

16 DICEMBRE: MEDICI IN SCIOPERO

Salviamo il nostro Ssn: un "modello" che rischia di frantumarsi

■ "MORTALITÀ MATERNA"

Il bilancio della mortalità materna nel mondo. I dati dell'ultimo Rapporto globale dell'Oms presentati all'Iss

■ RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Approvato il Ddl in commissione Affari Sociali. Aogoi: Buono l'impianto della legge, ma ancora presto per illudersi

■ CONTRACCEZIONE POST IVG

Garantire l'accesso ai metodi contraccettivi più efficaci per prevenire le Ivg ripetute. Il Progetto Aogoi

FLORA BATTERICA

PROBIOTICO

cresce



FLORA BATTERICA

PSYLLOGEL[®] Megafermenti

cresce

+

nutre



Il simbiotico con psyllium e fermenti, per il benessere del tratto urogenitale



PSYLLOGEL[®] Megafermenti 6
con fibra di psyllium e 6 miliardi di fermenti lattici vivi, sostiene la microflora e ripristina la salute intestinale, per contrastare le infezioni del tratto genito-urinario e per prevenire le recidive.

NATHURA.COM



NATHURA[®]

LA NOSTRA RICERCA,
IL TUO STAR BENE.

19

**Responsabilità professionale**

“L’impianto della legge è buono. Non posso dire che sia la migliore possibile in quanto ci sarebbero diversi aspetti da affinare, ma il suo zoccolo duro su responsabilità medica, rischio clinico e assicurazioni è senz’altro valido”

20



“L’approvazione del Ddl sulla responsabilità professionale da parte della commissione Affari Sociali è un primo passo, importante ma non decisivo. Non bisogna ancora illudersi”

PRIMO PIANO

- 4 **16 DICEMBRE: SCIOPERO GENERALE**
Salviamo la sanità in pericolo



- 8 **Rapporto Cedap. Prosegue il calo**
delle nascite, Tc sempre troppo elevati

- 9 **Aborto: per la prima volta sotto**
quota 100mila. Resta alta
l’obiezione di coscienza

- 10 **Oms: il bilancio della mortalità**
materna nel mondo. I dati
dell’ultimo Rapporto globale

- 12 **Eterologa. Le Società scientifiche**
bocciano il nuovo regolamento
ministeriale su screening genetico
dei donatori di gameti

- 13 **Corte Costituzionale: illegittimo**
l’articolo che vieta la selezione
di embrioni affetti
da malattie genetiche

- 15 **Ecm: si riparte con la nuova**
Commissione nazionale
per la formazione continua

- 15 **Nascite. Lorenzin presenta il piano**
nazionale per le emergenze a Messina

IN EVIDENZA

- 17 **Verso il SIGO 2016**
“La salute al femminile tra
sostenibilità e società multietnica”
Presentato in conferenza stampa il prossimo
Congresso Nazionale

PROFESSIONE

- 18 **Responsabilità professionale:**
approvato il Ddl in commissione
Affari Sociali.

**Agoi: “Passo importante
ma non decisivo”**

- Le interviste al presidente e al segretario nazionale Agoi
- Il contributo dell’On. Benedetto Fucci
- Il testo unificato risultante dagli emendamenti approvati dalla XII Commissione

- 25 **Le nuove frontiere della**
neuropelveologia.
A colloquio con Marc Possover
Maria Rita Montebelli

- 26 **La contraccezione dopo Ivg**
Silvia von Wunster e Antonio Chiantera

- 28 **Al convegno nazionale Agite si è**
parlato anche di buona politica
Sandro M. Viglino

- 29 **La Sios si rinnova. A partire dal**
nome che diventa SIOS.E
Luca Gianaroli e Cristofaro De Stefano

RUBRICHE

- 30 **Meditazioni**
di Giuseppe Gragnaniello

SIGO 2016

91° congresso nazionale SIGO
56° congresso nazionale AOGO!
25° congresso nazionale AGUI

ROMA
Ergife Palace Hotel
2/5 Ottobre 2016

presidenti
Giovanni Scambia
Enrico Vizza

LA SALUTE AL FEMMINILE
TRA SOSTENIBILITA’
E SOCIETA’ MULTIETNICA

SIGO | AOGO! | Associazione Ginecologi Ospedalieri Italiani



16 dicembre: sciopero generale Salviamo la sanità in pericolo

DEI MAGGIORI TESTA

Le Organizzazioni sindacali denunciano “in maniera unitaria, il grave e perdurante disagio causato ai cittadini da politiche orientate esclusivamente ad una gestione contabile del Ssn, con l’unico obiettivo del risparmio economico, sempre meno legate all’obbligo di rispondere ai loro bisogni assistenziali secondo principi di equità, giustizia e sicurezza. E stigmatizzano la mortificazione del ruolo, dell’autonomia e delle responsabilità dei Medici, il cui esercizio professionale di garanzia viene intimidito e limitato da norme e burocrazia, la subalternità del valore del lavoro dei professionisti che operano nel Ssn alla logica dei conti, l’assenza di politiche nazionali a favore di una omogenea esigibilità del diritto alla tutela della salute in tutto il Paese.

I camici bianchi chiedono attenzione “a Governo e Regioni per la salute dei cittadini e consapevolezza delle pesanti e negative ripercussioni sulle liste di attesa, sull’integrazione ospedale territorio, sulle condizioni di lavoro, sulla qualità e sicurezza delle cure, sulla sperequazione

L’AOGOI con la FESMED e le altre organizzazioni sindacali di categoria ha aderito allo sciopero generale di 24 ore. Dopo la mobilitazione generale la classe medica compatta ha voluto dare un segnale più forte al Governo: stop al sottofinanziamento della sanità pubblica. Investimenti adeguati su strutture e personale prima che si arrivi al punto di non ritorno. Ecco cosa chiedono e cosa propongono i medici per salvare il nostro Ssn: un “modello” nel mondo, che si sta frantumando

esistente nell’esigibilità del diritto alla salute e nei livelli di tassazione, che derivano da un progressivo impoverimento del servizio pubblico. E di mettere fine alla intollerabile “caccia alle streghe” che prevede, panacea di ogni problema legato all’erogazione delle prestazioni sanitarie, sempre e solo sanzioni e multe a carico dei Medici, capri espiatori delle colpe di decisori politici ed amministratori miopi e inadeguati”.

“Un livello di finanziamento del servizio sanitario inferiore al fabbisogno – affermano –, e a quanto in precedenza stabilito da Governo e Regioni, rappresenta l’anticamera di un ulteriore razionamento dei servizi cui concorre un blocco del turnover che, indifferente alla carenza di personale prevista nei prossimi anni, complice la gobba demografica, mette a rischio i livelli minimi di servizio, peggiora le condizioni di lavoro e costringe i giovani ad emigrare o adattarsi ad un precariato stabile. Mentre la riduzione del costo del personale spinge per il licenziamento dei precari in settori fondamentali, quali il pronto soccorso, la proroga di fatto del blocco di contratti e con-

venzioni, in atto da 6 anni, e del salario accessorio, aumenta la perdita del potere di acquisto delle retribuzioni, impedisce legitti-

me aspettative di carriera ed il pagamento dei turni notturni e festivi. La persistente assenza di una riforma delle cure primarie, fina-

lizzata a rafforzare la continuità delle cure, accentua l’isolamento dell’ospedale ed il suo ruolo di ammortizzatore sociale”.

La classe medica mette a disposizione il difficile e gravoso impegno con cui quotidianamente assicura la tutela della salute dei cittadini e il loro diritto alla applicazione dell’articolo 32 della Costituzione

PER

- il rilancio di una sanità pubblica unitaria, equa, universalistica, sostenibile
- una riforma delle cure primarie che sia rispettosa del valore del lavoro e della dignità dei medici, favorisca l’integrazione del territorio con l’ospedale e un concreto rilancio della prevenzione
- un ospedale sicuro, a tutela della salute dei cittadini e della serenità degli operatori, anche attraverso uno specifico provvedimento legislativo
- il lavoro professionale interno al servizio sanitario come strumento di innovazione, di governo, di efficienza, di riduzione degli sprechi
- il futuro dei giovani e dell’investimento formativo a beneficio del Paese
- un nuovo modello gestionale dei servizi sanitari che concretamente coinvolga i professionisti rispettandone l’autonomia, la responsabilità e le competenze insieme con i valori etici e deontologici.



La protesta dei medici italiani

“I medici sono parte della soluzione alla crisi di sostenibilità del sistema sanitario. Se si vuole cambiare pelle al Ssn penalizzando i medici e i cittadini, noi non ci stiamo”

Carmine Gigli
Presidente FESMED

Questa volta la protesta dei medici ha assunto toni crescenti. È partita sotto l'egida della Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri (FNOMCeO) con gli “Stati generali”, che si sono tenuti a Roma lo scorso 21 ottobre, dove sono stati definiti i “No” e i “Sì” alla base della protesta:

NO! al sottofinanziamento che porta allo smantellamento del Ssn ed al razionamento dei servizi al cittadino;

NO! alla Professione gover-

nata per decreti ed a protocolli di Stato suggeriti da chi è lontano dalla relazione quotidiana con le persone;

NO! agli obblighi amministrativi che tolgono tempo alla relazione di cura;

NO! ad una formazione che non si confronta con i bisogni di salute;

NO! ad una politica ostile al medico e poco attenta alla sicurezza delle cure;

Sì! ad una Professione libera di curare in un Ssn che offra equità e pari opportunità di accesso;

Sì! ad una formazione finalizzata ai bisogni di cura e a una coerenza tra accesso allo

studio, al lavoro e al ricambio generazionale;

Sì! ad una informatizzazione che offra anche occasioni di conoscenza dei bisogni di salute;

Sì! alla verifica, tra pari, dei comportamenti professionali ed alla meritocrazia;

Sì! ai medici con e per le Persone.

La protesta è proseguita con la mobilitazione dei medici e degli odontoiatri per la **Manifestazione di sabato 28 novembre**, a Roma, che ha visto riunite in piazza SS. Apostoli le bandiere della Fesmed con quelle di: Fnomceo e Anao Assomed - Cimo-Asmd

► **Segue a pagina 6**



CONTRO

- **il definanziamento progressivo, che taglia servizi e personale e riduce l'accesso alle cure**
- **un federalismo inappropriato, che ha fatto la sanità a pezzi**
- **la proroga del blocco dei contratti di lavoro e delle convenzioni, prevista dalla legge di stabilità sotto le mentite spoglie di un finto finanziamento**
- **il blocco del turnover, che lascia al palo le speranze dei giovani e dei precari**
- **l'uso intensivo del lavoro professionale e l'abuso dei contratti atipici che eludono gli obblighi previdenziali e riducono la sicurezza delle cure**
- **la varietà di leggi e norme che impediscono al Medico il libero esercizio delle sue funzioni lasciandolo alle prese di una burocrazia sempre più invadente ed oppressiva che sottrae spazio all'attività clinica.**

PIATTAFORMA DELLA PROFESSIONE PER I PRINCIPI DEL Ssn UNIVERSALITÀ, EQUITÀ, SOLIDARIETÀ E SOSTENIBILITÀ

I MEDICI ITALIANI DENUNCIANO

Le politiche in atto che considerano la Sanità come puro costo e non come risorsa e volano della economia, stanno riducendo i livelli reali di assistenza e l'effettivo accesso alle cure, compromettendo in maniera progressiva il diritto dei cittadini alla tutela della salute: l'unico che la Costituzione italiana definisce fondamentale

La incapacità di Governo e Regioni nell'assicurare ai cittadini livelli uniformi di assistenza e di accesso alle cure a causa della ambiguità conflittuale creata dalla legislazione concorrente ex articolo 117 del Titolo V della Costituzione

Lo spostamento dell'asse della politica sanitaria verso le Regioni con il corteo dipiani di rientro e commissariamenti; i LEA sono realtà virtuali e la migrazione sanitaria ne è lo specchio

La crescita della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, che già finanziano la Sanità con le loro tasse; ci sono fasce sempre più larghe di popolazione a rischio povertà che non accedono alle cure per difficoltà economiche

La personalizzazione dell'assistenza e la compromissione della relazione di cura tra medico e paziente, per una illogica invadenza di norme nazionali e regionali che limitano la libertà di curare e il tempo della cura. La ricerca della appropriatezza passa attraverso burocratici criteri di prescrizione che minano l'autonomia, la libertà e la responsabilità della Professione medica imponendo ai cittadini prestazioni standardizzate

La inefficacia delle azioni amministrative ed organizzative messe in atto negli ultimi dieci anni, da parte del Governo e delle Regioni. Non c'è alcun criterio di uniformità nel riordino della Rete ospedaliera, pubblica, accreditata e privata; manca la sincronizzazione con lo **sviluppo di modelli consolidati di cure primarie**

La crisi del sistema della formazione medica, un imbuto che produce disoccupazione, incapace di rispondere alle necessità quantitative e qualitative di una sanità moderna coerente con i bisogni di salute; **questo sistema formativo priva il Ssn della possibilità di trasmettere, tra le generazioni, le competenze professionali**

L'esclusione della assistenza odontoiatrica dai LEA che viene lasciata a totale carico del cittadino

La mancata risposta alla crescente richiesta di assistenza Long Term Care, conseguente all'invecchiamento della popolazione, all'aumento dei malati cronici e alle difficoltà delle famiglie di farsi carico di problemi socio-assistenziali complessi

La negazione di ruolo e valore del lavoro professionale nel Sistema Sanitario pubblico, con Ccnl e Convenzioni mutilati e bloccati sine die per via legislativa

L'uso intensivo del lavoro professionale e l'abuso di contratti atipici: quantità e qualità dell'assistenza sono possibili solo grazie all'impegno di professionisti, spesso precari

Una governance delle aziende sanitarie, votata al puro controllo dei costi che considera i medici come anonimi fattori produttivi; gli ambiti di autonomia clinica sono gravemente limitati e si nega al medico il ruolo centrale ed esclusivo nelle funzioni di garanzia e di responsabilità sull'efficacia e sicurezza dell'intero sistema delle cure e nella tutela dei diritti costituzionali; **i medici sono esclusi dai processi programmatori e gestionali delle attività sanitarie**, demandati ad una tecnocrazia prevalentemente orientata al controllo dei costi

PRIORITARIA UNA RIFORMA DELLA SANITÀ CHE ASSICURI

La salvaguardia dell'universalità del Diritto alla Tutela della Salute

Il diritto alla tutela della salute va preservato anche attraverso la ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, al cui riordino, secondo criteri basati su evidenze scientifiche, devono partecipare anche i rappresentanti delle società scientifiche e delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative; la sua fruibilità deve essere realmente ed omogeneamente garantita su tutto il territorio nazionale nel rispetto dei principi di equità e solidarietà.

Il riconoscimento al medico ed all'odontoiatra del ruolo di prestatori d'opera intellettuale con garanzia di equilibrio tra la pubblica utilità e la autonomia del professionista

Il riconoscimento del ruolo istituzionale dei professionisti medici attraverso le organizzazioni professionali, rappresentative e scientifiche, quali portatori di competenze tecnico professionali indispensabili; il riconoscimento per il medico e l'odontoiatra del loro ruolo fiduciario tipico di un rapporto di opera intellettuale, espressione di una autonoma capacità decisionale derivante da un lungo percorso formativo ed un forte accreditamento professionale sottoposto a controllo, regolazione e mantenimento da parte di organi dei professionisti ausiliari dello Stato (Ordini e Federazione).

La coerenza e complementarietà degli ordinamenti professionali

È necessario definire a livello nazionale, attraverso percorsi di condivisione, le competenze di ciascuna professione sanitaria; la leadership del medico nelle équipe multi professionali è funzionale alla sicurezza ed alla qualità delle cure.



La protesta dei medici italiani

► Segue da pagina 5

-Aaroi-Emac - Fp Cgil Medici - Fvm - Fassid (Aipac-Simet-Snr) - Cisl Medici - Anpo-Ascoti-Fials Medici - Uil Fpl Medici - Cimop - Fimmg - Sumai - Snam - Smi - Intesa Sindacale - Cisl Medici - Fp Cgil Medici - Sumai - Simet - Fespa - Fimp - Cipe - Andi.

Il culmine della protesta si è avuto con lo Sciopero generale di 24 ore del 16 dicembre 2015, che ha visto la partecipazione dei medici dipendenti e convenzionati, degli ospedali e del territorio, **tutti uniti per chiedere:**

1. apertura dei tavoli di contratto e convenzioni, non a costo zero, per valorizzare, dopo 6 anni di blocco, la fatica e la responsabilità del lavoro professionale, strumenti di governo ed innovazione e sedi di cambiamenti;

2. abolizione del comma 128 della legge di stabilità (fondi aziendali), che depauperava la contrattazione aziendale di risorse storiche;

3. approvazione di un piano di assunzioni e di stabilizzazione di precari, che affronti la normativa europea sull'orario di lavoro, evitando il pagamento di pesanti sanzioni alla UE, e la gobba demografica, che vedrà uscire dal lavoro attivo 13000 medici nel prossimo biennio;

4. avviamento del confronto sull'articolo 22 del patto della salute (turn over e valorizzazione delle professioni sanitarie), per rimediare alle condizioni mortificanti e marginalizzanti di esercizio della professione;

5. aumento della sicurezza delle cure per cittadini e operatori (responsabilità professionale), attraverso una legge organica, già approvata da non trasformare in spezzatini vaganti nel mare della giurisprudenza italiana;

6. riforma delle cure primarie, nel rispetto del valore del lavoro e della dignità dei medici, per favorire la integrazione del territorio con l'ospedale e un concreto rilancio della prevenzione.

7. cancellare la subordinazione della rete ospedaliera e territoriale alle facoltà di medicina, prevista dalla legge di stabilità. Siamo convinti che i medici siano parte della soluzione alla crisi di sostenibilità del sistema sanitario, per contenere i costi e migliorare l'efficacia e l'efficienza. Se, invece, si vuole cambiare pelle al Ssn penalizzando i medici e i cittadini, noi non ci stiamo e siamo disposti a continuare a lottare per i diritti dei medici e per le buone cure ai cittadini. **■**



I MEDICI ITALIANI DENUNCIANO

La riforma della formazione

Dobbiamo garantire coerenza tra la programmazione della formazione pre e/o post laurea del medico e le esigenze del sistema sanitario nazionale, sia in termini qualitativi che quantitativi; la formazione specialistica, quella specifica in medicina generale e la laurea in odontoiatria devono vedere il coinvolgimento pieno delle strutture e dei professionisti operanti nel e per il SSN.

Un nuovo modello di Governance

Un servizio sanitario moderno ha bisogno di un diverso equilibrio tra le competenze ed i poteri, politico, manageriale e tecnico professionale, ma necessita anche di consenso sociale, di partecipazione attiva e propositiva dei cittadini e delle comunità, riconoscendo più spazio e più peso alle associazioni di tutela e ai governi dei territori (municipalità, comuni, ...) nella programmazione e valutazione degli obiettivi e dei risultati di salute. La governance non può essere imposta dall'esterno, ma nasce dall'interazione di molteplici attori che si autogovernano riferendosi alla medicina basata sull'evidenza, al ragionamento clinico, al progetto assistenziale, alla promozione della qualità e all'efficienza, in relazione alla sostenibilità economica delle scelte.

