P, et al. Transvaginal repair of genital prolapse: preliminary results of a new tension-free vaginal mesh (Proliftrade mark technique)-a case series multicentric study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2007; 18(7): 743-52.

FIGURA 8. CR Mesh anteriore



FIGURA 9. CR Mesh posteriore



FIGURA 10. A Punto di sospensione al SSL

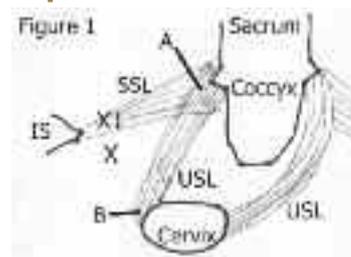


FIGURA 11



FIGURA 12



Lettere



Rottamati. Malgrado noi

“Caro Carlo, è da molto tempo che non c’incontriamo. Avrei desiderato salutarti personalmente al Congresso Aogoi di Milano, dove, per la prima volta non sono stato invitato.

So benissimo che la rottamazione esiste anche per coloro che, seppur modestissimamente in tempi remoti hanno cercato di dare un contributo all’ostetricia italiana. Continuo a lavorare, anche se in modo ridotto. In compenso mi diverto ancora a scrivere libri ed articoli....

Lettera firmata

Un caro amico ginecologo mi ha inviato per Natale questa lettera. Sono gli auguri per le festività di fine anno, introdotti da alcune righe che riproduco su queste pagine di GynecoAogoi. Le ho trovate importanti, perché rispecchiano lo stato d’animo di molti colleghi, che per ragione d’età sono costretti al pensionamento da incarichi pubblici. Colleghi

che si sentono ancora giovani, anche se qualche acciaccio comincia a farsi sentire. Prendono le medicine prescritte, ma poche altre precauzioni. Sono attivi, curiosi. Studiano perché hanno più tempo libero. Si aggiornano per non essere tagliati fuori dalla professione, che continuano ad esercitare privatamente. Molti di loro scrivono e fanno conferenze locali.

“La vecchiaia inizia quando ci si sente inutili e inutilizzabili”, dice Marco Trabucchi, psicofarmacologo presso l’Università “Tor Vergata” di Roma. Sicuramente il lavoro e le relazioni trattengono il pensionato nella tela sociale, perché lo fanno sentire ancora importante e utile per la Società. Gli danno voglia di fare e progettare, altro che rottamazione.

Sicuramente per la maggior parte dei nostri colleghi il pensionamento non significa

che la partita è chiusa. Anzi, molto spesso inizia un periodo di attività professionale più interessante, meno inquinata da problemi manageriali, burocratici e organizzativi. Per noi ginecologi può iniziare una fase di lavoro indirizzata prevalentemente all’attività clinica, associata a maggior tempo libero, a maggiori aspettative, addirittura a felicità.

In altri termini si riesce a costruire una realtà lavorativa più umana, dimensionata alle proprie esigenze. Si cominciano a fare le cose che si è sempre desiderato: un tempo da occupare felicemente.

I recenti dati, riportati nel “Rapporto sulla Situazione Sociale del Paese 2010” del Censis mostrano che la grande maggioranza dei pensionati che lavora si dichiara soddisfatta della propria scelta, non tanto per



il surplus di soldi, quanto perché lavorare ad una certa età viene considerato importante per il benessere psicofisico.

Questi colleghi, “presunti anziani”, con il loro atteggiamento indicano sempre più che c’è distanza tra anagrafe ed età percepita. Se così stanno le cose, perché allora non pensare ad una maggiore utilizzazione di questi colleghi all’interno dell’Aogoi? Perché non moltiplicare le offerte per gli over 70? Non che debbano occupare posti di prima linea.

È giusto e categorico che questi vengano riservati ai più giovani, che vivono la realtà e le contraddizioni dell’attività ospedaliera e del territorio. Gli anziani dovrebbero stare in seconda linea (in parte già avviene). Fare un lavoro di supporto mettendo a frutto la loro esperienza. Dovrebbero costituire “i saggi” dell’Associazione. Si potrebbe proporre la creazione di una “sezione di soci anziani” all’interno dell’Aogoi. Dovrebbe facilitare l’aggregazione (ad esempio organizzare viaggi, meeting ecc), stimolare lo studio e la discussione di importanti tematiche da portare poi all’attenzione del Direttivo. È sicuramente un modo per farli sentire partecipi dei programmi Aogoi esoprattutto che la vita va provata fino in fondo. Yes, They can.

