

**RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE.
L'AOGOI IN AUDIZIONE AL SENATO**

**"Ecco le nostre proposte
per migliorare
la legge"**

■ NEW ENTRY AOGOI

È in arrivo AogoiLetter, la newsletter che ogni settimana sarà inviata a tutti i ginecologi italiani. Un nuovo modo di raccontare e raccontarci

■ INTRAMOENIA

Aogoi: La 'proposta Rossi' è demagogica. Il nostro Ssn non può rinunciare ad essere in linea con le più moderne tendenze europee

■ SENTENZE

Responsabilità medica tra deficit organizzativi della struttura e obbligo informativo a protezione del paziente. Perché e come tutelarsi

Flugenil[®]Lact

Soluzione vaginale con tappo bifasico **REW CAP™**

**Ricostituisce il fisiologico ecosistema vaginale
dopo trattamento antibiotico o antimicotico**

10 mld di Fermenti lattici vivi



Prevenzione delle
infezioni vaginali
in gravidanza



**Tappo bifasico
REW CAP™**



CE
Medical device

L. acidophilus LA 14 - L. rhamnosus LR-32

con Acido ialuronico e Acido lattico

Dopo terapia antibiotica e antimicotica

1 applicazione al giorno, preferibilmente la sera
per i primi 3 giorni.

Prevenzione delle infezioni urogenitali

1 applicazione al giorno per i primi 3 giorni e
successivamente un'applicazione a settimana
per 3 mesi.

18

**Intramoenia**

“Il nostro Ssn non può rinunciare ad essere in linea con le più moderne e democratiche tendenze europee impegnate a coniugare ed integrare pubblico e privato”

20



“È importante richiamare l'attenzione di tutti i soci su questa sentenza. Il mio invito è di rivolgersi alla nostra Associazione ove ricorrano perduranti carenze organizzative e strutturali nella propria struttura di appartenenza”

PRIMO PIANO

- 4 **Decreto appropriatezza. Sospese le sanzioni ai medici, scatta la fase sperimentale**
Luciano Fassari
- 5 Vertenza salute
Sciopero rinviato di 60 giorni. I sindacati: “Ora verificheremo se gli impegni saranno mantenuti”
- 7 **Patto Salute: le proposte dei sindacati per il decreto sul lavoro in sanità**
Il documento dell'Intersindacale medica
- 9 **Direttori Generali Asl si cambia. La scelta dei manager avverrà solo tra quelli inseriti in un elenco ad hoc**
- 10 **Corte dei Conti: “Cresce divario tra spesa sanitaria italiana e altri Paesi Ue”**
- 12 **Ssn. Sempre meno personale: meno 6.500 in un anno. E il trend prosegue anche nel 2015**
I numeri del resoconto annuale curato dalla Ragioneria dello Stato
- 12 **Denunce in sanità: due ogni mille dimissioni**
Osservatorio nazionale sinistri.
Il rapporto Agenas

PROFESSIONE

- 16 **Responsabilità professionale: l'Aogoi presenta in Senato le sue proposte per migliorare il Ddl Gelli**
- 18 **Abolire l'intramoenia? “Una proposta demagogica, fuori dal contesto europeo”**
La nota dell'Aogoi sulla proposta del presidente della Regione Toscana
•Fucci: No a falsi problemi. Le priorità sono ben altre
- 20 **Responsabilità medica tra deficit organizzativi della struttura e obbligo informativo a protezione del paziente. Perché e come tutelarsi**
Intervista ad Antonio Chiantera
- 22 **Aborto farmacologico terapeutico. L'esperienza del servizio Ivg dell'Ospedale San Paolo di Napoli**
- 25 **Ridare senso al nostro agire quotidiano**
Romano Forleo
- 26 **AOGOI PUGLIA. I report dei congressi Trani: la prima Masterclass in Uroginecologia rivolta ad Urologi e a Ginecologi**
Maria Paola Simeone
•I report degli altri congressi
- 29 **Nasce il GOIPP: il Gruppo ostetriche italiane pavimento pelvico**
- 30 **Congressi**

13



La lettera dei Presidenti del 91° Congresso SIGO - 56° AOGOI - 23° AGUI

15



“Un nuovo inizio” È in arrivo la newsletter settimanale AogoiLetter

Comitato Scientifico

Giovanni Monni
Pasquale Pirillo
Carlo Sbiroli
Sandro Viglino
Elsa Viora
Direttore Responsabile
Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: gynecoagoi@hcom.it
Pubblicità
Edizioni Health Communication srl
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228

Editore

Edizioni Health Communication srl
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Ufficio grafico
Daniele Lucia
Stampa
STRpress
Pomezia - Roma
Abbonamenti
Annuo: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa - Spedizione in
abbonamento postale - D.L. 353/03
(Conv. L. 46/04) Art. 1, Comma 1
Roma/Aut. n. 48/2008

Finito di stampare: aprile 2016
Tiratura 8.000 copie.

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



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Decreto appropriatezza. La circolare del ministero della Salute

Sospese le sanzioni ai medici. Scatta la fase sperimentale. Nessun limite per pazienti oncologici, cronici e invalidi

Luciano Fassari

Niente sanzioni ai medici nella fase sperimentale, nessuna nuova limitazione prescrittiva per pazienti oncologici, cronici o invalidi. Ma chiarimenti e indicazioni sulle modalità di prescrizione, e su prestazioni specifiche: dal colesterolo alla risonanza passando per le indagini allergologiche (che potranno essere prescritte direttamente dal medico di medicina generale o dal pediatra). Tutto messo nero su bianco sull'attesissima circolare ministeriale per regolamentare questa fase transitoria nell'applicazione del decreto appropriatezza in attesa delle modifiche annunciate dopo l'intesa tra Governo, Regioni e Fnomceo del 12 febbraio scorso. Una circolare condivisa che di fatto è il primo risultato concreto dell'intesa. Ma vediamo i punti principali.

Avvio Fase sperimentale. Nella circolare si evidenzia come "alla luce delle criticità emerse in ordine all'applicazione delle disposizioni, e in particolare al mancato adeguamento dei sistemi informatici di supporto alla prescrizione, si dispone di avviare una fase sperimentale di applicazione del provvedimento, caratterizzata dal monitoraggio e dalla raccolta dei dati sulle difficoltà di prescrizione delle prestazioni".

Raccolta dati per modifiche future al decreto. Nel corso di questa fase di monitoraggio, i dati concernenti le difficoltà prescrittive saranno raccolti dal Ministero ed esaminati dal Tavolo congiunto con "l'obiettivo di facilitare la comprensione del decreto nonché di prevedere la semplificazione e l'eventuale riformulazione dei criteri di erogabilità dei sistemi informatici di supporto alla prescrizione".

Frutto del tavolo congiunto con Fnomceo e Regioni, la circolare del ministero della Salute contiene tutti i chiarimenti e le prime indicazioni operative per gestire una fase sperimentale di applicazione prima della ratifica delle modifiche annunciate dopo l'intesa con i medici del 12 febbraio. Confermato il "no" alle sanzioni per i medici fino a specifico accordo Stato Regioni. Dettagliate le modalità operative su come applicare il decreto in attesa dei sistemi informatici di supporto. E poi molte altre novità: dalla radiologia all'odontoiatria



Nella circolare si sottolinea poi la condivisione con Fnomceo del fatto che la "futura revisione del decreto debba chiarire come la definizione delle 'condizioni di erogabilità di prestazioni appropriate' rappresenti un atto

programmatorio distinto dalla definizione dell'appropriatezza clinica, attinente alla qualità dell'atto professionale, da valutare con gli strumenti della revisione tra pari e che deve tener conto delle complesse interazioni pro-

prie della relazione di cura".

Nessuna sanzione ai medici nella fase sperimentale. Sull'esperienza di questa fase sperimentale spetterà all'accordo Stato-Regioni individuare i criteri

e le modalità per monitorare che il comportamento prescrittivo dei medici sia coerente alle condizioni di erogabilità e alle indicazioni di appropriatezza previste dal decreto. Fermo restando che nella fase sperimen-

tale non sarà applicabile alcuna sanzione ai medici.

In ogni caso, in attesa dell'adeguamento dei sistemi informativi di supporto, i medici continueranno ad attenersi alle disposizioni previste dal decreto in base a delle indicazioni operative. E cioè:

Indicazioni per i medici prescrittori

- Nella prescrizione deve essere riportato il quesito diagnostico, che tenga conto dei contenuti del decreto nell'ambito della buona pratica clinica, senza obbligo di annotare il codice di nota di fianco alla prestazione o al quesito diagnostico.
- Nel caso in cui sia necessario prescrivere diversi esami di laboratorio, con indicazioni differenti, è sufficiente riportare sulla medesima ricetta il quesito diagnostico principale relativo alla prescrizione.
- Durante la fase di sperimentazione i medici non possono applicare le condizioni di appropriatezza quando le prestazioni debbano essere erogate a pazienti oncologici, cronici o invalidi.

Indicazioni per i medici specialisti

- Quando è necessaria la prescrizione del medico specialista egli deve procedere a farla sul ricettario del Ssn; anche in questo caso deve essere riportato il quesito diagnostico in ottemperanza al decreto e senza obbligo di annotare il codice nota.
- Le Regioni sono invitate a dotare gli odontoiatri dipendenti, convenzionati o accreditati per le branche a visita, nonché i medici specialisti, del ricettario del Ssn per la prescrizione delle prestazioni inserite nel decreto. Se l'odontoiatra e il medico specialista non sono abilitati alla prescrizione diretta, prescriveranno la prestazione su ricetta bianca, inserendo i propri identificativi e motivandola con riferimento alle condizioni di erogabilità. La prestazione in questo modo potrà essere trascritta dal medico di famiglia e dal pediatra sulla ricetta del Ssn. Niente ricettario del Ssn per i medici specialisti operanti in regime libero professionale, anche in intramoenia.

Prestazioni: chiarimenti su sospetto oncologico e indicazioni su odontoiatria

- Il medico potrà prescrivere la prestazione sia in presenza di un sospetto e sia quando la patologia (es. rischio cardiovascolare, epatopatia) è già accertata e il suo andamento dev'essere monitorato. L'indicazione chiarisce i casi in cui la condizione di erogabilità o l'indicazione di appropriatezza di una prestazione era costituita da una 'sospetta patologia' o un possibile rischio.
- In merito alla definizione di 'sospetto oncologico' riferito alle

prestazioni di radiologia diagnostica, non esauriscono l'insieme degli elementi clinico-anamnestici e l'esito di eventuali indagini che il medico potrà opportunamente valutare.

- Prestazioni odontoiatriche. Le indicazioni specificano che nel concetto di 'vulnerabilità sanitaria' rientrano tutte le malattie e le condizioni cliniche che potrebbero risultare aggravate o pregiudicate da patologie odontoiatriche concomitanti. Nello specifico si intendono inclusi nel concetto di 'vulnerabilità sanitaria' ad esempio i pazienti con diabete, patologie cardiovascolari, cerebrovascolari, infiammatorie croniche, nonché

pazienti con stati di immunodeficienza e in gravidanza.

Sul concetto di 'vulnerabilità sociale' sarà cura della Fnomceo e del Ministero garantire il pieno coinvolgimento della Cao nella futura attività di revisione del decreto.

Chiarimenti riferiti a specifiche prestazioni: colesterolo, risonanza del rachide, radiologia, indagini allergologiche

- Alla prestazione '90.14.1 Colesterolo Hdl' (nota 55) con l'espressione 'in assenza di valori elevati', si intende 'in assenza di valori al di sotto della norma'.
- La condivisione di erogabilità

per l'esecuzione della prestazione '90.43.5 Urato' (nota 76 lett. B) 'Monitoraggio delle terapie citotossiche nella patologia gottosa' deve essere suddivisa in due distinte condizioni: 'B) Monitoraggio delle terapie citotossiche' e 'C) Patologia gottosa'.

- La condizione di erogabilità della risonanza magnetica del rachide (nota 37) si intende estesa ai casi in cui, anche senza dolore, sia presente una sintomatologia neurologica da compressione radicolare.
- Nella radiologia diagnostica (note 31, 33, 35, 39), per 'patologia traumatica acuta' si intende 'patologia traumatica', tenuto conto che la valutazione

viene spesso rilevata a distanza dall'evento.

- Per la risonanza muscolo scheletrica (nota 39) senza mezzo di contrasto, la decisione di procedere all'indagine ecografica preliminare va ricondotta alla valutazione clinica del medico.
- Per quanto concerne le indagini allergologiche, nella attuale fase sperimentale, indagini di base, costituite da non più di 12 IgE specifiche per allergeni, possono essere prescritte direttamente dal medico di medicina generale o dal pediatra ferma restando la possibilità per i medesimi professionisti di eseguire direttamente tali indagini cutanee. **Y**

Vertenza salute

I sindacati: "Sciopero rinviato di 60 giorni. Il Governo ha preso degli impegni. Ora verificheremo se saranno mantenuti"

Evidenziato dai medici "un segnale di apertura importante" su valorizzazione ruolo della professione medica, art. 22 Patto della Salute, precariato, formazione e rinnovo contratti. Ma i camici bianchi: "Abbiamo rinviato sciopero previsto per 17 e 18 marzo, ma siamo pronti a metterlo in atto se non si concretizzeranno gli impegni presi oggi". Il testo del comunicato congiunto Governo - Sindacati diramato al termine dell'incontro a Palazzo Chigi

"Lo sciopero indetto per il 17 e 18 marzo è rinviato di 60 giorni. Il Governo ha finalmente mostrato attenzione". È quanto hanno comunicato i sindacati dei medici e della dirigenza sanitaria del Ssn il 9 marzo scorso dopo l'incontro a Palazzo Chigi con il Governo, rappresentato dal ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** e **Vito De Filippo**, dal ministro della Pa, **Marianna Madia**, e dal sotto segretario alla presidenza del Consiglio **Claudio De Vincenti**. I sindacati hanno chiesto attenzione e impegni su medici e dirigenti del Ssn per valorizzarne ruolo e prospettive. E il Governo si è finalmente fatto sentire.

Le associazioni sindacali hanno concordato con il governo un comunicato comune e hanno evidenziato come ci sia "stato un segnale di attenzione importante a partire da tre punti principali. In primo luogo la difesa della sanità pubblica, e quindi del diritto alla salute dei cittadini. In secondo luogo c'è stato il riconoscimento del ruolo dei medici e del lavoro che svolgono all'interno del sistema sanitario nazionale. In-

fine c'è l'impegno alla presa in carico della questione del precariato medico e della formazione post laurea come questione che riguarda la tenuta stessa del Ssn".

Durante l'incontro non si è parlato di risorse o numeri ma sono stati presi molti impegni dal Governo, tra cui quello "per la valorizzazione del ruolo e del lavoro dei medici riconoscendone la leadership su diagnosi cura e riabilitazione". Impegni anche sui rinnovi contrattuali "per dare avvio al rinnovo del contratto prevedendo l'autonomia della dirigenza medica e sanitaria". E poi c'è anche una stretta sulle "esternalizzazioni che sono in voga in molte regioni".

Ecco il testo del comunicato congiunto diramato al termine dell'incontro a Palazzo Chigi il 9 marzo scorso.

Sanità, intesa Governo-sindacati medici: il SSN è prioritario

Avvio di tavoli di confronto su governance, professione, contrattazione

Clima cordiale e costruttivo, stanno a Palazzo Chigi, nell'in-



contro tra il Governo e le organizzazioni sindacali mediche, veterinarie e della dirigenza sanitaria.

Il confronto – coordinato dal Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio **Claudio De Vincenti**, affiancato dai Ministri della salute **Beatrice Lorenzin** e per la semplificazione e la pubblica amministrazione **Marianna Madia** e dal Segretario generale di palazzo Chigi **Paolo Aquilanti** – ha visto le parti

condividere l'impegno a formulare una progettualità nazionale che, pur nel rispetto del ruolo delle Regioni, metta la Sanità tra le priorità della propria agenda.

Nel corso della discussione, il Governo ha ribadito l'esigenza di mantenere, all'interno di un percorso di cambiamento e di efficienza, la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto dei principi di uni-

► **Segue a pagina 6**

Il punto di vista

Più che di soldi, che al momento non ci sono, i medici rivendicano ruolo e rilancio professionale

Cesare Fassari

Dopo mesi di attesa il Governo ha rotto gli indugi e ha convocato i sindacati medici e della dirigenza del Ssn (una trentina di sigle in tutto) per tentare di scongiurare lo sciopero di due giorni indetto per il 17 e il 18 marzo. Operazione peraltro riuscita. A Palazzo Chigi i sindacati hanno trovato ad aspettarli il sottosegretario alla presidenza del Consiglio Claudio De Vincenti e le ministre della Salute Beatrice Lorenzin e della PA Marianna Madia. L'unica a parlare prima dell'incontro Governo-Sindacati è stata Lorenzin che non si è sbilanciata, definendolo "un incontro di ascolto, consapevoli delle difficoltà in cui versano gli operatori". Onestamente non è molto. L'ascolto è il minimo "sindacale", verrebbe da dire. Ma forse non poteva dire altro vista l'am-

Sul tavolo il pacchetto di richieste dei sindacati medici e della dirigenza del Ssn, sul quale si aprirà il negoziato col Governo. Ma, oggi, quello che, prima di ogni altra cosa, vogliono i sindacati è la prova che per Renzi, medici & C, non sono travet abbandonati al loro destino



piezza della vertenza che i medici e gli altri sindacati della dirigenza del Ssn hanno messo in piedi. Si passa dalla sostenibilità generale del sistema alle norme sull'appropriatezza. Con a cavallo di tutto lo spettro di un con-

tratto e di una convenzione che ad oggi hanno pochi spiccioli per essere portati avanti, a meno di non limitarne lo spettro alla parte normativa che in ogni caso ha bisogno di aggiornamento visto che è ferma al 2009.

Ma forse il vero motivo per la vertenza sta tutto nel malessere esploso nella categoria e accumulatosi negli anni. Medici e dirigenti del Ssn si sentono vessati, sfruttati, umiliati, abbandonati dal Governo e dalle Regioni. In mano al management Asl a sua volta pressato da spending review massacranti.

I sindacati sono agguerriti ma

anche, lo dobbiamo dire, quasi rassegnati a trovarsi una sorta di muro di gomma, pronto ad ascoltare, forse a dare qualche rassicurazione sul fatto che "prima o poi qualcosa cambierà", ma non si aspettano il miracolo o promesse roboanti.

Per chiedere cosa? Soldi, sì. Anche se sanno che da qui alla prossima legge di stabilità, nonostante il Def di metà anno, ce ne passa di tempo. Certezze sui tempi del contratto? Quelle probabilmente le otterranno, perché l'Esecutivo ha ormai dato il semaforo verde ad Aran e Sisac per avviare le partite.

Ma quello che senz'altro han-

no voluto sentirsi dire, e che ha portato alla sospensione dello sciopero, è che per questo Governo loro contano. E che non sono dei travet dimenticati in fondo all'agenda di Renzi. Forse basterebbe questo per riaprire un dialogo con queste decine di migliaia di dirigenti del Ssn che fanno andare avanti la baracca tutti i giorni e che, onestamente, sono stati zitti e buoni fin troppo.

Il Governo questo lo ha compreso. Ma sarà in grado di prendere impegni concreti su una road map di risalita professionale e sociale di queste categorie? I prossimi due mesi saranno cruciali. **Y**



059 - 370842
059 - 372964

athena@athenamedica.com
www.athenamedica.com

Athena Editore per la Ginecologia



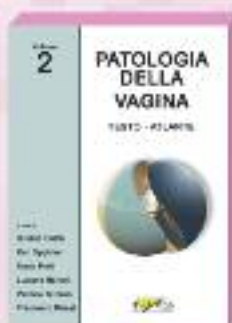
ECOGRAFIA TRANSVAGINALE nelle URGENZE GINECOLOGICHE e del PRIMO TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

Luca Savelli - Maria Cristina Scifo

Clinica Ostetrica e Ginecologica Azienda Ospedaliera - Universitaria
Policlinico S. Orsola - Malpighi - Bologna

2015, 352 pagine, 291 immagini
ISBN 9788886980814

Nelle migliori librerie e su athenamedica.com



PATOLOGIA DELLA VAGINA

Silvano Costa
Kari Syrjänen
Mario Preti
Luciano Mariani
Patrizia Terzano
Francesco Rivasi



LA PATOLOGIA IPERTENSIVA MATERNA E L'IPOSVILUPPO FETALE

Tullio Ghi

Segue da pagina 5

versalità, solidarietà ed equità, confermando i livelli di finanziamento già disposti e promuovendo, con la collaborazione dei medici, una maggiore appropriatezza sia organizzativa che clinica, al fine di garantire su tutto il territorio nazionale - in modo omogeneo - un'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, e una efficace ed efficiente allocazione delle risorse disponibili. Si è quindi convenuto di affrontare, nell'ambito di Tavoli dedicati, i seguenti argomenti:

1) Valorizzazione della professione medica, riconoscendole il ruolo centrale nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti, nonché nella governance delle strutture sanitarie, ospedaliere e di medicina territoriale, assicurando l'autonomia tecnico-professionale e la correlata responsabilità

2) Coinvolgimento delle Organizzazioni Sindacali - con le Regioni, i Ministeri della Salute, dell'Istruzione, università e ricerca e dell'economia e delle finanze - nella stesura, relativamente all'attuazione del Patto della salute 2014/16, dell'art. 22, per ciò che riguarda gli sviluppi professionali di carriera,

la valorizzazione delle risorse umane, i rapporti con le altre professioni sanitarie

3) Definizione delle tipologie di contratti flessibili compatibili con l'attività sanitaria all'interno della P.A., in coerenza con la disciplina UE di riferimento; percorsi di stabilizzazione graduale del personale precario; regolamentazione dei fenomeni di esternalizzazione delle attività sanitarie da parte delle strutture ospedaliere; verifica del tetto di spesa per il personale

4) Riforma del sistema di formazione, pre e post laurea, dei medici e dei dirigenti sanitari, in sinergia con il MIUR e il Ministero della salute

5) Avvio con la vigilanza dei ministeri competenti, previa definizione delle aree contrattuali e dell'atto di indirizzo, delle trattative per il rinnovo del contratto collettivo nazionale di lavoro e dell'accordo collettivo nazionale, quali strumenti di governo e innovazione del sistema sanitario

6) Verifica con le Regioni e col Mef in sede di Conferenza Unificata dell'ambito applicativo del comma 236 della legge di stabilità 2016. **Y**

Standard e criteri per individuare i fabbisogni come priorità. Confermata l'istituzione di una rete formativa costituita sia da strutture universitarie che da strutture ospedaliere, pubbliche e private. Con la novità della figura del tutor per lo specializzando. Su sviluppo carriere riconosce stesso ruolo e pari dignità degli incarichi che fanno riferimento alla loro natura prevalentemente gestionale o professionale. E poi sui precari al via un tetto massimo: contratti atipici non possono essere superiori al 2% di quelli indeterminati. Priorità nelle assunzioni a vincitori concorso e idonei.