Dobbiamo coinvolgere i cittadini nella valutazione e nelle modalità di erogazione di servizi e prestazioni sanitarie, sia perché costituisce un loro diritto, sia perché il loro contributo può migliorare l'appropriatezza della domanda.

Il ruolo e la regolamentazione dei Fondi Sanitari Integrativi

I Fondi Sanitari integrativi devono svolgere una funzione effettivamente complementare e integrativa delle prestazioni erogate dal Ssn, prevalentemente orientata alla LTC ed all'assistenza odontoiatrica; questo per evitare che la spesa privata, a carico dei cittadini, alimenti un terreno di coltura per un'assistenza sostitutiva a esclusivo vantaggio delle società di assicurazione.

La riforma del Titolo V della Costituzione

Devono essere introdotti criteri di salvaguardia nazionale del diritto alla cura, equi ed uniformi su tutto il territorio nazionale, attraverso l'attribuzione al Parlamento della funzione legislativa ed al Ministero della Salute della funzione di coordinamento delle Regioni, alle quali restano affidati compiti di programmazione, organizzazione e gestione.

La revisione della Responsabilità professionale

Si impone una soluzione legislativa del contenzioso medico-legale, che lasciando indenne il Medico dalla azione diretta, definisca la responsabilità degli eventi avversi in capo a chi ha la responsabilità dei LEA e garantisca equi e rapidi indennizzi a chi ha subito un danno. I medici prendono atto che la Commissione Affari Sociali della Camera sta esaminando il testo del disegno di legge unificato sulla responsabilità professionale ma chiedono che si continui celermente su questo percorso.

I medici si rivolgono AI CITTADINI per sottolineare il concreto rischio che nei prossimi anni, in assenza di un progetto di respiro nazionale sulla sanità, sia vanificato il diritto costituzionale alla tutela della salute e si realizzi una sanità che lascia le persone più fragili e indifese a vivere come catastrofici gli eventi di malattia.

Chiedono **AL GOVERNO** un nuovo Patto che definisca una cornice culturale, giuridica, amministrativa, civile e sociale nella quale perseguire una sanità con maggiore efficienza anche attraverso modifiche della organizzazione del lavoro; **il ruolo dei MEDICI e il loro lavoro deve essere valorizzato e la professione assunta ad interlocutore istituzionale**, in un nuovo modello di governance che garantisca l'equilibrio tra le risorse umane, sociali ed economiche. I medici rifiutano il ruolo di mero strumento delle organizzazioni sanitarie, lasciati soli a reggere l'immagine di un Ssn che deve confrontarsi quotidianamente con le attese dei cittadini e quanto invece il Servizio può offrire. **La sostenibilità del servizio sanitario passa per la valorizzazione e la responsabilità dei suoi professionisti ed il progresso di un Paese non può fare a meno dei Medici.** Non si tratta solo del destino della sanità pubblica, quanto della stessa idea di Società, di Comunità e di Democrazia. **Non sarà possibile mantenere un sistema di tutela della salute equo, solidale ed universalistico, se i Medici non vengono riconosciuti come vera risorsa civile, sociale ed economica del Paese.**

28 novembre: Medici e operatori manifestano in piazza a Roma. Parla Chersevani (Fnomceo)

“Oggi abbiamo costruito l'unità. Il Governo presti maggiore attenzione verso quello che accade in sanità”

Medici e operatori da tutta Italia hanno risposto all'appello della Fnomceo. Dal palco gli interventi di chi ogni giorno lavora in prima linea: dall'anestesista modenese, al medico specialista ambulatoriale romano, passando per gli infermieri. “Alla sanità italiana occorre una radicale e immediata inversione di marcia”

Medici e operatori provenienti da tutta Italia si sono ritrovati a piazza SS. Apostoli a Roma il 28 novembre scorso, rispondendo massicciamente all'appello della Fnomceo. Una manifestazione unitaria, che ha raccolto tutte le sigle del comparto, come non accadeva da diversi anni. Palloncini e bandiere hanno colorato il pomeriggio capitolino, mentre si mescolavano uomini e donne con differenti esperienze umane e professionali, ma accomunati dalla volontà di salvaguardare il Ssn pubblico e universalista. Disparità

territoriali, la crescente e soffocante burocratizzazione, la scarsità di personale e l'abuso di contratti atipici, una governance che mira quasi esclusivamente a contenere i costi: queste le principali criticità denunciate dai manifestanti.

Dal palco, **Roberta Chersevani**, presidente della Fnomceo, ha evidenziato: “Il rischio è che venga alterata la nostra mission. Problematrice che chiedono una vicinanza costante ai pazienti, anche a fronte dell'invecchiamento della popolazione, non possono invece essere affrontate con efficacia e costanza da medici e opera-

tori sanitari. Il problema delle lunghissime liste di attesa è sotto gli occhi di tutti. Oggi abbiamo costruito l'unità, al di là delle singole sigle, per ribadire al Governo che deve prestare maggiore attenzione verso quello che accade in sanità”. Chersevani ha poi invitato la piazza a un minuto di raccoglimento, in memoria delle vittime degli attentati di Parigi. Il resto del pomeriggio è proseguito con le testimonianze di chi ogni giorno lavora in prima linea: dall'anestesista modenese al medico specialista ambulatoriale romano, passando per gli infermieri. Gli

interventi Sono stati inframmezzati da numerosi contributi video riguardanti soprattutto le condizioni di lavoro del comparto e la percezione dei cittadini nei confronti della sanità italiana.

I manifestanti sono arrivati a Roma da tutta Italia per essere presenti alla mobilitazione. C'è persino chi non lavora in sanità, ma ha deciso di accompagnare amici e parenti perché la qualità dei servizi è una priorità di tutti i cittadini. Un'insegnante napoletana è partita al fianco della sorella pediatra di base dell'Asl Na I per opporsi ai “continui e iniqui tagli che

si stanno abbattendo persino sulla diagnostica clinica”. “Sono sempre più numerose le persone che non dispongono dei soldi necessari ad acquistare le medicine – ha raccontato la pediatra – e per questo sono spesso costretti a ricorrere agli antibiotici in modo inappropriato. Risparmiare sulla sanità è illogico, perché poi i costi si moltiplicheranno in futuro”.

Il problema delle risorse è probabilmente alla base di tutte le altre criticità. “Il sottofinanziamento del Ssn ha configurato un settore mantenuto in piedi solo dagli straordinari non retribuiti degli operatori – spiega un chirurgo ospedaliero veronese – a ciò si affianca la violenta ingerenza della politica nelle scelte professionali. È come se alla Fiat i politici decidessero come produrre una macchina e poi si lamentassero perché il veicolo non funziona. Non è un caso che il privato eroghi ancora prestazioni di buon livello mentre il pubblico sia in continuo peggioramento”. Nella piazza, accanto ai medici di tutta Italia c'erano i rappresentanti dei sindacati pronti a ricordare che la sanità è in pericolo. **■**

Ovligol[®]

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

Rapporto Cedap

Prosegue il calo nascite.

Nel 2013 sono state 512 mila: 23 mila in meno del 2012. Cesarei sempre troppo elevati: sono il 35,5%

La rilevazione 2013, con un totale di 526 punti nascita, presenta un elevato livello di completezza. Si registra un numero di parti pari al 100,3% di quelli rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera (Sdo) e un numero di nati vivi pari al 99,6% di quelli registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno. La qualità dei dati risulta buona per gran parte delle variabili, in termini sia di correttezza sia di completezza. L'88,3% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici ed equiparati, l'11,7% nelle case di cura private (accreditate o non accreditate) e solo lo 0,1% altrove. Naturalmente nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche, le percentuali sono sostanzialmente diverse. Il 61,9% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Tali strutture, in numero di 183, rappresentano il 34,7% dei punti nascita totali. L'8,6% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui.

Nel 2013, il 20% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Tale fenomeno è più diffuso al Centro-Nord dove oltre il 25% dei parti avviene da madri non italiane; in particolare, in Emilia Romagna e Lombardia, il 30% delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentative, sono quella dell'Africa (25%) e dell'Unio-

ne Europea (26%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana sono rispettivamente il 18% e l'8% di quelle non italiane.

L'età media della madre è di 32,7 anni per le italiane mentre scende a 29,7 anni per le cittadine straniere. I valori mediani sono invece di 32,5 anni per le italiane e 29 anni per le straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane quasi in tutte le Regioni superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le regioni del Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 27,9 anni.

Nel 2013 prosegue la diminuzione della fecondità avviatasi dal 2010: nel 2013 il numero medio di figli per donna scende a 1,39 (rispetto a 1,46 del 2010)

Delle donne che hanno partorito nell'anno 2013 il 44,2% ha una scolarità medio alta, il 29,9% medio bassa ed il 25,9% ha conse-

In Italia nel 2013 ci sono state 512.327 nascite. Oltre 23 mila in meno rispetto al 2012 quando erano state 535.428. Sempre alto il numero dei parti cesarei pari al 35,5%. Per il luogo del parto quasi 9 donne su 10 scelgono il pubblico. Questi alcuni numeri del Rapporto sull'evento nascita in Italia 2013, realizzato dal Ministero della Salute - Ufficio di Statistica della Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica. Il documento presenta le analisi dei dati rilevati dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) dell'anno 2013

guito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (48,3%).

L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 57% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 29,8% sono casalinghe e il 10,9% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2013 è per il 53,1% quella di casalinga, mentre il 63,9% delle madri italiane ha invece un'occupazione lavorativa.

Nell'86% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4 mentre nel 72,8% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie. La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita a partire dalla 12° settimana è pari al 2,6% mentre tale percentuale sale al 12,3% per le donne straniere. Le donne con scolarità bassa effettuano la prima visita più tardivamente rispetto alle donne con scolarità medio-alta: la percentuale di donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo che effettuano la prima visita dalla 12° settimana di gestazione è pari al 11,2%

mentre per le donne con scolarità alta la percentuale è del 2,6%. Anche la giovane età della donna, in particolare nelle madri al di sotto dei 20 anni, risulta associata ad un maggior rischio di controlli assenti (3,8%) o tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 13,7% dei casi). Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, sono state effettuate in media 10,6 amniocentesi ogni 100 parti. A livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è

stato effettuato nel 31,81% dei casi.

La donna ha accanto a sé al momento del parto (esclusi i cesarei) nel 91,6% dei casi il padre del bambino, nel 7,01% un familiare e nell'1,38% un'altra persona di fiducia. La presenza di una persona di fiducia piuttosto che di un'altra risulta essere influenzata dall'area geografica.

Si conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. In media, il 35,5% dei parti avviene con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. Rispetto al luogo del parto si registra un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate in cui si registra tale procedura in circa il 53,8% dei parti contro il 33,1% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 28,5% dei parti di madri straniere e nel 37,3% nei parti di madri italiane.

L'1,1% dei nati ha un peso inferiore a 1.500 grammi ed il 6,3% tra 1.500 e 2.500 grammi. Nei test di valutazione della vitalità del neonato tramite indice di Apgar, il 99,4% dei nati ha riportato un punteggio a 5 minuti dalla nascita compreso tra 7 e 10.

Sono stati rilevati **1.362 nati morti** corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,66 nati morti ogni 1.000 nati, e registrati 3.963 casi di malformazioni diagnostiche alla nascita. L'indicazione della causa è presente rispettivamente solo nel 24,1% dei casi di natimortalità e nel 77,7% di nati con malformazioni. Il ricorso ad una tecnica di **procreazione medicalmente assistita (PMA)** risulta effettuato in media 1,66 gravidanze ogni 100. La

tecnica più utilizzata è stata la fecondazione in vitro con successivo trasferimento di embrioni nell'utero (FIVET), seguita dal metodo di fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI).

L'analisi dei parti classificati secondo Robson indica che le classi più rappresentate sono quelle delle madri primipare a termine, con presentazione del feto cefalica (classe 1) e delle madri pluripare a termine, con presentazione del feto cefalica, che non hanno avuto cesarei precedenti (classe 3); queste due classi corrispondono complessivamente a circa il 54% dei parti classificati che si sono verificati a livello nazionale nell'anno 2013. I parti nella classe 5, relativa alle madri con pregresso parto cesareo, rappresentano il 10,6% dei parti totali classificati a livello nazionale.

La rilevazione - istituita dal Decreto del Ministro della sanità 16 luglio 2001, n. 349 Regolamento recante "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla natimortalità ed ai nati affetti da malformazioni" - costituisce a livello nazionale la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all'evento nascita, rappresentando uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale.

In particolare, il flusso informativo del CeDAP è strutturato in sei sezioni, ciascuna delle quali raccoglie specifiche informazioni riferite al punto nascita, ai genitori, alla gravidanza, al parto e al neonato, nonché gli eventi di natimortalità e l'eventuale presenza di malformazioni congenite. La peculiarità ed ampiezza delle informazioni raccolte da parte dell'ostetrica o dal medico che ha assistito al parto, nonché





Relazione sull'attuazione della legge 194

Aborto: per la prima volta sotto quota 100mila

In tutto nel 2014 notificate 97.535 Ivg, con un decremento del 5,1% rispetto al dato definitivo del 2013. Obiezione di coscienza resta molto alta ma ogni medico non obiettore ha un carico di 1,6 Ivg a settimana, mentre erano 3,3 nel 1983. Lorenzin: "Il numero dei non obiettori nelle strutture ospedaliere risulta congruo rispetto alle Ivg effettuate"

incide su accesso all'Ivg. Riguardo l'esercizio dell'obiezione di coscienza e l'accesso ai servizi Ivg, il ministero conferma quanto già osservato su base regionale e, per la prima volta, per quanto riguarda i carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore, anche su base sub-regionale: non emergono criticità nei servizi di Ivg. In particolare, emerge che le Ivg vengono effettuate nel 60% delle strutture disponibili, con una copertura soddisfacente, tranne che in due regioni molto piccole.

Il numero dei punti Ivg, paragonato a quello dei punti nascita, mostra che mentre il numero di Ivg è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti Ivg è pari al 74% del numero di punti nascita, superiore, cioè, a quello che sarebbe rispettando le proporzioni tra Ivg e nascite. Confrontando poi punti nascita e punti Ivg non in valore assoluto, ma rispetto alla popolazione femminile in età fertile, a livello nazionale, ogni 5 strutture in cui si fa un'Ivg, ce ne sono 7 in cui si partorisce.

Infine, considerando le Ivg settimanali a carico di ciascun ginecologo non obiettore, e considerando 44 settimane lavorative in un anno, a livello nazio-

dal medico accertatore nei casi di natimortalità, rende particolarmente complessa la rilevazione dei dati.

I flussi informativi trasmessi semestralmente da parte delle Regioni al Ministero, vengono sottoposti alle necessarie verifiche di completezza e qualità, allo scopo di garantire accuratezza ed attendibilità, nonché confrontabilità a livello territoriale e nel tempo, delle informazioni statistiche pubblicate nel Rapporto CeDAP nazionale.

Rispetto alle precedenti edizioni, nel Rapporto 2013 vi è un'importante novità introdotta nel Capitolo 9, riguardante la classificazione di Robson, proposta nel febbraio 2015 dall'Organizzazione mondiale della sanità come standard globale per la valutazione, il monitoraggio e il benchmarking longitudinale e trasversale sul ricorso al taglio cesareo.

La costruzione delle classi di Robson e le successive analisi sono state realizzate grazie alle informazioni rilevate nella fonte informativa del CeDAP. La classificazione di Robson permette di analizzare e descrivere in maniera clinicamente rilevante, standard, analitica e riproducibile nel tempo e nello spazio la frequenza dei tagli cesarei. Mediante questo strumento i parti sono classificati in dieci gruppi sulla base dei principali concetti ostetrici e dei relativi parametri: parità, genere del parto, presentazione fetale, età gestazionale, modalità del travaglio e del parto e pregresso taglio cesareo. Le classi che si ottengono sono mutuamente esclusive, completamente inclusive, ripetibili nel futuro, e consentono quindi di monitorare e analizzare in un'ottica operativa i tassi di taglio cesareo tanto a livello locale che nazionale.

I risultati delle analisi dei dati CeDAP permettono di studiare l'appropriatezza del ricorso al taglio cesareo nelle Regioni italiane utilizzando le classi di Robson. In particolare, la suddivisione in classi di rischio clinico, consente di individuare quelle teoricamente a minor rischio, che includono in tutte le Regioni una percentuale molto elevata delle nascite. In tali classi (parti nelle classi di Robson 1 e 3) si osserva una forte variabilità regionale del ricorso al Tc. Tale variabilità si ripercuote nella diversa frequenza del cesareo pregresso nelle Regioni (parti nella classe di Robson 5). Si osservano anche significative differenze tra le Regioni nel tasso di TC, dopo un precedente parto cesareo.

In generale, l'ampia variabilità del ricorso al cesareo rilevata nelle Regioni, attraverso le classi di Robson, conferma la possibilità di significativi miglioramenti delle prassi organizzative e cliniche adottate nelle diverse realtà, ai fini dell'appropriatezza del percorso nascita e della riduzione del taglio cesareo. **Y**

In Italia si conferma il calo del ricorso all'Interruzione volontaria di gravidanza. Lo confermano i dati dell'ultima relazione del Ministro della Salute al Parlamento sull'attuazione della legge 194 del 1978 che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg), nella quale vengono presentati i dati definitivi relativi all'anno 2013 e quelli preliminari per l'anno 2014.

Nel 2014 per la prima volta il numero di Ivg è inferiore a 100.000. Sono state notificate dalle Regioni 97.535 Ivg, con un decremento del 5.1% rispetto al dato definitivo del 2013 (105.760 casi), più che dimezzate rispetto alle 234.801 del 1982, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia. Scendono anche tasso di abortività e rapporto abortività. Anche gli altri indicatori confermano la continua diminuzione del ricorso alle Ivg: il tasso di abortività (numero delle Ivg per 1000 donne fra 15-49 anni) nel 2014 è risultato pari a 7.2 per 1000, con un decremento del 5.9% rispetto al 2013 e un decremento del 58.1% rispetto al 1982). Il valore italiano rimane tra i più bassi di quelli osservati nei paesi industrializzati.

Il rapporto di abortività (numero delle Ivg per 1000 nati vivi) nel 2014 è risultato pari a 198.2 per 1000 con un decremento del 2.8% rispetto al 2013, e un decremento del 47.9% rispetto al 1982.

Il 34% delle donne che abortiscono sono straniere. Per quanto riguarda il 2013, si conferma la stabilizzazione del contributo percentuale delle donne straniere, pari al 34% delle Ivg, con un tasso di abortività del 19 per 1000, pari a una tendenza tre volte maggiore di quelle italiane, in generale, e quattro volte per le più giovani.