Carlo Sbiroli

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello



Congresso sì, congresso no.

Facendo un paragone, è come l’enciclopedia, un po’ di tutto ma per necessità ad un livello superficiale, per cui chi è interessato sarà poi costretto ad approfondire

Di fronte alle mie perplessità se andare o meno al Congresso nazionale, un illustre collega, con qualche anno in più, saggiamente concludeva: “in fondo, se non ci vai, non ti perdi niente!”.

A ben pensarci, come dargli torto? Per cui, dopo una lunga presenza ininterrotta, ho disertato Milano. Troppo lontano e troppo costoso. E se già prima la difficoltà era tanta ad ottenere qualcosa, oggi, da pensionato, non se ne parla proprio. (Ri)metterci del mio, non mi è parso opportuno, per cosa poi?

In casa Aogoi tutti sanno che non son mai stato molto tenero con

l’appuntamento annuale, quasi sempre non all’altezza delle aspettative. Facendo un paragone, è come l’enciclopedia, un po’ di tutto ma per necessità ad un livello superficiale, per cui chi è interessato sarà poi costretto ad approfondire.

Poche, poi, le novità importanti nel nostro campo – riflettendoci – non solo oggi, bensì negli ultimi vent’anni. Eppure, molti relatori non stanno nella pelle per l’attimo di notorietà, mentre i grossi nomi più che alle sessioni scientifiche pensano alle manovre politiche.

Scartato l’aspetto turistico – quasi nullo nella confusione di città troppo grandi per apprezzarle in tre giorni scarsi – resta l’atmosfera simpatica da fiera di paese, con la ricerca spasmodica dei gadgets dell’industria farmaceutica (non solo spille o penne ma anche

pubblicazioni di un certo pregio, altrimenti difficili da recuperare). Pure per quelli, però, in questi

tempi di crisi, è ben diverso che in passato! Così alla fine passi più tempo a far chiacchiere nei

corridoi tra gli stands che nelle tante aule. Altro problema, per cui sei comunque costretto ad una scelta, sperando sia quella giusta per la qualità degli interventi.

È la buona occasione per rivedere colleghi, talvolta dopo molti anni. Cosa non sempre positiva, perché può esser tragico accorgersi di come il tempo sia passato, quando negli altri vedi la tua vecchiaia. C’è pure chi, sebbene ti conosca e ti riconosca, evita di salutarti, per essere diventato importante, o almeno così credendo di essere. È proprio vero che la stupidità non ha limiti e troppo spesso la buona educazione è solo un optional. Ma quando va bene e la compagnia è quella giusta, certe rimpatriate risultano molto piacevoli e lasciano a lungo un buon ricordo. Almeno quello!



Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



Quando c'è la salute...!

Quello che proprio non capisco è perché ci siano ancora tanti giovani che bramano di fare il medico. E molti proprio l'ostetrico-ginecologo...

Un famoso architetto ha serenamente richiesto il pagamento di una parcella da 22.000.000 (ventidue milioni) di euro (si, quasi 44 miliardi di vecchie lire!) per un suo progetto di un edificio pubblico.

Mi verrebbe voglia di terminare qui questa mia piccola nota; in verità non sono indignato né provo invidia per una tale remunerazione dell'ingegno umano. Il palazzo sarà sicuramente un'opera d'arte; il lavoro mentale sarà durato molto tempo (anni?); l'autore è sicuramente un genio dell'umanità ed un professionista famoso. L'unica cosa che mi inquieta è che questa diciamo sostanziosa parcella è, come dire: "adeguata", essendo pari appena a meno del 10 per cento del costo totale dell'opera commissionata e dunque è stata regolarmente vistata dall'ordine professionale, essendo stata stabilita in base ai tariffari vigenti.

Ora è risaputo che per la gran parte dei professionisti siano essi avvocati, ingegneri, architetti, commercialisti, magistrati o esperti in qualche branca delle umane scienze, essi giustamente richiedano un adeguato compenso per il frutto del loro lavoro e per questo vengono tutelati dal loro ordine professionale che riconosce il valore della parcella in base all'entità del valore della materia trattata sia essa un contenzioso, un progetto, uno studio di fattibilità o quant'altro.