Questi alcuni dei capisaldi della proposta di bozza di legge delega in materia di gestione e sviluppo delle risorse umane (ex art 22 Patto Salute) inviata il 30 marzo scorso dall'Intersindacale medica al Ministero della Salute. I sindacati hanno dunque riunito e formulato in un unico documento in forma di articolato di legge le osservazioni sulle due proposte (Salute-Miur e Regioni). Ma vediamo le principali misure contenute nel testo.

Formazione specialistica dei medici chirurghi e veterinari e specifica in medicina generale.

Viene confermata rispetto alle bozze l'istituzione della rete formativa regionale ed interregionale, costituita sia da strutture universitarie sia da strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate e contrattualizzate con il Ssn. Si prevede inoltre la revisione del sistema di accreditamento prevedendo quali ulteriori criteri: come il volume complessivo delle attività, la complessità della casistica e il livello tecnologico delle strutture. La rete formativa inoltre sarà sottoposta a verifica periodica dei criteri di accreditamento, con la estromissione delle strutture per le quali siano venuti meno i requisiti di accreditamento.

Confermata anche la possibilità, per favorire la conciliazione tra lavoro ed esigenze familiari e per un periodo non superiore a 12 mesi, di consentire, al medico e al veterinario specializzando e al medico in formazione specifica in medicina generale, la frequenza con impegno orario ridotto, con successivo recupero insieme alle attività formative non svolte. Per la medicina generale adeguamento della formazione e attività professionalizzanti.

Molto più articolata rispetto alle bozze la parte che riguarda l'inserimento degli specializzandi nelle strutture formative. Si dovrà tener conto dei criteri di rotazione e dovrà risultare in coerenza con gli obiettivi definiti dagli ordinamenti didattici dei relativi corsi di specializzazione e di formazione e le peculiarità cliniche di ciascuna disciplina, con graduale assunzione di responsabilità assistenziale ed acquisizione di conoscenze e competenze di progressiva complessità fino alla completa autonomia professionale.

Arriva il tutor. In affiancamento del medico specializzando, e formando, per tutta la durata della



Il documento dell'Intersindacale medica

Patto Salute: le proposte dei sindacati per il decreto sul lavoro in sanità

■ Dal tutor per gli specializzandi al limite del 2% per i contratti atipici. Carriere diverse per manager e clinici. I sindacati hanno messo a punto le loro proposte per dare attuazione all'articolo 22 del Patto per la Salute. Fissati anche appositi paletti per la determinazione dei fabbisogni standard di personale dell'area sanitaria per la garanzia dell'erogazione dei LEA in maniera omogenea in tutto il Paese

formazione specialistica, da parte di un medico specialista nella medesima disciplina, o di un medico formato, con incarico di tutor, in servizio attivo, il quale, per tutte le procedure diagnostiche o terapeutiche invasive, che richiedono decisioni cliniche immediate, non deve essere impegnato in altra attività. La valutazione finale del medico in formazione specialistica e di medicina generale affidata alla Scuola di specializzazione, tenendo conto delle valutazioni e certificazioni formulate nelle strutture ove ha avuto luogo la formazione pratica.

Sviluppo di carriera all'interno della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria. Anche qui il documento dei medici amplia il contenuto delle bozze mantenendo però fisso l'obiettivo che mira a "introdurre pur nella unicità del ruolo, misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle risorse umane, attraverso la definizione di percorsi di carriera rispettivamente caratterizzati da prevalente natura gestionale o da prevalente natura professionale". Nello specifico si definiscono alcuni criteri tra cui quello della valorizzazione della peculiarità del lavoro medico attraverso il riconoscimento, nello stesso ruolo, con pari dignità gli incarichi che fanno riferimento alla loro natura prevalentemente gestionale o professionale. È poi previsto l'affidamento al dirigente medico, veterinario e sanitario specialista di incarichi di base e, al superamento del terzo anno di servizio cumulativo, di incarichi superiori a quelli di base,

attraverso l'applicazione dei previsti istituti contrattuali e di procedure a carattere selettivo disciplinate dal Ccnl. Prevista anche "l'implementazione dei sistemi di valutazione delle competenze professionali acquisite, su indicatori condivisi con i sindacati di categoria.

Standard di personale nelle strutture pubbliche e private accreditate, al fine di determinare il fabbisogno di professionisti dell'area sanitaria. Premesso che l'individuazione dei distinti fabbisogni complessivi specialistici, dei medici chirurghi e dei medici veterinari, di medicina generale e per le cure primarie pediatriche è una priorità i sindacati evidenziano che nel definire una metodologia occorrerà tener conto:

- delle necessità di adeguamento delle dotazioni organiche per la garanzia dell'erogazione dei Lea in maniera omogenea in tutto il Paese;
- di parametri qualitativi, di efficienza di utilizzo delle risorse umane e di efficacia e sicurezza organizzativa e clinica;
- delle reti di offerta territoriali ed ospedaliere e del loro sviluppo, con riferimento;
- dei cambiamenti della domanda di salute, legati in particolare alle modifiche demografiche ed epidemiologiche; della evoluzione tecnologica;
- dell'evoluzione delle competenze dei professionisti sanitari.

Stabilizzazione del personale precario. Nel documento si prevede l'immissione, in via prioritaria, in

ruolo dei vincitori di concorso e dei soggetti in possesso di idoneità a seguito di concorso pubblico, in servizio presso l'amministrazione. In seconda battuta che i concorsi riservati, in analogia a quanto a suo tempo previsto dalla Legge 401/2000 con riserva del 50% dei posti a favore del personale con incarico provvisorio non inferiore un anno nei cinque anni precedenti, anche in carenza della specializzazione nella disciplina richiesta. E poi la trasformazione dei rapporti di lavoro atipici in atto alla data di approvazione della legge, in rapporti a tempo determinato secondo le norme del vigente Ccnl. Infine si propone "un tetto massimo di rapporti atipici, flessibili, libero professionali, di consulenza,

di collaborazione coordinata e continuativa, a progetto, o comunque non rientranti nel Ccnl della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, cumulativo non superiore al 2% dei rapporti di lavoro a tempo indeterminato in servizio nel ruolo della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria".

Rispetto alla proposta inviata al ministero i sindacati hanno presentato delle integrazioni. La novità principale riguarda la disciplina dell'accesso al Ssn (vedi box), che era assente, su cui però non vi è stata l'unanimità tra i sindacati, con FP Cgil Medici, Cisl Medici, Uil Fpl Medici che non hanno sottoscritto la specifica proposta sull'accesso al Ssn, mentre sulle altre il consenso è unanime. **Y**

Contratti a tempo determinato nell'ultimo biennio di specializzazione. Ma il fronte si spacca: Cgil, Cisl e Uil dicono no

Ecco la proposta presentata e illustrata dai sindacati della Dirigenza medica e sanitaria a Governo e Regioni che prevede, ferma restando la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale per l'accesso al Ssn, un percorso parallelo a partire dalla specializzazione così definito dai sindacati:

- possesso del titolo di laurea, abilitante all'esercizio della relativa professione, quale requisito di accesso;
- inquadramento, nell'ultimo

biennio del corso di formazione specialistica, nelle aziende sanitarie della

► **Segue a pagina 8**

► Segue da pagina 7

Contratti a tempo determinato nell'ultimo biennio di specializzazione. Ma il fronte si spacca: Cgil, Cisl e Uil dicono no

rete formativa della Regione con apposito contratto di lavoro a tempo determinato finalizzato a completare il percorso formativo ed acquisire la autonomia professionale, con attività e livelli retributivi da definirsi nell'ambito della Contrattazione collettiva di settore.

• **tale inquadramento non dà diritto ad assunzione a tempo indeterminato** presso la struttura di assegnazione, o altre strutture del Ssn, e non dà luogo ad equiparazione di alcun tipo al personale dipendente specialista. La valutazione finale del medico in formazione specialistica resta di competenza della scuola di specializzazione, acquisite le valutazioni dei direttori delle strutture coinvolte nel percorso formativo;

Viene poi ribadito in ogni caso che "la valutazione finale del medico in formazione specialistica resta di competenza della scuola di specializzazione, acquisite le valutazioni dei direttori delle strutture coinvolte nel percorso formativo".

Proposta anche la stesura di "protocolli d'intesa tra Regione ed Università che disciplinino il numero di accessi, le modalità di frequenza del corso e lo svolgimento della parte teorica presso la sede universitaria di assegnazione e della parte pratica presso le aziende facenti parte della rete formativa della Regione".

Altra aggiunta rispetto alla prima bozza riguarda la specializzazione in **pediatria territoriale** per cui si "prevede l'accesso agli studi del pediatra di famiglia per l'acquisizione delle specifiche competenze".

Cgil, Csil e Uil: "No ad entrata nel Ssn senza specializzazione". E lanciano la proposta della graduatoria nazionale o per singole specialità

■ L'accesso dei medici alla formazione specialistica, compresa la medicina generale, deve partire dalla definizione prioritaria del fabbisogno del personale medico nel Ssn necessario per garantire i livelli essenziali di assistenza ai cittadini. Questo comporterà un verosimile aumento dei posti disponibili nella formazione specialistica anche in considerazione della prevista uscita dal mondo del lavoro di gran parte dei medici sia dipendenti che convenzionati nei prossimi 10 anni, considerata l'età media elevata. In questo quadro riteniamo che vadano superate le attuali modalità di accesso alle scuole di specializzazione e ai corsi di formazione in medicina generale, consentendo l'abilitazione insieme al diploma di laurea e prevedendo un test unico nazionale di accesso al Ssn. Riteniamo che vada superato l'attuale meccanismo che vede il medico poter partecipare a più test per specialità e per la medicina generale, in quanto il meccanismo delle scelte plurime non consente l'utilizzo di tutte le borse disponibili a causa degli scorrimenti difficilmente gestibili, e per le iniquità delle graduatorie regionali per la medicina generale. Abbiamo pertanto proposto al fine di assicurare più trasparenza e meritocrazia, e per una chiara, facile e rapida assegnazione di tutti i posti disponibili, una unica graduatoria nazionale, con la scelta da parte dei

vincitori della specialità e della sede in ordine di graduatoria. In alternativa riteniamo che possa garantire gli stessi risultati anche la presenza di graduatorie uniche per ciascuna specialità, compresa la medicina generale, con possibilità di partecipazione al test nazionale ad una sola specialità, con scelta da parte dei vincitori della sede in ordine di graduatoria. In questa seconda ipotesi prevediamo comunque l'obbligo di utilizzare tutte le borse che rimasero disponibili, in seguito ad un basso numero di domande, con l'assegnazione ai medici a richiesta secondo l'ordine di graduatoria. I luoghi della formazione, certificati, devono essere individuati nell'ambito dei servizi del Ssn, e non solo all'interno dei Policlinici, per consentire una maggiore formazione sul campo, e più esperienza pratica al medico in formazione. Le Regioni o Aziende individuate nel percorso formativo delle specializzazioni dovranno inoltre partecipare con un incremento delle borse di studio. Pur nell'ambito della graduale assunzione di responsabilità, il percorso formativo deve essere realmente tale, con l'affiancamento anche negli ultimi anni di corso di un tutor, vietando in modo esplicito la possibilità di utilizzare il medico in formazione per coprire le carenze di organico, al posto del medico

strutturato, sia esso universitario che ospedaliero.

Riteniamo invece sbagliato l'accesso al Ssn e nel privato accreditato senza specializzazione, introdurre clausole aggiuntive regionali ai contratti di formazione, così come la trasformazione degli attuali contratti di formazione in contratti a tempo determinato, seppure solo negli ultimi anni di corso.

In primo luogo riteniamo che il cittadino abbia il diritto ad essere curato da medici che hanno acquisito una professionalità specialistica completa. In secondo ordine eventuali contratti regionali aggiuntivi o sostitutivi darebbero inevitabilmente luogo ad un impegno degli specializzandi nelle attività assistenziali istituzionali in sostituzione dei medici strutturati, e senza i requisiti di qualità della formazione, a partire dalla costante presenza del tutor.

Si tratterebbe di tempo lavoro sottratto alla formazione, con la paradossale conseguenza che una volta specializzato, il medico avrebbe minori possibilità occupazionali, essendo una parte dei posti disponibili occupati nei fatti da altri specializzandi. Gli stessi medici precari avrebbero minori possibilità di stabilizzazione in quanto una parte dei posti del Ssn nelle Regioni sarebbero occupati da tempo di lavoro degli specializzandi. La formazione deve invece rispettare requisiti di qualità a tutela dei cittadini e degli stessi medici.

Le stesse proposte sono da applicare per la formazione e l'accesso dei medici veterinari e dei dirigenti sanitari, a partire dalla retribuzione delle scuole di specializzazione.

Clogín®

Lavanda vaginale

pH 4,5

Acido Borico, Tea Tree Oil
Aloe vera gel

Azione mucoadesiva

Efficacia prolungata

NUOVA FORMULA

Acido ialuronico

Idratazione intensa



CANNULA SOTTILE
DELICATA



**Immediato sollievo da
Prurito e Bruciore**

5 flaconi da 100 ml



www.sakuraitalia.it

sakura
Salute al naturale

Azienda con Sistema di gestione
per la qualità certificato
UNI EN ISO 9001:2008



Direttori Generali Asl si cambia

La scelta dei manager avverrà solo tra quelli inseriti in un elenco ad hoc

Un elenco nazionale, presso il Ministero della Salute, dei soggetti idonei a ricoprire l'incarico di Direttore generale di Asl, Ao e altri Enti del Ssn, Aziende Ospedaliere Universitarie comprese. Disposizioni ad hoc per il conferimento degli incarichi e decadenza da Direttore generale in caso di gravi disavanzi, per violazioni di legge o per il mancato rispetto delle norme in materia di trasparenza. Nuove misure per il conferimento degli incarichi di Direttore sanitario, amministrativo e socio sanitario. La "benedizione" al cambio di passo per manager&co delle Aziende sanitarie del Ssn, comprese quelle ospedaliere universitarie, è arrivata il 3 marzo scorso dalla Conferenza Unificata che ha espresso parere positivo allo schema di decreto legislativo attuativo della legge di riforma della Pubblica Amministrazione. Un giro di boa per il sistema di conferimento degli incarichi dei manager della sanità pubblica. Con il provvedimento (approvato dal CdM il 20 gennaio scorso) vengono infatti ridefinite le procedure di nomina, valutazione e decadenza dei manager per uniformarle a principi di trasparenza e di merito, con l'obiettivo di slegare i vertici delle aziende dalle influenze della politica regionale e agganciarli a valutazioni tecnico professionali basate sulle competenze. Vediamo in sintesi cosa cambia.

Elenco nazionale. Viene istituito, presso il Ministero della Salute, un elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di Dg delle aziende sanitarie e degli altri enti del Ssn. L'elenco dovrà essere aggiornato ogni due anni. E sempre con cadenza biennale. Per la formazione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei, verrà nominata una Commissione ad hoc composta da cinque esperti di comprovata competenza ed esperienza che potranno essere nominati una sola volta e resteranno in carica per il tempo necessario alla formazione dell'elenco.

È arrivato il via libera al D.lgs attuativo della legge delega sul PI che recepisce quanto previsto dall'art. 11 per ridefinire le procedure di nomina, valutazione e decadenza dei Direttori generali, sanitari, amministrativi e socio sanitari di Asl, Ao e Aziende Ospedaliere Universitarie. La scelta dei manager avverrà solo tra quelli inseriti in un elenco ad hoc



Dalla Conferenza Unificata parere positivo al decreto che ridefinisce la disciplina degli incarichi

Alla selezione sono ammessi i candidati che non abbiano compiuto 65 anni di età in possesso di: diploma di laurea; comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori; attestato rilasciato all'esito del corso di for-

mazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. Non possono essere reinseriti nell'elenco nazionale coloro che siano stati dichiarati decaduti dal precedente incarico di Direttore generale per violazione degli obblighi di trasparenza.

Le Regioni potranno procedere a nominare Direttori generali esclusivamente gli iscritti all'elenco nazionale. Una commissione regionale composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, ed uno designato dall'Agenas, procederà poi una va-

lutazione per titoli e colloquio dei candidati, tenendo conto anche di eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza.

Il presidente della Regione sceglierà poi tra una terna di candidati quello che presenta i requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire.

Nella terna proposta, non potrà essere inserito chi ha ricoperto già per due volte l'incarico di Direttore generale nella stessa Asl, Ao o Ente del Ssn.

La durata dell'incarico di direttore generale non potrà essere inferiore a tre anni e superiore a cinque. In caso di Commissariamento delle Aziende sanitarie il commissario verrà scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale.

Verifiche e decadenza degli incarichi. Trascorsi 24 mesi dalla nomina di ciascun Direttore generale, la Regione, entro sessanta giorni, dovrà verificare i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi e, in caso di esito negativo, il manager perderà immediatamente la poltrona con risoluzione del relativo contratto. Una decadenza immediata che potrà avvenire anche in caso di gravi e comprovati motivi o nel caso in cui la gestione dovesse presentare una situazione di grave disavanzo o ancora in caso di manifesta violazione di legge o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, nonché per violazione degli obblighi in materia di trasparenza.

Aziende ospedaliere universitarie. Tutte le disposizioni si applicano anche alle Aziende ospedaliere universitarie, ferma restando per la nomina del Direttore generale l'intesa del Presidente della Regione con il Rettore.

Direttori sanitari e amministrativi. Per quanto riguarda le disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e di direttore dei servizi socio-sanitari di strutture sanitarie enti del Ssn la commissione dovrà valutare i titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati, secondo specifici criteri indicati nell'av-

viso pubblico. Anche in questo caso l'elenco regionale sarà aggiornato con cadenza biennale, e l'incarico di direttore amministrativo, di direttore sanitario e di direttore dei servizi socio-sanitari non potrà avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.

Il conferimento di questi incarichi sia incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo. **Y**

Corte dei Conti/1

"Cresce divario tra spesa sanitaria italiana e altri Paesi Ue".

Aumentano i ticket e i casi di rinuncia alle cure. Promossi i Piani di rientro. La relazione 2016

I primi dati sul consuntivo del 2015 confermano le tensioni sul fronte della spesa sanitaria. I risultati di esercizio (considerando le aziende in avanzo e alcune correzioni) presentano un seppur limitato peggioramento: le perdite aumentano dagli 870 milioni del 2014 a circa 1 miliardo, quale effetto di una sostanziale invarianza dei ricavi a fronte di un lieve aumento dei costi. Considerando le ulteriori coperture contabilizzate nei CE (ma non ancora validate dai Tavoli di monitoraggio), nel complesso si registra un avanzo di 346 milioni rispetto all'utile di 148 milioni dello scorso anno. Questo quanto certificato nel rapporto 2016 della Corte dei Conti sul coordinamento della finanza pubblica. I giudici contabili sottolineano in particolare come, **negli anni della crisi, il contributo del settore sanitario al risanamento sia stato di rilievo:** "una flessione della spesa in media di 2 punti all'anno, in termini reali, tra il 2009 e il 2014. Tutto ciò ha fatto sì che si ampliasse ulteriormente il divario con gli altri Paesi in termini di risorse (pubbliche e private) destinate alla spesa sanitaria: "gli importi sono oggi inferiori della metà a quelli tedeschi e del 20 per cento a quelli francesi". "Nonostante gli indicatori di performance del settore continuino a porre il sistema italiano tra quel-

Gli importi destinati alla spesa sanitaria sono inferiori della metà a quelli dei tedeschi e del 20% a quelli francesi. La compartecipazione dei cittadini nel 2013 costituiva il 3,2% della spesa complessiva, a fronte di importi ben più contenuti in Germania (1,8%) e Francia (1,4%). Quanto ai farmaci innovativi ci si chiede se "l'equilibrio finanziato mantenuto non dipenda solo da sconti, payback e prezzi inferiori alla media Ue"



li che garantisce i migliori risultati - si spiega nella relazione - l'allungamento della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione pone problemi di adeguamento dell'offerta, oggi carente in diverse aree del Paese proprio

nell'assicurare una rete di assistenza alle disabilità. **La forte pressione sul contenimento delle risorse comincia, infatti, a riflettersi sulla possibilità di adeguare alle nuove necessità la qualità dei servizi offerti**, siano essi basati su

migliori strutture per l'assistenza o su dispositivi e farmaci ad elevato contenuto tecnologico".

Nel documento si riporta come i dati Ocse offrano lo spunto per alcune riflessioni:

- dal punto di vista delle struttu-

re di assistenza, non dissimile è la numerosità del **personale medico** (i medici per 1000 abitanti sono 3,9 in Italia contro 4,1 in Germania, 3,1 in Francia e 3,7 in Spagna);

- si amplia il distacco in termini di **posti letto**, sensibilmente inferiori in Italia (3,4 per 1000 abitanti contro 8,3 in Germania, 6,3 in Francia e 4,8 in media nei paesi Ocse);
- alla riduzione delle strutture ospedaliere non corrisponde, tuttavia, un recupero dei posti in strutture residenziali LTC in rapporto alla popolazione anziana;
- positivo il confronto in termini di utilizzo delle strutture e contenimento degli interventi inappropriati, ma con evidenti margini per un recupero ulteriore;
- elevate le dotazioni tecnologiche.

La flessione della spesa pubblica nel settore, spiega la Corte dei Conti, ha comportato un peggioramento delle condizioni sotto due aspetti: **l'aumento dei ticket:** "nel 2013 esso costituiva il 3,2 per cento della spesa complessiva, a fronte di importi ben più conte-

Corte dei Conti/2

"Spending review sta mettendo a rischio l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari"

A fronte di una riduzione delle spese di personale (-1%) aumentano gli acquisti di beni e servizi (+2,5%). Crescono di oltre il 4,5% i ticket sui farmaci. I principali dati della Relazione della Corte dei Conti

Dai tagli operati è derivato un progressivo offuscamento delle caratteristiche dei servizi che il cittadino può e deve aspettarsi dall'intervento pubblico cui è chiamato a contribuire. Per le Regioni, al netto di quanto destinato al finanziamento della spesa sanitaria, si evidenzia come il progressivo taglio delle risorse disponibili si sia tradotto in una modifica del rilievo delle funzioni svolte, con caratteristiche diverse tra regioni, e come ciò stia progressivamente portando a delineare particolari modelli territoriali e diversità di accesso dei cittadini ai servizi". Così il presidente della Corte dei Conti **Raffaele Squitieri**, nel suo intervento alla cerimonia d'inaugurazione dell'anno giudiziario 2016 il 18 febbraio scorso a Roma.

Duro l'affondo contro le politi-

che di austerità che hanno caratterizzato le manovre economiche dal 2011. "La sostenibilità delle prestazioni pubbliche, siano esse quelle sanitarie o assistenziali e, quindi, le condizioni

di accesso a questi servizi, è, oggi, soggetta a rilevanti incertezze e differenze territoriali - spiega Squitieri nella sua relazione -. A ciò si aggiunga il timore che da tagli ripetuti di risorse derivino

peggioramenti nella qualità dei servizi o aumenti delle imposte destinate al loro finanziamento, con un conseguente peggioramento delle aspettative di famiglie e imprese".