Tra le minorenni tasso al 4,1 per mille. Fra le minorenni il tasso di abortività è del 4.1 per 1000 (era 4.4 nel 2012), uno dei valori più bassi rispetto agli altri paesi occidentali. Resta costante, e la più bassa a livello internazionale, la percentuale di aborti ripetuti: il 26.8% delle Ivg viene effettuata da donne con una precedente esperienza abortiva. Continuano a diminuire i tempi di attesa fra rilascio della certificazione e intervento. Il 90.8% delle Ivg viene effettuato nella regione di residenza.

Obiezione di coscienza al 70% ma per il ministero non

IVG. Straniere il 34% delle donne. Il 70% dei ginecologi è obiettore. Ma per Lorenzin: "Obiezione coscienza non è un problema. I non obiettori in grado di soddisfare la domanda"

Evoluzione storica dal 1983 al 2013 degli interventi IVG, del numero di ginecologi non obiettori e del carico di lavoro per IVG a livello nazionale

anno	N. IVG	N. ginecologi non obiettori	N. IVG l'anno per ogni ginecologo non obiettore	N. IVG a settimana per ogni ginecologo non obiettore
1983	233.976	1.607	145.6	3.3
1992	155.266	1.415	109.7	2.5
2001	132.234	1.913	69.1	1.6
2011	111.415	1.507	73.9	1.6
2013	102.760	1.490	69.0	1.6

Aborto: per la prima volta sotto quota 100mila

nale ogni non obiettore ne effettua 1.6 a settimana, un valore medio fra un minimo di 0.5 della Sardegna a un massimo delle 4.7 del Molise.

Questo stesso ultimo parametro, valutato per la prima volta a livello sub-regionale (Asl/distretto), mostra che anche nelle regioni in cui si rileva una variabilità maggiore, cioè in cui si rilevano ambiti locali con valori di carico di lavoro che si discostano molto dalla media regionale, si tratta comunque di un numero di Ivg settimanali sempre inferiore a dieci, cioè con un carico di Ivg per ciascun non obiettore che non dovrebbe impegnare tutta la sua attività lavorativa.

Il numero di non obiettori risulta quindi congruo, anche a livello sub-regionale, rispetto alle Ivg effettuate, e non dovrebbe creare problemi nel soddisfare la domanda di Ivg.

Anche quest'anno si è proseguito con la rilevazione dell'attività dei

consultori familiari per l'Ivg (colloqui pre e post Ivg e certificazioni rilasciate) con un miglioramento della raccolta dati che copre il 79% dei consultori. Il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, è molto inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere.

Ma il numero degli obiettori resta comunque molto alto.

Nel 2013 la relazione conferma comunque valori elevati di obiezione di coscienza, specie tra i ginecologi (70.0%, cioè più di due su tre) con una tendenza alla stabilizzazione, dopo un notevole aumento negli anni. Infatti, a livello nazionale, si è passati dal 58.7% del 2005, al 69.2% del 2006, al 70.5% del 2007, al 71.5% del 2008, al 70.7% nel 2009, al 69.3% nel 2010 e 2011, al 69.6% nel 2012 e al 70.0% nel 2013.

Tra gli **anestesisti** la situazione è più stabile con una variazione da 45.7% nel 2005 a 50.8% nel 2010, 47.5% nel 2011 e 2012 e 49.3% nel 2013. Per il personale non medico si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38.6% nel 2005 al 46.5% nel 2013.

Quasi una donna su dieci sceglie l'aborto farmacologico. Il confronto nel tempo evidenzia

un incremento dell'uso del Mifepristone e prostaglandine (pari al 9.7% di tutte le Ivg nel 2013, vedi tavola 25 della relazione), utilizzato in tutte le regioni tranne le Marche. La tabella seguen-

te riporta invece l'utilizzo dal 2005 al 2013 di questo metodo. Il ricorso all'aborto farmacologico varia molto per regione, sia per quanto riguarda il numero di interventi che per il numero

di strutture. Valori percentuali più elevati si osservano nell'Italia settentrionale, in particolare in Liguria (30.5%), Valle d'Aosta (27.0%), Piemonte (23.3%) ed Emilia Romagna (21.8%).

Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'IVG, 2013

REGIONE	GINECOLOGI		ANESTESISTI		PERS. NON MEDICO	
	N	%	N	%	N	%
ITALIA SETTENTRIONALE	1491	63,5	1478	39,9	3112	33,0
Piemonte	269	67,4	232	48,3	407	27,4
Valle d'Aosta	2	13,3	4	25,0	2	3,3
Lombardia	565	63,6	602	43,3	1221	41,1
Bolzano	32	92,0	71	66,4	207	84,1
Trento	27	60,0	28	33,7	398	22,1
Veneto	189	76,2	179	38,4	310	39,7
Friuli Venezia Giulia	73	58,4	40	30,3	158	32,6
Liguria	85	65,4	118	34,0	65	15,6
Emilia Romagna	231	51,8	264	33,2	344	25,7
ITALIA CENTRALE	671	68,8	722	51,8	3426	48,0
Toscana	195	56,2	132	27,0	319	22,2
Umbria	63	65,6	113	70,2	1310	72,7
Marche	99	68,8	109	47,4	1094	47,9
Lazio	314	80,7	368	71,6	203	52,0
ITALIA MERIDIONALE	910	83,2	747	63,5	2329	74,7
Abruzzo	96	80,7	91	53,0	330	76,4
Molise	28	93,3	33	76,7	62	89,9
Campania*	388	81,8	156	65,5	481	73,4
Puglia	383	86,1	365	59,7	1015	73,2
Basilicata	37	90,2	45	67,2	68	66,7
Calabria	78	72,9	115	77,2	373	79,9
ITALIA INSULARE	409	74,1	484	76,0	1020	65,7
Sicilia	311	87,6	376	79,2	646	85,2
Sardegna	98	49,7	108	50,0	374	47,1
ITALIA	3481	70,0	3431	49,3	9887	46,5

* i dati fanno riferimento all'anno 2012

Clogín®

Lavanda vaginale

pH 4,5

Acido Borico, Tea Tree Oil
Aloe vera gel

Azione mucoadesiva

NUOVA FORMULA

Acido ialuronico

Efficacia prolungata

Idratazione intensa



CANNULA SOTTILE
DELICATA



Immediato sollievo da
Prurito e Bruciore

5 flaconi da 100 ml



Rapporto Oms sulla mortalità materna

Ogni giorno nel mondo muoiono 830 donne per gravidanza o parto. Ma mortalità si è ridotta del 44% in 25 anni

Negli ultimi 25 anni quasi 11 milioni di donne, in tutto il mondo, sono decedute per dare alla luce il loro bambino o per complicanze durante la gravidanza. Si tratta di una cifra impressionante, se si considera che la cifra corrisponde alla somma degli abitanti di Berlino e Londra. Tuttavia questi numeri possono essere analizzati anche in chiave ottimistica, poiché la mortalità materna si è ridotta di quasi il 44% negli ultimi 25 anni, passando dalle 532 mila vittime del 1990 a 303 mila di quest'anno, con un rapporto globale stimato di 216 morti materne ogni 100 mila nascite, in netto calo rispetto al 1990 che quando si attestava a 385. Nel complesso, però, ogni giorno circa 830 donne muoiono per cause prevenibili legate alla gravidanza e al parto (303mila in tutto il 2015) e il 99% di tutti decessi materni si registra nei Paesi in via di sviluppo. È la fotografia scattata dal Rapporto Globale sulla Mortalità Materna realizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in collaborazione con Unicef, Unfpa, Banca Mondiale e la Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, presentato il 12 novembre scorso presso l'Istituto Superiore di Sanità nel corso di una conferenza stampa condotta da **Flavia Bustreo** Vice Direttore Generale, Salute della Famiglia, delle Donne e dei Bambini dell'Oms.

I dati sono stati presentati in anteprima mondiale simultaneamente a Roma e a Ginevra.

Nel mondo soltanto 9 Paesi (Bhutan, Capo Verde, Cambogia, Iran, Repubblica Democratica Popolare del Laos, Maldive, Mongolia, Ruanda e Timor Est) hanno raggiunto l'obiettivo di ridurre la mortalità materna di almeno il 75% entro il 2015. E in alcuni di questi Paesi i tassi di mortalità materna rimangono comunque superiori alla media globale. Ed è nei Paesi in via di sviluppo che si registra il 99% delle morti materne di tutto il mondo. Il 66% dei casi nella sola Africa sub-sahariana, nonostante si sia comunque registrato un miglioramento importante con il 44% di morti materne in meno dal 1990 ad oggi, passando da 987 a 546 ogni 100 mila donne. In Asia orientale si registra il miglior risultato per la salute materna: il tasso di mortalità è sceso drasticamente del 72%. Mentre nelle regioni sviluppate, il tasso di mortalità materna è sceso del 48% tra il 1990 e il 2015, passando da 23 a 12 casi ogni 100.000.

Nel 2015 i decessi stimati sono stati circa 303mila. E il 99% delle morti si registra nei Paesi in via di sviluppo. Soltanto 9 Paesi hanno ridotto la mortalità materna di almeno il 75% entro il 2015. In Italia si rilevano 4 morti materne ogni 100mila nascite, uno dei tassi tra i migliori al mondo ai livelli di Francia, Inghilterra, Germania e Stati Uniti. Ecco i dati del Rapporto Globale sulla Mortalità Materna, realizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità



“I Paesi considerati più fragili – ha spiegato Bustreo – sono quelli in cui c'è un conflitto in corso o dove è appena terminato. Ma anche le realtà che hanno subito radicali cambiamenti climatici e che sono state colpite da epidemie infettive, come nel recente caso di Ebola. “Per aiutare i Paesi a raggiungere l'ambizioso obiettivo di porre fine alle morti materne evitabili entro il 2030, l'Oms ha presentato da poco la nuova Strategia Globale per la salute delle donne, dei bambini e degli adolescenti lanciata dal Segretario Generale delle Nazioni Unite all'Assemblea Generale lo scorso settembre 2015. La risposta da parte dei paesi e altri stakeholder della comunità internazionale è stata immediata e forte, con un impegno iniziale del valore totale di 25 miliardi di dollari. Il nuovo obiettivo è la riduzione dei decessi materni a meno di 70 ogni 100.000 nascite e per raggiungerlo tutti i Paesi dovranno andare avanti ad un ritmo ancora più veloce portando il tasso di riduzione della mortalità materna annuo da 2,3% a 7,5%”.

I progressi ottenuti sono comunque tangibili e sono dovuti, in parte, a un migliore accesso degli interventi semplici, ma efficaci, come l'assistenza prenatale e l'assistenza qualificata durante e immediatamente dopo il parto. Garantire assistenza qualificata durante la gravidanza e al momento della nascita permette di ridurre il rischio di infezione, così come la somministrazione dell'ossitocina immediatamente dopo il parto per ridurre il rischio di emorragie. Monitorare la gravidanza consente di individuare e affrontare i casi potenzialmente mortali come l'ipertensione indotta, in molti casi, dalla gravidanza stessa.

In questo scenario l'Italia si configura come “un esempio da insegnare, diffondere e condividere”, ha sottolineato Bustreo. Il nostro Paese si colloca infatti nella top ten mondiale dei Paesi con i più bassi tassi di mortalità materna, con un numero di 4 morti materne ogni 100mila nascite tra i migliori al mondo ai livelli di Francia, Inghilterra, Germania e Stati Uniti.

L'Italia, ha messo a punto un siste-

ma di sorveglianza attiva della mortalità materna, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e finanziato dal Ministero della Salute che, in una fase pilota, ha coinvolto 6 regioni (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia) che coprono il 49% dei nati del Paese e, dal 2015, ha incluso anche la Lombardia e la Puglia estendendo la copertura al 73% dei nati. La mortalità materna stimata dal sistema di sorveglianza coordinato dall'Iss, nelle 6 regioni partecipanti alla fase pilota, è pari a 10 decessi ogni 100mila nati vivi con una forte variabilità regionale compresa tra 5 morti in Toscana e 13 in Campania.

L'obiettivo prioritario del sistema di sorveglianza italiano è la riduzione delle morti materne evitabili, stimata pari al 50% nei Paesi socialmente avanzati. Lo studio italiano ha rilevato che le principali cause di morte materna diretta sono state: emorragie (52%), disturbi ipertensivi (19%) e tromboembolismo (10%). Morti da disturbi cardiovascolari, cerebrovascolari e neoplasie rappresentano rispettivamente il 36%,

21%, e 14% delle morti materne indirette. Questi risultati sono simili all'analisi globale pubblicata dall'Oms che ha trovato tra le principali cause di mortalità materna diretta: emorragie gravi (per lo più durante e dopo il parto) nel 27% dei casi, la pressione alta indotta dalla gravidanza per il 14%, e le infezioni per l'11%. Il suicidio è risultato responsabile del 12% del totale delle morti materne nella sorveglianza italiana e per questo motivo l'Iss ha promosso un progetto di ricerca - intervento sulla maternità e paternità fragile e sulla prevenzione del disagio perinatale.

In Piemonte, Emilia-Romagna, Lazio e Sicilia il tasso di mortalità materna è due volte più elevato tra le donne con un basso livello di istruzione rispetto a quelle con un titolo di studio superiore. Nonostante il tasso di mortalità materna per l'Italia sia relativamente basso rispetto alla media globale, nella successiva fase di monitoraggio globale l'Italia dovrà garantire che le disuguaglianze, quali le differenze in termini di istruzione o di classe socio-economica, siano eliminate in modo da offrire gli stessi esiti di salute a tutta la popolazione.

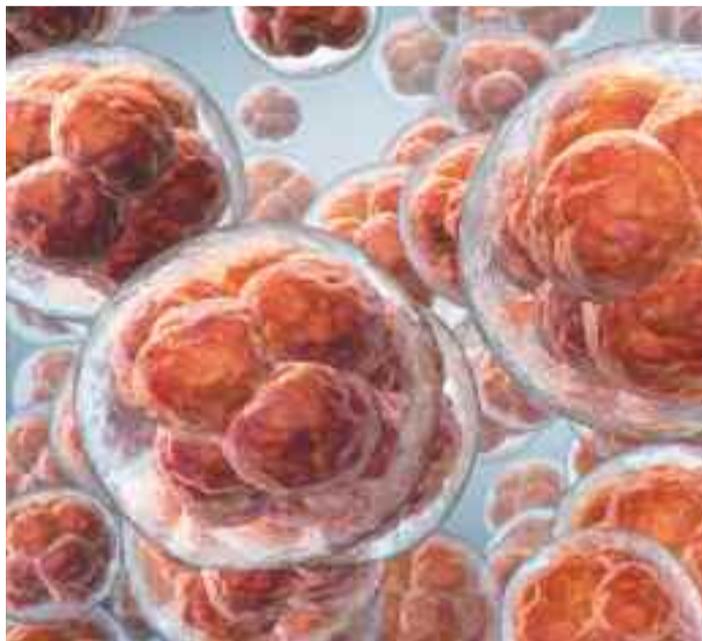
Su scala mondiale la nuova Strategia Globale propone la realizzazione di programmi che siano pensati, guidati e compiuti dagli stessi Paesi e resi concreti attraverso investimenti sostenibili. Allo stesso tempo, chiede la realizzazione di sistemi sanitari più solidi, dotati di personale qualificato e capace di dare un servizio alla popolazione che sia adeguato e di qualità. Chiede che tutte le donne, i bambini e gli adolescenti abbiano pieno accesso ai servizi di prevenzione, alle cure e al trattamento ovunque ne abbiano bisogno nel mondo e in qualsiasi momento. E perché questo possa realizzarsi chiede alla comunità internazionale e ai paesi di realizzare approcci innovativi al finanziamento, allo sviluppo dei prodotti e ad efficienti servizi sanitari e promuovere in tutto il mondo la prevenzione. “L'obiettivo di porre fine alla mortalità materna entro il 2030 è un traguardo ambizioso e realizzabile a condizione che raddoppino anche i nostri sforzi – ha concluso Bustreo - Serviranno investimenti combinati, anche perché in genere la mortalità materna è una spia attendibile di un sistema complessivo. Mi riferisco in particolare a vettori determinanti come istruzione, emancipazione e trasporto”. **Y**

Eterologa

Le Società scientifiche bocchiano il nuovo regolamento del Ministero della Salute su screening genetico dei donatori di gameti

Le società scientifiche Cecos, Sifes e Mr, Sios.E, esprimono parere negativo al nuovo Regolamento proposto dal ministero della Salute in merito allo Screening Genetico dei Donatori di Gameti che prevede anche l'obbligo che essi siano sottoposti a consulenza genetica, oltre a quello di eseguire una serie di indagini di tipo clinico. Secondo il Ministero tale regolamento avrebbe lo scopo di garantire la sicurezza dei soggetti coinvolti nel percorso di fecondazione eterologa e di recepire le Direttive europee in materia, mentre da più parti è stato obiettato che questa misura serve solo a rallentare l'esecuzione di queste tecniche e che lo screening attualmente eseguito (che prevede la consulenza genetica solo qualora l'anamnesi o gli esami evidenzino fattori di rischio) è più che sufficiente. "Ci sono diversi gravi motivi per cui, come professionisti nel campo della Procreazione Assistita, riteniamo questo Regolamento del tutto inaccettabile - spiegano le Società scientifiche in una nota congiunta -. Innanzitutto, contrariamente a

Questo il giudizio di Cecos, Sifes e Mr, Sios.E, tra le principali società scientifiche nazionali attive nel campo della procreazione assistita. Sotto accusa l'obbligo di consulenza genetica per i donatori che, "non aumenta la sicurezza dei trattamenti ma solo le liste d'attesa". E ancora: "Questa disposizione comporta inoltre una gravissima violazione del diritto alla privacy di donatore e ricevente"



quanto sostenuto dal Ministro, l'obbligo di consulenza genetica per i donatori non serve ad aumentare la sicurezza dei trattamenti per nessuno dei soggetti coinvolti, ma ha come unico effetto l'allungamento delle liste d'attesa, violando così il diritto dei cittadini a sottoporsi a un trattamento assolutamente lecito nel nostro Paese. In secondo luogo, questa disposizione comporta una gravissima violazione del diritto alla privacy sia del donatore che dei riceventi. Ogni individuo è potenzialmente portatore di innumerevoli mutazioni che, nella maggior parte dei casi non hanno alcuna manifestazione. In combinazione con altre mutazioni, però, esse potrebbero dare origine a patologie. Questo fa sì che

lo screening genetico completo non possa essere eseguito solo sul donatore, ma debba essere esteso anche al partner fertile della coppia. Si tratta di una serie di esami inutili ai fini del trattamento che però possono portare alla luce situazioni che una persona in cerca di un figlio non è necessariamente intenzionata a conoscere (predisposizione a patologie tumorali, neurodegenerative, ecc.). È per questo motivo che, nella nostra ottica, costringere le persone a eseguire queste analisi costituisce una forma di eugenetica". "Infine, un ultimo aspetto estremamente grave è legato al fatto che questa misura si applicherebbe solo ai donatori italiani, mentre non sarebbe richiesta per i gameti reperiti presso banche site in Paesi ove le normative vigenti non prevedono questo requisito. Alla luce di queste motivazioni - conclude la nota - le Società Scientifiche invitano il Ministro a considerare una radicale revisione di questo documento alla luce dei principi di buona pratica medica, uguaglianza e nel rispetto del diritto alla salute". **Y**

Eterologa. Associazione Luca Coscioni

"Lorenzin vuole reintrodurre surrettiziamente il divieto"

Il perché, secondo Gallo e Cappato, sta nel nuovo regolamento all'esame della Stato Regioni che prevede una consulenza genetica scritta a tutti i donatori di gameti. "Non essendo tale procedura prevista da alcun Paese europeo il risultato, o forse è meglio dire l'obiettivo, è quello di vietare l'importazione di gameti e ostacolare la donazione in Italia"

"Con questo regolamento - affermano **Filomena Gallo** e **Marco Cappato**, Segretario e Tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni - Lorenzin prova surrettiziamente a reintrodurre il divieto di fecondazione eterologa, abrogato a maggio 2014 dalla Corte costituzionale. Infatti, nel Regolamento si vorrebbe imporre una consulenza genetica scritta a tutti i donatori di gameti. Non essendo tale procedura prevista da alcun Paese europeo (sono previsti ovunque esami atti a garantire adeguate condizioni di sicurezza sanitaria, ma non una consulenza genetica scritta!) il risultato - o forse è meglio dire l'obiettivo, è quello di vietare l'importazione di gameti, oltre ad ostacolare la donazione in Italia (donazione già ridotta al

minimo dagli ostacoli burocratici, dalla violazione della privacy dei donatori ad opera del Centro Nazionale Trapianti di Nanni Costa, e dall'assenza di una campagna di informazione per il dono)". "È del tutto evidente - concludono i due esponenti della Luca Coscioni - il tentativo del Governo di sabotare la fecondazione eterologa, facendo rientrare dalla finestra della burocrazia le proibizioni che la Corte costituzionale aveva cacciato dalla porta del diritto e delle libertà fondamentali. Chiediamo ai Presidenti di Regione di opporsi a questo tentativo prima che sia troppo tardi, cioè prima di costringerci a nuove iniziative giudiziarie come quelle che hanno fatto a pezzi la legge 40 in questi 11 anni".