È anche evidente che sulla parcella gravano le tasse e che pertanto i 44 miliardi (si, sempre miliardi) di lire o i 22 milioni di euro si riducono a poco più di una misera decina di milioni di euro ('solo' una ventina di miliardi di vecchie lire...!)

È altresì giusto che l'opera di un professionista di fama mondiale venga remunerata adeguatamente e che per arrivare a creare un'opera d'ingegno elevato, per vincere una causa con grandi interessi in gioco, per studiare e approfondire i dettagli di un costoso contenzioso legale, per fare un grande progetto d'ingegneria o per emettere un'importante sentenza di lodo, sia pur sempre necessario un grande impegno e si debba dedicare molto tempo allo studio e che quindi sia giusto riconoscere un elevato compenso.

È vero poi che i grandi professionisti non sono tanti, anche se non mi pare che nel nostro Paese i percettori di sostanziose parcelle siano tutti geni. Ebbene ma una parcella da 22

milioni di euro è un bel...panino! Un professionista che nella sua vita ne sforna giusto due di queste parcelle ha sistemato anche le sue generazioni a venire per un bel po'!

Ma come la mettiamo con i geni della medicina: avremo pure qualche chirurghetto da esportazione, qualche ostetricuccio da fiaba di natale, qualche endocrinologo noto anche fuori dalla catena alpina, qualche farmacologo scienziato?

Ve lo immaginate uno di questi grandi professionisti, un ginecologo, ad esempio, presentare all'Ordine dei medici una parcella da ventidue milioni di euro (pari sempre ai 44) per avere salvato la vita di una madre e di un figlio che stavano morendo e che grazie alla sua abilità, al suo talento, alla sua preparazione si sono salvati da un parto tragico?

Secondo voi gliela visterebbero all'Ordine?

Ed essendo due le vite salvate gli raddoppierebbero il compenso?

Dice: ma la vita umana, come la salute non ha prezzo! Appunto, allora fatela voi la cifra!

E sui giornali, nelle televisioni, dal parrucchiere, nei tram, dappertutto insomma, non si scateneranno feroci discussioni sull'esorosità della richiesta, sulla famelicità dei medici che speculano sulla vita umana?

E quanti parlamentari, indignati nella loro intima e notoriamente specchiata onestà, non presenterebbero roventi interrogazioni parlamentari sulla scelleratezza di una richiesta di compenso così esagerata?

E il governo non predisporrebbe l'invio di ispettori? E la severa commissione parlamentare sulla malasanità non piomberebbe rapidamente nell'ospedale dell'avidissimo professionista, stigmatizzandone l'intollerabile e disumana richiesta?

Forse persino il papa, all'Angelus in piazza S. Pietro manifesterebbe qualche perplessità sull'aspetto morale di una simile richiesta!

Ma allora, come funziona? Il genio di tutti tranne che dei medici vale? L'opera dell'ingegno di tutti deve giustamente essere riconosciuta e remunerata, eccetto quella dei medici?

Un fatto è certo: se per colpa di un medico-ginecologo si perde una vita in sala parto, il



risarcimento che egli dovrà pagare sarà milionario in euro (sempre miliardario in vecchie lire) perché si sa, la vita non ha prezzo e dunque è già un grosso sconto...! Se invece, come quotidianamente accade, una vita che si stava spegnendo viene salvata, ciccia! È tutto dovuto per due lire (pardon, euro) di stipendio? Anche per il luminare, anche per lo scienziato?

Ma quelli di noi condannati non venivano considerati scienziati unici al mondo eppure il corrispettivo delle condanne era stratosferico! E allora?

Quello che proprio non capisco è perché ci siano ancora tanti giovani che bramano di fare il medico e molti proprio l'ostetrico-ginecologo!

Per quattro soldi e con questi rischi!

Ma, si sa, quando c'è la salute, c'è tutto!

Provate a immaginare un ginecologo presentare all'Ordine dei medici una parcella da 22 milioni di euro per avere salvato la vita di una madre e di un figlio da un parto tragico. Secondo voi gliela visterebbero all'Ordine?