Sul tema della spending review Squitieri ha però poi precisato a RaiNews24: "Il riferimento era alle tecniche adottate fino ad oggi, e dunque alle spending review tentate in passato che non

I numeri Eurostat

Spesa sanitaria. Italia in media Ue al 7,2% del Pil. Ma se si guarda a quella pubblica spendiamo meno

Prima voce di spesa in Italia sono le pensioni che assorbono quasi un terzo della spesa pubblica e il 14% del Pil. Spendono di più solo i greci (15,3% del Pil). La quota di spesa pubblica italiana dedicata alla sanità è sotto la media europea così come le risorse per le disabilità

Nella Ue in media il 7,2% del Pil (Area Euro 7,3%) viene speso per la salute. Il comparto è la seconda spesa dopo il settore della 'Protezione sociale' (Pensioni, disoccupazione, invalidità, reduci e altre tipologie in base ai singoli Paesi) che assorbe in media il 19,5% nella Ue (Area Euro 20,4%). Questi alcuni numeri Eurostat sulla spesa pubblica negli Stati europei relativi al 2014. **L'Italia spende il 7,2% del Pil per la Salute.** Un dato che ci colloca nella media europea. Al vertice la Danimarca (8,7%), seguita da Finlandia (8,3%) e Francia (8,2%). Sopra l'8% anche Belgio e Olanda (entrambi all'8,1%). In ogni caso la nostra spesa pubblica totale è sopra la media Ue, in quanto assorbe il 51,3% del Pil a fronte di una

media del 48,2% della Ue a 28, mentre la media dell'Area Euro è 49,4%. Ma i numeri Eurostat entrano anche nello specifico della spesa pubblica. Così si 'scopre' che la prima voce di spesa in Italia sono le pensioni che assorbono il 27,3% della spesa pubblica (la media Ue è 21,4%). Al secondo posto c'è **la spesa per la sanità che ammonta al 14% di tutta la nostra spesa statale.** Un numero però inferiore a quello della media Ue dove la spesa per la salute è al 15% (Area Euro 14,8%). Da evidenziare come sotto la media sia anche il dato relativo alla **disabilità. In Italia rappresenta il 3,5% della spesa pubblica. Nella Ue siamo al 5,9%.**

nuti in Germania (1,8 per cento) e Francia (1,4 per cento)", ma anche una **crescita dei casi di rinuncia alle cure** per motivo di costo e di liste d'attesa (esami medici e cure dentali). Quanto poi all'arrivo sul mercato dei **farmaci innovativi** ad alto costo, ed al confronto della loro diffusione nei principali Paesi europei, "oltre a far presagire l'impossibilità di garantire a lungo l'invarianza (in termini nominali) della spesa farmaceutica, porta ad interrogarsi se l'equilibrio finanziario sinora mantenuto non dipenda solo dall'ottenimento di sconti, payback e da prezzi inferiori alla media Ue, ma anche da un minor ricorso a farmaci di recente approvazione". Dai giudici contabili viene inol-

tre certificato il "successo" dei **Piani di rientro**: "È evidente dal punto di vista non solo economico finanziario, ma anche del miglioramento nella qualità dei servizi e nella garanzia dei Lea". Tuttavia, consistenti 'output gap' sanitari "dimostrano quanto sia urgente destinare ad un adeguamento dell'offerta le risorse ottenibili dal riassorbimento di inefficienza ed eccesso di costi ancora presenti". Inefficienze che, si sottolinea nella relazione, non riguardano le sole Regioni in piano di rientro. Infine, queste le difficoltà di alcuni 'strumenti' riscontrate negli ultimi esercizi:

- i tetti alla spesa e il payback sui farmaci (che si vuole estendere ai dispositivi medici) non

riescono a incidere su dinamiche della spesa sottoposte ad esigenze diverse da quelle finora conosciute;

- la regolazione degli acquisti attraverso il ricorso a prezzi di riferimento si scontra con la forte varietà e disomogeneità dei prodotti. I dati diffusi dall'Anac se, da un lato, confermano margini di risparmio consistenti, dall'altro, segnano la difficoltà di ottenere risultati significativi in un mercato in rapida mutazione anche in termini di innovazione;
- è necessario rendere più appropriato e mirato l'accesso alle prestazioni (tickets), e dare flessibilità gestionale a strutture in continua ricerca di un equilibrio. **Y**

hanno oggettivamente avuto un grande successo perché forse è mancata una precisa informazione sui settori e sui tipi di intervento. Adesso la linea è diversa. Noi come Corte ci siamo candidati per sostenere questo processo in quanto istituzione attrezzata professionalmente per dare un supporto. Si può migliorare. Il problema non è tanto ridurre la spesa – perché la spesa è stata ridotta in maniera massiccia in Italia – ma è quello di razionalizzare la spesa. Spending review significa spesa più ragionata e meglio distribuita. È una linea che ci sembra convincente. Tali osservazioni vanno dunque inquadrare in un contesto di apprezzamento per la significativa riduzione della spesa attuata dall'Italia in questi anni. Va ribadito che nel periodo successivo all'esplosione della crisi mondiale, la dinamica della spesa pubblica

in Italia ha subito una netta decelerazione – che per alcune componenti della spesa, si è risolta persino in una riduzione assoluta dei livelli – rispetto alla continua e sostenuta espansione che aveva contrassegnato l'intero arco degli anni Duemila. Ma la Corte è dell'avviso che il parziale insuccesso o, comunque le difficoltà incontrate dagli interventi successivi di "revisione della spesa" siano anche imputabili ad una non ottimale costruzione di basi conoscitive sui contenuti, sui meccanismi regolatori e sui vincoli che caratterizzano le diverse categorie di spesa oggetto dei propositi di tagli". **Quanto alla tenuta economica del comparto sanità:** "Il 2014 ha confermato i progressi, già evidenziati negli ultimi esercizi, nel riassorbimento degli squilibri finanziari in sanità. Nonostante il limitato incremento rispetto al

2013, la spesa complessiva si è mantenuta al di sotto del tasso di variazione del Pil nominale, confermando il processo di stabilizzazione in termini di prodotto al di sotto del 7%. Il miglioramento trova conferma dal lato del risultato economico complessivo. Le perdite prima delle coperture (836 milioni) si riducono di oltre il 50% rispetto al 2013 e sono le regioni in Piano di rientro a registrare il miglioramento più netto. Le misure degli ultimi anni hanno comportato un contenimento nella dinamica dei costi complessivi, ma con andamenti diversi tra le componenti di spesa: a fronte di una riduzione delle spese di personale (-1% rispetto al 2013) aumentano gli acquisti di beni e servizi (+2,5%). Dal lato delle entrate, il sistema di compartecipazione alla spesa ha assunto un evidente rilievo: oltre 2,9 mi-

Corte dei Conti/3

Nel 2015 danni erariali nella sanità per 87,7 milioni di euro dalle sentenze di primo grado

Anche per il 2015 si conferma il trend degli anni precedenti, che vede la materia sanitaria occupare ampio spazio nelle pronunce delle Sezioni giurisdizionali e nell'azione esercitata dagli uffici requirenti

Partendo da dati definitivi (recte, promananti dal Giudice di secondo grado), si rileva che l'anno giudiziario da poco conclusosi ha fatto registrare 76 pronunce delle Sezioni giurisdizionali di appello, di cui 43 (+ 5 emesse in sede di definizione agevolata) **di condanna al risarcimento del danno per un importo complessivo di oltre 6,3 milioni di euro.** Per quanto riguarda le pronunce di condanna, si tratta sia di sentenze pronunciate a seguito di esame nel merito della controversia, sia di quelle pronunciate a seguito della definizione agevolata dei giudizi (cinque) che, come noto, prevede la riduzione fino al 30% del danno liquidato dal giudice di primo grado. A tale dato va inoltre aggiunto l'ulteriore importo, anch'esso definitivo ma, come al solito, non di notevole entità in termini assoluti, di oltre 87 mila euro,

derivante dal risarcimento spontaneamente corrisposto dagli indagati prima dello svolgimento del processo. **In primo grado si registrano 170 sentenze, di cui 114 di condanna per un importo complessivo di circa 87,7 milioni di euro,** sensibilmente superiore rispetto a quello dello scorso anno nonostante le pronunce fossero state di numero maggiore (190). **Il dato dell'entità del danno risarcibile è solo indicativo, poiché si tratta di decisioni in parte ancora non passate in cosa giudicata e, quindi, suscettibili di impugnativa.** In tale evenienza, come noto, la sentenza di prime cure, pur essendo immediatamente esecutiva, è sospesa ex lege in caso di eventuale impugnativa in appello, sede nella quale peraltro gli importi di condanna sono suscettibili di riduzione, sia per la già ricordata facoltà dei

► **Segue a pagina 29**

liardi nel 2014, mentre risulta in crescita di oltre il 4,5% i ticket sui farmaci". Nella sua relazione il presidente della Corte dei Conti non si è soffermato solo sull'andamento economico del settore ma ha anche evidenziato come nelle regioni in Piano di rientro "il percorso di risanamento finanziario si è accompagnato ad importanti **passi avanti nel rispetto complessivo della 'griglia' dei parametri fissati a garanzia dei Lea.**" "Rimangono tuttavia delle criticità – ha proseguito – nell'assistenza territoriale (in particolare agli anziani e ai disabili), nella prevenzione e nell'appropriatezza delle prestazioni; così come restano elevati i ritardi nelle procedure di accreditamento degli operatori privati, nella fissazione delle tariffe e nell'attribuzione dei budget". Passando poi al **Patto per la sa-**

lute, Squitieri evidenzia come il percorso indicato nel documento si muova "entro margini finanziari stretti, dovendo affrontare costi crescenti per garantire l'accesso a farmaci e tecniche di cura innovative e offrire assistenza ad una popolazione sempre più anziana". "Essenziale sarà, quindi – spiega – non solo recuperare i margini di efficienza, ma anche riscrivere, al più presto, le nuove regole per dare certezza al funzionamento del sistema, prevedendo la revisione nei criteri di riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie del Ssn e utilizzando l'indicatore Reddito Equivalente (e non l'Isee) per valutare la posizione economica dell'assistito nella determinazione della compartecipazione alla spesa". Infine, un altro aspetto eviden-

► **Segue a pagina 29**

I numeri del Conto annuale 2014

Ssn. Sempre meno personale: meno 6.500 in un anno. E il trend prosegue anche nel 2015. Già anche stipendi: in 12 mesi persi 117 euro a testa

Cala il numero dei dipendenti del Ssn e il loro costo mentre l'età cresce. Nel 2014 sono 663.793, meno 6.500 dipendenti rispetto all'anno precedente e -2,7% rispetto al 2007. Un calo che prosegue anche nei primi 9 mesi 2015 in cui si registra una contrazione dello 0,92% (circa altri 6.500 dipendenti). Scende anche però il costo del lavoro, dove la sanità si colloca al secondo posto dopo il comparto della scuola. Nel 2014 la spesa complessiva per il comparto è stata di 39,126 miliardi (-0,9% rispetto al 2013, circa 350 milioni di euro). Questi alcuni dati per il Servizio sanitario nazionale fotografati dal Conto annuale 2014 del Ministero dell'Economia che evidenzia anche come la retribuzione media per il personale del Ssn è scesa lievemente (-0,3%) rispetto al 2013 arrivando a 38.573 euro in media (-117 euro). Sale invece l'età media del personale che arriva a 49,7 (uomini 51,7 donne 48,7). Nel 2001, per fare un esempio, era di 43,5 mentre le previsioni

Per la sanità scende di circa 350 mln però anche il costo complessivo (39,1 mld) delle retribuzioni. Continua a salire l'età media arrivata a 49,7. Aumenta il numero di medici e infermieri precari. "Nell'ultimo anno, negli enti del Ssn il costo del personale ha continuato a ridursi, anche per effetto dei piani di rientro cui sono sottoposte diverse regioni". **Ecco i numeri del resoconto annuale curato dalla Ragioneria dello Stato**



per il 2019 dicono 55,6 anni in media. Numeri che il conto annuale commenta così "Nell'ultimo anno, negli enti del Servizio Sanitario Nazionale il costo del personale ha continuato a ridursi, anche per effetto dei piani di

rientro cui sono sottoposte diverse regioni".

In calo i medici. Nello specifico, per quanto riguarda i **dirigenti medici** nel 2014 si registra un calo dai 113.803 camici bianchi a

tempo indeterminato del 2013 si è passati ai 112.746 del 2014 (-1.057) con una età media che è arrivata 52,83 (52,2 nel 2013). Lo stipendio medio è stato di 73.019 contro i 73.248 (meno 229 euro) rispetto al 2013.

Scende anche il numero del personale non dirigente. Nel 2014 le unità a tempo indeterminato di personale non dirigente sono state 530.732 in calo di quasi 5 mila rispetto alle 535.670 del 2013. Tra questi sono in calo gli infermieri che nel 2014 sono risultati 269.149 contro i 271.043 nel 2013 (-1894). Sale anche per loro l'età media che si attesta 47,07 (nel 2013 era 46,35). In calo anche per gli infermieri le retribuzioni medie. Nel 2014 a 32.430 euro contro i 32.528 euro del 2013 (-98 euro).

Scendono anche i **Dirigenti non medici** che rispetto ai 19.477 del 2013 nel 2014 risultano 19.090. Di questi nel 2014 ci sono 2.628 farmacisti in lieve calo sul 2013 dove erano 2.642.

Precari. I lavoratori flessibili del comparto sono in totale 34.218. Di questi sono in crescita rispetto al 2013 (+3,4%) quelli con contratto a tempo determinato che nel 2014 sono arrivati 28.272. Numeri sempre inferiori a quelli del 2007 dove il personale era di 35.907 unità. Salgono anche gli interinali e i lavoratori socialmente utili. Sempre nell'ambito del lavoro precario i medici sono 7.905 in crescita rispetto ai 7.409 del 2013. Stesso dicasi per gli infermieri quelli con lavoro precario erano 9.884 nel 2013 mentre sono diventati 10.934 nel 2014 (1.050 in più). **Y**

Osservatorio nazionale sinistri. Il rapporto Agenas

Denunce in sanità: due ogni mille dimissioni. In 2 casi su 3 è per lesioni personali. Risarcimenti in media di 52 mila euro. Ma fino a quasi 4 anni per chiudere una causa

Il fenomeno riguarda nel 33% dei casi gli over 65. In media il risarcimento è il 27% della somma preventivata. Liquidati in un anno il 2,7% dei sinistri. Nel 72% dei casi ci si rivolge all'avvocato. **I dati del primo report annuale dell'Osservatorio nazionale sinistri gestito dall'Agenas per i servizi sanitari regionali**

Luciano Fassari

Due denunce di sinistro ogni 1.000 dimissioni ospedaliere. Nel 65,86% dei casi riguardano casi di lesioni personali. In media i risarcimenti sono stati di 52.368 euro con una punta massima di 2,4 mln. In ogni caso i tempi per la giustizia sono lunghi: per aprire una causa, ci vogliono in media 872,53 giorni, e per chiuderla, 542,45 giorni. Insomma quasi 4 anni. Ma questi sono solo alcuni dei numeri del **Primo rapporto annuale sulle denunce dei sinistri in sanità (2014)**, che analizza i dati della quasi totalità

delle Regioni e Province Autonome (non sono disponibili i dati del Friuli Venezia Giulia). Il lavoro è stato realizzato dall'Osservatorio nazionale sinistri gestito da Agenas, attraverso 21 indicatori sulla base dei quali sono stati organizzati ed elaborati i dati forniti dalle strutture sanitarie pubbliche per l'anno 2014. I risultati sono presentati in forma aggregata a livello nazionale e rendono in questo modo una prima fotografia del contesto di riferimento del nostro Paese. L'Osservatorio nazionale sinistri elabora i dati del Simes-ds, Sistema informativo per il monitorag-

gio degli errori in sanità del Ministero della Salute, che raccoglie e analizza le informazioni relative alle denunce dei sinistri trasmesse dalle strutture sanitarie pubbliche, tramite le Regioni e le P.A. Obiettivo dell'Osservatorio, istituito con Intesa Stato-Regioni del 2008 e Decreto Ministeriale del 2009 che lo assegnano come specifica funzione istituzionale ad Agenas, è quello di effettuare un monitoraggio costante delle denunce e di produrre per la prima volta dati attendibili a livello nazionale sulla sinistrosità delle strutture pubbliche. "L'elaborazione del rapporto - si

legge nel report pubblicato lo scorso dicembre - ha consentito l'evidenziazione di alcuni aspetti suscettibili di ampio miglioramento, sia in termini di contenuti oggetto di rilevazione, che delle stesse modalità di rilevazione e di rappresentazione. Si riportano, a titolo di esempi degli ambiti di miglioramento individuati, la classificazione delle cause dei sinistri, la classificazione delle tipologie di strutture partecipanti al monitoraggio, l'anno di nascita del presunto danneggiato che non può essere superiore all'anno della data evento. Tutto ciò ha stimolato la ricostituzione, a cura di Agenas, del gruppo di lavoro inter-regionale interno del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente, che procederà alla verifica e all'aggiornamento dei contenuti informativi del Simes. Dalla lettura e dall'analisi dei contenuti del presente rapporto giungono numerosi spunti di riflessione anche in merito ai modelli regionali per la governance del contenzioso in sanità. Le elaborazioni delle informazioni relative alle denunce di sinistri potrebbero apportare notevoli contributi alla discussione, ad oggi ancora aperta, sui metodi e gli strumenti per la valutazione dei modelli adottati dalle Regioni per la gestione del rischio RCT/O". **Y**

I NUMERI DEL RAPPORTO

Indice di sinistrosità regionale: definisce la frequenza con cui si verificano gli errori in sanità denunciati, ed è pari a 20,94 su 10 mila casi (dimissioni).

Costo medio dei sinistri liquidati: la cifra è di 52.368 euro

Sinistri per tipologia di danno: nel 65,86% dei casi si tratta di denunce per lesioni personali, nel 12,88% per decesso e nel 5,67% per danno a cose.

Sinistri per tipo di prestazione: Nel 33,55% i sinistri aperti hanno riguardato un intervento, nel 18,49% l'assistenza e nel 17,31% la terapia.

Costo medio sinistri liquidati per tipo di danno: il risarcimento per decesso è di 284.669 euro, seguono quelli per lesione dei diritti giuridicamente rilevanti con una media di 56 mila euro e poi ci sono le lesioni personali con una media di liquidata di 45 mila euro.

Percentuale di sinistri liquidati nell'anno: la cifra è del 2,76%

Giorni medi per l'apertura di una pratica: 872,53

Giorni medi per la chiusura di una pratica: 542,45

Sinistri per contesto di riferimento: nel 52,43% l'apertura di un sinistro era in regime di ricovero ordinario, nel 15,48% dei casi

► Segue a pagina 28

LA SALUTE AL FEMMINILE TRA SOSTENIBILITA' E SOCIETA' MULTIETNICA

91° congresso
nazionale SIGO

56° congresso
nazionale AOGOI

23° congresso
nazionale AGUI

ROMA
Ergife Palace Hotel
16/19 Ottobre 2016



presidenti
Giovanni Scambia
Enrico Vizza

Segreteria organizzativa:


Via Salaria, 33
00197 Roma
Tel. 06/41.080.811
Fax 06/41.305.942
sig@adriacongress.it

91° Congresso SIGO - 56° AOGOI - 23° AGUI

La salute al femminile tra sostenibilità e società multietnica

Cari amici,

il **91° Congresso Nazionale SIGO, 56° AOGOI e 23° AGUI** avrà luogo a Roma, presso il Centro Congressi dell'Hotel Ergife **dal 16 al 19 ottobre 2016** e avrà come tematica "La salute al femminile tra sostenibilità e società multietnica".

La SIGO scegliendo questo titolo intende porre al centro del dibattito scientifico e politico il tema della **Sostenibilità dell'innovazione terapeutica nella tutela della Salute femminile e le sfide organizzative e culturali che derivano da una società multietnica** in continua evoluzione, che richiede di programmare nuove strategie e impone di superare vecchi schemi culturali e sociali.

L'Innovazione tecnologica e farmacologica deve essere compresa e gestita con saggezza in modo da renderla una opportunità sostenibile in un mondo reale, fatto di persone, che tenga conto delle differenze di Genere e delle disuguaglianze culturali e sociali insite in una società multietnica, globalizzata e dinamica.

Il congresso si articolerà in 6 aule dove in contemporanea verranno affrontati i molteplici aspetti che concorrono a definire il concetto di Salute Femminile. Ciascuna aula avrà un filo conduttore diverso: fisiologia e patologia della gravidanza, innovazione in oncologia ginecologica e preservazione dell'integrità riproduttiva e ormonale, ginecologia benigna e benessere endocrinologico pre e post menopausale, contraccezione e pianificazione familiare ecc.

Nella sala 6, che sarà organizzata come uno studio televisivo, avranno luogo tavole rotonde condotte da giornalisti in cui SIGO si confronterà con rappresentanti delle Istituzioni e del mondo politico e sociale su tematiche di importante impatto mediatico:

- Salute della donna in una società multietnica
- Sostenibilità dell'innovazione tecnologica e farmacologica
- Razionalizzazione dei punti nascita in Italia
- Umanizzazione del parto
- Responsabilità professionale e medicina difensiva
- Tutela della fertilità
- Ruolo delle società scientifiche
- Formazione del ginecologo in Italia tra Università, Ospedale e Territorio.

Il 91° Congresso SIGO, 56° AOGOI, 23° AGUI sarà innovativo sia nei temi affrontati che nella formula adottata.

Sperando che questa sfida venga compresa e condivisa da tutti, auspichiamo una partecipazione numerosa da parte dei colleghi medici e del personale ostetrico-infermieristico regionale e nazionale ma anche di rappresentanti del mondo civile e politico.

Prof. Giovanni Scambia

Prof. Enrico Vizza

8 APRILE 2016

CENTRO CONGRESSI PLAZA CENTER | VASTO - ORE 10.00

RESPONSABILITÀ SANITARIA
PROSPETTIVA E NUOVI SCENARI

EVOLUZIONE NORMATIVA E GIURISPRUDENZIALE SULLA NATURA DELLA RESPONSABILITÀ MEDICA
ONERE DELLA PROVA NEL CONTENZIOSO DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL PERSONALE SANITARIO
LA RESPONSABILITÀ MEDICA TRA CASUALITÀ E COLPA

INTERVERRANNO

Vito De Filippo Sottosegretario - Ministero della Salute	Giovanni Legnini Vice Presidente CSM	Luciano D'Alessandro Presidente Regione Abruzzo
Vito Trojano Presidente AOGOI (Ass. Generali Ginecologi Ospedali Italiani)	Silvio Paciucci Assessore alla Programmazione Sanitaria - Regione Abruzzo	Giovanni Scambia Direttore Dip. Tutela della Salute della Donna e della Vita Nascosta
Luca Brunore Direttore del dipartimento di medicina e di sistemi della salute - DIMM01	Francoise Flacco Direttore Generale Asl Lanciano-Vasto-Chieti	Università Cattolica di Roma Gianfranco Iadecola Avvocato Già Sost. Proc. Corte di Cassazione
Pietro Falco Direttore UOC Medicina Legale Asl 2 Lanciano-Vasto-Chieti		

MODERATORE - **Giampiero Di Florio** Procuratore Capo della Repubblica presso il Tribunale di Vasto

L'evento è accreditato dall'Ordine degli Avvocati di Vasto con l'attribuzione di n. 4 crediti formativi.
Segreteria organizzativa: DOC Ginecologia e Ginecologia - Vasto Dotti, Massimo Bianchi - Tel. Francesco Matrino | 0873.505568 - 347.7750001

“Linee guida per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza”. Vito Trojano nella task force degli esperti

Si insedierà ad aprile il gruppo di lavoro che l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, su incarico del Ministro della Salute, ha coinvolto nella elaborazione e stesura delle linee guida per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza. Nella Task force degli esperti anche il

presidente Aogoi **Vito Trojano** e il presidente Sigo **Paolo Scollo**. Tra i componenti del Gruppo di lavoro, i rappresentanti delle società scientifiche di Neonatologia, Nefrologia, Ipertensione Arteriosa, Epidemiologia, Medicina interna, Anestesia e Rianimazione.