La precisazione del Ministro Lorenzin

"Pieno rispetto della Direttiva UE. Consulenza genetica scritta è un atto medico appropriato"

Dopo le dichiarazioni della Associazione Luca Coscioni, circa gli esami di tipo genetico a cui sarebbero sottoposti i donatori di gameti nella fecondazione assistita di tipo eterologo, il Ministero della Salute ha diramato le seguenti precisazioni:

"Stiamo recependo direttive europee nelle parti che riguardano le donazioni di gameti da persone diverse dal partner, cioè normative europee relative alla fecondazione assistita di tipo eterologo. In particolare, la direttiva 2006/17 all'All. III, 3.6 indica: "Occorre effettuare lo screening genetico di geni autosomici recessivi risultati prevalenti nel contesto etnico del donatore in base a prove scientifiche internazionali, nonché una valutazione del rischio di trasmissione di patologie ereditarie che risultano presenti nella famiglia del donatore, dopo aver ottenuto l'autorizzazione. Vanno fornite informazioni complete a norma delle disposizioni in vigore negli Stati

per il rispetto dei principi di piena trasparenza e responsabilità del medico redatto. Si tratta di disposizioni che valgono per i donatori italiani, che non impediscono importazioni di gameti da centri o biobanche di altri paesi europei - qualora avessero recepito le direttive in modo diverso dall'Italia - purché tali centri o biobanche siano autorizzate dalle rispettive autorità competenti nazionali. Le coppie riceventi, nel sottoscrivere il consenso informato al percorso di procreazione assistita di tipo eterologo, saranno informate di tutti gli esami clinici a cui è stato sottoposto il donatore dei gameti. Si tratta di misure che vanno a garantire nel nostro paese l'accesso al percorso di procreazione assistita, anche di tipo eterologo, insieme alla massima sicurezza sanitaria di tutti i soggetti coinvolti: genitori, donatori e nati".

Si tratta di disposizioni che valgono per i donatori italiani, che non impediscono importazioni di gameti da centri o biobanche di altri paesi europei - qualora avessero recepito le direttive in modo diverso dall'Italia - purché tali centri o biobanche siano autorizzate dalle rispettive autorità competenti nazionali. Le coppie riceventi, nel sottoscrivere il consenso informato al percorso di procreazione assistita di tipo eterologo, saranno informate di tutti gli esami clinici a cui è stato sottoposto il donatore dei gameti. Si tratta di misure che vanno a garantire nel nostro paese l'accesso al percorso di procreazione assistita, anche di tipo eterologo, insieme alla massima sicurezza sanitaria di tutti i soggetti coinvolti: genitori, donatori e nati".



Legge 40. Sentenza della Corte Costituzionale

Illegittimo l'articolo che vieta la selezione di embrioni affetti da malattie genetiche

■ **Costituzionalmente legittimo invece il divieto di soppressione degli embrioni, anche quando sono soprannumerari, affetti da malattie genetiche. È quanto ha deciso la Consulta che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 13 commi 3, lettera b) e 4 della legge 40, e non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14 ai commi 1 e 6**

Non commettono più reato i medici che selezionano gli embrioni anche per evitare l'impianto nell'utero della donna di embrioni affetti da malattie genetiche trasmissibili. Continua invece ad essere vietata e quindi penalmente sanzionabile la soppressione degli embrioni, anche quando sono embrioni soprannumerari, affetti da malattie genetiche, a seguito di una selezione finalizzata ad evitarne appunto l'impianto nell'utero della donna. È quanto hanno deciso i giudici della Corte Costituzionale che con la sentenza 229/2015 hanno dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 13 commi 3, lettera b) e 4 della legge 19 febbraio 2004 n. 40, e invece non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 14 ai commi 1 e 6.

A promuovere il giudizio di legittimità costituzionale il Tribunale ordinario di Napoli nell'ambito di un procedimento penale a carico di un gruppo di professionisti rinviati a giudizio per aver realizzato la produzione di embrioni umani con fini diversi da quelli previsti dalla legge 40, effettuando una selezione eugenetica e la soppressione di embrioni affetti da patologie. Il tribunale partenopeo aveva quindi sollevato una duplice questione di legittimità costituzionale nella parte in cui si contemplano quali ipotesi di reato rispettivamente, la selezione eugenetica e la soppressione degli embrioni soprannumerari "senza alcuna eccezione".

Le decisioni della Corte. I giudici hanno dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 13 comma 3, lettera b) (che vieta ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti ovvero interventi che, attraverso tecniche di selezione, di manipolazione o comunque tramite procedimenti artificiali, siano diretti ad alterare il patrimonio genetico dell'embrione o del gamete ovvero a predeterminarne caratteristiche genetiche, ad eccezione degli interventi aventi finalità diagnostiche e terapeutiche) e comma 4 (che prevede reclusione fino a sei mesi e multe fino a 150mila euro per chi viola la norma).

Una decisione che procede sul



solco della recente sentenza (n. 96 del 2015) con la quale la Corte aveva dichiarato l'illegittimità costituzionale degli artt. 1, commi 1 e 2, e 4, comma 1 nella parte in cui non si consentiva il ricorso alle tecniche di Pma alle coppie fertili portatrici di malattie genetiche trasmissibili, rispondenti ai criteri di gravità stabiliti dalla legge e accertate da apposite strutture pubbliche.

Di conseguenza, scrive la Consulta, "quanto è divenuto così lecito, non può dunque, per il principio di non contraddizione, essere più attratto nella sfera del penalmente rilevante".

Al contrario i giudici della Suprema Corte hanno dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 14, che contempla i limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni, nella parte in cui vieta la crioconservazione e

la soppressione di embrioni e prevede la reclusione fino a sei mesi e multe fin a 150mila euro per chi commette reato (commi 1 e 6).

Per i giudici la malformazione degli embrioni non ne giustifica, e solo per questo, un trattamento deteriore rispetto a quello degli embrioni sani creati in numero superiore a quello strettamen-

te necessario ad un unico e contemporaneo impianto" e si prospetta quindi "l'esigenza di tutelare la dignità dell'embrione, alla quale non può parimenti darsi, allo stato, altra risposta che quella della procedura di crioconservazione". "L'embrione, infatti - scrivono i Giudici della Corte Costituzionale - quale che ne sia il più o meno ampio, ri-

conoscibile grado di soggettività correlato alla genesi della vita, non è certamente riducibile a mero materiale biologico".

Le conclusioni

La Corte ha quindi dichiarato:

- **l'illegittimità costituzionale** dell'art. 13, commi 3, lettera b), e 4 della legge 19 febbraio 2004, n. 40 (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita), nella parte in cui contempla come ipotesi di reato la condotta di selezione degli embrioni anche nei casi in cui questa sia esclusivamente finalizzata ad evitare l'impianto nell'utero della donna di embrioni affetti da malattie genetiche trasmissibili rispondenti ai criteri di gravità di cui all'art. 6, comma 1, lettera b), della legge 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela della maternità e sulla interruzione della gravidanza) e accertate da apposite strutture pubbliche;

- **non fondata la questione di legittimità costituzionale** dell'articolo 14, commi 1 e 6, della legge 19 febbraio 2004, n. 40 (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita), sollevata - in riferimento agli artt. 2 e 3 della Costituzione ed all'art. 117, primo comma Cost., in relazione all'art. 8 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con legge 4 agosto 1955, n. 848 - dal Tribunale ordinario di Napoli. **Y**

De Biasi (PD): "Altro duro colpo a crudeltà Legge 40"

“Un altro colpo alla crudeltà della Legge 40. La sentenza della Consulta riafferma l'umanità della procreazione medicalmente assistita nel caso di malattie geneticamente trasmissibili, umanità negata attualmente dalla legge 40. Solo chi ha paura del progresso e del rispetto delle persone, del loro diritto alla genitorialità e del diritto del nascituro alla salute, può alludere ad una apertura all'eugenetica peraltro, ricordiamo, vietata dai protocolli internazionali ai quali l'Italia aderisce. Mi auguro che possa presto ripartire in Commissione Sanità del Senato il percorso di revisione della Legge 40, anche attraverso il Ddl di riforma a mia prima firma". Così la senatrice del Pd **Emilia Grazia De Biasi**, presidente della Commissione Sanità.



seasonique

150 mcg/ 30 mcg e 10 mcg

Levonorgestrel/Ethinilestradiolo

gennaio

febbraio

marzo

aprile

maggio

giugno

luglio

agosto

settembre

ottobre

novembre

dicembre

gennaio

TEVA

Women's Health

I numeri dell'Ecm

1.067 provider accreditati e 101 mila eventi formativi in 3 anni. Nel 68% dei casi formazione destinata ai medici

Più di 1000 provider accreditati e più di 100 mila eventi formativi svolti tra il 1° gennaio 2012 e il 31 dicembre 2014. Questi alcuni numeri della Relazione sulle attività della Commissione nazionale per la formazione continua (CNFC) 2012-2015

Accreditamenti. Allo stato attuale i provider accreditati dalla Commissione nazionale sono 1.067, di cui 390 accreditati standard e 676 accreditati provvisoriamente, mentre in 912 casi sono stati cancellati / sospesi / inammissibili / trasferiti ai sist. regionali / con diniego. Inoltre, alla data attuale i provider accreditati provvisoriamente sui sistemi regionali convenzionati con Age.Na.S. sono n. 306, mentre per n. 206 provider la richiesta di accreditamento è stata respinta.

Offerta formativa. Eventi in maggioranza residenziali ma cresce la Fad. Dal 1° gennaio 2012 al 31 dicembre 2014 il numero di eventi formativi svolti e registrati nel sistema nazionale Ecm del sito Age.Na.S è stato pari a 101.424 (33.025 nel 2012, 33.613 nel 2013 e 34.786 nel 2014). La maggioranza degli eventi è stata di tipo residenziale anche se si registra una forte crescita della Formazione a distanza.

Le professioni destinatarie della formazione. Medici al top. Nel 68% dei casi gli eventi formativi erano destinati ai medici. Nel 28% agli infermieri e il 25% all'area riabilitativa. Arrancano, invece, farmacia (10%), odontoiatria e psicologia (entrambe con l'8%).

Insiediata la nuova Commissione ECM

Più attenzione al sistema di verifica e alla qualità della formazione

Ecm: si riparte. Il 9 dicembre scorso alla presenza del ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** si è insediata ufficialmente la nuova commissione nazionale per la Formazione Continua. Dopo quasi un anno di stop dove la commissione non era stata rinnovata (quest'anno non si è nemmeno tenuto il tradizionale Forum) si riprendono i lavori. E gli obiettivi cui è chiamata la commissione non sono di poco conto e li precisa lo stesso Ministero della Salute in una nota. La Commissione, istituita presso Agenas, "sarà chiamata ad avviare i lavori per la redazione di un nuovo Accordo Stato-Regioni sulla materia, con l'obiettivo di semplificare e razionalizzare il sistema regolatorio in ambito Ecm, aggiornando la normativa alle più recenti riforme in tema di trasparenza, anticorruzione e conflitto di interessi". L'obiettivo dichiarato è quello "di dare sempre maggiore centralità al processo formativo per i professionisti della sanità, la Commissione sarà, poi,



Si è insediata la nuova Commissione Nazionale per la Formazione Continua che resterà in carica per i prossimi tre anni. Più attenzione al sistema di verifica e alla qualità della formazione. Verifiche ad hoc sul territorio per i provider accreditati dal sistema per monitorare il corretto svolgimento degli eventi formativi

fortemente impegnata nel garantire standard elevati dell'offerta formativa a disposizione. Per quanto riguarda i provider accreditati dal sistema verrà dato maggiore impulso alle attività di veri-

fica sul territorio, al fine di monitorare il corretto svolgimento degli eventi formativi". Ma allo stesso modo dovrà essere "posta particolare attenzione da parte degli Ordini Profession-

nali al rispetto degli obblighi in materia di formazione continua previsti per ogni singolo professionista. Nel processo di trasformazione in corso del sistema sanitario, la definizione di un'offerta formativa adeguata ai bisogni delle diverse professioni deve essere accompagnata da meccanismi di verifica efficaci per colpire coloro che non rispettano gli obblighi previsti dalla normativa". **Y**

Lorenzin alla nuova Commissione: "Un nuovo accordo Stato Regioni su trasparenza, anticorruzione e conflitto di interessi nella formazione"

Nascite. Lorenzin presenta il piano nazionale per le emergenze a Messina

"Mai più casi come quello di Nicole". Confermata chiusura strutture con meno di 500 parti: "Deroghe solo in casi particolari"

"L'obiettivo è fare le cose meglio, non in più". Con questo slogan il ministro alla Salute, Beatrice Lorenzin, ha presentato a Messina il 30 novembre scorso il Piano nazionale sulle emergenze-urgenze pediatriche. Una riorganizzazione che, in Sicilia, porterà alla chiusura di 17 punti nascita, quelli al di sotto dei 500 parti annui. "Ci saranno delle deroghe - ha però specificato il Ministro - ma solo per casi particolari per i quali dovranno essere garantiti elevati standard di sicurezza strutturali, per il personale e per la sicurezza della mamma e del bambino". Dovrà essere la Regione a chiedere le deroghe e le strutture dovranno essere sup-

Scelta certamente simbolica quella del ministro che si è recata proprio in Sicilia per presentare il nuovo piano nazionale sulle emergenze-urgenze pediatriche. "Il 14 febbraio 2015, il giorno del dramma di Nicole, ero incinta, ha raccontato Lorenzin, e l'immagine dei due genitori è stata una cosa tremenda". Bevere (Agenas): "Coinvolgere anche pediatra di base"

portate dalla stessa Regione per garantire gli standard richiesti. Sarà poi il Comitato tecnico istituito presso il Ministero a esaminare tutte richieste di deroga. Il tetto stabilito ad oggi è 500 nascite all'anno ma l'obiettivo è arrivare a tenere aperti punti nascita con minimo mille parti annui.

Dal Piano, è stato reso noto, si evidenzia come siano tre milioni i minori che si presentano nei Pronto Soccorso pediatrici ogni anno e solo lo 0,1% sia da codice rosso e il 12% da codice giallo. "Occorre - ha detto Francesco Bevere, direttore generale dell'Agenzia per i servizi sanitari re-



gionali - che quello 0,1% trovi un ambiente adeguato e specialisti che possano affrontare le condizioni di gravità e siano in grado di agire immediatamente". Il problema preso in considerazione è la gestione dell'emergenza-urgenza che dovrà coinvolgere anche il pediatra di base. "Nel 90% dei casi nessuno chiama il pediatra, ma si va direttamente in ospedale - ha sottolineato Bevere -. Il pediatra di base deve essere parte del sistema, per questo lavoriamo per un'assistenza pe-

diatrica garantita, con turni, che arrivi a 12 ore al giorno e ci sia anche nei festivi e prefestivi".

Le linee guida del Ministero, è stato puntualizzato, guardano alla formazione degli specialisti che dovranno prendere in carico il bambino (rianimatori, anestesisti) e a studiare in quali strutture collocare dei trauma-center pediatrici o la terapia intensiva.

"Le figure professionali su cui bisogna investire sono ostetriche, anestesisti, pediatri", ha detto Bevere. "Il 14 febbraio 2015, il giorno del dramma di Nicole, ero incinta - ha raccontato il Ministro Lorenzin - e l'immagine dei due genitori è stata una cosa tremenda. E dalla vicenda drammatica di Nicole, ma anche di tante altre, ho chiesto al mondo sanitario di dare delle procedure più congrue. I punti nascita non chiudono per motivi economici, chiudono perché non sono sicuri, perché mettono a rischio la vita delle persone. C'è necessità di una rete che garantisca parametri e condizioni di sicurezza per figli e mamme e tutti dovrebbero potervi accedere alle stesse condizioni. Presentiamo questo studio a Messina perché è nelle regioni del Sud che, purtroppo, i dati ci dicono che queste cose accadono con più frequenza". **Y**

MUVAGYN® CENTELLA ASIATICA

Gel vaginale



**Trattamento rigenerativo
non ormonale
per la mucosa vaginale**

**Confezione
da 8 applicatori
monodose da 5 ml = 1 mese
di trattamento**

**Compatibile con l'uso di preservativi
Non è grasso e non macchia**



**Applicare 2 volte
alla settimana,
a giorni alterni**

È un dispositivo medico CE 0051. Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso.

Distribuito in Italia da: INNOVA PHARMA spa, via Matteo Civitali 1, Milano



SIGO 2016

“La Salute al Femminile tra Sostenibilità e Società Multi-etnica”

Soltanto il 20% delle under 20 d'origine straniera che risiede in Italia è andata almeno una volta dal ginecologo. Il 70% delle loro coetanee italiane invece si è sottoposta alla visita con lo specialista. E il 34% degli aborti è praticato da un'immigrata. Nel nostro Paese vivono più di 1 milione e 700mila donne di origine straniera in età fertile che provengono da tutti e cinque i continenti e spesso hanno una diversa cultura per quanto riguarda sessualità, maternità o il ruolo della donna all'interno della società e famiglia. È il quadro tracciato in occasione della conferenza di presentazione del congresso nazionale Sigo 2016 'La Salute al Femminile Tra Sostenibilità e Società Multi-etnica, svoltosi a Roma il 4 dicembre scorso.