► Segue da pagina 24

Un buon investimento: gli ospedali sicuri

di Salerno, Mario Zana, ordinario di Diritto civile dell'Università di Perugia e presidente Camera arbitrale presso la Camera di Commercio di Pisa, e il dottor Maurizio Silvestri che ha sostituito il segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera, impossibilitato ad intervenire.

La tavola rotonda si è conclusa con l'auspicio, condiviso dall'intero parterre dei relatori, che l'enorme quantità di risorse economiche spese nell'ambito di processi di responsabilità medica venga in futuro indirizzata più responsabilmente all'adeguamento delle strutture sanitarie e alla formazione degli

operatori. Nella consapevolezza che in un'organizzazione complessa, quale quella sanitaria, l'errore non è eliminabile, questi investimenti sono necessari per creare le condizioni affinché i medici possano prendersi cura dei pazienti in ospedali sicuri.

In tutti gli ospedali, quindi, dovranno essere previste procedure per prevenire l'errore, ma anche misure di protezione dell'utente dall'evento avverso. Le prime serviranno a rendere sempre più difficile all'operatore sanitario sbagliare, mentre le misure di protezione dovranno contenere i danni derivati all'utente dagli errori che purtroppo, inevitabilmente, continueranno a verificarsi nelle strutture ospedaliere.

È interessante osservare che delle istituzioni, apparentemente lontane dalla medicina, come il Centro Studi Bancari G. Romano-M. Montioni, la Banca Popolare di Spoleto, la Spoleto Credito e Servizi, comincino ad interessarsi alla problematica del rischio clinico ed abbiano organizzato una giornata di studio su queste tematiche in collaborazione con una fondazione di ricerca scientifica quale la Human Health Foundation Onlus.



AOGOI Lombardia Il Consiglio regionale per il 2011

■ Segretario regionale
Claudio Crescini
Direttore U.C. Ost Gin ospedale di S.G. Bianco Bergamo



■ Consiglieri
Amuso Giuseppe
Libero professionista

Biancotti Luciana
Dirigente medico ospedalità privata Clinica Mangioni Lecco

Carne Milena
Capo ostetrica Ospedale Treviglio-Caravaggio

Corradini Elena
Dirigente medico ospedalità privata Humanitas Castellanza – Varese

Danti Luana
Dirigente medico Ospedali Civili di Brescia

Gatti Daniela
Direttore U.C. Ost. Gin. Manerbio - Brescia

Maini Marzia
Dirigente medico Mantova

Mancini Rita
Direttore U.O. Ost. Gin. Gallarate

Molinari Antonietta
Direttore U.O. Ost Gin. Saronno

Pisoni Maria Pia
Dirigente medico Ospedale Niguarda Milano

Polizzotti Giulio
Direttore U.O. Ost Gin Vimercate

Ragusa Antonio
Direttore U.O. Ost. Gin. Sesto San Giovanni

Rinaldo Denise
Dirigente medico Ospedale Cernusco S/N Milano

ARRIVEDERCI A CAPRI

L'universo è donna



1° CORSO INTERATTIVO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Carissimi Colleghi/e ho il piacere di informarvi che dal 5 al 7 Maggio 2011, si terrà a Capri il 1° Corso Interattivo di Ostetricia e Ginecologia "La salute della donna tra evidenze scientifiche e nuove opportunità terapeutiche".

L'obiettivo del Corso è quello di riunire, nella suggestiva cornice di Capri, esperti del mondo Accademico e Ospedaliero, con l'intento di offrire momenti di riflessione su tematiche emergenti in ambito ostetrico-ginecologico.

L'approccio scientifico adottato prevede di fornire ai partecipanti un panorama sul "work in progress" e sulle nuove frontiere della ricerca nella nostra specialità attraverso:

- una prima fase di presentazione delle evidenze scientifiche sulla base degli attuali protocolli e delle nuove opportunità diagnostico-terapeutiche;
- una seconda fase in cui i Corsisti, attraverso la presentazione di casi clinici, saranno stimolati alla discussione interattiva e alla definizione di un chiaro "take home message".