Detergente eutrofico igienizzante intimo

Uso esterno flacone da 250 ml

ALIS®
GININTIMO



Lavanda Vaginale

Uso interno
5 flaconi da 140 ml



Novità



Gel intimo idratante eutrofico igienizzante

Uso esterno
tubetto da 30 ml

Un nuovo inizio

Da giugno *GynecoAogoi* diventa bimestrale. Ad esso si affianca *AogoiLetter*, la newsletter settimanale che riceveremo regolarmente nella nostra casella di posta elettronica. È una grande innovazione voluta dall'Aogoi. Un nuovo modo di raccontare e raccontarci

Carlo Sbiroli

Responsabile AOGOI per l'Editoria

***GynecoAogoi* ha registrato negli ultimi dieci anni un progressivo cambiamento.**

Pur rimanendo fedele ai suoi valori di fondo e alla sua identità, si è trasformato gradualmente da bollettino, qual era nel 2005, a "giornale - house organ" come è attualmente. È riuscito a creare intorno a se una vera e propria "community culturale" a cui racconta e commenta fatti e problemi che giornalmente attraversano il mondo della Sanità.

Un giornale non può rimanere ancorato al passato. Non può rimanere fermo mentre intorno a noi tutto cambia velocemente. La nostra professione, la nostra cultura chiedono riforme, modernità, aggiornamento continuo e rapido. In questo ambito la comunicazione (non solo quella istituzionale come la nostra) riveste sempre più un ruolo fondamentale, misurandosi, nello stesso

tempo, con quel processo di trasformazione, profondo e radicale, avviato dall'accesso all'informazione globale, dall'interattività, dalla possibilità di disporre in tempi brevissimi di contenuti multimediali diversi.

È importante che le notizie giungano al lettore molto rapidamente, perché altrimenti queste vengono bruciate dai vari mezzi di comunicazione.

È fondamentale catturare l'attenzione del pubblico di riferimento. Stabilire con esso un rapporto privilegiato, tale da permettere un efficace e costante scambio d'informazione, idee, proposte, consentendo agli utenti-lettori di condividere e partecipare alla realizzazione dei contenuti dei prodotti editoriali.

***GynecoAogoi* da tempo è consapevole di tutto questo.** E proprio da questa consapevolezza è nata la spinta a intraprendere un nuovo percorso (tutto da migliorare e con-

solidare). Da giugno ***GynecoAogoi*** diventa bimestrale. Ad esso si affianca ***AogoiLetter***, la newsletter che settimanalmente sarà inviata a tutti i ginecologi italiani per posta elettronica. Si tratta di una vera e propria innovazione nel panorama editoriale delle società scientifiche. È un nuovo inizio che ha richiesto un notevole sforzo, anche economico, da parte dell'Aogoi.

GynecoAogoi, come bimestrale, diventa quindi un giornale di approfondimento, di dibattito sui temi più importanti che hanno dominato i media nei due mesi che precedono la pubblicazione del numero. Notizie dunque che il lettore già conosce e che fanno parte del "mercato comune" dell'informazione.

Notizie che saranno riprese, analizzate e commentate in servizi speciali e approfondimenti. La grafica, inoltre, sarà curata con maggiore attenzione per dare migliore forma e sostanza al cambiamento. In altri termini si vuole realizzare per i ginecologi italiani un giornale a vocazione partecipativa, che aiuti a riflettere e alimenti il dibattito.

AogoiLetter è il nuovo nato nell'editoria dell'Aogoi. Da giugno sarà inviata a tutti i ginecologi italiani (iscritti e non all'Aogoi) che la riceveranno gratis sul loro computer (è disponibile anche sul sito Aogoi).

A quest'ampia platea di utenti l'Associazione vuole offrire uno strumento informativo agile, "creato su misura", capace di se-

lezionare dal calderone delle notizie che ogni giorno i media propongono quelle più interessanti per la nostra professione.

Non si parlerà solo di politica sanitaria o di contenzioso medico-legale, ma sarà dato ampio spazio anche alle news scientifiche, ai congressi regionali e nazionali e alle interviste con i protagonisti dei vari eventi. E tutto 'deve stare' entro le 10-15 news, da leggere in pochi minuti.

Con questa nuova iniziativa editoriale, che utilizza la doppia declinazione del suo giornalismo su carta e su mezzo elettronico (e-mail e sito), l'Aogoi vuole stabilire un rapporto più diretto, più agile e continuo con i propri lettori. Soprattutto vuole realizzare un modo nuovo di raccontare e di raccontarci.

**I NUMERI
DELL'EDITORIA
AOGOI**

**GynecoAogoi
8 MILA COPIE**

**AogoiLetter
12 MILA UTENTI**



È in arrivo *AogoiLetter*
la newsletter settimanale
dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi
Ospedalieri Italiani

**NOVITÀ DA
GIUGNO
2016**

Responsabilità professionale: l'Aogoi presenta in Senato le sue proposte per migliorare il Ddl Gelli

Trojano: "Si garantirà qualità cure a pazienti e serenità a operatori"

A fronte dei passi da gigante compiuti negli ultimi anni dalla scienza medica, il contenzioso in tema di responsabilità per infortuni professionali ha subito un notevole incremento, infatti questo trend negativo è più evidente nei paesi in cui è stato più rapido il progresso scientifico (Usa, Gb, Ce). Negli ultimi dieci anni, in sede di legittimità, il contenzioso è aumentato del 200% rispetto ai 60 anni precedenti. Dal 2008 al 2011 la Corte di Cassazione ha deciso un numero di casi di responsabilità medica (82) pari a tutti quelli decisi tra il 1991 e il 2000. Una crescita considerevole, accompagnata da quella parallela dei premi assicurativi pagati da Asl e medici". Così il presidente nazionale Aogoi Vito Trojano è intervenuto il 16 marzo scorso in commissione Sanità al Senato nel corso di un'audizione sul Ddl "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" in materia di responsabilità professionale. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi negli ultimi 10 anni si attesta al 12,5%. Su 30mila processi penali di malpractice sanitaria per anno, con un costo riguardevole per lo Stato italiano, il 98,8% dei procedimenti terminano in assoluzione e una quota parte in prescrizione – ha spiegato Trojano. Le richieste di risarcimento pari a 2,5 miliardi di euro del 2000 in 7 anni sono in preoccupante ascesa, ma dopo defatiganti processi civili e penali, i pazienti risarciti dopo 8/10 anni di contenziosi sono un numero assai esiguo. Secondo quanto è emerso dall'esame di 1.286 sentenze della Corte di Cassazione negli ultimi dieci anni, quattro errori medici su dieci sono causati dal mancato intervento del medico che si astiene per paura di sbagliare. Il problema deve essere affrontato nella sua glo-

"Il Ddl affronta tutte quelle problematiche medico-paziente sulle quali abbiamo da sempre chiesto un intervento del legislatore. Il contrasto alla medicina difensiva può far risparmiare una cifra simile a quella che investiamo come Paese in R&S". Così il presidente nazionale dell'Associazione ostetrici e ginecologi ospedalieri, auspicando un rapida approvazione del provvedimento, ha illustrato in un'audizione in commissione Sanità alcune possibili proposte di modifica. Ecco le proposte dei ginecologi



La nostra Associazione ha proposto delle integrazioni-modifiche di alcuni articoli che possano esprimere, in modo più esplicito, il contenuto degli stessi articoli di legge

balità anche perché sempre più spesso la causa dell'errore può essere determinata da carenze organizzative, degli strumenti e procedure sanitarie che devono e dovranno essere corrette".

La legge in esame presso questa Commissione – ha aggiunto il presidente nazionale Aogoi – affronta nella sua globalità tutte queste problematiche ridando al cittadino-paziente il diritto alla qualità delle cure poiché pone l'operatore sanitario in una posizione di tranquillità e serenità nell'espletamento della sua attività professionale. Oggi, infatti, molti operatori a causa del timore di possibili contenziosi finiscono per trincerarsi dietro la cosiddetta medicina difensiva passiva. Ricordiamo che, proprio la medicina difensiva, non solo nuoce al paziente ma produce anche uno sperpero di risorse pubbliche quantificato in circa 14 mld l'anno, una cifra vicina a quanto si investe annualmente in ricerca e sviluppo. La nostra Associazione propone quindi delle integrazioni-modifiche di alcuni articoli che possano esprimere, in modo più esplicito, il contenuto degli stessi articoli di legge".

Vediamo di seguito le proposte di modifica presentate dall'Aogoi.

Art. 1 bis
(dopo l'art. 1 inserire art. 1 bis)
Funzioni aziendali per la gestione del rischio clinico

"Per consentire la valutazione dei rischi, prevenire la reiterazione degli eventi avversi e garantire idonea copertura assicurativa o altra analogica misura ex L. 114/2014 le strutture sanitarie organizzano al loro interno un servizio di monitoraggio, prevenzione, gestione dei rischi ed eventi avversi così come anche previsto dalla L.208/2015 e forniscono ogni semestre alle Regioni i dati periodicamente rilevati al fine della trasmissione di sintesi all'Osservatorio Nazionale".

Nella legge di stabilità, spiega l'Aogoi, non è previsto che le strutture sanitarie trasmettano i dati ai centri regionali per il rischio clinico. La frantumazione normativa con la soppressione dell'art 2 inserito nella legge di stabilità pregiudica l'istituzione di un sistema che può funzionare solo con la raccolta dati dalle unità aziendali e la trasmissione a livello regionale e nazionale in collegamento tra loro.

Art. 2

Al comma 4: sostituire la parola "errori sanitari" con le parole: "rischi ed eventi avversi inviati dalle unità aziendali di gestione del rischio clinico"

Il linguaggio è ormai cambiato da tempo in letteratura medica e giuridica, si deve parlare di "rischi ed eventi avversi" senza pregiudizi che subito definiscano aprioristicamente e per forza "errori" commessi dai sanitari gli esiti sfavorevoli al paziente – spiega l'Aogoi -. Lo scopo del monitoraggio e raccolta dati è identificare le fonti responsabili di rischi ed eventi avversi, individuare l'incidenza e ricorrenza e predisporre misure per evitare la reiterazione. Non si deve associare sempre e comunque un rischio o evento avverso a "colpa" dei sanitari e un possibile risarcimento a loro carico. L'evento avverso può essere causato anche da carenze strutturali o organizzative dell'ente o da insufficiente organico, cause genetiche, patologie inevitabili e imprevedibili, non necessariamente "colpa professionale".

Sempre al comma 4: dopo la parola "contenzioso" aggiungere: "inviati ogni semestre dalle Aziende Sanitarie".

Occorre prevedere - si spiega - la trasmissione dei dati da parte delle Aziende alla regione di competenza.

Art. 3

Al comma 2: dopo la parola "relativi" eliminare le parole: "errori sanitari" ed inserire: "ai rischi ed eventi avversi trasmessi dalle unità aziendali di gestione del rischio clinico".

Dopo le parole "rischio sanitario" inserire: "il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure",

L'istituzione di un vero e proprio sistema



deve raccordare le unità di gestione del rischio clinico a livello aziendale con i Centri (o Agenzie) regionali e l'Agenzia-Osservatorio Nazionale. Solo un "sistema" aziendale - regionale - nazionale consentirà di fruire dei dati raccolti e individuare le fonti-cause degli eventi avversi e dei rischi per evitare la reiterazione, nonché emettere direttive e raccomandazioni per avere modelli più omogenei e sicuri nell'erogazione delle cure ed evitare il più possibile danni ai pazienti - spiega l'Aogoi -. Per una corretta terminologia occorre parlare di rischi ed eventi avversi e non "errori".

Al comma 4: dopo le parole 2010 inserire: "l'AGENAS nell'ambito dell'Osservatorio svolge le funzioni di cui all'Intesa Stato Regioni del 20 marzo 2008, nonché attività di supporto al Ministero della Salute, alle Regioni e alla P.A. per le iniziative relative alla gestione del rischio clinico, promuovendo reti collaborative ed informative, promuovendo l'implementazione e il monitoraggio a livello nazionale delle buone pratiche per la sicurezza del paziente, favorendo l'omogeneità dei modelli organizzativi regionali e aziendali di gestione del rischio clinico dopo la loro valutazione, promuovendo l'attività regolamentare in materia di rischio clinico, anche avvalendosi della collaborazione delle società scientifiche. Per Aogoi le competenze dell'Agenas meglio specificate consentiranno di migliorare il sistema di gestione del rischio clinico.

Art. 5

Dopo la parola "(SNLG)" sopprimere da "e pubblicate fino a sanità" e sostituire: "aggiornate e pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di sanità, sotto la vigilanza del Ministero della Salute".

A parere di Aogoi il contenuto della disposizione così semplificata sembra più chiaro, perché è necessario un coordinamento a cura del Ministero.

Art. 6 bis

Disposizioni processuali penali

Dopo l'art. 6 si propone l'Art. 6bis

Per i reati di lesioni ex art. 590 cp e seg. di omicidio colposo ex art. 589 cp e seg. e/o ogni altra ipotesi criminosa collegata a responsabilità professionale medico-sanitaria, si procede attraverso l'Udienza Preliminare.

Nel caso di responsabilità professionale medico-sanitaria, l'assicuratore del professionista può essere citato nel processo penale a richiesta dell'imputato.

Nei processi per responsabilità medica anche di lesioni oltre che di omicidio colposo deve procedersi con l'udienza preliminare per consentire attraverso l'udienza filtro di accertare i casi più evidenti di immenza dell'indagato, evitando la sofferenza del giudizio (così come avviene per i giornalisti sent. Corte Costituzionale 68/91 per i reati di diffamazione a mezzo stampa), spiegano i ginecologi.

Inoltre, la possibilità di citare direttamente nel giudizio penale, l'assicurazione del professionista come avviene per i sinistri stradali, offre maggiori garanzie sia per gli operatori sanitari che per i pazienti specie nelle ipotesi procedibili a querela dove può essere favorita

la composizione bonaria e la remissione della querela. Ciò anche in relazione all'obbligo sancito dall'art. 8. per cui i professionisti avranno l'onere di una personale assicurazione.

Art. 8

Al comma 1: dopo la parola "azione" aggiungere: "innanzi al giudice civile".

La disposizione, si spiega, non può valere in sede penale.

Art. 9

Al comma 2: dopo le parole "a titolo stragiudiziale" aggiungere: se l'esercente la professione sanitaria ha partecipato alle trattative stragiudiziali e consentito all'esito.

Al comma 5: sostituire le parole "al giudice ordinario" con "alla Corte dei Conti" e sopprimere le parole "ed è esclusa....fino a Corte dei Conti".

Al comma 7: eliminare le parole "argomenti di prova" e sostituire con "elementi".

L'attuale formulazione, si spiega, può esporre il professionista a un grave inconveniente: la struttura dopo una trattativa stragiudiziale riscalda il paziente senza informare il medico o il sanitario e poi esercita la rivalsa chiedendo le somme al professionista (o informa la Corte dei Conti). Il professionista non ha partecipato alle trattative nemmeno per opporsi o difendersi.

La Corte dei Conti, inoltre, offre garanzia di terzietà rispetto al giudice civile che può valutare anche obiettivamente

la sentenza del giudice civile di condanna del medico, valutare i profili organizzativi delle strutture e l'eventuale concorso delle strutture nella produzione del danno, esercitando anche un potere "riduttivo" dell'entità del risarcimento. Tali principi giuridici non solo applicabili da parte del giudice ordinario se il giudizio di rivalsa è incardinato in ambito civilistico per cui l'eventuale condanna dei professionisti in favore della struttura sarebbe in solido e per l'intera somma, nonché trasmissibile agli eredi, al contrario di ciò che accade presso la Corte dei Conti (art. 1 L 20/1993).

Art. 10

Al comma 1: dopo la parola "per danni cagionati" aggiungere: "a terzi, per carenze strutturali, organizzative, di presidi, di organico, imputabili alla gestione dell'ente o cagionati..."

A giudizio di Aogoi le attuali polizze assicurative coprono solo la responsabilità professionale del medico o sanitario per sua negligenza, imprudenza, imperizia e non già quella diretta e autonoma dell'ente stipulante (ad es. per deficit organizzativo o strutturale), mentre un gran numero di eventi avversi è imputabile a carenze strutturali, organizzative, mancato approntamento del sistema di monitoraggio dei rischi ed eventi avversi.

Oggetto della copertura assicurativa o analoga misura ai sensi dell'art. 27 L. 114/2014, aggiunge Aogoi, deve essere il risarcimento del danno che, per effetto di inadempimento o di altro comportamen-

to, di natura colposa, sia derivato a terzi per fatto comunque riconducibile alla responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata accreditata che ha erogato la prestazione, non solo quando cagionato da condotte colpose dei medici ed operatori sanitari, ma anche quando cagionato da condotte colpose degli amministratori dell'ente per carenze organizzative, strutturali, di presidi e/o di organico. Ciò può comportare una differenziazione delle richieste risarcitorie e un deflattivo del contenzioso medico-legale verso i sanitari.

Al comma 3: dopo la parola "assicurazione" aggiungere "per colpa grave"

Va eliminato il dubbio che i sanitari dipendenti di una struttura pubblica o privata accreditata siano costretti a contrarre anche un'assicurazione "primo rischio".

Aogoi qui sottolinea come occorra specificare di quale tipo di assicurazione trattasi.

Art. 13

Al comma 1: dopo le parole: "introduttivo del giudizio" aggiungere: "le strutture sanitarie comunicano all'esercente la professione sanitaria l'avvio di trattative stragiudiziali con il paziente, con invito a prenderne parte".

"L'omissione o l'incompletezza della comunicazione preclude l'ammissibilità del giudizio di rivalsa".

Viene qui spiegato come con l'attuale te-

sto, si consente alla struttura sanitaria di risarcire il paziente per via stragiudiziale senza alcun obbligo di comunicazione al professionista, il quale può quindi ricevere, ad accordo concluso, una richiesta di rivalsa senza che in precedenza gli sia stata data la possibilità di prendere parte alla "trattativa" e, soprattutto, di portare le proprie ragioni e difendersi evitando l'esborso.

Art. 14

Al comma 7: eliminare da: "ed il regresso... fino a sinistro"

È stato sostituito il "Fondo vittime da alea terapeutica" con il fondo che interviene ad integrazione quando la polizza del professionista o del sanitario sia insufficiente. Questo articolo, secondo Aogoi, potrebbe incentivare i pazienti a chiedere risarcimenti elevati, tenuto conto che se non basta la polizza del sanitario o dell'ente c'è il fondo... inoltre il fondo ha azione di regresso e quindi va ad aggredire il patrimonio personale del sanitario.

Art. 15

Al comma 1: si propone di eliminare la parola "complessi" sostituendo con "problemi tecnici inerenti specifiche discipline".

A parere di Aogoi occorre garantire sempre la nomina dei CT specialisti accanto al medico legale nei processi per responsabilità professionale in sanità perché le complesse istruttorie ed indagini peritali chiamano in causa competenze specialistiche di settore che necessitano di esperti della singola branca accanto al medico legale. **Y**

Ddl Responsabilità professionale: le proposte della Fnomceo

"Distinguere tra responsabilità sanitaria e medica". Dubbi sul regime di doppia responsabilità civile"

Inoltre, è stata proposta una riscrittura dell'articolo 5 dedicato alle buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida, chiedendo un diretto coinvolgimento della Federazione, insieme ad Agenas, Aifa, Iss, Ministero della Salute e Regioni, nella definizione e aggiornamento delle linee guida. Così la Federazione è intervenuta in commissione Sanità nel corso di un'audizione sul disegno di legge

"Davanti a voi non avete un soggetto che cerca di garantirsi una posizione privilegiata, ma un alleato che combatte e vuole continuare a combattere ogni giorno sul campo a garanzia di un diritto alla salute che non può prescindere dalla prevenzione e gestione del rischio clinico: la responsabilità degli operatori della salute è un problema che deve assumersi il Paese e non deve essere lasciato alla attività lobbistica di singole categorie professionali". Con queste parole la Fnomceo si è rivolta alla XII Commissione, Igiene e Sanità, del Senato, ascoltata oggi pomeriggio in Audizione sul Disegno di Legge sulla responsabilità professionale del personale sanitario. In rappresentanza della Federazione, erano presenti il Presidente, **Roberta Chersevani**, il Vicepresidente, **Maurizio Scassola**, il componente del Comitato Centrale **Guido**

Marinoni, e il Presidente Nazionale Cao, **Giuseppe Renzo**, che ha portato le istanze specifiche della Professione Odontoiatrica. In premessa, la Fnomceo ha auspicato che "laddove nel testo del disegno di legge si parla "di responsabilità sanitaria" si dica "responsabilità medica e sanitaria", in quanto è indubbio che tra i medici e le altre professioni sanitarie esiste un livello enormemente diverso di responsabilità e di rischio". È poi entrata nello specifico degli articoli per i quali richiede la modifica. In particolare, propone una **riscrittura dell'articolo 5**, dedicato alle Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida. La Fnomceo chiede di essere coinvolta, insieme ad Agenas, Aifa, Iss, Ministero della Salute, Regioni, Province autonome - con l'apporto delle Società Scientifiche e delle altre Professioni sanitarie - nella definizione, validazione e aggiornamento delle Linee Guida. Suggerisce inoltre che la Legge potrebbe attribuire alle Linee Guida, così definite, "caratteristiche di vincolo prescrittivo, concetto che va oltre l'accezione di buone pratiche comportamentali".

Ecco la proposta di riscrittura della Fnomceo: "Le prestazioni erogate con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, eseguite da esercenti le professioni sanitarie nell'ambito delle rispettive competenze, con il consenso informato del paziente salvo i casi stabiliti dalla legge, tenuto conto delle buone pratiche clinico-assistenziali e delle raccomandazioni cliniche di cui al secondo periodo, non costituiscono offese alla integrità psicofisica. Al fine di definire, validare e aggiornare le suddette raccomandazioni cliniche è costituito con Dpcm un apposito organismo nazionale con la partecipazione di Agenas, Aifa, Iss, Ministero della Salute, Regioni, Province autonome e Fnomceo e con

l'apporto delle Società Scientifiche e delle altre professioni sanitarie".

Al centro dell'attenzione di Fnomceo anche l'**articolo 7**, che distingue tra Responsabilità della struttura e dell'esercente la professione sanitaria per inadempimento della prestazione sanitaria, attribuendo alla struttura una responsabilità di tipo contrattuale, al professionista che vi lavora una responsabilità extracontrattuale. In questo modo, però, i liberi professionisti resterebbero soggetti alla responsabilità contrattuale, con tutte le ricadute che ne derivano.