“Oltre 155mila straniere presenti sul territorio nazionale hanno meno di 20 anni. Nella stragrande maggioranza dei casi queste ragazze si rivolgono a noi quando è già troppo tardi – ha osservato il presidente Sigo **Paolo Scollo**. – Per esempio si chiedono la pillola del 'giorno dopo' o di altri contraccettivi d'emergenza. Alla base manca una corretta cultura della prevenzione. Le giovani straniere sono una delle categorie più esposte al rischio di comportamenti sessuali non responsabili.



Il loro tasso di abortività è più del doppio di quello registrato tra le italiane di pari età”. Per invertire questa pericolosa tendenza - sostiene **Giovanni Scambia**, Direttore del Dipartimento Tutela della Salute della Donna della Cattolica di Roma e co-presidente del prossimo congresso Sigo - bisogna aumentare il livello di informazione avviando corsi specifici di educazione alla



sessualità ed affettività”. E per realizzarli va rafforzata la rete dei consultori. “Grazie a queste strutture negli ultimi 40 anni milioni di cittadini hanno ricevuto assistenza. Adesso però è necessario migliorare la loro situazione qualitativa e quantitativa – ha proseguito Scollo. Tutti gli abitanti del nostro Paese, italiani e non, hanno un grande bisogno di una corretta informazione sulla preservazione del proprio benessere”. “Le differenze culturali non favoriscono l'afflusso di donne nei nostri ambulatori. Il primo problema è la lingua: il 13% degli stranieri afferma di avere difficoltà nello spiegare correttamente in italiano i propri disturbi ad un medico – ha spiegato **Enrico Vizza**, segretario nazionale Sigo e co-presidente del prossimo congresso. Per avvicinare a noi questi strati della popolazione dobbiamo puntare sulle 'secondo e terzo generazioni' di immigrati. Sono cittadini a tutti gli effetti nati e cresciuti nel nostro Paese e che parlano correttamente la nostra lingua. Spesso e volentieri fanno da

tramite per la traduzione, la comunicazione e l'informazione e non solo in ambito medico-sanitario. Sono dunque un'importante risorsa insostituibile, imprescindibili per accrescere la cultura di accesso al Ssn in termini di vaccinazione e screening”. L'Italia è un Paese sempre più multi-etnico. I cittadini d'origine straniera rappresentano ormai più del 8% di tutta la popolazione. “Noi ginecologi – è stato sottolineato – dobbiamo aggiornare le nostre conoscenze alla luce di questi fenomeni. Per questo abbiamo deciso di mettere al centro del suo prossimo congresso na-

Trojano: “L'immigrazione ha portato al confronto culture molto differenti per quanto riguarda la sessualità, maternità o il ruolo della donna all'interno della società e famiglia. Tra i vari medici specialisti, noi ginecologi siamo quelli che più di tutti hanno a che fare con queste diversità”

Presentato in conferenza stampa il congresso nazionale Sigo 2016 che sarà dedicato alla società multirazziale. Nel corso dell'incontro i rappresentanti delle società scientifiche Sigo-Aogoi e Agui e i co-presidenti del prossimo Nazionale – in programma a Roma dal 2 al 5 ottobre 2016 – hanno tracciato un quadro delle criticità e delle sfide che attendono la ginecologia italiana per promuovere il benessere e la salute della popolazione femminile immigrata. Cultura della prevenzione e accesso ai servizi del nostro Ssn le parole chiave. Per il presidente Aogoi “L'integrazione dei nuovi cittadini può cominciare nei reparti materno-infantili dove sempre più neonati vengono al mondo con nomi e cognomi non italiani”

zionale il benessere e la salute delle immigrate”.

Negli ospedali del nostro Paese un parto su cinque è svolto da una donna di origine straniera. Il 26% è originaria dell'Unione Europea, il 25% proviene invece dall'Africa. Seguono l'Asia (18%) e il Sud-America (8%). L'età media delle madri è di 29 anni contro i 32 delle italiane. “L'immigrazione ha portato al confronto culture molto differenti per quanto riguarda la sessualità, maternità o il ruolo della donna all'interno della società e famiglia – ha evidenziato il presidente Aogoi **Vito Trojano**. Tra i vari medici specialisti, noi ginecologi siamo quelli che più di tutti hanno a che fare con queste diversità. Dobbiamo imparare a gestire questo delicato aspetto della nostra professione. L'integrazione dei nuovi cittadini può cominciare nei reparti materno-infantili dove sempre più neonati vengono al mondo con nomi e cognomi non italiani”. “Per migliorare questi processi – ha proseguito Trojano – è fondamentale coinvolgere organicamente i medici di medicina generale e garantire la riconversione dei piccoli ospedali in realtà territoriali di prevenzione e di prima accoglienza”.

Il 48% delle straniere che partoriscono in Italia ha una scolarità medio-bassa. Una su due è una casalinga che non lavora. “Si tratta dunque di pazienti molto diverse rispetto alle neo-madri italiane che nel 25% dei casi ha una laurea. – ha evidenziato il presi-

dente nazionale Agui **Nicola Colacurci**. L'approccio che diamo a queste pazienti deve per forza essere diverso, al di là della provenienza geografica”.



“In alcune regioni il personale medico è chiamato ad assistere donne in cerca di asilo politico nel nostro Paese. Arrivano in Italia dopo tremendi e pericolosi viaggi su barconi fatiscenti. Molte di loro sono in gravidanza, altre ancora dovranno trascorrere molti mesi nei centri di identificazione – ha ricordato in conclusione il presidente Sigo **Scollo**. All'interno di queste strutture, oltre alla normale assistenza sanitaria, potremmo iniziare un lavoro di educazione alla salute. Anche perché sono numerose le difficoltà che si presentano nella somministrazione dei vaccini a donne e bambini immigrati. Tutto ciò all'interno di una contesto in cui stanno ricomparendo patologie che pensavamo estinte, come sifilide e tubercolosi. Un fenomeno in crescita, poiché queste persone attraversano scenari complicatissimi e per lunghi periodi di tempo: basti pensare che un viaggio dal Niger alla Libia può durare anche due anni”. **Y**

SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA DELLE DONNE IMMIGRATE

- In Italia sono 1,7 milioni le donne straniere in età fertile, ma solo una su cinque va dal ginecologo.
- Un parto su cinque in Italia è svolto da una donna di origine straniera. Il 26% è originaria

dell'Ue, il 25% dell'Africa. Seguono l'Asia (18%) e il Sud-America (8%).

- L'età media delle madri è di 29 anni contro i 32 delle italiane. Resta alta la percentuale di Ivg:

il 34% riguarda donne straniere. Ecco alcuni dati presentati nel corso della conferenza stampa dedicata al prossimo congresso nazionale di ginecologia



Commissione Affari Sociali approva Ddl responsabilità professionale.

Aogoi: "Buono l'impianto del Ddl. È un passo importante, ma non decisivo"

L'Aogoi promuove l'impianto del Ddl approvato in commissione Affari Sociali e ora passato alle altre Commissioni competenti per i pareri.

Per il presidente Trojano lo "zoccolo duro" del provvedimento – responsabilità medica, rischio clinico e assicurazioni – è senz'altro buono. Ma "non bisogna ancora illudersi" – avverte il segretario nazionale Chiantera. – È adesso che arriverà la parte più difficile"

Dopo il via libera della commissione Affari Sociali della Camera al disegno di legge sulla responsabilità professionale il 18 novembre scorso, il testo è passato all'esame delle altre commissioni per i pareri di competenza prima di approdare in Aula. Molti i cambiamenti apportati in questi mesi rispetto al testo base adottato dalla XII commissione lo scorso agosto. Possiamo dire che il provvedimento è stato quasi interamente riformulato dal relatore **Federico Gelli** (Pd). "Si tratta di un provvedimento atteso ormai da troppi da anni da parte degli operatori della sanità – ha spiegato a *Quotidiano Sanità Gelli* –. L'assenza di un chiaro inquadramento legislativo su questa materia toglie serenità a medici e

professionisti e soprattutto ha come ricaduta l'enorme costo della medicina difensiva che pesa sul nostro sistema salute per 14 miliardi di euro l'anno, risorse che potrebbero essere impiegate per migliorare la sanità pubblica. Per questo motivo sono stato impegnato per mesi insieme ai colleghi della Commissione, per redigere un testo specifico e organico che, in un'ottica di sistema, dia alla questione risposte chiare ed esaustive sulle orme della legislazione europea di riferimento. L'obiettivo di questo disegno di legge è quello di aumentare le tutele dei professionisti prevedendo, al contempo, nuovi meccanismi a garanzia del diritto al risarcimento da parte dei cittadini danneggiati da un errore sanitario".

Ma vediamo nel dettaglio il contenuto del provvedimento.

L'articolo 1 definisce la sicurezza delle cure in sanità come "una parte costitutiva del diritto alla salute perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività".

L'articolo 2 regola l'attività di gestione del rischio sanitario, prevedendo che tutte le strutture attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio (risk management).

L'articolo 3 spiega che le funzioni di Garante per il diritto alla salute verranno affidate al difensore civico. Il difensore civico, a livello regionale, diventerà il centro dell'interlocuzione con il paziente

che potrà qui richiedere gratuitamente assistenza in tutti quei casi in cui ritenga di essere stato danneggiato. Inoltre, in ogni regione, verrà istituito un Centro per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente che sarà incaricato di raccogliere i dati regionali sul contenzioso e sugli errori sanitari per poi trasmetterli all'organismo di riferimento nazionale (Osservatorio nazionale sicurezza in sanità).

L'articolo 4 prevede che l'Osservatorio nazionale sicurezza in sanità, che verrà istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge, si occuperà di acquisire dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del

paziente richiamati nell'articolo 3, i dati regionali relativi agli errori sanitari e all'onere finanziario del contenzioso, individuando apposite linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario, oltre che per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario. Per la predisposizione di queste linee di indirizzo l'Osservatorio dovrà avvalersi dell'aiuto delle società scientifiche. Viene previsto, inoltre, che il ministro della Salute dovrà trasmettere annualmente al Parlamento una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

L'articolo 5 introduce nuove misure per la trasparenza dei dati. Le strutture sanitarie saranno tenute a fornire ai pazienti la documentazione clinica da loro richiesta en-

Gelli: "Con questo testo puntiamo ad aumentare le tutele dei professionisti prevedendo, al contempo, nuovi meccanismi a garanzia del diritto al risarcimento da parte dei cittadini danneggiati da un errore sanitario"

tro trenta giorni. Inoltre, sul sito internet delle strutture dovranno essere pubblicati tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.

L'**articolo 6** modifica il Codice Penale introducendo il 590-ter. L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose, solo in caso di colpa grave o dolo. La colpa grave viene però esclusa quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, vengono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali. Nel mentre, in attesa che queste linee guida vengano emanate da società scientifiche riconosciute con apposito decreto dal Ministero della Salute, è stata inserita una norma transitoria che, per evitare vuoti normativi, prevede l'applicazione della legge Balduzzi.

L'**articolo 7**, in tema di responsabilità civile, prevede ancora il 'doppio binario': contrattuale a carico delle strutture sanitarie, pubbliche e private, ed extracontrattuale per l'esercente la professione sanitaria che svolge la propria attività nell'ambito di una struttura sanitaria pubblica o privata o in rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale. Ricordiamo che quest'ultima misura comporta l'inversione dell'onere della prova a carico del paziente e la riduzione della prescrizione da 10 a 5 anni. Due le principali novità: la responsabilità contrattuale delle strutture viene allargata anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime intramurario nonché attraverso la telemedicina, e l'esclusione dalla responsabilità extracontrattuale per i libero professionisti.

L'**articolo 7-bis** istituisce il tentativo obbligatorio di conciliazione ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile. Prima dell'avvio di qualunque procedimento, si dovrà esperire, attraverso l'azione tecnico-preventiva affidata al perito, tutti i tentativi possibili. Si prevede che la partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo sia obbligatoria per tutte le parti, comprese le compagnie assicuratrici.

L'**articolo 7-ter** disciplina l'azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti dell'esercente la professione sanitaria. Quest'ultima potrà essere esercitata solo in caso di dolo e colpa grave. La struttura sanitaria avrà l'obbligo di dare comunicazione all'eser-

cente la professione sanitaria dell'instaurazione del giudizio risarcitorio mediante notifica nell'atto di citazione. L'omissione o la incompletezza di questa comunicazione preclude l'ammissibilità del giudizio di rivalsa. Infine, l'azione di rivalsa potrà avvenire nella misura massima di un quinto della retribuzione e, il medico, per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione pronunciata nel giudizio di rivalsa, non potrà vedersi assegnare incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti, né potrà partecipare a pubblici concorsi per incarichi superiori.

L'**articolo 8** prevede l'obbligo per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private di essere provviste di una copertura assicurativa, e si ribadisce l'obbligatorietà dell'assicurazione per tutti i liberi professionisti. Tale misura viene estesa anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera

professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina. L'obbligo assicurativo per tutti gli esercenti la professione sanitaria viene previsto anche al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa da parte delle strutture nei confronti dei loro dipendenti. Quanto alla trasparenza, le aziende saranno obbligate a pubblicare sul loro sito internet la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative, oltre a tutte le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa. Viene poi previsto un apposito decreto del Ministero dello Sviluppo economico, di concerto con il Ministero della Salute, che avrà il compito di definire i criteri e le modalità di vigilanza e controllo che l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (Ivass) sarà tenuto ad effettuare sulle compagnie assicuratrici che intendano contrarre polizze con le strutture e con gli esercenti la professione sanitaria.

L'**articolo 8-bis** prevede la possibilità di un'azione diretta del soggetto danneggiato nei confronti della compagnia assicuratrice. Quest'azione sarà soggetta al termine di prescrizione pari a quello dell'azione verso l'azien-

da sanitaria, la struttura o l'ente assicurato.

L'**articolo 9** istituisce un Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria. Nel testo si spiega che il Fondo dovrà essere costituito presso la Concessionaria servizi assicurativi pubblici S.p.A. (Consap), per risarcire i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei casi in cui: a) il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti stipulati dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria; b) la struttura sanitaria ovvero l'esercente la professione sanitaria risultano assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta o vi venga posta successivamente. Le imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria saranno tenute a versare annualmente alla Consap un contributo da determinarsi in una percentuale del premio incassato per ciascun contratto relativo alle predette assicurazioni. La misura del contributo sarà determinata e aggiornata con cadenza annuale, con regolamento del Ministro dello sviluppo economico, da adottare entro 120 giorni dall'entrata in vigore della

presente legge, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza Stato Regioni.

Infine, l'**articolo 10** disciplina la nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria. Nel nuovo testo si spiega che, nei procedimenti civili e penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria implicanti la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico legale e a uno specialista nella disciplina oggetto del giudizio. A tal fine, negli albi dei consulenti e dei periti dovranno essere indicate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina, l'esperienza da loro maturata, il numero degli incarichi conferiti e quelli revocati. Infine, si spiega che gli albi dei periti dovranno essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire un'idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche di area sanitaria, anche coinvolgendo società scientifiche. **Y**

Alle pagine 22-23 il testo completo del Ddl approvato dall'Affari Sociali.

Intervista al presidente AOGOI Vito Trojano

"L'impianto del Ddl è buono. Diminuirà la medicina difensiva e si ridurranno le spese assicurative"

"Diminuirà la medicina difensiva, migliorerà il rapporto tra medico e paziente e si potrà permettere ai giovani di affrontare con più tranquillità il proprio lavoro dovendo pagare premi assicurativi notevolmente più bassi rispetto ad oggi". Così il presidente nazionale Aogoi, **Vito Trojano**, promuove il disegno di legge sulla responsabilità professionale approvato dalla commissione Affari Sociali alla Camera. Una promozione tanto più importante alla luce del fatto che il presidente Trojano ha fatto parte della cosiddetta Commissione Alpa incaricata dal ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** di affrontare la tematica della responsabilità medica.

Dottor Trojano, i ginecologi sono sempre stati in prima linea sul tema della responsabilità professionale, al punto che sono stati gli unici ad arrivare ad indire uno sciopero di categoria. Oggi siete soddisfatti del disegno di legge approvato dalla commissione Affari Sociali?

Così il presidente nazionale Aogoi promuove il Ddl approvato in commissione Affari Sociali. Per Trojano, grazie ad un nuovo rapporto medico-paziente incentrato su una maggiore "tranquillità" e alla necessità di doversi assicurare solo per dolo e colpa grave, si potrà bloccare anche l'esodo di giovani verso l'estero. "Le loro spese assicurative potrebbero scendere da 7000 euro a circa 1000 l'anno"

Sono soddisfatto di questa legge. Non posso dire che sia la migliore delle leggi possibili in quanto ci sarebbero diversi aspetti da affinare, ma il suo zoccolo duro su responsabilità medica, rischio clinico e assicurazioni è senz'altro buono. Con questa legge diminuirà la medicina difensiva e sono sicuro che migliorerà anche il rapporto tra il medico e il paziente.

Eppure, nei giorni scorsi, Cittadinanzattiva è stata molto critica su questo testo, puntando il dito in particolare contro l'inversione dell'onere della prova che ora peserà sui pazienti. Non si rischia in questo modo di ledere il rapporto di fiducia medico-paziente?

No, io non credo. Anzi, penso l'esatto contrario. Nel momento in cui da paziente ritengo che qualcuno abbia commesso qual-

cosa a mio danno, sarò io a dovermi assumere l'onere di provarlo e non costringere la controparte a discolarsi. Serve una maggiore tranquillità nel rapporto tra medico e paziente, ed io credo

► Segue a pagina 20



"Il medico non può continuare ad essere il bancomat del sistema. Negli anni tutto questo ha prodotto una vera e propria fuga, specie in talune branche della chirurgia o, ad esempio, nella ginecologia oncologica"

► **Segue da pagina 19**

che con questa legge si vada nella giusta direzione. Il medico non può continuare ad essere il bancomat del sistema. Negli anni tutto questo ha prodotto una vera e propria fuga, specie in talune branche della chirurgia o, ad esempio, nella ginecologia oncologica: nessuno voleva più assumersi la responsabilità di eseguire alcuni interventi.

E cosa ha prodotto tutto questo?

I pazienti venivano finivano per doversi rivolgere magari all'estero o in centri privati a pagamento. Non credo che una situazione di questo tipo possa andare nell'interesse dei cittadini. In questi anni i pazienti di diversi Paesi dell'Est Europa venivano a curarsi in Italia perché qui trovavano medici capaci di operare bene, non pagavano nulla e potevano riuscire ad ottenere anche ottimi indennizzi. Insomma, non si poteva più andare avanti in questa maniera. Così si penalizza una professionalità di altissimo livello come quella della sanità italiana. Oggi il 50% dei giovani va a lavorare fuori dall'Italia. Noi vogliamo che restino e che possano svolgere il loro lavoro in tranquillità. L'atto medico ha tutta una sua complessità ed è soggetto a diverse variabili. Non si può dover pagare per un eventuale sbaglio non riconducibile ad una mia cattiva condotta.