Gli argomenti trattati in questa prima edizione spazieranno dal "risk management" nelle criticità emorragiche e nella prevenzione della malattia trombo embolica, alla gestione delle complicanze emorragiche nel post-partum; argomenti di grande attualità, considerate le gravi ripercussioni sulla morbilità e mortalità materno-fetale che tali patologie possono comportare.

In evidente continuità con "il rischio tromboembolico" e "l'emorragia post-partum", sarà trattato "l'aborto spontaneo ricorrente" presentato integralmente negli suoi aspetti genetici, ormonali, immunologici, infettivi e trombofilici. Il Corso si concluderà illustrando la nuova rivoluzione in tema di "contraccezione", ponendo l'accento sulla contraccezione d'emergenza, capitolo di grande interesse e attualità.

Arrivederci a Capri

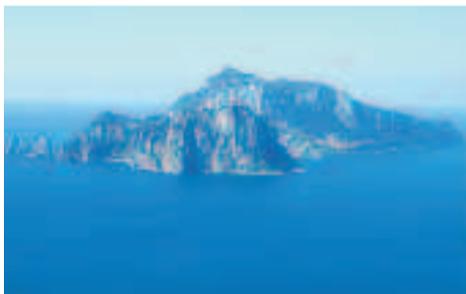
Fabio Sirimarco

Congressi convegni



Tutti i congressi su www.aogoi.it

SAVE THE DATE CAPRI 5-7 MAGGIO 2011



*Nessuno di noi è un'isola:
non ci si salva se non con te e attraverso gli altri*

LA SALUTE DELLA DONNA TRA EVIDENZE SCIENTIFICHE E NUOVE OPPORTUNITA' TERAPEUTICHE

1° CORSO INTERATTIVO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Presidente del Corso
A. Chiantera

Direttore del Corso
F. Sirimarco

CAPRI
HOTEL LA RESIDENZA
5-7 Maggio 2011

Programma Preliminare

GIOVEDÌ 5 MAGGIO

- 14.00 Registrazione dei partecipanti
- 15.00 Saluto delle Autorità
Presentazione del Corso
- 15.30 Reducing Maternal Mortality in Developing Countries: "Bill & Melinda Gates Foundation" Project
- 16.30 Lettura: Medicina di genere: uno sguardo al futuro
- 17.15 Coffee Break

CLINICAL RISK MANAGEMENT

I SESSIONE

- 17.30 Gestione delle criticità emorragiche attraverso uno statement condiviso
- 18.00 Rischio tromboembolico in ostetricia: Raccomandazioni
- 18.30 Test genetici per la malattia tromboembolica: Risultati di un progetto collaborativo di health technology assessment
- 19.00 Aristos 2 in ostetricia: Progetto Fondazione Confalonieri Ragonese
- 19.30 Discussione
- 20.30 Cena

VENERDÌ 6 MAGGIO

EMORRAGIA POST-PARTUM

II SESSIONE

- 08.30 Fattori di rischio e misure di prevenzione
- 09.00 Terapie farmacologiche: nuove acquisizioni
- 09.30 - **Approfondimenti e presentazione casi clinici**
- **Discussione Interattiva**
- **Take Home Message**
- 10.45 Coffee Break

III SESSIONE

- 11.00 Procedure conservative: una tappa obbligata
- 11.30 Chirurgia demolitiva: ultima spiaggia
- 12.00 - **Approfondimenti e presentazione casi clinici**
- **Discussione Interattiva**
- **Take Home Message**
- 13.15 Light Lunch

VENERDÌ 6 MAGGIO

ABORTO SPONTANEO RICORRENTE

IV SESSIONE

- 14.30 Fattori di rischio non anatomici e terapie mirate
- 15.00 Fattori di rischio anatomici e metodiche diagnostiche a confronto
- 15.30 - **Approfondimenti e presentazione casi clinici**
- **Discussione interattiva**
- **Take Home Message**
- 16.45 Coffee Break

V SESSIONE

- 17.00 Up to date sul trattamento chirurgico
- 17.30 P.M.A e abortivita'
- 18.00 - **Approfondimenti e presentazione casi clinici**
- **Discussione Interattiva**
- **Take Home Message**
- 20.30 Cena