"Viene previsto un regime di doppia responsabilità civile - spiega la Fnomceo, qualificato come responsabilità contrattuale per la struttura - con onere della prova a carico della struttura stessa e termine di prescrizione di dieci anni - ed extracontrattuale per l'esercente la professione sanitaria, con onere della prova a carico del soggetto che si ritiene leso e termine di prescrizione di cinque anni. Pertanto la distinzione fra la responsabilità contrattuale della struttura sanitaria pubblica o privata e quella extracontrattuale del medico che esercita la professione nell'ambito di una struttura pubblica, privata o in rapporto convenzionale è uno dei cardini del testo approvato dalla Camera dei Deputati".

"Dall'esame dell'articolo 7 - continua - emerge, tuttavia, che agli esercenti delle professioni mediche in regime di libera attività professionale pura si continua ad applicare il regime della responsabilità contrattuale: la esclusione del libero professionista dalla responsabilità extracontrattuale in ambito civilistico può sembrare punitiva e crea un susseguirsi di eventi che termina danneggiando il rapporto medico-paziente". Anche il presidente Cao, **Giuseppe Renzo**, rilevando che gli Odontoiatri svolgono per oltre il 92% la libera professione, si è concentrato in particolare sull'articolo 7.

Intramoenia. Rossi: "Va abolita. Produce corruzione."

Al lavoro per proposta di legge d'iniziativa popolare"

Il presidente della Toscana Enrico Rossi su Facebook si scaglia contro la libera professione intramoenia e si dice pronto a presentare una proposta di legge d'iniziativa popolare. "Abolendo la libera professione intramoenia d'incanto spariranno le liste d'attesa. Mi ci gioco la faccia e tutto il resto. Chi lavora nel pubblico deve essere a tutti gli effetti un dipendente pagato dallo Stato e non può né deve aprire bottega in proprio". E su Facebook è bagarre tra favorevoli e contrari



"In sanità basta con la libera professione, fonte di disuguaglianza e di corruzione". Inizia così il post su Facebook del presidente della Toscana Enrico Rossi. "In Toscana - scrive - abbiamo due grandi medici indagati, il chirurgo toracico Macchiarini e il cardiocirurgo Stefano. L'accusa è più o meno la stessa: avere sospinto i malati verso la libera professione a pagamento. Se hanno sbagliato dovranno pagare. Ma a quanti cittadini è capitato di sentirsi rispondere che a "pagamento si fa prima?". Purtroppo, credo, a molti". Ecco perché per Rossi "bisogna fare una cosa davvero di sinistra: abolire la libera professione intramoenia. Chi lavora nel pubblico deve essere a tutti gli effetti un dipendente pagato dallo Stato e non può né deve aprire bottega in proprio. Semmai è giusto che chi è bravo e lavora di più sia pagato di più. È un sogno! Ma realizzabile: essere davvero uguali di fronte alla malattia. La mia idea è di promuovere una legge di iniziativa popolare al parlamento. Vi terrò informati. Forza e coraggio. Cambiare si può". E poi ancora: "Abolendo la libera professione intramoenia d'incanto spariranno le liste d'attesa. Mi ci gioco la faccia e tutto il resto. Per non parlare della necessità di affermare sempre e comunque il rapporto di lavoro esclusivo evitando che i cosiddetti extramoenisti lavorino al mattino in una struttura pubblica e al pomeriggio in una privata verso la quale è probabile sentirsi impegnati a portare utenza. Riformare in modo serio e profondo si deve per dare futuro e credibilità alla sanità pubblica".

Il post di Rossi ha scatenato una pioggia di commenti tra scetticismo, critica ed entusiasmo. Su alcuni post il presidente ha replicato con alcune precisazioni. A chi lo accusava di non aver capito il problema e di non conoscere la materia Rossi ha risposto: "Per una soluzione seria ci vuole una legge. E le assicuro che ciò che potevo fare con delibere e controlli in Toscana lo abbiamo fatto. Conosco abbastanza bene la materia: è ora di cambiare. Chi lavora nel pubblico non deve aprire bottega per conto proprio. Questo è stato un errore enorme della legge Bindi che purtroppo su questo punto ha ceduto alle corporazioni mediche".

Intramoenia

Agoi: "Una proposta demagogica, fuori dal contesto europeo"

■ Così il presidente e il segretario nazionale Agoi commentano in una nota la proposta del presidente della Regione Toscana. "Il Sistema sanitario nazionale italiano non può rinunciare ad essere in linea con le più moderne e democratiche tendenze europee impegnate a coniugare ed integrare pubblico e privato. Se davvero dovesse passare la linea Rossi, cosa potremmo mai dire ai nostri concittadini e a quelli del resto d'Europa riguardo al diritto di scegliere dove curarsi"

Vito Trojano

Presidente Nazionale AOGOI

Antonio Chiantera

Segretario Nazionale AOGOI

"Il pesante attacco al sistema dell'intramoenia da parte del Presidente della Regione Toscana Rossi non può che suscitare legittimi interrogativi. Il primo è: perché il governatore Rossi ha deciso proprio ora di risolvere una questione così complessa come l'intramoenia, che sicuramente necessita di riforme e correttivi nello svolgimento della stessa, liquidando invece il tutto con una improponibile e sbrigativa abolizione? Di sicuro le sue considerazioni, non a caso affidate a un social, intercettano un malcontento diffuso tra i cittadini esasperati dalle liste d'attesa sempre più lunghe, le cui cause principali però, come è stato sottolineato anche dall'Acoi, si annidano nelle inefficienze di un sistema sanitario che da anni è in sofferenza a causa dei tagli lineari, del blocco del turn-over, della diminuzione dei posti letto. Affermare che la libera professione intramuraria è "fonte di disuguaglianza e di corruzione" è davvero troppo semplicistico ed offensivo per la classe medica, non in linea con l'esperienza di un politico di lungo corso come Rossi. Di sicuro gli sprechi, le tensioni e le disfunzioni all'interno del mondo sanitario non potranno essere risolte de-



motivando i professionisti e incentivandoli ad uscire dal pubblico in favore del privato, né privando i cittadini della possibilità di scegliere dove e come tutelare la propria salute. Ciò detto, bisogna vigilare af-

finché l'intramoenia e il privato non si trasformino in "normali canali di accesso alle prestazioni di cui si ha bisogno, per sopprimere ad inefficienze e squilibri del nostro Ssn" come paventato da Cittadinanzattiva-TdM. La soluzione però non è certamente quella prospettata da Rossi. Con l'abolizione dell'intramoenia, e condividiamo quanto osservato da molti, c'è infatti il rischio concreto di creare un sistema duale, con strutture private di eccellenza e strutture pubbliche di serie B. Un sistema che oltretutto, e non è cosa di poco conto, si porrebbe in contrasto con il nostro sistema

costituzionale che riconosce la libertà di iniziativa privata. Con l'abolizione della libera professione intramoenia verrebbero meno dei diritti garantiti per legge: quello dei medici ad esercitare una professione liberale e quello del cittadino di scegliersi un medico di propria fiducia. Le strutture pubbliche inoltre perderebbero un cospicuo introito, a tutto vantaggio del settore privato. Quali sono le ricadute positive di una simile proposta? Il Sistema sanitario nazionale italiano non può rinunciare ad essere in linea con le più moderne e democratiche tendenze europee impegnate a coniugare ed

In campo anche il Ministro Lorenzin: "Va regolamentata, non abolita".

Replica Rossi: "Resto della mia idea: abolirla è d'obbligo per dignità e credibilità del Servizio sanitario"

La "bomba" lanciata dal presidente della Toscana dalla sua pagina Facebook ha raccolto lo stop del suo partito e anche del ministro della Salute. Ma il governatore, candidatosi anche alla leadership del Pd in alternativa a Renzi, replica: "Abbiamo già provato a metterla in regola con atti forti ma non basta. Dobbiamo superare questo regime"

"Lintramoenia non va abolita, ma regolamentata e messa a sistema. Lo stato di avanzamento della norma è invece molto lento, mentre servirebbe uno scatto in avanti da parte delle Regioni". Così il ministro della Salute Beatrice Lorenzin in risposta alla proposta

del presidente della Regione Toscana Enrico Rossi di abolire l'intramoenia. "Sulla questione che pone il governatore Rossi sull'intramoenia - ha affermato il ministro all'Adn Kronos - ci si può ragionare nel merito, ma è una proposta vecchia. Il problema è che la norma è applicata

solo in parte e a macchia di leopardo. Spesso mancano spazi e le tecnologie per farla funzionare bene". Non si è fatta attendere la controreplica di Rossi. "Ringrazio la ministra Lorenzin per l'apertura che mi fa nel prendere in considerazione le mie ragioni sulla li-



La vera emergenza è la carenza di personale medico e sanitario pesantemente inferiore al minimo necessario, che è una delle maggiori cause dei rallentamenti delle cure e dell'allungamento delle liste d'attesa

integrare pubblico e privato. Forse è sfuggito il fatto che applichiamo già le Direttive UE, come quella (24/2011) sull'assistenza sanitaria transfrontaliera... Se davvero dovesse passare la linea Rossi, cosa potremmo mai dire ai nostri concittadini e a quelli del resto d'Europa riguardo al diritto di scegliere dove curarsi e comprendere il livello

di efficienza delle strutture? L'emorragia dei talenti ha il sapore amaro di una guerra non dichiarata che corrode il nostro Ssn. La vera emergenza è la carenza di personale medico e sanitario pesantemente inferiore al minimo necessario, che è una delle maggiori cause dei rallentamenti delle cure e dell'allungamento delle liste d'attesa - come

più volte denunciato da noi e da molte altre società scientifiche. Di taglio in taglio i posti letto negli ospedali diminuiscono e le carenze organizzative mettono in difficoltà l'assistenza clinica lasciando alla sola abnegazione del personale sanitario il tamponamento e la soluzione di tutti questi problemi. Alla luce di tutto questo riteniamo che l'attenzione della politica e degli amministratori dovrebbe rivolgersi ad altre problematiche, nell'interesse del diritto alla qualità delle cure da parte dei pazienti e della sicurezza della operatività professionale dei medici. **Y**

bera professione, però rimango della mia idea: abolire la libera professione è ormai una necessità assoluta per salvare la dignità e la credibilità del Sistema sanitario pubblico, soprattutto agli occhi dei cittadini". "Lo dico da presidente di una Regione che ha realizzato tutte le strutture e tutti gli uffici moderni che la ministra denuncia mancare altrove. In Toscana abbiamo dato alla parola intramoenia il significato che le è proprio, riportare dentro le mura pubbliche delle aziende sanitarie la libera professione e regolarla con atti forti che, ricordo, sono stati impugnati dai sindacati sanitari



che hanno regolarmente perso i ricorsi davanti al giudice. Proprio per l'esperienza che abbiamo avuto ribadisco la mia convinzione sulla necessità di superare questo regime". Ci sono medici che con l'attività libero professionale ormai quintuplicano i loro stipendi perché operano in settori dove è possibile esercitare l'intramoenia. Ci sono altri medici, altrettanto bravi, che non vanno oltre il regolare stipendio, sia per scelta, perché preferiscono dedicarsi interamente al malato, sia perché nelle loro specialità è impraticabile l'attività libero professionale" ha proseguito Rossi. "Questo produce spe-

reazioni e tensioni all'interno del mondo sanitario. Per le visite specialistiche si è registrata una diffusione così forte della libera professione che viene percepita dai cittadini come una sostanziale privatizzazione della sanità. Infine, con la libera professione, per quante regole si possano mettere, niente potrà far uscire il servizio pubblico dall'imbarazzo di rivolgersi al cittadino con la risposta ormai classica che a pagamento la prestazione si ottiene in pochi giorni mentre nel regime pubblico ordinario occorrono a volte settimane e mesi. Questo è un colpo fatale non solo alla credibilità del ser-



Fucci: No ai falsi problemi. le priorità sono ben altre

"La necessità non è eliminare l'intramoenia, ovvero una preziosa alternativa cui i cittadini nella loro libertà di scelta possono fare ricorso, bensì rimediare a deficit strutturali, organizzativi e tecnologici che, col passare del tempo, rendono più deficitaria - e quindi meno fruibile ai cittadini - la sanità pubblica"

"L'intemerata del presidente della Regione Toscana, Enrico Rossi, sull'abolizione dell'intramoenia, oltre che dettata da evidenti obiettivi politici ora che ha annunciato l'intenzione di candidarsi alla guida del PD come nuovo alfiere della sinistra "tradizionale", pare poco ancorata alla realtà che vive oggi il sistema sanitario nazionale. Già due anni fa una circostanziata ricerca del Censis spiegava che nel 2013 la spesa sanitaria privata era cresciuta del 3 per cento rispetto al 2007 mentre nello stesso arco di tempo la spesa sanitaria pubblica era rimasta quasi ferma (+0,6 per cento). La stessa ricerca evidenziava l'aumento degli italiani paganti per intero gli esami del sangue, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche. In crescita era anche la spesa per i ticket. Le liste di attesa nella sanità pubblica erano in crescita evidente. Da allora ad oggi niente è cambiato e la sperequazione, in termini qualitativi, tra sanità pubblica e sanità privata è semmai cresciuta. Richiamo questi dati per evidenziare che la necessità non è eliminare l'intramoenia, ovvero una preziosa alternativa cui i cittadini nella loro libertà di scelta possono fare ricorso, bensì rimediare a deficit strutturali, organizzativi e tecnologici che, col passare del tempo, rendono più deficitaria - e quindi in un'ultima analisi meno fruibile ai cittadini - la sanità pubblica. Le ultime due Leggi di stabilità e i provvedimenti del Governo Renzi hanno ridotto il livello di finanziamento statale per la sanità. Ci sono regioni, come sta avvenendo in queste settimane in Puglia per esempio, dove vengono imposti piani di riordino ospedaliero che si traducono in meno posti letto e in tagli di tipo lineare alle strutture



sanitarie. Sullo sfondo vi è il blocco del turnover e il depauperamento delle risorse per garantire contribuzioni adeguate ai medici. Rossi ha definito la libera professione intramuraria "un'indecenza".

A me sembra che questo termine vada riferito non ai professionisti, offesi senza ragione, ma alla inarrestabile tendenza dello Stato di fare cassa tagliando i servizi della sanità pubblica.

Il Ministro Lorenzin ha detto, commentando le parole di Rossi, che l'intramoenia non va eliminata ma regolamentata. Io sono fortemente critico sulle politiche sanitarie di questo Governo e della maggioranza parlamentare guidata dal PD; ma in questo caso il Ministro ha ragione. Dobbiamo fare di più, al contra-

► Segue a pagina 28

Intramoenia: nel 2015 ha fatturato 1,018 mld.

Alle Asl restano 209,2 milioni. Ai medici 809,4 milioni

Report della Corte dei conti. I maggiori ricavi si concentrano nelle regioni del Nord con 611,1 milioni, di cui 478,5 ai medici, segue il Centro con 251,6 milioni di cui 198,5 ai medici e infine il Sud con 155,9 milioni di cui 132,4 ai medici.

► Segue a pagina 28

vizio sanitario pubblico ma anche alla stessa dignità e autorevolezza del mondo medico e degli operatori sanitari." Per Enrico Rossi "ad aggravare il quadro, si aggiungono le normative previste per gli extramoenisti, a cui è consentito servire due padroni in concorrenza tra loro. In tempi di esaltazione di tutto ciò che è privato, è persino troppo ovvio ricordare che nessun privato consentirebbe ai propri dipendenti di aprire bottega in proprio all'interno delle sue mura e ancor meno di essere per metà tempo alle dipendenze della concorrenza". "Quanto alle liste d'at-

tesa - prosegue Rossi - è evidente che l'attività libero professionale intramoenia o extramoenia finirà per non giovare all'attività ordinaria a cui hanno accesso i cittadini che non possono permettersi di pagare. In tempi nei quali aumentano la povertà assoluta e relativa, l'intramoenia consolida e accentua le disuguaglianze, spingendo in alcuni casi persino a rinviare le cure. L'obiezione di coloro che temono che alcuni professionisti potrebbero allontanarsi a causa dell'impossibilità di svolgere la libera professione è facilmente superabile: basta prevedere contratti speciali e esclusivi che premiano, in base a valutazioni oggettive, i capaci e quelli che lavorano di più, i professionisti migliori".

A colloquio con Antonio Chiantera Segretario Nazionale Aogoi

Responsabilità medica tra deficit organizzativi della struttura e obbligo informativo a protezione del paziente. Perché e come tutelarsi

Professor Chiantera, una recente pronuncia della Cassazione ribadisce il principio che, in caso di deficit organizzativi, strutturali e/o dotazionali, la responsabilità può gravare anche sul medico. Può illustrarci il contenuto della sentenza?

Con la sentenza n. 4540 dell'8 marzo scorso la Corte di Cassazione rimarca l'"obbligo protettivo di informazione" che grava sul medico che opera presso una struttura ospedaliera sprovvista di attrezzature idonee ed efficienti. Questo obbligo si compendia nel duplice dovere di denunciare formalmente i deficit strutturali e/o dotazionali alla struttura di appartenenza, e, nell'ipotesi di omesso adeguamento, nell'invito alla paziente a rivolgersi presso centri di più elevata specializzazione. Questo comportamento, come ha spiegato l'Avvocato Laura Laudadio, eminente membro dell'Ufficio legale Aogoi, determina l'esonero da responsabilità del sanitario, restando a carico della sola struttura sanitaria l'imputabilità dell'eventuale evento avverso.

L'obbligo di informazione da parte del medico, come chiarisce la pronuncia della Cassazione, "nasce in uno con l'inadempimento da parte della struttura sanitaria dell'obbligo di adeguatezza organizzativa in rapporto all'assunzione della protezione di ospedalità in favore del paziente nonostante il deficit organizzativo" cosicché "non impone sempre e comunque alla struttura sanitaria e al medico strutturato (che abbia correttamente operato in base agli elementi diagnostici a sua disposizione) di indirizzare la paziente a un centro di più elevata specializzazione ma soltanto ove, per esempio, le apparecchiature tecniche non siano adeguate allo scopo" ovvero "tali da non fornire una risposta corretta e completa in ordine alla diagnosi morfologica

Ecografi o mammografi obsoleti, organico insufficiente, assenza di guardia anestesiológica h24 o di terapia intensiva neonatale. E ancora, assenza di un ascensore dedicato al trasferimento diretto e immediato dalla sala parto alla sala operatoria... La lista dei disservizi e delle carenze riscontrabili in alcuni ospedali italiani è lunga ma, venendo al punto della responsabilità professionale, la domanda che ci poniamo è: che colpa ne ha il medico se non quella di lavorare in una struttura che ha deficit organizzativi, dotazionali e/o strutturali?

La risposta non è poi così scontata. E a chiarircelo è una recentissima sentenza della Cassazione che ribadisce un principio su cui il segretario nazionale Aogoi vuole richiamare l'attenzione di tutti gli iscritti



"Il messaggio che vorrei dare a tutti i colleghi è che l'Aogoi è al vostro fianco e vi sostiene. Il nostro diritto di lavorare in sicurezza è anche un dovere che abbiamo nei confronti delle nostre pazienti"

del feto, diversamente da altri strumenti ecografici presenti in strutture sanitarie diverse".

Qual è il caso affrontato in questa sentenza?

Il caso verte su una richiesta di risarcimento per i danni patiti in conseguenza della presunta negligente assistenza prestata a una donna in gravidanza e all'omessa informazione dell'esistenza di gravissime malformazioni fetali in capo al nascituro, che non sarebbero state rilevate nel corso degli accertamenti ecografici eseguiti alla 19 e 25 settimana di gestazione ma ravvisate soltanto alla 32 settimana, epoca in cui non era più consentito il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

La sentenza in questo caso ha assolto la struttura sanitaria e i medici in quanto la mancata diagnosi era legata alla limitatezza degli strumenti diagnostici dell'epoca (si parla dell'anno 1986) e non imputabile all'inadeguatezza organizzativa della struttura, e anche l'informazione su altri centri specializzati e più idonei non avrebbe reso la diagnosi di morfologia fetale più corretta e completa. Ma quello che più ci interessa di questa sentenza è appunto la ri-affermazione del principio che l'inadempimento legato a deficit organizzativi della struttura sanitaria genera l'ul-

teriore obbligo informativo anzidetto, che si pone a protezione del paziente e che grava non solo sulla struttura sanitaria ma questa volta anche sul medico.

Dunque il medico, seppur esente da colpa professionale nella fase esecutiva del suo intervento, è comunque tenuto ad avvisare il paziente della inadeguatezza degli strumenti diagnostici.

Proprio così, e anche questa sentenza (come le altre precedenti del 2002, 2006, 2009 e 2011) lo spiega a chiare lettere. Cito testualmente: "In tema di controlli ecografici sul feto, ai fini della relativa diagnosi morfologica, l'obbligo gravante sulla struttura sanitaria e sullo stesso medico strutturato, che abbia concretamente operato diagnosi, di informare la paziente, che ad essa si sia rivolta (e abbia quindi concluso il c.d. contratto di ospedalità), di poter ricorrere a centri di più elevata specializzazione sorge anzitutto in ragione di un presupposto inadempimento, addebitabile unicamente alla struttura sanitaria, di aver assunto la prestazione diagnostica pur non disponendo di attrezzature all'uopo dedicate, così da ingenerare nella paziente l'affida-

mento che il risultato diagnostico ottenuto (di normalità fetale) sia quello ragionevolmente conseguibile in modo definitivo".

Il medico si trova in una posizione abbastanza difficile e imbarazzante: da un lato l'obbligo di denunciare alla struttura disservizi e carenze. Dall'altro, ove la struttura non vi ponga rimedio, di avvisare la paziente orientandola ad altro centro più adeguato...

Il medico in questi casi si trova in una posizione difficile, per questo ritengo importante richiamare l'attenzione di tutti i soci Aogoi su questa sentenza, invitandoli a rivolgersi all'Associazione laddove ricorrano perduranti carenze organizzative e strutturali nella propria struttura di appartenenza.

La voce dell'Associazione può arrivare più facilmente e incisivamente là dove quella del singolo arriva debole, se non cade nel vuoto. Come è stato detto, spesso può essere difficile per il medico strutturato denunciare carenze e disservizi. E può essere anche molto frustrante vedere, dopo che ci è esposti in prima persona, che nulla cambia e che le criticità denunciate rimangono irrisolte per anni. Le cose



purtroppo vanno così. E la colpa non è sempre e solo ascrivibile alla sordità e/o inefficienza dei vertici aziendali. È un dato che le risorse sono sempre più scarse e anche i direttori generali e/o sanitari spesso si trovano in grande difficoltà.

Detto questo, la nostra priorità è quella di garantire la sicurezza e la salute delle nostre pazienti e di tutelare chi presta loro assistenza. Non possiamo permettere che il personale medico e sanitario corra il rischio di vedersi scaricare addosso responsabilità che sono legate a disfunzioni e carenze organizzative e strutturali. Per questo voglio sollecitare tutti i soci Aogoi a rivolgersi, in questi casi, al nostro Ufficio legale. L'Aogoi ha la forza e le competenze per far sentire la propria voce.