A tal proposito nel testo si richiama l'osservanza di linee guida che dovranno essere prodotte da Società scientifiche accreditate dal Ministero della Salute. Ecco, queste linee guida saranno vincolanti? Il medico potrà continuare ad avere una sua libertà d'azione?

Absolutamente sì. Va chiarito che le linee guida altro non sono che linee di indirizzo. Non si fa altro che standardizzare dei percorsi in base ad esperienze consolidate. Ma questo non toglie autonomia al medico che potrà poi giustificare un suo eventuale scostamento dettato da esigenze particolari.

Come ginecologi avete a più riprese sollevato anche il problema legato all'alto costo delle assicurazioni, pensa che con questo ddl la situazione possa migliorare sotto questo aspetto?

Sì ed è semplice spiegarne il motivo. Ci si dovrà assicurare solo per dolo e per colpa grave, in questo modo il premio scenderebbe di molto. I giovani medici non dovranno più spendere 6-7mila euro all'anno per assicurarsi, ma la spesa potrebbe scendere a circa 1000 euro.

Le è piaciuto l'articolo 10 che disciplina le nomine dei consulenti tecnici e periti?

Sì, come società scientifiche sarà nostro compito produrre elenchi di esperti in medicina. Anzi,

di più, si dovrà far riferimento anche alle specializzazioni mediche. Poi saranno i giudici a scegliere in piena autonomia.

Un'ultima domanda, che ne pensa delle norme sulla gestione del risk management?

Tutte le strutture dovranno atti-

vare un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio. Verrà istituito un Centro per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente che sarà incaricato di raccogliere i dati regionali sul contenzioso e sugli errori sanitari per poi trasmetterli all'organismo di

riferimento nazionale: l'Osservatorio nazionale sicurezza in sanità. L'Osservatorio dovrà avvalersi dell'aiuto delle società scientifiche per la realizzazione di apposite linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario. Si potranno così garantire percorsi tecnicamente validi

e guidare anche gli investimenti a livello territoriale in base ai risultati ottenuti dalle singole regioni. L'Osservatorio potrà così gestire, in maniera indiretta, insieme alle società scientifiche, sia l'eventuale adeguamento delle linee guida che gli investimenti sui singoli territori. **Y**

Intervista al Segretario Nazionale AOGOI Antonio Chiantera

“Con approvazione Ddl è stato fatto un passo importante. Ora bisogna però resistere all'attacco delle lobby”

S“Non bisogna ancora illudersi, l'approvazione del Ddl sulla responsabilità professionale da parte della commissione Affari Sociali è un primo passo importante ma non decisivo. La parte più difficile deve ancora arrivare: si dovrà resistere agli attacchi delle lobby”. Così il segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera interviene sul dibattito intorno al disegno di legge sulla responsabilità professionale approvato in commissione Affari Sociali della Camera.

Professor Chiantera, il responsabile sanità del Pd, Federico Gelli, relatore del ddl sulla responsabilità professionale in commissione Affari Sociali, ha anticipato la volontà del Governo di inserire una parte del testo del ddl all'interno della prossima legge di stabilità. Dopo un decennio di attesa siamo ad un passo dalla nuova legge, che ne pensa?

Mi auguro che una parte del testo venga inserita all'interno della legge di stabilità e che sia dunque immediatamente approvata, ma non bisogna pensare che la soluzione sia così semplice. Chi oggi pensa che con l'approvazione del testo da parte della commissione Affari Sociali il più sia fatto si illude. È adesso che arriverà la parte più difficile, si dovrà resistere all'attacco di quelle lobby che, al momento, non si sono ancora scatenate.

Quanto al contenuto del testo, che idea si è fatto?

Si deve riportare serenità nel rapporto tra medico e paziente. È nell'interesse di tutti combattere la medicina difensiva e non solo quella attiva, ma anche quella passiva, ossia quelle procedure che potrebbero essere utili al malato ma considerate ri-

Così il segretario nazionale Aogoi sul disegno di legge approvato in commissione Affari Sociali alla Camera. Quanto al possibile inserimento di una parte del testo nella prossima legge di Stabilità: “L'immediata necessità di dover assumere 4mila medici, e dunque la necessità di reperire nell'immediato nuove risorse, potrebbe spingere il Governo ad accelerare i tempi”

schiose. Questa è una partita fondamentale per il futuro del nostro sistema sanitario. Noi, come Aogoi, portiamo avanti da lunghi anni questa battaglia. Già ai tempi in cui Giovanni Maria Flick era ministro della Giustizia riuscimmo ad arrivare alla stesura di un testo condiviso che non trovò, però, mai applicazione a causa della caduta del Governo guidato allora da Romano Prodi. Come dicevo, è dunque necessario recuperare un rapporto di tranquillità con il paziente. Oggi medico e paziente si avvicinano con reciproco sospetto, va rifondata un'alleanza.

Nei giorni scorsi, però, proprio Cittadinanzattiva ha bocciato il testo di questo disegno di legge puntando in particolare il dito contro l'inversione dell'onere della prova. Poi, lo stesso Collegio italiano dei chirurghi ha detto di non volere una legge ‘salva medici’, spiegando che ormai il fenomeno della medicina difensiva è radicato nella prassi medica e dunque difficilmente si riuscirà a contrastarlo.

Cittadinanzattiva forse si esprime in questo modo per tentare di darsi un ruolo in questo con-

testo. Ovunque e in ogni circostanza, se io muovo un'accusa devo al contempo avere l'onere di portare le prove. Funziona così in ogni contesto. Solo nel campo medico, ormai 30-40 anni fa, si arrivò ad un'inversione dell'onere della prova da parte della magistratura che decise di andare contro l'allora classe medica ‘dominante’. Anche il Cic, se avesse riflettuto più a lungo, non avrebbe usato quelle parole. È ovvio che la medicina difensiva non si potrà eliminare da un giorno all'altro. Non è come un interruttore che si può spegnere con un solo gesto. Ma dando più tranquillità ai medici ed eliminando le cause alla base, si potrà nel tempo, lentamente e progressivamente, limitare il fenomeno della medicina difensiva.

Le misure contenute nel Ddl in tema di assicurazioni la soddisfano?

Quello delle assicurazioni è un problema fondamentale. I giovani oggi sono costretti a pagare spese assicurative che possono arrivare fino a 15mila euro l'anno. Tutto ciò contribuisce a far sì che scelgano specializzazioni

a ‘basso rischio’. E così accade che le nostre Scuole di chirurgia restano deserte e la ginecologia va morendo. Se non si risolve il problema, in Italia, arriveremo a non avere più medici.

Insomma, non crede che il Governo voglia davvero inserire questo provvedimento nella Stabilità? Eppure avrebbe tutto l'interesse visto che in questo modo si potrebbe trovare soluzione anche al problema legato alle nuove necessarie assunzioni dovute all'entrata in vigore della direttiva Ue sugli orari di lavoro.

Poiché la coperta è corta, Renzi sarà costretto alla fine a decidere se tirarla da un lato o dall'altro. L'immediata necessità di dover assumere 4mila medici, e dunque la necessità di reperire nell'immediato nuove risorse, potrebbe spingere il Governo ad accelerare i tempi e a non farsi condizionare dalle lobby. **Y**



“Combattere la medicina difensiva è una partita fondamentale per il futuro del nostro sistema sanitario. Noi, come Aogoi, portiamo avanti da lunghi anni questa battaglia”

Il nostro "grazie" a tutti i soci Aogoi

La lettera che il presidente e il segretario nazionale Aogoi hanno inviato a tutti gli iscritti dopo l'approvazione del Ddl sulla responsabilità professionale in commissione Affari Sociali

Carissimi,

dopo tanti anni di sollecitazioni ed incontri, finalmente con una collaborazione collettiva e un aperto dialogo con le istituzioni siamo giunti quasi al traguardo finale di una legge sulla responsabilità e medicina difensiva che risponde anche al lavoro e all'impegno di tutti noi e dei consulenti legali della AOGOI.

La sensibilità e l'attenzione del Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, con l'aver voluto noi tecnici a collaborare nella Commissione ALPA e di tutte le forze politiche, e fra queste in particolare ci preme ricordare l'On. Benedetto Fucci e l'On. Federico Gelli che non hanno mai dimenticato il loro ruolo professionale di medici nell'impegno politico istituzionale, ci hanno permesso di ottenere una legge che, anche se migliorabile nel tempo, senz'altro rappresenta una svolta epocale nella sanità italiana. La sua applicazione farà sì che la professionalità medica e sanitaria tutta potrà esprimersi al meglio e con la massima tranquillità operativa abbattendo il grande pericolo e gli elevati costi della medicina difensiva attiva e passiva e offrendo ai pazienti una qualità assistenziale di eccellenza così come è e deve rimanere il nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Ringraziamo tutte le associazioni scientifiche, le istituzioni e quant'altri si sono impegnati in questo percorso, ma ci preme ringraziare in particolare tutti i nostri iscritti che hanno creduto nell'obiettivo che ci eravamo proposti e che ci sono stati sempre vicini fino a questa prima ma fondamentale tappa di traguardo.

Un caro saluto a tutti.

Prof. Antonio Chiàntera
Segretario Nazionale AOGOI

Prof. Vito Trojano
Presidente Nazionale AOGOI

FNOMCEO: "Plauso alla commissione Affari Sociali per aver definito la materia in tempi rapidi"

Quanto, però, ai contenuti del provvedimento: "Ci riserviamo di esprimere una valutazione più approfondita dopo un esame collegiale da parte del Comitato Centrale". Così la presidente della Fnomceo, Roberta Chersevani, ha commentato l'approvazione del ddl sulla responsabilità professionale da parte della XII commissione della Camera.

“Responsabilità professionale: un plauso alla Commissione Affari Sociali e al relatore, Federico Gelli, per aver definito una materia così complessa in tempi rapidi. Nel merito, ci riserviamo di esprimere una valutazione più approfondita sui contenuti del provvedimento dopo un esame collegiale da parte del Comitato Centrale. Seguiremo con attenzione e responsabilità l'iter legislativo, offrendo come di consueto il nostro contributo di idee per giungere a una soluzione adeguata per la tutela della salute e dei cittadini e della professione medica”. Così la presidente della Fnomceo, Roberta Chersevani, ha commentato la conclusione dei lavori della XII Commissione della Camera sulla proposta di Legge in materia Responsabilità professionale del personale sanitario.

Responsabilità professionale, il bicchiere è mezzo pieno ma il lavoro non è ancora finito

Sulla responsabilità professionale in ambito sanitario e sulla gestione del rischio clinico ci troviamo in un momento cruciale in quanto il disegno di legge di iniziativa parlamentare in materia è ormai vicino alla prima approvazione da parte della Camera per poi passare all'esame del Senato

Benedetto Fucci

Segretario Commissione Affari Sociali della Camera

L'obiettivo del provvedimento elaborato dalla Commissione Affari Sociali della Camera è di consentire al medico di lavorare in modo sereno e al paziente che si ritenga danneggiato di potersi tutelare in un quadro di regole chiare. In mezzo a molte misure certamente attese e utili (frutto di un lavoro di sintesi significativo tra le molte istanze manifestatesi in un ambito così delicato), ve ne sono però alcune che, se non corrette durante il successivo passaggio in Senato, potrebbero in parte neutralizzare il risultato auspicato:

- **In materia di gestione del rischio clinico**, su cui gli interventi del provvedimento sono complessivamente positivi, manca a mio parere una esplicita norma che preveda che le dichiarazioni potenzialmente "auto indizianti" rese dai professionisti medici e/o sanitari nel corso degli audit di monitoraggio/gestione del rischio clinico non possano essere fatte

valere in sede processuale penale. Quanto previsto in merito all'articolo 2 è insufficiente.

- **Il testo distingue tra la responsabilità del medico, extracontrattuale, e la responsabilità della struttura, contrattuale ex art. 1218 c.c.** La conseguenza di questo "doppio binario di responsabilità" è che, se il paziente/danneggiato agisce in giudizio nei confronti sia del medico che della struttura sanitaria presso la quale l'autore materiale del presunto fatto illecito ha operato, ci saranno due cause distinte, con conseguente diverso atteggiarsi dell'onere probatorio e diverso termine di prescrizione del diritto al risarcimento. Un assetto del genere rischierebbe di ingenerare confusione. Sarebbe pertanto auspicabile riconoscere anche in capo alla struttura una forma di responsabilità extracontrattuale. Ove ciò non fosse possibile, sarebbe auspicabile un successivo intervento legislativo che modificasse i ter-

mini di prescrizione della responsabilità contrattuale.

- **Sull'azione di rivalsa**, la formulazione dell'art. 9 lascia aperta la porta al verificarsi di una situazione non nuova che purtroppo viene oggi affrontata in modo non convincente: con l'attuale testo, infatti, si consentirebbe alla struttura sanitaria di risarcire il paziente per via stragiudiziale senza alcun obbligo di comunicazione al professionista, il quale potrebbe 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.

- **Ancora sulla rivalsa**, il comma 6 dell'art. 9 afferma che la struttura sanitaria esercita l'azione nei confronti dell'esercente la professione sanitaria nella misura massima di un quinto della retribuzione mensile. L'assenza di un limite temporale all'azione di rivalsa è inopportuna perché lascereb-



be sulla "graticola" il professionista in modo indefinito. Allo stesso modo, per un'ovvia questione di buon senso, andrebbe espressamente stabilito che la rivalsa non debba ricadere sugli eredi del professionista.

- **In merito alla copertura assicurativa** (art. 10), di fatto essa è riservata sempre e solo ai danni cagionati dal professionista, mentre non si tiene in conto il fatto che circa l'85 per cento degli eventi avversi è imputabile a deficit organizzativi o strutturali delle aziende: l'esempio classico è quello di un intervento eseguito in ritardo a causa dei guasti o del malfunzionamento dell'ascensore su cui viene trasportato d'urgenza il paziente. Non affrontare un problema che gli operatori in molte circostanze vivono sulle proprie spalle, magari con pesanti conseguenze personali, sarebbe una chance sprecata nel momento in cui l'attenzione del Parlamento sul provvedimento è massima.

- **Vi sono poi alcuni temi** sì opportunamente affrontati dal provvedimento ma in modo non del tutto soddisfacente. Penso in particolare al tema della **responsabilità penale** (art. 6) su cui avevo proposto in sede di emendamenti la previsione di un "udienza filtro" per consentire di accertare i casi più evidenti di innocenza dell'indagato, evitando la sofferenza del giudizio (così come avviene per i giornalisti per i reati di diffamazione a mezzo stampa). Questo anche considerando la natura estremamente tecnica che connota tali procedimenti.

Mi auguro che, auspicabilmente con interventi correttivi che vadano nella direzione sopra indicata o che quantomeno possano avvicinarsi, si arrivi nel più breve tempo possibile alla definitiva adozione della necessaria regolazione della materia della responsabilità professionale del personale sanitario e della gestione del rischio clinico. **Y**

Ecco il testo unificato risultante dagli emendamenti approvati

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò, C. 1312 Grillo, C. 1581 Vargiu, C. 1902 Monchiero, C. 1769 Miotto e C. 2155 Formisano

Articolo 1 (Sicurezza delle cure in sanità)

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.
2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

Articolo 2 (Attività di gestione del rischio sanitario)

1. La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente.
2. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al comma 1, ai fini di cui all'articolo 3-bis del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino una adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti:

a) attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. Ai verbali e agli atti conseguenti all'attività di gestione aziendale del rischio clinico, espletata in occasione del verificarsi di un evento avverso,

si applica l'articolo 220 delle disposizioni di attuazione del codice di procedura penale;
b) rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;

c) predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;

d) assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipula di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.

3. L'attività di gestione del rischio sanitario è coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in Igiene, Epidemiologia e Sanità pubblica o equipollenti ovvero con comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

Articolo 3 (Difensore civico regionale come Garante del diritto alla salute e Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano affidano all'ufficio del Difensore civico la funzione di Garante per il diritto alla salute e ne disciplinano la struttura organizzativa, che prevede la rappresentanza delle associazioni dei pazienti e il supporto tecnico.

2. Il Difensore civico, nella sua funzione di Garante del diritto alla salute, può essere adito gratuitamente da ciascun soggetto destinatario di prestazioni sanitarie, direttamente o mediante un proprio delegato, per la segnalazione, anche anonima, di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria.

3. Il Difensore civico acquisisce gli atti relativi alla segnalazione pervenuta e, qualora abbiaverificato la fondatezza della segnalazione, agisce a tutela del diritto lesso.

4. In ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie i dati regionali sul contenzioso e sugli errori sanitari e li trasmette all'Osservatorio nazionale

sulla sicurezza in sanità, di cui all'articolo 4 della presente legge.

Articolo 4 (Osservatorio nazionale sulla sicurezza in sanità)

1. Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza in sanità, di seguito denominato "Osservatorio".

2. L'Osservatorio acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente di cui all'articolo 3 della presente legge i dati regionali relativi agli errori sanitari nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso e individua idonee misure anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche, di linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario, nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

3. Il Ministro della salute trasmette con cadenza annuale al Parlamento la relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

4. L'Osservatorio, nell'esercizio delle sue funzioni, si avvale del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), istituito con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali in data 11 dicembre 2009, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 12 gennaio 2010, n. 8.

Articolo 5 (Trasparenza dei dati)

1. Le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private sono soggette all'obbligo di trasparenza, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

Entro trenta giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli aventi diritto, la direzione sanitaria della struttura fornisce la documentazione clinica relativa al paziente.

3. Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono altresì disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di gestione del rischio sanitario di cui all'articolo 2, comma 2, della presente legge.

Articolo 6 (Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria)

1. Le prestazioni sanitarie erogate con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, eseguite da esercenti le professioni sanitarie, con il consenso informato del paziente salvo i casi stabiliti dalla legge, tenuto conto delle buone pratiche clinico-assistenziali e delle raccomandazioni previste dalle linee guida di cui al secondo periodo, non costituiscono offese all'integrità psico-fisica. Tali linee guida sono adottate dalle società scientifiche iscritte in apposito elenco, istituito con decreto del Ministro della salute.

2. Dopo l'articolo 590-bis del codice penale è inserito il seguente: «Art. 590-ter. - (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). - L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di cui agli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave.

Agli effetti di cui al primo comma, è esclusa la colpa grave quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali».

3. L'articolo 3, comma 1, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, continua ad applicarsi, con riferimento a ciascun settore di specializzazione medico-chirurgica, sino alla pubblicazione delle linee guida relative al medesimo settore.

Articolo 7 (Responsabilità per inadempimento della prestazione sanitaria della struttura e dell'esercente la professione sanitaria)

1. La struttura sanitaria, pubblica o privata, che nell'adempimento della propria obbligazione si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

2. La disposizione di cui al comma precedente si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina.

3. L'esercente la professione sanitaria, nello svolgimento della propria attività, si attiene, fatte salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomanda-

zioni previste dalle linee guida di cui all'articolo 6, comma 1, della presente legge.

4. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile.

Articolo 8 (Tentativo obbligatorio di conciliazione)

1. Chi intende esercitare in giudizio un'azione tesa ad ottenere il risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente.

2. La presentazione del ricorso di cui al comma 1 costituisce condizione di procedibilità della domanda. In tali casi non trova applicazione l'articolo 5, comma 1-bis, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, né l'articolo 3 del decreto-legge 12 settembre 2014 n. 132, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 novembre 2014, n. 162. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice, ove rilevi che il procedimento di cui all'articolo 696-bis del codice di procedura civile non è stato espletato ovvero che è iniziato ma non si è concluso, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione dinanzi a sé dell'istanza di consulenza tecnica in via preventiva ovvero di completamento del procedimento.

3. Ove la conciliazione non riesca, o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvati, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 702-bis del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di comparizione delle parti e si applicano gli articoli 702-bis e seguenti del codice di procedura civile.

4. La partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo di cui al presente articolo è obbligatoria per tutte le parti, comprese le compagnie assicuratrici di cui all'articolo 10 della presente legge. La mancata partecipazione obbliga il giudice a condannare, con il provvedimento che definisce il giudizio, le parti che non hanno partecipato al pagamento delle spese di consulenza e di lite, a prescindere dall'esito del giudizio, oltre che ad una pena pecuniaria, determinata equitati-



vamente, in favore della parte che è comparsa alla conciliazione.

Articolo 9 (Azione di rivalsa)

1. L'azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.

2. Se il danneggiato, nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria, non ha convenuto anche l'esercente la professione sanitaria, la struttura sanitaria può esercitare l'azione di rivalsa nei confronti di quest'ultimo soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale. In ogni caso, l'azione di rivalsa deve essere esercitata, a pena di decadenza, entro un anno dall'avvenuto risarcimento.

3. La struttura sanitaria ha l'obbligo di dare comunicazione all'esercente la professione sanitaria dell'instaurazione del giudizio risarcitorio mediante notifica dell'atto di citazione. Tale comunicazione deve contenere l'avviso che la sentenza di condanna che ne abbia definitivamente accertata la responsabilità per dolo o colpa grave farà stato nei confronti del professionista nel giudizio di rivalsa.

4. L'omissione o la incompletezza della comunicazione preclude l'ammissibilità del giudizio di rivalsa. In tal caso, la struttura sarà direttamente responsabile nel giudizio di responsabilità amministrativa instaurato dalla Corte dei conti.

5. Se l'esercente la professione sanitaria è stato riconosciuto responsabile del fatto illecito, con sentenza passata in giudicato, senza che il giudice abbia accertato il grado della colpa, il giudizio di rivalsa dovrà comunque avere ad oggetto anche l'autonomo accertamento del grado della colpa.

6. La struttura sanitaria esercita azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria nella misura massima di un quinto della retribuzione mensile. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione pronunciata nel giudizio di rivalsa, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, non può avere assegnazione di incarichi professionali su-

periori rispetto a quelli ricoperti né può partecipare a pubblici concorsi per incarichi superiori.

7. Nel giudizio di rivalsa il giudice può desumere argomenti di prova dal materiale probatorio acquisito nel giudizio instaurato dal paziente nei confronti della struttura sanitaria.

8. L'esercizio dell'azione erariale da parte della procura presso la Corte dei conti rende improcedibile la domanda di rivalsa in sede civile della struttura sanitaria pubblica.

Articolo 10 (Obbligo di assicurazione)

1. Le aziende del Servizio sanitario nazionale, le strutture e gli enti privati operanti in regime autonomo o accreditato con il Servizio sanitario nazionale che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi devono essere provvisti di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso l'azienda, la struttura o l'ente. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina.

2. Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di una struttura di cui al comma 1, resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, dall'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e dall'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

3. Al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa di cui all'articolo 9 della presente legge, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in presidi sanitari pubblici o nelle aziende del Servizio sanitario nazionale o in strutture private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di una adeguata po-

lizza di assicurazione.

4. Le aziende, le strutture e gli enti di cui al comma 1 rendono nota, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa.

5. Con decreto da emanarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute, definisce i criteri e le modalità di vigilanza e controllo che l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (Ivass) è tenuto ad effettuare sulle compagnie assicuratrici che intendano contrarre polizze con le strutture di cui al comma 1 e con gli esercenti la professione sanitaria.

Articolo 11 (Azione diretta del soggetto danneggiato)

1. Fatta salva la disposizione di cui al comma 3 dell'articolo 8 della presente legge, il soggetto danneggiato ha diritto di agire direttamente, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione, nei confronti dell'impresa di assicurazione delle strutture di cui al comma 1 e dell'esercente la professione sanitaria di cui al comma 2 dell'articolo 10 della presente legge.

2. Non sono opponibili al danneggiato, per l'intero massimale di polizza, eccezioni derivanti dal contratto né clausole che prevedano l'eventuale contributo dell'assicurato al risarcimento del danno.

3. L'impresa di assicurazione ha diritto di rivalsa verso l'assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione.

4. Nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione a norma del comma 1 è litisconsorte necessario anche l'azienda sanitaria, la struttura o l'ente assicurato ovvero l'esercente la professione sanitaria. L'impresa di assicurazione ha diritto di accesso alla documentazione della struttura sanitaria relativa ai fatti dedotti in ogni fase della trattazione del sinistro.

5. L'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'impresa di assi-

curazione è soggetta al termine di prescrizione pari a quello dell'azione verso l'azienda sanitaria, la struttura o l'ente assicurato.

Articolo 12 (Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria)

1. Con regolamento del Ministro dello sviluppo economico, da adottare entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e le rappresentanze delle imprese assicuratrici, è istituito il Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria.

2. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1, costituito presso la Concessionaria servizi assicurativi pubblici S.p.A. (CONSAP), risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei casi in cui: a) il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti stipulati dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria; b) la struttura sanitaria ovvero l'esercente la professione sanitaria risultano assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta o vi venga posta successivamente.

3. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 provvede al risarcimento del danno nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie del Fondo stesso.

4. Le imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria sono tenute a versare annualmente alla CONSAP - gestione autonoma del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria, con le modalità stabilite dal decreto di cui al comma 1, un contributo da determinarsi in una percentuale del premio incassato per ciascun contratto relativo alle predette assicurazioni.

5. La misura del contributo è determinata e aggiornata con cadenza annuale, con regolamento da adottare secondo la procedura di cui al comma 1.

6. Per la determinazione del contributo di cui al precedente comma la CONSAP - gestione autonoma del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria, è tenuta a trasmettere ogni anno al Ministero dello sviluppo economico un rendiconto della gestione riferito all'anno precedente, secondo le disposizioni stabilite dal regolamento di cui al comma 1.

7. Con il regolamento di cui al comma 1 sono disciplinati, altresì,

il funzionamento, le modalità di intervento ed il regresso del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria nei confronti del responsabile del sinistro.

8. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano ai sinistri denunciati per la prima volta dopo l'entrata in vigore della presente legge.

Articolo 13 (Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria)

1. Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria implicanti la valutazione di problemi tecnici complessi, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico legale e a uno specialista che abbia specifica e pratica conoscenza nella disciplina oggetto del giudizio.

2. Negli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni di attuazione del codice di procedura civile di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione del codice di procedura penale di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere indicate e documentate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina. In sede di revisione degli albi è indicata, relativamente a ciascuno degli esperti di cui al periodo precedente, l'esperienza professionale maturata, con particolare riferimento al numero degli incarichi conferiti e di quelli revocati.

3. Gli albi dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione del codice di procedura penale di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, devono essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella medico legale, una idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche dell'area sanitaria tra i quali scegliere per la nomina tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento.

Articolo 14 (Clausola di salvaguardia)

1. Le disposizioni della presente legge sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. ■

Folina® 5 mg - Acido folico

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE: FOLINA 15 mg/2 ml soluzione iniettabile - FOLINA 5 mg capsule molli

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA - Folina 15 mg/2 ml soluzione iniettabile - Una fiala da 2 ml contiene: Principio attivo: acido folico 15 mg. **Folina 5 mg capsule molli** - Una capsula molle contiene: Principio attivo: acido folico 5 mg. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1

3. FORMA FARMACEUTICA - Soluzione iniettabile; capsule molli.

4. INFORMAZIONI CLINICHE - 4.1 Indicazioni terapeutiche: In tutti i casi di carenza folica per aumentata richiesta, insufficiente assorbimento, ridotta utilizzazione e insufficiente apporto dietetico della vitamina. 4.2 Posologia e modo di somministrazione: *Soluzione iniettabile:* 1 fiala al giorno secondo prescrizione medica, per via intramuscolare. *Capsule molli:* 1-3 capsule al giorno secondo prescrizione medica. Nei bambini la dose giornaliera può essere uguale a quella degli adulti o comunque commisurata, secondo il parere del medico, alle necessità terapeutiche. 4.3 Controindicazioni: Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1. Pazienti con tumori (vedere paragrafo 4.4 "Avvertenze speciali e precauzioni di impiego"). Anemia perniciosa (carenza di vitamina B12) (vedere paragrafo 4.4 "Avvertenze speciali e precauzioni di impiego"). 4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego: Il trattamento va condotto sotto controllo ematologico. In caso di anemia perniciosa, l'acido folico non deve essere somministrato da solo o in associazione con dosi inadeguate di cianocobalamina. Infatti, pur provocando una risposta emopoietica, non svolge alcuna azione preventiva sulla degenerazione midollare subacuta presente in queste forme. Pertanto la somministrazione di acido folico deve essere subordinata ad un preciso accertamento diagnostico ematologico. Il medicinale non deve essere utilizzato come antianemico nei soggetti portatori di neoplasie. L'uso concomitante di acido folico con fenobarbitale, fenitoina o primidone non è raccomandato (vedere paragrafo 4.5 "interazione con altri medicinali e altre forme di interazione"). 4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione: L'acido folico ad alte dosi può ridurre l'effetto antiepilettico del fenobarbitale, della fenitoina e del primidone aumentando il loro metabolismo. Di conseguenza l'uso concomitante di acido folico con fenobarbitale, fenitoina o primidone non è raccomandato (vedere paragrafo 4.4 "Avvertenze speciali e precauzioni di impiego"). Se necessario deve essere eseguito un accurato monitoraggio della concentrazione plasmatica di questi antiepilettici. Una relazione simile ma meno marcata è attesa con altri medicinali anti-convulsivanti inclusi sodio valproato, carbamazepina e barbiturici. Metotressato e sulfasalazina possono diminuire l'attività dell'acido folico a causa della loro attività antagonista. La somministrazione concomitante di cloramfenicolo può determinare un antagonismo nella risposta ematopoietica all'acido folico. Supplementi di folati migliorano gli effetti della terapia con litio. L'anestesia con protossido di azoto può causare una carenza acuta di acido folico. Etanolo e aspirina possono determinare un aumento dell'eliminazione di acido folico. 4.6 Gravidanza e allattamento: Gravidanza: Non ci sono pericoli noti per l'uso di acido folico in gravidanza; integratori di acido folico sono spesso favorevoli. La carenza indotta di acido folico o un anormale metabolismo del folato è legato alla comparsa di difetti alla nascita e di alcuni difetti del tubo neurale. La carenza di questa vitamina o dei suoi metaboliti può anche essere responsabile di alcuni casi di aborto spontaneo e ritardo della crescita intrauterina. Non vi sono dati di sicurezza per un impiego a dosi superiori a 4-5 mg/die; pertanto in tali situazioni la dose giornaliera non deve superare i 5 mg. Allattamento: L'acido folico è escreto nel latte materno. Nessun effetto negativo è stato osservato in neonati allattati al seno le cui madri assumevano l'acido folico. 4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari: Folina non altera o altera in modo trascurabile la capacità di guidare veicoli o di usare macchinari. 4.8 Effetti indesiderati: Gli effetti indesiderati che possono essere associati a Folina sono elencati nella seguente tabella secondo classificazione per apparati e sistemi e frequenza: comune ($\geq 1/100$ e $< 1/10$), non comune ($\geq 1/1.000$ e $< 1/100$), rara ($\geq 1/10.000$ e $< 1/1.000$). Disturbi del sistema immunitario: Rara ($\geq 1/10.000$ - $< 1/1.000$). Reazioni allergiche, comprendenti eritema, rash, prurito, orticaria, dispnea, e reazioni anafilattiche (incluso shock). Disturbi psichiatrici: Rara ($\geq 1/10.000$ - $< 1/1.000$). Disturbi del sonno, incubi. Patologie gastrointestinali: Rara ($\geq 1/10.000$ - $< 1/1.000$). Anoressia, nausea, distensione addominale e flatulenza. Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione: Rara ($\geq 1/10.000$ - $< 1/1.000$). Malessere, irritabilità. Segnalazione delle reazioni avverse sospette. La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il sistema nazionale di segnalazione all'indirizzo www.agenziafarmaco.gov.it/it/responsabili. 4.9 Sovradosaggio: Non sono descritti in letteratura casi di sovradosaggio.

5. PROPRIETA' FARMACOLOGICHE - 5.1 Proprietà farmacodinamiche: Categoria farmacoterapeutica: farmaci antianemici: acido folico e derivati; ATC: B03BB01. Effetti farmacodinamici: l'acido folico interviene in numerose reazioni biochimiche come trasportatore di unità monocarboniose in forma attivata. La carenza di acido folico dà luogo ad anemia macrocitica e leucopenia. 5.2 Proprietà farmacocinetiche: L'acido folico per via orale viene in gran parte assorbito come tale e in parte dopo riduzione e metilazione. Penetrando nei tessuti l'acido folico sposta i folati ridotti endocellulari immettendo in circolo 5-CH₃-FH₂. Dopo 180' dalla somministrazione di 5 mg di acido folico per via orale nell'animale e nell'uomo, i livelli sierici di acido folico risultano ancora elevati. La metabolizzazione dell'acido folico è rapportata all'entità dei depositi dei folati aggiustandosi su una omeostasi di saturazione di questi. 5.3 Dati preclinici di sicurezza: Non è stato possibile stabilire la DL₅₀ per via orale nell'animale, data la bassissima tossicità dell'acido folico. La vitamina somministrata e.v. è risultata avere una DL₅₀ di circa 500 mg/Kg leggermente variabile a seconda della specie animale. Per quanto riguarda la tossicità cronica, dosi inferiori a 50 mg/Kg nel coniglio e nel ratto intraperitoneo non hanno procurato effetti patologici. Le dosi sopracitate sono ampiamente superiori alle usuali dosi terapeutiche nell'uomo. L'acido folico non è tossico per l'uomo anche nella somministrazione ad alta dose e molto prolungata nel tempo come è stato dimostrato in corso di epilessia, somministrando 15 mg al giorno di acido folico per un anno.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE - 6.1 Elenco degli eccipienti: Folina soluzione iniettabile: glicina; sodio idrato; sodio cloruro, p-idrossibenzoato di metile, etile, propile, butile, benzile; acqua per preparazioni iniettabili. Folina capsule molli: cera d'api; olio di soia; lecitina di soia in olio di soia. Composizione dell'involucro esterno gelatinoso: gelatina, glicerolo, sodio p-idrossibenzoato di etile, sodio p-idrossibenzoato di propile, sorbitolo, titanio diossido (E 171), eritrosina (E127), ferro ossido nero (E172). 6.2 Incompatibilità: L'azione della Folina è inibita da contemporaneo impiego di farmaci ad azione antifolica. 6.3 Periodo di validità: 3 anni. 6.4 Precauzioni particolari per la conservazione - Capsule molli: Conservare a temperatura non superiore a 30°C. Fiale: Questo medicinale non richiede particolari precauzioni per la conservazione. 6.5 Natura e contenuto del contenitore: *Soluzione iniettabile:* fiale in vetro giallo tipo I F.U. Confezione contenente 5 fiale in cassetto in PVC inserito in astuccio litografato. *Capsule molli:* blister con alveoli in PVC, sigillati con foglio di alluminio; Confezione contenente 1 blister da 20 capsule inserito in astuccio litografato. Confezione contenente 6 blister da 10 capsule ciascuno inseriti in astuccio litografato. E' possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. 6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione: Nessuna istruzione particolare.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO Teofarma S.r.l. - Via F.lli Cervi, 8 - 27010 Valle Salimbene (PV)

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Fiale: Cod. N. 002309033
20 capsule: Cod. N. 002309045
60 capsule: Cod. N. 002309058

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE - 04/08/1962 - 01/06/2010

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO - Agosto 2014

Folina® 5 mg capsule molli
20 capsule

Prezzo al Pubblico: € 3,60 - Classe A

TEOFARMA S.r.l. - Fax 0382/525845 - e-mail: regulatory-medical@teofarma.it - www.teofarma.it



A colloquio con Marc Possover

Le nuove frontiere della neuropelveologia

Dopo aver avuto risultati entusiasmanti sul controllo del dolore neuropatico pelvico attraverso la neuromodulazione, il medico francese, da anni attivo in Germania e Svizzera, ci racconta la sua nuova sfida che consiste nell'usare questa tecnica per restituire l'uso delle gambe ai paraplegici. E intanto l'università danese di Aarhus gli offre la prima cattedra al mondo in neuropelveologia



Maria Rita Montebelli

A cavallo tra medicina e chirurgia, la neuropelveologia è una nuova branca che sfrutta i principi non certo nuovi della neuromodulazione applicandoli però a contesti di patologia inediti. I risultati, a detta di chi la pratica, e sono non più di una trentina gli esperti in tutto il mondo (in Italia il professor **Vito Chiantera**, professore associato di ginecologia, Università del Molise e Direttore dell'Onco-ginecologia della Fondazione di Ricerca e Cura 'Giovanni Paolo II' di Campobasso), sono sorprendenti. Quando non addirittura strabilianti. La sua versatilità è tale, che dopo averla utilizzata per il trattamento delle neuropatie pelviche incoercibili, di recente ha permesso di affacciarsi ad una nuova sconvolgente frontiera: restituire l'uso delle gambe alle persone con lesioni midollari incomplete. Ai paraplegici insomma. Per capire meglio di cosa si tratta abbiamo intervistato il professor **Marc Possover**, fondatore di questa nuova branca e ideatore delle sue molte applicazioni invitato il

24 ottobre scorso a Milano in occasione di un incontro promosso dai ginecologi Sigo, Aogoi e Agui in occasione della manifestazione "I dialoghi della chirurgia italiana" ideata dal Cic. Possover, laureatosi all'Università di Nancy ad appena 22 anni, è attualmente professore associato di Ginecologia all'Università di Colonia (Germania) e dirige il Possover International Medical Center presso la Klinik Hirslanden, un centro privato sulle sponde del lago di Zurigo. La prestigiosa Università di Aarhus (Danimarca) gli ha appena conferito la cattedra di Neuropelveologia, la prima al mondo.