SABATO 7 MAGGIO

LA RIVOLUZIONE NELLA CONTRACCEZIONE

VI SESSIONE

- 08.30 Dall'etinilestradiolo all'estradiolo: cosa e' cambiato?
- 09.00 E2 nomac: i vantaggi in contraccezione
- 09.30 - **Approfondimenti e presentazione casi clinici**
- **Discussione Interattiva**
- **Take Home Message**
- 10.45 Coffee Break

VII SESSIONE

- 11.00 Ulipristal acetato nella contraccezione di emergenza
- 11.30 Contraccezione di emergenza: Opportunita' d' intervento nei profili a rischio
- 12.00 - **Approfondimenti e presentazione casi clinici**
- **Discussione Interattiva**
- **Take Home Message**
- 13.15 Test di valutazione
- 14.00 Chiusura del Corso

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Dipartimento Materno-infantile
U.O.S.C. di Ostetricia e Ginecologia
A.O.R.N."A.Cardarelli"
Via A.Cardarelli, 9 - 80131 - Napoli
Tel. 081.7472841- 7476554 - Fax 081.7472845
sirimarco@tin.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Euro Medical Service S.r.l
Viale A. Gramsci, 19 - 80122 - Napoli
Via Castelfidardo, 8 - 20121 - Milano
Tel 02.39663381 - Fax 081.7472845
info@euromedicalservice.it
www.euromedicalservice.it

INFORMAZIONI GENERALI

Quota d'iscrizione
€ 1.100,00 + Iva e comprende:
- Partecipazione ai lavori scientifici;
- 2 Pernottamenti con prima colazione;
- 2 Cene, 1 Light Lunch, 4 Coffée break;
- Kit congressuale;
- Attestato di partecipazione;
- Crediti E.C.M
La partecipazione al Corso è limitata a 150 iscritti. La priorità sarà stabilita secondo l'ordine cronologico di adesione.

LA DIETA MEDITERRANEA

Una risorsa per la medicina

Federsanità Anci e Buonitalia hanno promosso un progetto per valorizzare lo stile alimentare basato sugli elementi che compongono la dieta mediterranea, per primi i prodotti italiani di qualità. Obiettivo delle iniziative quello di favorire pratiche di prevenzione contro le cronicità legate alla cattiva alimentazione

Con il progetto di valorizzazione della dieta mediterranea e dello stile alimentare italiano promosso da Federsanità Anci con Buonitalia, è la prima volta che la divulgazione degli elementi che sono alla base di questo modello alimentare passa attraverso il coinvolgimento dei medici e dei professionisti della salute per favorire buone pratiche di prevenzione e divulgare, quindi, comportamenti alimentari salutari in Italia – dove ciò ha contribuito alla crescita del Paese – e all'estero dove la dieta mediterranea rappresenta un modello di educazione alimentare capace di prevenire patologie che in molti paesi – soprattutto nel Nord America – rappresentano la prima causa di mortalità. Un esempio sono le malattie cardiovascolari. “Secondo lo studio Global Burden of Disease, nel 2004 le malattie cardiovascolari hanno causato circa il 27% e il 32% dei decessi in tutto il mondo, uomini e donne, rispettivamente. In Europa, le ultime stime indicano che il 43% dei decessi negli uomini è dovuto a malattie cardiovascolari, e il 54% nelle donne. Negli Stati Uniti – ha spiegato Viola Vaccarino della Emory University di Atlanta e coautrice del volume scientifico realizzato nell'ambito delle attività di progetto – nel 2006 le malattie cardiovascolari sono state la causa del 34% di tutti i decessi, pertanto una ogni tre morti, ma hanno probabilmente contribuito al 56% di tutte le morti. La malattia coronarica, la

forma più comune tra le malattie cardiovascolari, è anche la singola causa più frequente di morte in Europa e in altri Paesi occidentali. Circa il 20% degli uomini e donne muoiono di malattie coronariche in Europa e in USA. Fattori comportamentali e stili di vita, compresa la cattiva alimentazione, sono notoriamente una delle principali cause delle malattie cardiovascolari e della mortalità totale, e quindi rappresentano i principali obiettivi per la prevenzione”. Dal Seven Country Study in poi, una consistente mole di risultati in diverse popolazioni ha corroborato gli effetti benefici della dieta mediterranea a livello di prevenzione delle malattie cardiovascolari. Tali studi dimostrano che la dieta mediterranea riduce la mortalità generale e la morte coronarica, e riduce la frequenza del primo episodio di infarto del miocardio e di sindrome coronarica acuta. I dati sono più limitati, ma