Proprio recentemente l'Ufficio legale Aogoi ha inviato una lettera di diffida ai responsabili dell'Ospedale S. Giovanni Bosco di Napoli legata al malfunzionamento di due dei quattro ascensori di cui è fornito l'Ospedale. Possiamo dire che si tratta di un caso emblematico?

Direi di sì, soprattutto se contestualizziamo un "disservizio" co-

Il medico in questi casi si trova in una posizione difficile, per questo è importante richiamare l'attenzione di tutti i soci su questa sentenza e sull'utilità di rivolgersi all'Associazione laddove ricorrano perduranti carenze organizzative e strutturali nella propria struttura di appartenenza

me questo che, se preso a sè stante, potrebbe anche non sembrare così grave. Tanto più se consideriamo che in una organizzazione ad alta complessità come quella ospedaliera è sufficiente che si inceppi anche solo un piccolo ingranaggio che a risentirne sia l'intera macchina.

Disfunzioni e carenze vanno sempre ben contestualizzate. In questo caso la situazione in cui versa la U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale S. Giovanni Bosco di Napoli è molto preoccupante. Per comprenderla, è necessario premettere che sebbene l'Unità Operativa sia stata dotata, fin dalla sua inaugurazione nel 2000, di una sala parto e di una sala operatoria, quest'ultima non è mai stata utilizzata di routine a causa di "riferite inadempienze tecnico-progettuali di scarsa en-

tità". E proprio in conseguenza di queste inadempienze, mentre i parti sono effettuati nella sala-parto sita all'interno della stessa Divisione, al 5° piano, i tagli cesari vengono effettuati nella sala delle urgenze del Complesso Operatorio Generale, ubicata, invece, al piano terra. Di conseguenza, in tutti i casi in cui durante un parto fisiologico improvvisamente insorge una complicanza che richieda l'intervento operativo del Tc da parte dello specialista, quest'ultimo si vede costretto (e ciò accade da anni) a trasferire d'urgenza la partoriente dal 5° piano a piano terra, esponendosi, suo malgrado, al grave rischio di non riuscire ad intervenire tempestivamente. Vorrei sottolineare anche che l'unica sala operatoria utilizzabile, quella delle urgenze del

Complesso Operatorio Generale ubicato al piano terra, è dedicata alle urgenze di tutte le varie specialità chirurgiche afferenti all'Ospedale (Chirurgia Generale, Vascolare, Ortopedia, Neurochirurgia, ecc.).

È in questo 'contesto operativo' - in cui non c'è un ascensore dedicato al trasferimento diretto ed immediato dalla sala parto alla sala operatoria - solo la metà dei quattro ascensori di cui è fornito l'Ospedale risulta effettivamente funzionante ed utilizzabile a causa dei ripetuti (e segnalati) guasti. È questa la situazione che abbiamo denunciato al Direttore Generale della ASL NA 1 Centro, al Direttore Sanitario e al Responsabile Amministrativo e della UOC di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale. Si può ben comprendere come svolgere una attività ostetrica serena e programmata in questo contesto sia, tanto per usare un eufemismo, estremamente difficoltoso.

Il nostro Paese si è aggiudicato la maglia nera per l'obsolescenza delle apparecchiature diagnostiche in Europa con il 25% di macchinari da sostituire. Proprio in occasione della festa della donna, Assobiomedica ha denunciato

che: "1 donna su 4 esegue uno screening con mammografi di oltre 15 anni". Un quadro che potrebbe rendere ancor più pesante il fardello della responsabilità medica.

La denuncia del Presidente dell'Associazione Elettromedicali di Assobiomedica Marco Campione a commento dei recenti dati pubblicati a livello europeo dal Cocir (l'European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry) non ci coglie di sorpresa. L'Aogoi è in prima fila nel denunciare il trend di peggioramento registrato negli ultimi anni in seguito alle massicce iniziative di revisione della spesa e ai ridotti investimenti in moderne apparecchiature. Sappiamo bene che un parco apparecchiature inadeguato crea forti difficoltà nelle fasi di screening e di diagnosi delle patologie.

L'obsolescenza delle apparecchiature diagnostiche è però una delle tante criticità che non ci fanno dormire sonni tranquilli. Penso per esempio alla rete del trasporto neonatale, le cui lacune sono state evidenziate anche nel documento del tavolo tecnico Agenas-Ministero-Regioni che abbiamo pubblicato nel numero scorso del nostro giornale (ove si legge: "sono inoltre carenti i sistemi di monitoraggio in tempo reale dei posti letto nelle terapie intensive neonatali e in quelle pediatriche. Non sono infine previsti specifici programmi formativi dedicati al personale coinvolto nell'emergenza - urgenza"). Alla mancata presenza h 24 del Medico Anestesista Rianimatore che all'interno del percorso nascita riveste un ruolo fondamentale per quanto attiene alla sicurezza di tutti i punti nascita, in particolare per tutte le imprevedibili esigenze di parto cesareo, oltre che per le eventuali necessità di supporto rianimatorio dei neonati, come ricordano costantemente i colleghi dell'Aaroi Emac...

Per questo ritengo importante che l'Aogoi richiami l'attenzione dei propri iscritti sull'importanza di denunciare tutte quelle carenze e disfunzioni che possono incidere negativamente sulla sicurezza e la salute delle nostre pazienti, esponendo nel contempo a gravi rischi gli operatori sanitari nell'esercizio della propria attività professionale.

Il messaggio che vorrei dare a tutti i colleghi è chiaro: l'Aogoi è a vostro fianco e vi sostiene. Il nostro diritto di lavorare in sicurezza è anche un dovere che abbiamo nei confronti delle nostre pazienti. **Y**



Il principale obiettivo del Progetto Aogoi per la prevenzione delle Ivgr ripetute

è quello di sensibilizzare i centri che praticano le interruzioni di gravidanza sull'importanza di garantire la dovuta attenzione alla contraccezione post Ivgr, attraverso un percorso che offra alle donne un adeguato counselling contraccettivo e per la pianificazione familiare. Ricordiamo che il Progetto Aogoi prevede anche la distribuzione di materiale informativo per gli operatori e l'organizzazione di incontri di formazione.

Nel quadro delle finalità del Progetto Aogoi, che si inserisce in quello più ampio del Piano nazionale Fertilità alla cui stesura abbiamo contribuito, riteniamo utile promuovere anche la disseminazione di tutte quelle esperienze dei centri Ivgr tese a preservare la salute riproduttiva e sessuale nonché quella psico-fisica delle donne che si trovano a vivere un momento particolarmente delicato della loro vita. Obiettivo di questo studio retrospettivo, nel quale sono state arruolate tutte le pazienti candidate ad aborto terapeutico afferite presso il centro per la tutela sociale della maternità dell'Ospedale San Paolo di Napoli, è quello di aumentare quanto più possibile la compliance delle donne nei confronti dei protocolli abortivi utilizzati e di ridurre i disagi legati a tale pratica. Nell'ottica di ottenere il miglior risultato terapeutico, con un minimo utilizzo dei farmaci e riducendo il più possibile i tempi di ricovero". **V. Trojano**

**T. Volpicelli, A. Stile,
L. Terracciano, A. Resta**

Servizio di tutela sociale della
maternità, Ospedale S. Paolo Napoli

Introduzione

Il termine aborto indica tutti quei procedimenti atti ad interrompere la gravidanza prima che l'embrione sia in grado di condurre una vita extrauterina autonoma.

Dopo la 15ª settimana di amenorrea, quando si provoca l'interruzione di gravidanza, possiamo parlare di "aborto terapeutico", ovvero di quell'intervento medico atto a liberare la madre dal prodotto del concepimento, nell'intento di evitare un pericolo in atto o un aggravamento sicuramente prevedibile per la vita o per la salute fisica e psichica della stessa.

L'articolo 6 della Legge 194/78 sostiene che l'interruzione volontaria di gravidanza dopo i primi 90 giorni viene definito aborto terapeutico e può essere praticata quando:

- **la gravidanza o il parto comportano un grave pericolo** per la vita della donna: malattie cardiovascolari e renali, tumore (se curati con trattamenti chirurgici e radiologici dannosi al feto; linfoma, leucemia, cancro dello stomaco, polmoni, ecc.). Oggi, con le nuove tecniche si riesce quasi sempre a dare alla donna ammalata la possibilità di portare a termine una gravidanza. Qualora la donna decida di interrompere, la decisione deve essere presa in collaborazione con uno specialista competente sulla malattia che giustifichi l'interruzione;
- **quando siano accertati processi patologici**, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica e psichica della donna: rientrano in queste condizioni le donne che hanno contratto la prima infezione durante la gravidanza di rosolia o altre malattie infettive che possono essere dannose per il feto, entro le prime 12 settimane, o quelle gravidanze esposte a sostanze teratogene.

Tale tecnica è oggi possibile grazie all'uso di **prostaglandine per uso topico come il gemeprost**: l'applicazione in vagina di questa

sostanza determina, o almeno facilita, la dilatazione del canale cervicale e l'inizio delle contrazioni uterine che culminano nell'espulsione del feto e annessi.

Di fondamentale importanza è stata l'associazione di queste molecole con la **RU486** o **Mifepristone**, steroide antiprogesterinico, brevettato nel 1981 in Francia dalla ditta Roussel-Uclaf e che, a causa di violente reazioni da parte di gerarchie ecclesiastiche, è stato sperimentato negli Stati Uniti a partire dal 1988.

Il mifepristone, introdotto in Francia dalla Roussel Uclaf (da cui RU486, nella sigla del nome del farmaco), presenta un'azione anti-glucocorticoide, anti-progestinica e una lieve azione anti-androgenica, in quanto esercita un antagonismo competitivo con i recettori di questi ormoni sia in vitro che in vivo.

Per quanto riguarda l'azione anti-glucocorticoide, il mifepristone esercita la sua azione inibendo il feedback di controllo del cortisolo, da cui consegue l'aumento dell'ACTH e dell'LPH (lipotropina) e la soppressione della vasocostrizione cutanea o la diminuzione degli eosinofili circolanti. Gli effetti anti-glucocorticoidi sono dose-dipendenti. Non sono riscontrati deficit della funzionalità surrenalica durante la somministrazione di RU 486. In qualità di anti-progestinico la sua azione è dovuta alla competitività

che esprime nei confronti dei recettori per il progesterone.

Quando il progesterone occupa i propri recettori, attiva la trascrizione genica, mentre il mifepristone antagonizza questi effetti occupando, in modo competitivo i recettori per il progesterone, senza stimolare la trascrizione delle proteine.

Gli effetti del mifepristone sull'utero interessano l'endometrio, il miometrio, la decidua e la cervice:

- in caso di impianto dell'uovo fecondato, l'inibizione della trascrizione, dovuta al complesso recettore PR-mifepristone, determina una necrosi con danno vascolare dei vasi endometriali e il distacco del prodotto del concepimento (azione intercettiva e contragestiva);
- permette la formazione di gap-junction tra le cellule, rafforzando l'afflusso del Calcio nel compartimento cellulare e aumenta la sensibilità del miometrio alle prostaglandine esogene, determinando un incremento delle contrazioni uterine; (3)
- sulla cervice, al contrario del progesterone, permette il rilascio di ossido nitrico (NO) e l'aumento dell'espressione dell'i-NOS (inducibile NO synthase) con conseguente maturazione cervicale;
- determina un aumento dell'espressione dei recettori ER (recettori estrogenici), PR (recettori progestinici) e AR (re-

cettori androgenici), suggerendo il suo effetto antiproliferativo: in molti studi si è evidenziato che l'uso del mifepristone, a basse dosi (1-2mg die) è associato a ipomenorrea o addirittura amenorrea;

- inibisce o ritarda l'ovulazione. Quindi, possiamo affermare che il mifepristone, essendo uno steroide antiprogesterinico, rende più sensibile il miometrio alle contrazioni indotte dalle prostaglandine e ammorbidisce e dilata la cervice uterina.

Trials eseguiti in Francia dal 1980, hanno dimostrato che il mifepristone, se preso da solo, ha proprietà abortive solo nel 65% dei casi dopo i 49 giorni di gestazione; se associato ad una prostaglandina somministrata due giorni dopo il trattamento con tale molecola, ha un'efficacia abortiva che raggiunge il 95%.

La dose autorizzata è 600 mg, ma ci sono prove che anche dosi inferiori sono efficaci per l'aborto farmacologico entro la 20ª settimana di amenorrea.

Secondo le linee guida del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, per le interruzioni di gravidanza nel primo e secondo trimestre di gestazione, sono consigliati i seguenti protocolli (non registrati):

- fino alla 7ª settimana di gestazione (e come opzione tra la 7ª e la 9ª di gestazione), 200 mg di mifepristone per bocca seguiti

dopo 36 ore da 500 µg di gemeprost intravaginale ;

- per aborto farmacologico nel secondo trimestre (fino alla 20ª settimana di gestazione), 600 mg di mifepristone per bocca seguiti dopo 36 ore da 1 mg di gemeprost intravaginale ogni 6 ore.

Secondo il protocollo presente sul foglio illustrativo del farmaco, il mifepristone adoperato come pre-trattamento prima delle prostaglandine per l'interruzione volontaria di gravidanza o in caso di morte endouterina per indurre il travaglio di parto, deve essere somministrato in un'unica dose di 3 compresse contenenti ciascuna 200 mg di mifepristone. Il farmaco deve essere sempre assunto in presenza di un medico. Esistono infatti possibili effetti collaterali (vedi Tabella).

L'uso del mifepristone richiede che siano prese misure atte a prevenire la sensibilizzazione al fattore RH insieme alle misure abituali prese durante qualunque interruzione della gravidanza.

Controindicazioni all'uso del trattamento sono asma grave non controllata, gravidanza ectopica sospetta, insufficienza surrenalica cronica, porfiria.

Le perdite di sangue che si verificano sono come quelle che si verificano dopo un aborto spontaneo e sono paragonabili a quelle dei giorni in cui il flusso mestruale è maggiore. Come dopo un aborto chirurgico, si potrebbe avere

Premedicazione con RU486 (mifepristone) in associazione con Gemeprost nell'induzione dell'aborto farmacologico terapeutico Nostra esperienza

■ **Obiettivo del nostro studio è stato quello di indagare, nell'ambito dell'esperienza clinica del servizio di Ivgr presso l'ospedale San Paolo, l'andamento dell'uso del mifepristone, come farmaco adoperato per la pre-interruzione, associato ad una prostaglandina, solitamente il gemeprost, nell'interruzione volontaria di gravidanza in caso di malformazione fetale (15-22 settimane di gestazione)**

una nuova gravidanza già nelle prime settimane dopo l'aborto, anche se dovessero persistere ancora delle perdite ematiche. In caso di induzione di aborto terapeutico tardivo, il gemepro, somministrato per via vaginale tramite l'introduzione di candele, è la prostaglandina di prima scelta, in quanto prepara e ammorbidisce la cervice uterina prima delle interruzioni chirurgiche, specialmente nelle primigravide. **Secondo il Committee for Medicinal Products for Human Use** dell'European Medicine Agency (EMA) nelle gravidanze oltre il 63° giorno, la somministrazione della posologia sia di 200 mg sia 600 mg, con successiva applicazione di prostaglandine (gemi-

prostaglandina, solitamente il gemepro, nell'interruzione volontaria di gravidanza in caso di malformazione fetale (15-22 settimane di gestazione).

Materiali e Metodi

Il nostro è uno studio retrospettivo nel quale sono state arruolate tutte le pazienti candidate ad aborto terapeutico afferite presso il Centro per la tutela sociale della maternità dell'Ospedale San Paolo di Napoli, coordinato dai Dott. Alessandro Resta, Giancarlo Pezza e Piero Sarcinella, da aprile 2011 ad agosto 2014.

Abbiamo suddiviso le pazienti in due gruppi: gruppo A e gruppo B. **Il gruppo A comprende 43 pazienti** reclutate dal 01/04/2011

guiti, a 24-36 ore di distanza dalla somministrazione di Gemepro (Cervidil) 1 mg per via vaginale, come da protocollo. In entrambi i gruppi abbiamo valutato: i giorni di degenza delle pazienti, con relativa valutazione dei tempi di espulsione del feto e dei costi di ricovero, e la compliance delle pazienti in corso di ricovero, mediante colloquio telefonico postumo.

Risultati

Le pazienti del gruppo A presentavano in media 3,65 gg di ricovero mentre le pazienti del gruppo B presentavano in media 2,11 gg di ricovero.

L'espulsione del feto si è verificata in seguito all'utilizzo di 7,12

trauterina sec. Karmann.

I costi affrontati dalla struttura ospedaliera per il ricovero di ogni singola paziente del gruppo A sono stati in media significativamente inferiori a quelli affrontati per le pazienti del gruppo B.

Il counselling telefonico effettuato con le pazienti ha evidenziato una maggiore tollerabilità nei confronti del ricovero e del protocollo terapeutico utilizzato nelle pazienti del gruppo B rispetto a quelle del gruppo A e una riduzione delle complicanze post intervento nelle pazienti sottoposte ad aspirazione endouterina sec. Karmann.

Conclusioni

Con la sentenza del 29 luglio 2004 la Corte di Cassazione ha

Compito del medico è preservare, soprattutto in questo contesto, la salute psico-fisica delle pazienti e cercare di ottenere il miglior risultato terapeutico con un utilizzo minimo di farmaci e riducendo il più possibile i tempi di ricovero

affermato che: *"L'interruzione volontaria di gravidanza è finalizzata solo ad evitare un pericolo per la salute della gestante, serio (entro i primi 90 giorni di gravidanza) e grave successivamente e che "le eventuali malformazioni o anomalie del feto rilevano solo nei termini in cui possano cagionare il danno alla salute della gestante e non in sé considerate, con riferimento al nascituro".* Sulla scorta di quanto su citato risulta evidente che l'obiettivo primario del medico e della struttura che ha in cura queste pazienti sia aumentare quanto più possibile la compliance delle donne nei confronti dei protocolli abortivi utilizzati e una riduzione dei disagi legati a tale pratica clinica.

Altro dato, altrettanto importante, di cui bisogna tener conto nell'approccio alla paziente che deve effettuare una interruzione volontaria di gravidanza, è la valutazione dei costi, spesso esosi, sostenuti dal sistema sanitario nazionale per effettuare le procedure cliniche atte all'espletamento dell'aborto terapeutico.

I dati del nostro studio, seppur limitati dal numero dei casi ancora non significativo, sottolineano quanto la scelta di un adeguato protocollo terapeutico sia altrettanto importante sia nella gestione delle pazienti sottoposte a cicli di stimolazione per aborto terapeutico sia nella valutazione del costo-beneficio di tale servizio. La riduzione dei giorni di ricovero e la contestuale riduzione del tempo di espulsione del feto nonché l'utilizzo di un protocollo terapeutico che necessita di quantità di farmaco minori nelle pazienti che si sottopongono a sti-

molazione con mifepristone non solo aumentano la compliance della paziente nei confronti del ricovero e un più rapido ritorno alla vita quotidiana, ma riducono, in maniera evidente, le spese affrontate dalla struttura ospedaliera per ogni singola paziente.

Altro dato importante che con il tempo e con un numero di pazienti potrebbe prendere più corpo è la ridotta incidenza di complicanze nonché la maggiore tollerabilità all'intervento nelle pazienti sottoposte ad aspirazione endouterina sec. Karmann rispetto a quelle sottoposte a revisione cavitaria strumentale.

Molto si è discusso negli anni su quanto l'aspirazione endouterina sec. Karmann sia meno invasiva e più tollerata dalle pazienti rispetto alla revisione cavitaria strumentale, e di quante complicanze possano essere evitate con tale metodologia, i nostri dati sottolineano come nelle pazienti che assumono il mifepristone sia ridottissima la necessità di effettuare tale pratica chirurgica grazie soprattutto alla riduzione marcata dei residui intracavitari riscontrati dopo espulsione del feto e degli annessi fetali.

Nel gennaio del 2006 sul **Journal of Child Psychology and Psychiatry** è apparso un importante studio epidemiologico, il più grande del suo genere a livello internazionale, realizzato da D.M. Fergusson et al., che ha rilevato, basandosi su un campione di ricerca longitudinale, che le donne che avevano avuto un aborto indotto presentavano un alto tasso di rischio di avere problemi di salute mentale (42%) tra cui depressione, ansia, comportamenti suicidi e disturbi da abuso di alcool (50%) e sostanze illecite (67%) rispetto a quelle che non erano mai state in gravidanza (21%) e di quelle che avevano proseguito la gravidanza (35%). **Sulla scorta di questi ed altri dati** della letteratura nel corso dell'accurato counselling telefonico a cui abbiamo sottoposto le pazienti che avevamo preso in esame, il dato principale messo in evidenza è stata la loro intolleranza a tutte le pratiche cliniche effettuate in corso di ricovero fino ad arrivare ad una quasi insofferenza nei confronti del ricovero stesso. Tale riscontro è stato molto ridotto nelle pazienti che presentavano riduzione dei giorni di ricovero, con conseguente riduzione di tutte le pratiche cliniche e terapeutiche a cui erano sottoposte.

Compito del medico è preservare, soprattutto in queste pazienti, la salute fisica e mentale delle stesse e cercare di avere il miglior risultato terapeutico con un utilizzo minimo di farmaci e riducendo il più possibile i tempi di ricovero al fine di poter avere un rapporto costo-beneficio più adeguato possibile e poter andare incontro il più possibile alle esigenze della paziente e della struttura ospedaliera ospitante che troppo spesso ormai al giorno d'oggi si trova in difficoltà per problemi economici legati agli eccessivi costi dei ricoveri. **Y**



Effetti collaterali del mifepristone

Dolori crampiformi addominali di tipo mestruale	• 20-30% delle donne non avverte alcun dolore • 50-60% accusa dolori sopportabili • 20-30% delle donne necessita di antidolorifici
Mal di testa	20-30%
Sintomi gastrointestinali	• 40-60% nausea • 20% vomito • 10-20% diarrea
Astenia	10%
Febbre	Solitamente < 38°C. Se > 38°C per >4h contattare il medico

prost), comporta effetti abortivi sovrapponibili.

Lo schema che noi abbiamo utilizzato nel nostro studio comprende l'uso di 600 mg di mifepristone associato a gemepro in vagina ogni 3 ore fino all'espulsione del prodotto del concepimento. Scopo del nostro studio è stato quello di indagare, nell'ambito dell'esperienza clinica del servizio di interruzione di gravidanza presso l'ospedale San Paolo, l'andamento dell'uso del mifepristone, come farmaco adoperato per la pre-interruzione, associato ad

al 28/03/2012 e sottoposte a ciclo di stimolazione del parto abortivo con Gemepro (Cervidil) 1 mg, 1 ovulo ogni 3 ore fino ad un massimo di 5 ovuli/die, con eventuale sospensione per 24 ore e nuovo ciclo fino all'espulsione completa del feto, come da protocollo.

Il gruppo B comprende 137 pazienti reclutate dal 02/04/2012 al 31/08/2014 e sottoposte a ciclo di stimolazione con Mifepristone (Mifegyne) 600 mg (3 compresse da 200 mg ciascuna) assunti in un'unica dose per via orale e se-

candele di Gemepro dopo 3,2 giorni di ricovero nelle pazienti del gruppo A, e di 1,07 candele di Gemepro in associazione alla premedicazione con mifepristone e dopo 1,3 giorni di ricovero, nel gruppo B.

Il 70% delle pazienti del gruppo A e il 4% delle pazienti del gruppo B sono state sottoposte a revisione cavitaria strumentale post espulsione del feto e degli annessi fetali, mentre il 30% delle pazienti del gruppo A e il 96% delle pazienti del gruppo B sono state sottoposte ad aspirazione in-



Per farle vivere serenamente
i prossimi nove mesi,
non aspettare nove mesi.

esameharmony.it

esame prenatale
Harmony

Già dalla decima settimana di gravidanza nei laboratori Lifebrain il nuovo esame per valutare il rischio di gravi difetti genetici del feto: trisomie 21 (sindrome di Down), 18 (sindrome di Edwards) e 13 (sindrome di Patau).

Identifica correttamente più del 99% dei casi di rischio
con meno dello 0,1% di falsi positivi

Con un unico prelievo di sangue materno

Per tutte le età e le categorie di rischio

Per aiutare i futuri genitori a vivere serenamente il momento
più importante della loro vita, consiglia l'esame prenatale Harmony.

Cerca il Laboratorio Lifebrain più vicino.
Chiama 800.194970 o vai su www.esameharmony.it

life[®]
brain

||| Eccellenza per
la tua salute

Ridare senso al nostro agire quotidiano

Per lasciare il mondo un po' migliore di come lo abbiamo trovato, occorre porsi sulla strada del cambiamento, della conversione continua. Tutto questo applicato alla ginecologia vuol dire non cadere nelle maglie della ripetitività anonima dell'atto medico e chirurgico

di Romano Forleo

Inizio con una frase di Baden Powell sulla felicità: "sono stato un uomo felice e voglio che anche voi lo siate". Quest'ottimismo, che anima lo scout che ho cercato e cerco di essere non viene meno in questo difficile momento che stiamo vivendo. Il pensiero positivo, com'è noto, dà ottimismo, fiducia in se stessi, propensione a essere felici ed è molla per lo sviluppo del pensiero divergente, l'unico creativo. Il mondo non deve essere solo amministrato, deve essere cambiato. E per lasciare il mondo un po' migliore di come lo abbiamo trovato, occorre porsi sulla strada del cambiamento, della conversione continua.

Tutto questo applicato alla ginecologia vuol dire non cadere nelle maglie della ripetitività anonima dell'atto medico e chirurgico. E significa "pensare in grande". Ridare senso al nostro agire quotidiano. Non cascare nella trappola del tecnicismo e del profitto che ci trasforma in quelli che definiamo "marchettari" (tu vali per quanti clienti porti alla struttura in cui operi): è il guaio del mondo in cui viviamo dove ricchezza e successo si riducono solo a un numero sempre più piccolo.

A noi ginecologi è stato dato il dono e la missione di rendere lieto il momento della nascita. Di "umanizzarlo", aiutando a gestire il complicato mondo di speranze e paure in cui si condensa quel magico periodo che – dalla visita preconcezionale al puerperio avanzato – ci viene affidata. Questa umanizzazione (valorizzando gli effetti naturali e i meccanismi neuropsicoendocrini) esalta il ruolo e la relazione umana e della cultura. Ne consegue che diventa importante quanto ciascuno di noi è capace d'investire in questo evento, perché può contribuire in modo importante alla relazione madre-padre-bambino. Questo significa diventare sempre più medici della persona e non di apparati. Fare meno discussioni su cesareo e forcipe. Porre più attenzione al fatto che un metodo di assistenza alla nascita sia basato ovviamente sulla qualità di vita del neonato e della mamma, ma anche sulla felicità che la coppia dei genitori vive



Nella velocità dei tempi che viviamo la nostra professione sta cambiando con tanta rapidità da avere l'impressione di essere sempre in affanno, in ritardo rispetto al correre della storia. Ritardo non certo sul piano clinico scientifico – anzi in questo campo la ginecologia italiana ha ottenuto ottimi risultati, situandosi ai primi posti a livello mondiale – ma ritardo sul ruolo e sul modo di essere ciascuno di noi, sulla capacità di rapportarsi agli altri. Tutto questo rende la nostra professione difficile, complicata, oltre che faticosa. I nostri sono tempi di grande confusione, di demagogie galoppanti, d'illusorie semplificazioni. Vi è il rischio di lasciarsi cogliere dalle cose e non essere artefici. Di continuare ad accettare i "tempi caldi" che invece esigono coraggio, spirito d'avventura, gusto di cambiare in modo costante e radicale, inventandosi nuove vie.

GynecoAogoi ha chiesto a Romano Forleo, decano (tessera n° 32 dell'Aogoi) della ginecologia italiana e attento osservatore della storia e dei cambiamenti che avvengono nella nostra professione, come sta cambiando la nostra professione e quale futuro ci aspetta. In questo modo GynecoAogoi vuole aprire un'ampia discussione sull'argomento, perché è convinta che l'unica bussola che ci può aiutare è misurarsi con la diversità d'opinione, riflettere sulle differenti idee che si confrontano, magari all'interno di questo stesso giornale. (C.S.)

nella costruzione del suo nido. Oltre alla missione di assistere alla nascita, a noi ginecologi oggi viene chiesto un maggiore impegno verso la menopausa e la quarta età della vita. La prima viene vissuta oggi come una "nuova adolescenza", dato che si situa verso la metà della vita. Ed è un'età in cui gioco e avventura riemergono dalla fatica quotidiana.

I ginecologi della mia generazione hanno interpretato al meglio, sia dal punto di vista medico che culturale, questo periodo della vita. I giovani che oggi si affacciano alle professioni ginecologiche dovranno fare altrettanto con la quarta età, sempre più lunga e sempre più problematica.

Nel bellissimo libro "La Forza del

Carattere" (Ed. Adelphi) James Hillman scrive: "il tramonto vede cose, che il mattino neppure immagina". È una frase che dà speranza a questo periodo che stiamo vivendo. Il futuro della nostra professione non migliorerà solo con l'aggiornamento continuo, sia tecnico che clinico. Né frequentando di più i congressi, sempre più poveri di contenuti

innovativi e superati dalla valanga di notizie che in qualsiasi momento fornisce internet. Le nostre performance cliniche miglioreranno certamente se saremo chiamati a condividere progetti e se saremo buoni manager (quando l'economia politica si insegnerà nelle scuole di specializzazione?) sapendo leggere in termini economici e finanziari il rapporto costo-benefici. Miglioreremo principalmente il nostro ruolo solo se sapremo investire in cultura, affiancando una rigorosa evidence-based-medicine alla narrative-based-medicine e mettendosi nei panni di chi chiede la nostra opera, dando largo spazio al sogno e ai "perché no". Negli ultimi 50 anni con gran fatica si è passati dalla medicina di organo e di apparato (proprio delle super specializzazioni) alla "medicina della persona". Questo cambiamento ha permesso di superare il positivismo di Auguste Comte (1798-1857), che aveva permeato la cultura medica degli ultimi due secoli, e ha reso possibile le "medical humanities" dell'antropologia e dell'arte (in scuole di specializzazione americane si insegna poesia e musica). La nuova sensibilità che faticosamente sta facendosi strada anche nella politica per liberarci dal dominio della finanza e del mercato dovrebbe essere affiancata da un altrettanto impegno delle nuove generazioni di medici ad approfondire le problematiche economiche ossessionate dal Pil e dalla mercificazione. Occorre però che politici e imprenditori raccolgano le tante idee nuove che nascono nelle corsie degli ospedali e negli ambulatori, chiamando a partecipare e a "investire in cultura", come da più parti ci viene sempre più spesso ripetuto. Investire più sull'uomo che sulle cose. Accettare ruoli e funzioni, utilizzando gioco e avventura come strumenti del nostro impegno quotidiano.

Questo è l'augurio che faccio alla Ginecologia Italiana per gli anni a venire. Certamente, la nostra è una bella specialità, con tante sfaccettature. E in un mondo che rapidamente cambia, ci mette sulla "strada" per camminare insieme e acquistare la capacità di entusiasmarci rispetto alla novità che la storia ci riserva. **Y**

AOGOI PUGLIA

Trani: la prima Masterclass in Uroginecologia rivolta ad Urologi e a Ginecologi

Urologi e ginecologi insieme, per porre a confronto le differenti esperienze quotidianamente vissute nel trattamento di patologie della donna sempre più diffuse quali: l'incontinenza urinaria, il prolasso urogenitale, le infezioni delle vie urinarie, il dolore pelvico cronico e le neoplasie urogenitali. Questo lo scopo della due giorni di Trani "Uroginecologia: master class 2016", patrocinata da Aogoi e Siu, che ha affrontato in maniera interattiva temi complessi quali la prevenzione e il trattamento delle complicanze urologiche in corso di chirurgia ginecologica

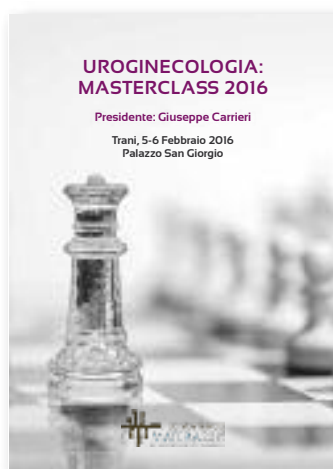
Maria Paola Simeone

Il prolasso utero-vaginale e l'incontinenza urinaria spesso si presentano alla donna che non si è curata del proprio corpo. Infatti, sin dalla maternità la donna può considerare il proprio pavimento pelvico come un trampolino elastico e dovrebbe prevenire il crollo dell'elasticità dei muscoli che sostengono il retto, la vescica e la vagina.

La causa principale del prolasso è il parto ma, anche fattori distrofici e danni secondari ad interventi chirurgici (per es. lesioni iatrogene vanno prevenute e riconosciute per evitare fistole permanenti). Danni del tessuto connettivo, dei muscoli e dei nervi sono tra le cause del cedimento del pavimento pelvico, in particolare è molto frequente la lesione del muscolo dell'elevatore dell'ano. L'anatomia del pavimento pelvico si può paragonare ad una struttura multipiano, come un garage, è costituita da tessuto connettivale, seguito da tessuto muscolare e dallo strato fasciale. La fascia connettivale che copre tutti gli organi pelvici si ispessisce in alcuni settori formando i ligamenti che sostengono gli organi stessi nell'addome. La vagina è sospesa dai ligamenti cardinali e utero sacrali. In menopausa l'ipermobilità dell'utero è dovuta ad una mancanza di sostegno e ad una rarefazione del connettivo secondaria al calo estrogenico. Quali sono le possibilità attuali di ripresa della donna dopo una gravidanza o ad un inizio di patologia del prolasso utero-vaginale di primo grado? Se ne è discusso a Trani, dal 5 al 6 febbraio scorso, nel corso del convegno organizzato dal professor **Giuseppe Carrieri** "Uroginecologia: master class 2016", al centro le tecniche riparative per conservare la sospensione dell'utero e della vescica al perineo.

La correzione del difetto vaginale anteriore, cistocèle, è chirurgica con l'intervento di colpopezia per via laparoscopica o a cielo aperto. Spesso le donne subiscono un'isterectomia totale e anche un'ablazione delle ovaie per una patologia di prolasso vaginale. Le ovaie, secondo le linee guida si rimuovono nelle donne con età superiore ai 55 anni perché possono essere sede di tumori. Nella fascia di età dai 40 anni ai 55 anni la rimozione delle ovaie non è consi-

gliata. Anche se apparentemente non funzionanti, dopo i 55 anni le ovaie producono ormoni sessuali maschili, molto preziosi per la donna in menopausa. Nella



pratica clinica, le donne sessualmente attive prestano attenzione alla funzionalità vaginale con la terapia sostitutiva anche in menopausa conclamata. Quindi, la presenza di un prolasso utero-vaginale e di cistiti recidivanti sono i primi aspetti biologici di un invecchiamento del corpo femminile. Fissare una rete sulla volta vaginale con un semplice intervento per un prolasso di primo grado (lo scivolamento della vescica nella parte superiore della vagina) è un intervento di facile realizzazione e va fatto tempestivamente.

Preservare l'utero sospendendolo per ristabilire l'equilibrio delle forze nel pavimento pelvico significa conservare la meccanica della contenzione vaginale e vescicale. Quando il prolasso è utero-rettale, cioè nella parte posteriore della va-



gina, l'intervento è più complesso. Tuttavia non bisogna aver paura di sottoporsi a queste tecniche mini invasive per evitare interventi demolitivi, spesso poco riabilitanti per la funzione sessuale, come l'isterectomia totale per via vaginale.

La tecnica combinata di correzione del difetto vaginale e incontinenza da sforzo, denominata P.C.S. (Pubo Vaginal Cistocel Sling) si esegue preso il centro del prof. Carrieri ed è stata illustrata dal prof. Luigi Cormio durante il corso. L'intervento di SLING au-

tologa con la fascia del muscolo retto dell'addome si esegue in circa 90 minuti, in una degenza operatoria di circa 4 giorni. Non ci sono rischi di erosione della parete vaginale, di recidive e di converso c'è il vantaggio della correzione della funzione vaginale senza corpi estranei e senza le conseguenze relative all'uso di mesh sintetiche. Operarsi e prevenire danni futuri: questo significa vivere meglio consegnandosi nelle mani di un uro-ginecologo esperto, naturalmente! **Y**

La vescica iperattiva, un problema sociale diffuso: terapia multimodale

L'incontinenza urinaria è, nel mondo, un problema fisico, sociale, psicologico, lavorativo e coinvolge anche la sfera sessuale. Tuttavia, nonostante la portata della problematica anche nel mondo femminile, in urologia si presta molta attenzione ai disturbi della minzione correlati alla patologia prostatica e vescicale che, spesso, sono meglio inquadrabili nella clinica della cosiddetta vescica iperattiva.

Le opzioni terapeutiche per la vescica iperattiva della donna prevedono il ricorso a numerose tecniche chirurgiche, per la terapia dell'incontinenza urinaria femminile collegata al deficit degli sfinteri, e a nuovi trattamenti farmacologici e neuro-riabilitativi.

Lo stato dell'arte delle terapie farmacologiche dell'incontinenza urinaria si basa essenzialmente sul protagonista della corretta fisiologia neuro-vescicale: il recettore muscarinico, situato nel muscolo vescicale. Il muscolo della vescica contiene alcuni recettori, in particolare il recettore M2 ed M3. L'attivazione non controllata di tali recettori determina una contrazione involontaria della muscolatura liscia che, a sua volta, può generare un'involontaria perdita di urina.

La terapia di prima linea delle forme lievi di vescica iperattiva con incontinenza urinaria può avvalersi di un approccio terapeutico comportamentale, quale training vescicale, strategia di controllo della motilità vescicale, riabilitazione del pavimento pelvico etc...

La seconda linea terapeutica, da integrare alla precedente, è costituita, appunto, dall'utilizzo di farmaci antimuscarinici, con formulazione a rilascio prolungato che consentono una finestra terapeutica più ampia ed una sensibile riduzione degli effetti collaterali, con efficacia clinica che raggiunge l'80% dei casi. La terapia della vescica

iperattiva ha, tuttavia, un costo elevato almeno nel nostro paese e presenta, in alcuni casi, una significativa incidenza di effetti collaterali. Di recente introduzione sono nuove molecole, definite nell'ambito degli agonisti B-adrenergici, con uno spazio di tollerabilità maggiore nei trattamenti a lungo termine ed effetti collaterali ridotti rispetto agli antimuscarinici.

Nei casi di vescica iperattiva neurogena, resistente alla citata terapia farmacologica, laddove il paziente lamenta urgenza incontinenza e ridotti volumi minzionali, esiste attualmente una terza linea farmacologica costituita dalla **tossina botulinica**. La tossina botulinica, già impiegata in gastroenterologia, in neurologia e in chirurgia estetica guadagna spazio, già da alcuni anni, anche in ambito urologico. Essa appare sensibilmente efficace nelle vesciche neurogene laddove fallisce l'uso cronico di anticolinergici.

Prima di eseguire l'impianto della tossina in vescica è necessaria l'esecuzione di uno studio neuro-uro-dinamico. L'intervento si esegue in regime di day hospital, in anestesia locale ed in endoscopia, mediante iniezione "a pomfo" di 300-400 UI di tossina botulinica (circa 30-40 pomfi). Ciò consente di rilasciare efficacemente il detrusore per un periodo variabile di 3-6 mesi con il vantaggio di aumentare la capacità vescicale, ridurre le pressioni di riempimento del serbatoio e gli episodi di incontinenza, aumentare gli intervalli tra una minzione e l'altra.

Un altro presidio terapeutico per la vescica iperattiva è rappresentato dalla **Neuromodulazione sacrale**, è una tecnica nata presso la scuola di San Francisco circa 25 anni fa; essa propone l'uso di un peace-maker vescicale capace di ridurre l'iperattività vescicale e migliorare anche la fase di

svuotamento vescicale. Prima questa metodica si svolgeva in maniera più invasiva, in anestesia generale, con l'applicazione di un elettrodo sul forame ovale per via percutanea. Oggi, rispetto al passato, si utilizza un elettrodo auto fissante, in anestesia locale e in radioscopia, con il posizionamento del pace maker nel forame sacrale. Di questa metodica ha parlato il dottor Michele Spinelli, urologo responsabile della Neurourologia del Niguarda, al recente Convegno di Trani Urologia Master Class; è stato infatti dimostrato che, dopo 20 anni dal posizionamento di un neuro modulatore, il 66% dei pazienti ha ridotto gli episodi di incontinenza (migliorando anche l'intervallo delle minzioni), registrando nel 34,5% una efficacia terapeutica assoluta.

Altra tecnica per il neuro-trattamento della vescica iperattiva prevede la **stimolazione pulsata del nervo pudendo**. Questa metodica risulta efficace soprattutto in pazienti con vescica iperattiva secondaria a lesioni neurologiche parziali.

Numerosi sono i vantaggi della tecnica di stimolazione del pudendo quali la semplicità della esecuzione, in mani esperte, con un elettrodo guida posizionato in sede trans rettale. Esso registra le stimolazioni del nervo e le corregge adottando correnti a frequenze terapeutiche. Questa tecnica è utilizzata soprattutto in pazienti che non riscuotono soddisfacenti risultati farmacologici o a seguito dell'impianto di neuro-modulazione sacrale.

In conclusione, il futuro apre a sistemi intelligenti che prevedono la stimolazione del nervo sacrale, pudendo o tibiale e, contemporaneamente, il controllo complesso con tecniche multifrequenza tributate dalla esperienza della neuro-modulazione.

Bari: Hot Topics in Ostetricia e Ginecologia

Una illusoria realtà quella della robotica? I nuovi orizzonti della tecnica inducono i più al desiderio di imparare, senza considerare quello che invece è possibile realizzare con la professionalità. **La mini- e micro-laparoscopia in ginecologia** è una realtà degna di eccellenza internazionale. **Fabio Ghezzi**, direttore Struttura Complessa Ginecologia e Ostetricia-ASST Settelaghi - Varese, direttore della Scuola Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia dell'Università degli Studi dell'Insubria, ci ha condotto nel campo della chirurgia laparoscopica più innovativa e tecnologicamente avanzata, spiegando come sia tecnicamente possibile ottenere risultati di benessere della paziente con costi ridotti. Il reparto ha ottenuto lo scorso marzo l'accreditamento di Eccellenza in Chirurgia Ginecologica Mini-Invasiva (COEMIG) da parte dell'Associazione Americana dei Ginecologi Laparoscopisti (AAGL). L'equipe varesina è la prima in Italia a raggiungere questa certificazione. In chirurgia ginecologica, dopo il cambiamento dirompente avvenuto negli anni '90 con l'introduzione della laparoscopia, abbiamo assistito nell'ultimo decennio da un lato all'implementazione delle tecniche mini-invasive per un numero crescente di procedure, via via più complesse, dall'altro al tentativo di potenziare ulteriormente gli innegabili vantaggi della chirurgia laparoscopica rispetto a quella convenzionale. Questo tentativo si è sviluppato in due direzioni: la prima è stata quella di perseguire un'ulteriore diminuzione del trauma chirurgico attraverso la riduzione del numero e/o del calibro degli accessi laparoscopici, la seconda è stata quella di ovviare ad alcune limitazioni della chirurgia laparoscopica introducendo la robotica. Con il termine di mini-laparoscopia si intendono procedure lapa-



Le tecniche chirurgiche innovative, la diagnostica e la fertilità femminile. Questi i principali temi al centro del convegno Hot Topics in Ostetricia e Ginecologia, svoltosi a Bari il 16 febbraio scorso. Qui illustrati alcuni degli argomenti più interessanti affrontati nel corso dell'incontro patrocinato da Aogoi e Sigo

roscopiche eseguite con strumenti del diametro di 3 mm (anziché i 5-12 mm convenzionali), con l'unica eccezione dell'ottica che può essere di 5 mm, mentre si parla di micro-laparoscopia quando gli strumenti hanno un calibro inferiore o uguale a 2 mm. La miniaturizzazione degli strumenti è associata a riduzione del dolore postoperatorio (evidenza di livello I documentata in chirurgia generale) e migliori esiti estetici e minimizza il rischio di ernie incisionali, complicanza rara ma temibile della chirurgia mini-invasiva. In letteratura non sono mai state riportate ernie in sede di trocar in adulti sottoposti a procedure laparoscopiche con strumenti di diametro inferiore ai 5 mm. Il progresso tecnologico ha consentito di disporre di strumenti miniaturizzati affidabili, sufficientemente robusti e sicuri per quanto concerne la capacità di emostasi anche in situazioni difficili. Questo ha permesso l'esecuzione di interventi ad elevata complessità, come quelli per patologia ginecologica maligna (isterectomia radicale, linfadenectomie pelviche e lombo-aortiche), con tecniche mini-laparoscopiche, ottenendo esiti chirurgici paragonabili a quelli della la-

paroscopia convenzionale, come dimostrato da plurimi studi di confronto, sia osservazionali che randomizzati. A differenza delle procedure eseguite con singolo accesso ombelicale (Laparo-Endoscopic Single-Site Surgery - LESS) la mini-laparoscopia prevede esattamente la stessa successione di gesti chirurgici della laparoscopia, lo stesso assetto operatorio e sfrutta la medesima curva di apprendimento. Inoltre, in un momento in cui la medicina deve necessariamente fare i conti con una congiuntura economica non favorevole, va sottolineato come l'investimento richiesto per l'upgrade da laparoscopia a minilaparoscopia è solo quello dell'acquisto dello strumentario, che oltretutto può essere poliuso e quindi più facilmente ammortizzabile. Certamente il chirurgo che decide di perseguire la strada della miniaturizzazione degli accessi non ha i vantaggi in termini ergonomici e di postura che la chirurgia robotica può offrire e sicuramente deve avere alla spalle un background di consolidata esperienza in ambito di chirurgia mini-invasiva, ma da più parti ci si inizia a chiedere se l'agio della chirurgo e la supposta curva d'apprendimento più breve giustificano gli onerosi investimenti richiesti per acquisto e mantenimento dei sistemi robotici, a fronte di una mancanza di prove di superiorità in termini di risultati clinici, particolarmente in ambito ginecologico.