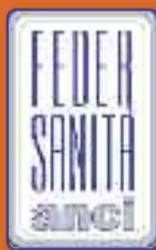
Viola Vaccarino epidemiologa della Emory University di Atlanta

comunque esistono, sugli effetti protettivi della dieta mediterranea nei confronti dell'ipertensione arteriosa, del metabolismo lipidico, del sovrappeso e della funzionalità vascolare. “Il livello protettivo della dieta mediterranea è considerevole. Per ogni aumento di un punto nello score che quantifica l'entità dell'adesione alla dieta mediterranea – ha

osservato la Vaccarino – si osserva una riduzione di mortalità tra il 7% e il 31% sia in individui viventi in comunità che in persone con cardiopatie coronariche. La diminuzione della mortalità per malattia coronarica dà il contributo maggiore agli effetti sulla mortalità. In un ampio studio greco, per ogni incremento di 2 punti nel punteggio dieta

mediterranea il rischio di morte per malattia coronarica è stato ridotto del 25%, dopo aver tenuto conto delle differenze di genere, età, distribuzione del grasso corporeo, consumo energetico, grado di istruzione, e di altri fattori. Allo stesso modo, in uno studio di follow-up negli Stati Uniti, un'alta adesione alla dieta mediterranea è risultata associata con una diminuzione del 24% della mortalità per malattie cardiovascolari negli uomini e del 20% nelle donne. Una recente revisione sistematica e meta-analisi di studi prospettici di coorte ha riportato un calo del 9% della mortalità totale e cardiovascolare per ogni aumento di 2 punti nel punteggio della dieta mediterranea. Tali dati non sono risultati influenzati da fattori confondenti come il Paese di origine, il sesso dei soggetti, la durata del follow-up e la qualità generale degli studi. Studi randomizzati e controllati di grandi dimensioni in pazienti con malattie cardiovascolari documentano le proprietà cardioprotettive della dieta mediterranea rispetto ai controlli con diete di tipo “prudente”. Nel Lyon Heart Study, i pazienti in dieta mediterranea hanno riscontrato un rischio di morte a causa di infarto del miocardio e altre malattie cardiovascolari del 54% più basso rispetto al gruppo con dieta “prudente” di tipo occidentale. Il ruolo protettivo della dieta mediterranea contro nuovi eventi coronarici in questo studio è durato fino a 4 anni”.

Federsanità Anci



Associazione Nazionale Comuni Italiani organizza Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e le Conferenze dei Sindaci, agisce come strumento istituzionale sul piano della rappresentanza per i Comuni per assicurare i percorsi di integrazione socio-sanitaria e socio assistenziale; opera come centro di elaborazione culturale di politiche della salute sui territori. I principali obiettivi sono: attivare i rapporti necessari con gli organi dello Stato, delle Regioni e con le istituzioni per concorrere allo sviluppo della qualità ed efficacia delle politiche sanitarie e di welfare; assicurare la rappresentanza degli operatori della sanità al fine di concorrere alle decisioni pubbliche in materia sanitaria e sociale; individuare linee di indirizzo e di coordinamento delle attività degli enti associati; promuovere iniziative culturali, di studio e di proposta e attivare organismi di assistenza tecnico-giuridica agli associati. Le finalità che persegue Federsanità Anci sono una serie di progetti in collaborazione con i Comuni volti alla diffusione di temi legati alla prevenzione, alla cultura del benessere, degli stili di vita corretti, ecc. i cui destinatari sono gli “orientatori comportamentali”, ovvero professionisti che per la loro attività possono influenzare il comportamento del cittadino consumatore: Comunità medico scientifiche, Enti locali ed Operatori dell'informazione.

Oltre 200.000
visite al mese*

*Fonte: Google Analytics



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

quotidiano sanità.it

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

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

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

www.quotidianosanita.it

OGNI GIORNO SUL WEB TUTTA LA SANITÀ CHE CONTA

UN'INIZIATIVA



Health Communication editore



ACCESSO
LIBERO
GRATUITO
E SENZA
LIMITI