La strada della miniaturizzazione e della riduzione del numero di accessi non deve essere vista come un virtuosismo chirurgico mirato a perseguire la chimera di una "scarless surgery" e da riservare alle pazienti più giovani ed esigenti intermini di esito estetico, ma come un percorso appropriato in termini non solo di efficacia ma anche di efficienza, intesa come corretta allocazione e buon uso delle risorse economiche. Il tema sul **cancro della mammella** è stato ampiamente sviluppato da **Fedro Peccatori**, direttore della Unità di Fertilità e Procreazione in Oncologia all'Istituto Europeo di Oncologia in tre ambiti principali: nelle giovani donne, nell'infertilità femminile e nella gravidanza. I temi si intrecciano tra di loro e seguire simbolicamente una donna su tre chiome, come quello di una treccia delicata, è un abbastanza complesso. Il tumore della mammella nelle donne giovani è quello che si verifica ad un'età inferiore ai 40 anni; in Italia ci sono circa 2500 nuovi casi ogni anno, con un tasso standardizzato per età di 13.2 per 100.000. Il numero dei tumori diagnosticati è in aumento in tutte le regioni del mondo per fattori riproduttivi, ambientali e genetici. Nelle nazioni in via di sviluppo, la percentuale di tumore della mammella nelle donne giovani arriva fino a quasi il 50% di tutti i casi. La prognosi del tumore mammario nelle giovani donne è peggiore rispetto alle meno giovani. Perché? Primo fattore è rappresentato dalla diagnosi tardiva: non c'è screening pertanto il ritardo diagnostico porta a trovare tumori più grandi, con maggiore probabilità di linfonodi interessati. Secondo fattore è costituito dall'associazione tra l'età e fattori biologici sfavorevoli: minore espressività dei recettori per estrogeni o per il progesterone, elevato indice proliferativo, elevata espressione della oncoproteina HER2. Grazie al mi-

glioramento delle terapie locali e sistemiche (prevalentemente la chemioterapia, l'ormonoterapia e la terapia anti HER2) la sopravvivenza è migliorata, con circa il 70% di pazienti vive e libere da malattia a 8 anni dalla diagnosi. In alcuni sottogruppi di pazienti la prognosi è ancora migliore, con probabilità di guarigione superiore al 90%. Purtroppo il prezzo da pagare per risultati tanto buoni è, tra gli altri, la tossicità sull'ovaio (secondaria al dosaggio, all'età e all'uso di alchilanti) per la chemioterapia e la lunga durata della terapia con aumento della età e riduzione della fertilità per le terapie ormonali. Utile quindi pensarci per tempo e mettere in atto tutte le possibili strategie preventive prima dell'inizio dei trattamenti. Sul tema dell'**infertilità e carcinoma mammario** il professore ha risposto al quesito: L'infertilità è un fattore di rischio per cancro mammario? Si parte dalla condizione di donne che: fanno terapie ormonali, hanno meno fattori protettivi (come % gravidanza ed allattamento), possono avere un meccanismo di diminuzione dell'AMH (riserva ovarica). La risposta è che l'infertilità non è associata ad un rischio maggiore di avere tumori. Le donne BRCA 1/2 positive possono essere lievemente a rischio per infertilità e mostrare ridotta risposta alla FIVET, ma i dati sono ancora controversi. Il terzo argomento: **Gravidanza dopo tumore mammario**. La possibilità che la donna con pregresso carcinoma mammario ha di avere un figlio è ridotta al 50% rispetto ad una donna sana. In aggiunta ci sono altri fattori come: l'età, i trattamenti tossici sull'ovaio, la paura della gravidanza. Questa paura è infondata perché le evidenze scientifiche hanno dimostrato che la gravidanza non aumenta la mortalità per carcinoma mammario. Anche dopo terapia per tumore endocrino-responsivo non aumenta il rischio di recidiva. La fecondazione assistita dopo diagnosi di tumore non aumenta il rischio di recidiva, ma utilizzare FIVET o ICSI con gameti propri è poco efficiente. (M.P.S.)

Il Puerperio nel XXI secolo

Si è svolto a Maglie (Le), il 20 febbraio scorso, il Convegno "Il Puerperio nel XXI secolo". L'evento, patrocinato da Aogoi, Agite e dalla Asl Lecce e organizzato dalla segretaria Agite Puglia Annunziata Marra nella splendida cornice di Villa Zaira, ha visto la partecipazione di un folto numero di ginecologi, pediatri, medici di famiglia, ostetriche, nutrizioniste ed infermiere

L'intensa giornata di lavoro, aperta dai saluti del presidente Aogoi **Vito Troiano** e dal past president Agite **Giovanni Fattorini**, ha visto momenti di confronto sulla gestione delle puerpere, per le quali possono presentarsi non solo problematiche squisitamente ostetriche (emorragie post-partum, complicanze trombo-emboliche etc), ma anche psico neurologiche e comportamentali.

Il modello di gestione, per essere idoneo ad affrontare le reali esigenze delle puerpere, deve essere espressione di una forte integrazione Ospedale-Territorio, a partire dalla cartella clinica della gestante. Da ciò deriva la inderogabile necessità di adoperare l'Agenda della gravidanza, purtroppo non ancora usata in tutte le regioni e fra queste la Puglia. Se quindi è vero che la fisiologia del Puerperio attiene al Territo-

rio, è assolutamente necessario che esso sia messo in condizioni di affrontarla compiutamente. Secondo alcuni la vera integrazione potrebbe essere realizzata qualora siano gli stessi operatori a svolgere la propria attività ora in ambito ospedaliero ora al di fuori di esso. In ogni caso il Team multidisciplinare di riferimento per la puerpera è composto: ginecologo, ostetrica, pediatra e, laddove si presenti una difficoltà relazionale madre-

bambino, psichiatra e psicologa. Dalle relazioni è emerso il ruolo cruciale svolto dal C.A.N. (corso di accompagnamento alla nascita), che nell'Ospedale di Scorrano vanta un'eccellenza maturata sul campo, sia per la più che ventennale presenza, sia per l'appassionata dedizione delle ostetriche. Per quanto attiene la tutela giuridica della puerpera, risulta che nel nostro paese, pur in presenza di numerose norme di legge e interventi legislativi anche recenti, è necessario un potenziamento degli stessi per far fronte alla sempre più evidente crisi della natalità. Al termine dei lavori, un simpatico momento musicale è stato centrato sulle ninne-nanne della tradizione popolare salentina, nella cornice della "Pizzica", con



ballerina e cantante accompagnate da tamburello chitarra ed organetto, così come suggerito nella brochure con la raffigurazione della mamma che allatta suonando. Annunziata Marra

AOGOI PUGLIA

Emergenze Ostetriche: Corsi Teorico - Pratici

Sabina Di Biase
Segretario Aogoi Foggia

Nutrita la partecipazione dei ginecologi e delle ostetriche delle province di Foggia e Bari alle due giornate teorico-pratiche fortemente volute dal Presidente Aogoi, dal Segretario Regionale Pier Luigi Sozzi e dal Segretario Provinciale di Foggia Sabina Di Biase. Il parto, come ha sottolineato il presidente Aogoi Vito Trojano in apertura dei corsi, rappresenta un passaggio fondamentale nella vita della madre e del bambino, in cui si concentrano emozioni e, a volte, anche pericoli di grande portata. Per questo le emergenze ostetriche - in primis l'emorragia post partum e la distocia di spalle - eventi per loro natura non preannunciati e imprevedibili, rappresentano un vero e proprio "incubo" per ogni ginecologo. Di qui l'importanza della realizzazione di eventi formativi come questi, dove le simulazioni con esercitazioni pratiche a piccoli gruppi su manichini e simulatori di ultima generazione rappresentano un elemento chiave per la gestione delle emergenze, che ri-

San Severo (Fg) e Bari hanno ospitato, il 18 e il 19 marzo scorso, due corsi dedicati alla formazione nell'ambito delle emergenze ostetriche. Moltissimi i ginecologi e le ostetriche che hanno aderito alle due giornate teorico pratiche che L'Aogoi ha voluto dedicare alla formazione nell'ambito delle emergenze ostetriche. L'evento è stato accreditato al ministero della Salute



chiede di assumere decisioni in tempi rapidissimi, come evidenziato dal Segretario Regionale Aogoi Sozzi nella sua presentazione ai corsi e dal Direttore Generale della Asl di Foggia Vito Piazzolla.

Nella prima parte dei corsi, due specialisti del settore: Claudio Crescini, direttore della Uoc di Ostetrica e Ginecologia dell'Ospedale San Giovanni Bianco di Bergamo, e Marzia Maini, della U.O. di Oste-

tricia e Ginecologia dell'Ospedale "Carlo Poma" di Mantova - coadiuvati da Lucia Mirabella e Agostino Brizzi, due specialisti anestetisti-rianimatori delle strutture di riferimento di Foggia e Bari - hanno affrontato uno



gli argomenti più importanti tra le emergenze ostetriche, ovvero l'emorragia post-partum esaminando: cause, prevenzione, trattamento conservativo e demolitivo, shock emorragico, gestione dei li-

quidi, correzione della volemia e alterazioni della coagulazione. La seconda parte del corso è stata incentrata su un altro grande tema di emergenza ostetrica: la distocia di spalla, con particolare riguardo al protocollo relativo alle manovre ostetriche. Le sessioni pomeridiane sono state dedicate alle simulazioni con esercitazioni pratiche a piccoli gruppi su manichini e simulatori di ultima generazione. La partecipazione attiva agli interventi dei relatori e l'entusiasmo riservato alle simulazioni pratiche denotano il grado di interesse per un tema, quello delle emergenze ostetriche, che come più volte sottolineato nel corso dei lavori, spesso rappresenta una "dura prova" nella pratica di molti ginecologi e ostetriche. Osservare l'esecuzione di tutte le manovre pratiche medico chirurgiche, nel rispetto di protocolli in check list - che vanno rigorosamente approvati ed eseguiti anche in funzione di eventuali contenziosi medico legali - è la via maestra per prevenire e ridurre gli eventi avversi. Le questioni affrontate, pregevolmente approfondite dai relatori in un'avvincente e appassionante riflessione, arricchita dagli interventi in sede di dibattito, hanno fatto emergere diversità di posizioni e di sensibilità che, tuttavia, hanno trovato un punto d'incontro e di condivisione nel principio del rispetto delle donne durante il parto e della loro dignità di persona. **Y**

► Segue da pagina 12

I NUMERI DEL RAPPORTO

si è verificato in accesso al Pronto soccorso e nel 9,34% in ambulatorio.

Sinistri per tipo di procedimento: il 74,44% dei sinistri aperti ha un procedimento stragiudiziale, la Conciliazione è all'8,98%.

Sinistri per tipologia tramite: nel 72,34% dei casi le denunce vengono presentate tramite l'avvocato, direttamente invece nel 10,61% dei casi e 3,87% attraverso una agenzia antiinfortunistica.

Percentuale sinistri chiusi in via stragiudiziale entro l'anno: 7,87%

Rapporto tra importi liquidati e somme preventivate: 0,27. In sostanza viene liquidato in media il 27% di quanto preventivato.

Sinistri per età (del danneggiato): nel 33% dei casi riguarda persone over 65, mentre nel 17% dai 45 ai 54 anni e nel 16% la fascia di età tra i 55 e i 64 anni

Massimo/minimo importo liquidato per tipo di danno. L'importo massimo per lesioni personali liquidato è stato di 2,4 milioni di euro mentre il minimo è stato di 16.150 euro. Per quanto riguarda le lesioni di diritti giuridicamente rilevanti il massimo liquidato è stato di 2 milioni di euro e il minimo di 52,6 euro. Per decesso il massimo liquidato è stato di 1,4 mln.

► Segue da pagina 19

Fucci: No ai falsi problemi. Le priorità sono ben altre

rio di quanto pensa Rossi che invoca addirittura una legge di iniziativa popolare probolizione dell'intramoenia, per dotare gli ospedali di strutture in grado di garantire lo svolgimento dell'Alpi. Altrimenti, in modo realistico, bisognerà constatare che, anche senza l'abolizione dell'intramoenia frettolosamente sostenuta da Rossi, la sanità pubblica andrà depauperandosi con la trasmissionazione verso la libera professione in esclusiva di professionalità di altissimo livello. Rilanciare, anche in campo sanitario, antiche o immotivate contrapposizioni tra pubblico e privato è fuori dai tempi e alimenta conflittualità davvero inutili. Guardiamo semmai alla collaborazione e all'integrazione tra pubblico e privato. Il tutto tenendo come unico punto di riferimento il dovere, che lo Stato e le Regioni devono perseguire, di offrire agli italiani un'ampia libertà di scelta e un'offerta di tutela della salute adeguata".

Benedetto Fucci
Commissione
Affari Sociali della Camera

► Segue da pagina 19

Intramoenia: nel 2015 ha fatturato 1,018 mld.

Report della Corte dei conti. I dati economici dell'attività libero professionale in intramoenia relativi al 2015, contenuti nel rapporto 2016 della Corte dei Conti sulla finanza pubblica (vedi p. 10), indicano che complessivamente l'intramoenia ha generato ricavi per un totale di 1,018 miliardi, di cui 809,4 di spettanza del personale e 209,2 delle Asl. Rispetto al 2014 c'è stato un calo complessivo del 2,7% pari a 28,5 milioni in meno, che ha pesato quasi esclusivamente sui medici che hanno incassato 27,2 milioni in meno. Solo lo 0,63% in meno per le Asl che hanno quindi perso solamente 1,3 milioni di euro. I maggiori ricavi si concentrano nelle regioni del Nord con 611,1 milioni, di cui 478,5 ai medici, segue il Centro con 251,6 milioni di cui 198,5 ai medici e infine il Sud con 155,9 mi-

lioni di cui 132,4 ai medici. Prendendo a riferimento i dati dell'ultima Relazione al Parlamento sull'intramoenia, che risalgono però al 2013, risultavano occupati nell'attività circa 55.500 medici che in quell'anno avevano incassato 16.800 euro pro capite dall'attività libero professionale. Ipotizzando lo stesso numero di medici anche nel 2015, ma il dato attuale non è ancora noto e potrebbe essere variato probabilmente in decremento, gli incassi pro capite scenderebbero quindi a 14.500 euro a testa.



Nasce il GOIPP: il Gruppo ostetriche italiane pavimento pelvico. A breve le prime raccomandazioni

■ L'Associazione Italiana di Ostetricia, affiliata AOGOI, ha presentato ufficialmente il Gruppo Scientifico di Ostetriche AIO dedicato al Pavimento Pelvico Femminile. "A breve usciranno le nostre prime Raccomandazioni – ha annunciato la presidente AIO Antonella Marchi – per fornire alle Ostetriche Italiane indicazioni sulla prevenzione, cura e trattamento del P.P.

"Stiamo lavorando da anni a questo progetto, il primo obiettivo del Goipp – ha spiegato la presidente Aio **Antonella Marchi** – è quello di riunire ad un unico tavolo tecnico tutte le ostetriche che lavorano in questa specialità. Il secondo obiettivo è di produrre strumenti di lavoro, attraverso un'attenta metodologia scientifica per il recupero delle disfunzioni del pavimento pelvico femminile. Il terzo è quello di sviluppare nuovi ambiti professionali per le Ostetriche Italiane, in autonomia e in collaborazione con gli specialisti ginecologi, urologi, proctologi, fisioterapisti e psicologi. La domanda di diagnosi, cura e trattamento delle varie patologie del pavimento pelvico esige infatti una risposta multidisciplinare, che coinvolge tutti questi professionisti".

Segretaria del GOIPP è stata nominata la Dottoressa **Antonella Cavalieri**, un'ostetrica che da 15 anni si occupa di rieducazione e riabilitazione del pavimento pelvico in ambito uro-ginecologico e colon-proctologico. A breve verranno presentate le prime Raccomandazioni AIO - GOIPP per fornire alle Ostetriche Italiane indicazioni sul-



la prevenzione, cura e trattamento del Pavimento Pelvico.

All'interno delle Raccomandazioni, che saranno disponibili sul sito www.associazioneitalianaostetrica.it, ci sarà anche una parte dedicata alla Job Description per l'Ostetrica specializzata nella rieducazione/riabilitazione del pavimento pelvico e una sezione sugli aspetti di responsabilità professionale".

"Il pavimento pelvico è materia assai complessa poiché coinvolge

diversi distretti anatomici del tratto urinario, genitale e colon-retto-ale, e all'ostetrica è richiesta una elevata competenza – ha affermato Cavalieri. Il neo costituito Gruppo Ostetriche Italiane Pavimento Pelvico intende coinvolgere tutte le Ostetriche che si interessano e si occupano di pavimento pelvico: dalla prevenzione al trattamento delle disabilità pelvipereineali con la riabilitazione del pavimento pelvico. Il Gruppo è aperto a tutte le colleghe che ab-

"Uno dei nostri obiettivi a medio termine è quello di creare dei centri, gestiti dalle ostetriche, dedicati alla prevenzione e al trattamento dei disturbi del pavimento pelvico. La prevenzione è fondamentale. Per questo inizieremo dalla scuola, con attività di informazione e prevenzione rivolta alle adolescenti, per prepararle fin da giovanissime, ad aver cura del loro pavimento pelvico e non attendere di i primi disturbi per ricorrere ad uno specialista"

biano l'entusiasmo di crescere in questo campo".

Scopi primari del G.O.I.P.P. sono:

- fornire un'occasione di crescita professionale attraverso un interscambio scientifico tra colleghe e la condivisione di esperienze;
- creare una cultura del pavimento pelvico nel tessuto sociale e professionale;
- sollecitare l'interesse dell'ostetrica in questo ambito, anche in previsione di nuovi sbocchi professionali;
- promuovere la ricerca scientifica, stimolando le partecipanti a produrre documenti di rilevanza;
- collaborare con tutte le società scientifiche nazionali e internazionali che si interessano di pavimento pelvico.

"Una novità importante – ha sottolineato Marchi – è l'attività di prevenzione nelle scuole rivolta alle adolescenti che le Ostetriche Aio intendono svolgere nell'ambito degli incontri di educazione affettiva e sessuale, per preparare le giovani donne ad aver cura del loro pavimento pelvico e non attendere di avere i primi disturbi per ricorrere ad uno specialista. I disturbi del pavimento pelvico sono spesso associati ad incontinenza urinaria e fecale: un handicap grave che comporta alti costi, non solo in termini umani ma anche economici. È auspicabile che, sia all'interno degli ospedali che sul territorio, vengano creati dei centri gestiti dalle Ostetriche, dedicati alla prevenzione e al trattamento educativo/riabilitativo dei disturbi del pavimento pelvico. Vorremmo sensibilizzare il Ministro della Salute Lorenzin su queste tematiche femminili, per questo le chiederemo a breve la disponibilità per un incontro". **Y**

► Segue da pagina 11

"Spending review sta mettendo a rischio l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari"

ziato è stato quello relativo alla situazione del **debito verso i fornitori del settore sanitario**. "I dati comunicati dalle Regioni per la gestione di competenza dell'esercizio 2014 registrano una significativa diminuzione della massa debitoria rispetto al 2011. Il trend è incoraggiante, anche se il debito residuo resta imponente, e occorre segnalare cautela sulla qualità del dato, che presenta ancora margini di miglioramento. Occorrerà, poi, verificare se, a regime, terminati gli effetti delle

anticipazioni di liquidità, il comparto sia in grado di proseguire nel percorso di abbattimento delle passività correnti". Dall'analisi della gestione di cassa dei Comuni, ha concluso Squitieri, "è emerso, sul versante delle entrate, il permanere di diffuse tensioni di cassa conseguenti ai ripetuti tagli ai trasferimenti statali disposti dalle manovre finanziarie susseguite dal 2011 che, verosimilmente, sono all'origine degli aumenti generalizzati dei tributi immobiliari (Ici-Imu-Tasi)".

Dopo le critiche della Corte dei Conti sulla gestione della spending review il Governo ha ribattuto precisando cifre e filosofie adottate nel biennio 2014/2015. **In una nota il Mef** ha riepilogato gli interventi messi in atto nel biennio di governo Renzi. Per la sanità è stato sottolineato l'adeguamento del fabbisogno sanitario standard, specificando che è limitato al 2016, l'adozione dei nuovi Lea e l'introduzione del piano di rientro per le aziende ospedaliere e universitarie in deficit. **Y**

► Segue da pagina 11

Nel 2015 danni erariali nella sanità per 87,7 milioni di euro dalle sentenze di primo grado

soggetti condannati in prima istanza di potersi avvalere della possibilità di definire il giudizio in via agevolata, con la possibilità di ridurre drasticamente il pagamento del risarcimento del danno ad un importo non superiore al 30% della somma stabilita in primo grado, sia per effetto di una diversa valutazione della vicenda da parte del giudice d'appello, che può naturalmente poi pronunciarsi per l'assoluzione.

A tali aspetti si aggiunga, inoltre, la ben nota criticità della difficile esecuzione delle sentenze di responsabilità e si comprende come i dati sugli importi di condanna non possano corrispondere a quelli che saranno effettivamente incamerati nelle casse dell'erario.

(Tratto dal paragrafo "Gestione della spesa sanitaria: danni erariali nella sanità" del V.P.G. Paola Briguori) **Y**

[illegible]

**SUL SITO
WWW.AOGOI.IT
è DISPONIBILE
IL CALENDARIO
EVENTI**



AOGOI
ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

CONGRESSO REGIONALE
AOGOI CALABRIA
AGITE/AIO/FESMED

**ADVANCED PROJECT
ON WOMEN'S HEALTH**

27-28 MAGGIO 2016

**T HOTEL,
LAMEZIA TERME**

Responsabile Scientifico:
Dott. Franco Marincolo

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

EMS GROUP - Euro Medical Service S.r.l.
ID Provider 3765
Via A. Manzoni, 259 - 80123 Napoli
Tel. 0815752799 - Cell. +3939913739
info@emsgroup.it - www.emsgroup.it

EMS



HO
scoperto
la pillola,
senza
pillola!

Oggi esistono nuovi metodi contraccettivi
sicuri ed efficaci
che hanno diverse modalità di assunzione.

Scopri la contraccezione più adatta a te:
chiedi consiglio al tuo ginecologo e vai su
www.lapillolasenzapillola.it

la pillola,
senza
pillola!

Una campagna educativa
di MSD

Onligol[®]

Macrogol 4000

- Regolarizza l'intestino e facilita l'evacuazione

- Non provoca né crampi né dolore addominale

- La sua efficacia non si riduce nel tempo

- Non altera il gusto della bevanda

- Non contiene eccipienti o aromi

- **SENZA ZUCCHERO**



AD AZIONE LASSATIVA

**IL PRIMO MACROGOL SENZA ELETTROLITI E SENZA AROMA
CHE SI SCIOLGIE IN QUALSIASI BEVANDA, ANCHE CALDA**
(es. tè, tisane, latte, brodo o succo di frutta)

ALFA WASSERMANN

Alfa Wassermann fa parte del gruppo Alfasigma