"Tutto ha avuto inizio una ventina di anni fa - spiega Possover - quando come ginecologo effettuavo interventi in laparoscopia, quali isterectomie e linfoadenectomie. La laparoscopia consente di vedere molto meglio che negli interventi a cielo aperto e ci si può spingere più in profondità nella pelvi. Quando abbiamo cominciato ad utilizzare gli interventi laparoscopici per la ginecologia oncologica, abbiamo ottenuto risultati chirurgici migliori al prezzo però di una maggiore morbilità, in par-

ticolare disfunzioni sessuali, vescicali e intestinali. A quel punto avevamo due possibilità: limitare la radicalità della procedura o cercare di rispettare quello che era alla base di questi problemi, cioè i nervi".

La tecnica laparoscopica consente di esplorare a fondo al pelvi e di visualizzare anche i nervi con diametro inferiore al millimetro.

"Il nostro primo step - prosegue Possover - è stato dunque imparare la localizzazione dei nervi coinvolti nella funzionalità della vescica, dell'intestino e delle funzioni sessuali.

Il secondo passo è stato quello di rispettare questi nervi nel corso degli interventi ginecologici (chirurgia 'nerve-sparing'); questa tecnica ci ha consentito di aumentare la radicalità degli interventi, senza produrre danni alle strutture nervose, riducendo cioè la morbilità della procedura.

Nel corso del nostro lavoro ci capitava inoltre di vedere pazienti con dolori pelvici (vescicali, vaginali, ecc) molto intensi. In ambito ginecologico vediamo spesso pazienti con sindromi dolorose (vulvodinia, coccigodinia, ecc) per le

quali non si riesce a fare molto. L'esame ginecologico è in genere perfettamente normale ma queste pazienti soffrono molto. Anche alcuni pazienti con sciatalgia non riescono a risolvere il loro problema perché nessuno riesce a trovarne la causa. Abbiamo allora cominciato a pensare che potessimo sfruttare le conoscenze acquisite nell'innervazione pelvica per combattere questi dolori".

E così sette/otto anni fa Possover comincia a sottoporre ad esplorazione laparoscopica dei nervi pelvici le donne che gli venivano riferite per dolore pelvico intrattabile, a volte trovando la causa, come ad esempio un'endometriosi dei nervi pelvici o dei nervi ischiatici; altre volte trovando degli schwannomi dei nervi pelvici o sindromi da intrappolamento causate da un fascio muscolare, da un legamento, da vasi venosi (varicocele). Ma in molti casi non è stato possibile rintracciare alcuna causa.

"Per le forme di dolore intrattabile senza un'eziologia apparente - ricorda Possover - abbiamo allora deciso di introdurre la chirurgia neurofunzionale dei nervi pelvici".

I neurochirurghi, da molti anni utilizzano la neurostimolazione per modificare la percezione del dolore proveniente da alcune zone; la tecnica consiste nell'impianto di minuscoli elettrocateri collegati ad un generatore di impulsi, una sorta di pacemaker. Ma Possover non ha intenzione di fermarsi qui. "La stimolazione nervosa può essere utilizzata non solo per bloccare la trasmissione dell'informazione 'dolore' al cervello ma anche per stimolare dei nervi motori. Negli ultimi 4-5 anni abbiamo osservato che, applicando questa tecnica ai nervi femorali o ischiatici, riusciamo a produrre un movimento delle gambe, o a far contrarre lo sfintere vescicale o del retto. Da qui è nata l'idea di utilizzare la stimolazione elettrica dei nervi pelvici nei paraplegici, impiantando degli elettrocateri sui nervi pelvici di questi pazienti e collegandoli ad un piccolo 'pa-

cemaker' posizionato in una tasca sottocutanea. Questo ci ha consentito di far muovere le gambe di pazienti paraplegici, all'inizio in maniera indipendente dalla loro volontà. Ma abbinando questa metodica ad un training specifico, siamo riusciti a far camminare una trentina di pazienti, in alcuni casi al termine del training anche senza elettricità per qualche centinaio di metri".

"Uno dei primi pazienti che ho operato insieme al professor Possover ormai qualche anno fa - ci racconta il professor Chiantera - è in grado oggi di farsi 'passeggiate' di oltre 3 chilometri ogni giorno, anche se con un'andatura un po' forzata. È un uomo di un metro e novanta che fino a tre anni prima era sulla sedia a rotelle e che adesso va in giro per la sua città con le stampelle. La stimolazione elettrica dà loro la possibilità di stabilizzare i glutei e di muovere in avanti la gamba. Ma la cosa più importante è che il paziente abbia un'altissima motivazione. Non camminano certo il giorno dopo l'impianto degli elettrodi; servono molti mesi di training, è un processo molto lungo, che richiede anche un paio di anni. La prossima primavera all'università di Aarhus partirà uno studio randomizzato su pazienti paraplegici, con l'impiego di questa metodica".

La procedura LION (impianto selettivo di elettrodi sui nervi pelvici), secondo Possover aiuterà i pazienti paraplegici (per ora è stata effettuata solo su pazienti con lesioni spinali incomplete e preferibilmente con paralisi spastiche e livello delle lesioni a partire da T12, cioè con buon controllo del tronco) a camminare e

forse a recuperare anche il controllo dello sfintere vescicale, delle funzioni intestinali e sessuali. Ma il vulcanico scienziato sta già pensando ad ulteriori applicazioni di questa tecnica, come nei bambini con spina bifida, nel dolore da arto fantasma, per controllare incontinenza e vescica iperattiva. L'applicazione principe di questa metodica resta

L'applicazione della metodica sui paraplegici è certamente interessante ma ancora sperimentale. Una solida realtà, in grado di dare sollievo a milioni di uomini e di donne è invece il blocco dei dolori pelvici

però al momento il controllo del dolore neuropatico. "L'applicazione della metodica sui paraplegici è certamente interessante ma ancora sperimentale - afferma Chiantera - Una solida realtà, in grado di dare sollievo a milioni di uomini e di donne è invece il blocco dei dolori pelvici. Questi pazienti passano anni a soffrire di dolori fortissimi che nessuno è in grado di risolvere. Questa tecnica può offrire loro una soluzione".

Il professor Possover ha appena creato una società scientifica la International Society of Neuropelveology (ISON) (www.theison.org) che riunisce tutti gli esperti mondiali di neuropelveologia. **Y**

La contraccezione dopo Ivg

di **Antonino Whinlerra**

L'articolo 14 della legge 194/78 recita: "Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite (...)". Questa norma, che dovrebbe essere nota a tutti, è molto spesso disattesa nei nostri ospedali, dove non sempre è garantita la dovuta attenzione alla contraccezione nel dopo Ivg.

Come sottolineato in tutte le linee guida, è invece molto importante che lo staff della struttura che ha praticato l'intervento di Ivg si assicuri che la donna abbia ricevuto informazioni adeguate sulla contraccezione, compresa quella d'emergenza, che il metodo scelto le sia fornito e che possieda i riferimenti del centro per la pianificazione familiare più vicino. Dopo una interruzione volontaria di gravidanza si assiste infatti ad una rapida ripresa dell'ovulazione, con l'83% dei cicli ovulatori già nel primo mese dopo l'intervento (1).

I dati sulle Ivg ripetute indicano come sia necessario uno sforzo mirato a garantire una contraccezione adeguata a questo gruppo di donne.

I dati Istat 2013 riportano una percentuale di ripetizione delle Ivg del 26.8%, con importanti differenze tra le donne italiane (20.9%) e le donne straniere (38%), che già può indicare una difficoltà per alcune donne nell'accesso ai servizi sanitari per la pianificazione familiare (Tab.1) (2).

Per alcune donne la richiesta di Ivg può rappresentare proprio un'occasione unica di accesso al sistema sanitario e di conseguenza è importante non perdere l'opportunità di proporre un colloquio per la successiva pianificazione familiare. Inoltre le donne sono altamente motivate ad evitare un successivo insuccesso della contraccezione.

Chi richiede l'Ivg ha spesso alle spalle un fallimento di un metodo contraccettivo, perché fatica

■ Chi richiede l'interruzione della gravidanza ha spesso alle spalle un fallimento di un metodo contraccettivo: talvolta perché fatica ad attenersi allo schema di assunzione di un contraccettivo orale oppure perché non riesce ad utilizzare correttamente il condom.

I metodi contraccettivi LARC rispondono bene alle caratteristiche del metodo ideale in quanto la loro efficacia non richiede una particolare attenzione nell'attenersi ad un preciso schema di utilizzo e perché i dati della letteratura indicano una elevata continuità di utilizzo del metodo. Per questo l'AOGOI ha scelto di avviare un progetto che mira a garantire l'accesso ai metodi contraccettivi più sicuri a tutte le donne che richiedono l'Ivg, al fine di ridurre significativamente il tasso delle Ivg ripetute, ormai stabile da molti anni

ad attenersi allo schema di assunzione di un contraccettivo orale oppure perché non riesce ad utilizzare correttamente il condom. I dati dell'Oms riportano infatti una differenza significativa nella efficacia dei metodi di barriera e nei metodi ormonali (pillola, anello, cerotto) tra uso perfetto e uso tipico e una percentuale elevata di abbandono del metodo entro i 12 mesi dalla prescrizione (3,4).

Si verifica pertanto la necessità di trovare un metodo contraccettivo che sia efficace, di semplice utilizzo e reversibile, considerato che alcuni studi dimostrano che c'è una bassa richiesta di sterilizzazione post Ivg.

I metodi contraccettivi LARC (Long Acting Reversible Contraception) rispondono bene alle caratteristiche del metodo



ideale perché la loro efficacia non richiede una particolare attenzione nell'attenersi ad un preciso schema di utilizzo e perché i dati della letteratura indicano una elevata continuità di utilizzo del metodo a 12 e a 36 mesi. In particolare una recente pubblicazione del gruppo CHOICE riporta una continuità di utilizzo a tre anni dei metodi LARC del 67%, contro il 31% dei metodi non-LARC (5).

I metodi LARC comprendono il tradizionale IUD al rame, i sistemi intrauterini a rilascio di levonorgestrel e l'impianto contraccettivo sottocutaneo a lento rilascio di etonogestrel.

Nonostante siano noti i dati relativi alla loro efficacia e alla loro sicurezza in termini di possibili effetti collaterali, la diffusione dei metodi LARC nel mondo occi-

zionale dei medici, dalla scarsa conoscenza dei metodi da parte delle pazienti, dal costo iniziale dei dispositivi e in alcuni casi dalla mancanza di competenze relative alle procedure di inserimento.

Lo studio CHOICE ha coinvolto diecimila donne nell'area di St. Louis, negli Stati Uniti, con lo scopo di abbattere gli ostacoli culturali ed economici alla diffusione dei metodi LARC. I ricercatori hanno dimostrato che fornendo un adeguato counseling alle donne, garantendo l'accesso ai metodi LARC anche alle adolescenti e alle nullipare, fornendo il metodo scelto gratuitamente per tre anni, i tre quarti delle donne sceglievano un metodo LARC. In particolare il 46.9% sceglieva lo IUS al Levonorgestrel, il 16.9% l'impianto, l'11.9% lo IUD al rame, mentre i contraccettivi combinati venivano scelti dal 18.4% delle donne (Tab. 2). I dati dello studio evidenziano poi con chiarezza come nella popolazione coinvolta si sia ottenuta una significativa riduzione delle gravidanze indesiderate e delle richieste di Ivg, con un tasso di abortività di 6:1000 nel gruppo dello studio, contro il 20:1000 della popolazione

americana generale (7,8).

Tutti questi metodi possono essere inseriti direttamente durante l'intervento di isterosuzione, senza arrecare alcun disagio alla paziente. Il loro utilizzo nell'immediato post aborto è raccomandato dal documento Medical Eligibility for Contraceptive Use dell'Oms (3).

Una review della Cochrane indica che l'inserimento dei dispositivi intrauterini durante l'Ivg non si associa a rischi aumentati di perforazione o di infezione. È solo segnalato un maggior rischio di

È importante che tutti i centri che praticano le Ivg predispongano un percorso che garantisca un counselling adeguato sulla contraccezione e che dia la possibilità che il metodo scelto venga fornito già al momento dell'intervento. A tal fine sarebbe auspicabile che i dispositivi fossero forniti gratuitamente alle pazienti

dentale è ancora limitata. È evidente la presenza di ostacoli di tipo culturale ed economico rappresentati dalla scarsa informa-

zione dei medici, dalla scarsa conoscenza dei metodi da parte delle pazienti, dal costo iniziale dei dispositivi e in alcuni casi dalla mancanza di competenze relative alle procedure di inserimento.

Tabella 1 - IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica, 2013

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16.4	25.6	2.9	8.	1.1	4.1	20.5	37.7
CENTRO	15.4	24.8	2.9	8.7	1.0	5.2	19.3	39.7
SUD	16.7	22.6	4.7	10.5	2.4	6.2	23.8	39.3
ISOLE	14.4	20.5	3.1	8.7	1.3	5.2	18.9	34.4
ITALIA	16.1	24.8	3.4	8.5	1.4	4.7	20.9	38.0

Elaborazioni su dati Istat

Tabella 2 - Scelta del contraccettivo nello studio CHOICE (7)

Methods	N (%)
Levonorgestrel intrauterine device	4261 (46.0)
Copper intrauterine device	1101 (11.9)
Etonogestrel implant	1566 (16.9)
Depot medroxyprogesterone acetate	638 (6.9)
Oral contraceptive pill	874 (9.4)
Contraceptive vaginal ring	646 (7.0)
Contraceptive patch	166 (1.8)
Natural family planning	3 (<0.01)
Diaphragm	1 (<0.01)

espulsione per le settimane gestazionali avanzate, soprattutto nel secondo trimestre. Tuttavia gli studi di confronto tra inserimento contestuale e inserimento programmato successivamente all'Ivg indicano chiaramente che il rischio di espulsione è largamente compensato dal fatto che il 10% delle donne che non si inseriscono prima dell'intervento, si inseriscono dopo. L'insediamento pre- o post- Ivg è dunque a favore dell'inserimento dei dispositivi intrauterini. La scelta del metodo contraccettivo, risponde altrettanto bene ai criteri di un metodo ideale per il post Ivg. Può essere inserito durante l'intervento e non richiede alcun controllo successivo. L'unico problema segnalato è che l'aderenza al metodo richiede un accurato counselling in merito alle modificazioni del ciclo mestruale che accompagnano l'utilizzo dell'impianto. Non sempre i medici del servizio per l'interruzione volontaria di gravidanza riescono a garantire un colloquio informativo adeguato e perciò si potrebbe verificare il rischio di una maggiore richiesta di rimozione del dispositivo in queste pazienti. Anche nel caso dell'impianto, tuttavia, tre studi hanno dimostrato che, rispetto all'inserimento programmato, c'è solo una piccola riduzione della continuità di utilizzo dell'impianto a un anno in caso di inserimento contestuale alla Ivg. Tuttavia queste differenze non

inserito anche alle pazienti che abbiano optato per l'Ivg farmacologica. In questo l'inserimento sarà effettuato al momento della somministrazione delle prostaglandine, oppure prima della dimissione. Sarà invece necessario programmare l'inserimento dei dispositivi intrauterini al primo ciclo mestruale dopo la dimissione. L'efficacia della pratica dell'inserimento dei metodi LARC al momento dell'intervento di Ivg è stata valutata in diversi studi che hanno evidenziato una riduzione significativa delle Ivg ripetute nelle pazienti che hanno scelto questi metodi (12,13).

È pertanto importante che tutti i centri che praticano le Ivg predispongano un percorso che garantisca un counselling adeguato sulla contraccezione e che dia la possibilità che il metodo scelto venga fornito già al momento dell'intervento. Sarebbe auspicabile a tal fine che i dispositivi fossero forniti gratuitamente alle pazienti. La spesa necessaria per l'acquisto dei dispositivi sarebbe ampiamente compensata dal risparmio per il Ssn legato alla riduzione della spesa per le gravidanze indesiderate in questa categoria di pazienti. Attualmente alcuni centri garantiscono la disponibilità dei dispositivi attraverso una compartecipazione della spesa da parte delle pazienti che acquistano lo IUD o l'impianto a prezzo di co-

Per saperne di più

1. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2101
2. Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78). Roma 26 Ottobre 2015
3. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 4th Edition, 2009. WHO Library Cataloguing-in- Publication Data
4. Source: Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowal D. Contraceptive technology: nineteenth revised edition. New York NY: Ardent Media, 2007
5. Diedrich TJ et al. Three-year continuation of reversible contraception. Am J Obstet Gynecol 2015; 213:662
6. Rose SB et al. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. Am J Obstet General. 2012; 206:37 e1-6
7. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, et al. The Contraceptive CHOICE Project: reducing

Per alcune donne la richiesta di Ivg può rappresentare un'occasione unica di accesso al sistema sanitario e di conseguenza è importante non perdere l'opportunità di proporre un colloquio per la successiva pianificazione familiare. Inoltre le donne sono altamente motivate ad evitare un successivo insuccesso della contraccezione

- barriers to long-acting reversible contraception. Am J Obstet Gynecol 2010;203:115.e1-7
8. Macnicolas, Colleen; Madden Tessa; Secura, Gina; Peipert, Jeffrey; The Contraceptive CHOICE Project Round Up: What We Did and What We Learned. Clinical Obstetrics & Gynecology. 57(4):635-643, December 2014
9. Babasola O et al. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2104
10. Langston AM et al. Immediate postabortal access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. Contraception 89 (2014) 103-108
11. Goodman S. et al. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. Contraception 78 (2008) 143-148
12. Langston AM et al. Immediate postabortal access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. Contraception 89 (2014) 103-108
13. Goodman S. et al. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. Contraception 78 (2008) 143-1489

sto in regime libero-professionale al momento dell'accesso all'ambulatorio per l'Ivg, altri invece lo forniscono gratuitamente, con costo totalmente a carico dell'Azienda Ospedaliera, altri ancora richiedono alle pazienti di acquistarli nelle farmacie esterne a prezzo pieno. L'esperienza dell'Ospedale di Alzano Lombardo (Bg), dove i metodi LARC vengono raccomandati durante un breve colloquio informativo in corrispondenza dell'accesso per il pre-riscontro a tutte le pazienti che chiedono l'Ivg e forniti dall'Azienda Ospedaliera, a prezzo di costo per la farmacia ospedaliera, è molto positiva. I metodi LARC sono scelti dal 45% delle pazienti che richiedono l'Ivg e dal 59% delle pazienti che hanno in anamnesi una o più Ivg. Anche nel caso la paziente opti per un metodo ormonale orale, vaginale o transdermico è importante che la prescrizione venga consegnata alla paziente già alla dimissione, con l'indicazione ad iniziare il metodo immediata-

mente. L'utilizzo degli estroprogestinici immediatamente dopo l'Ivg è una pratica raccomandata dai criteri di eleggibilità medica dei contraccettivi dell'Oms. (3) **L'AOGOI ha scelto di avviare un progetto** mirato a garantire l'accesso ai metodi contraccettivi più sicuri a tutte le donne che richiedono l'interruzione volontaria di gravidanza. Si vuole garantire il sostegno agli operatori, mirato a superare eventuali ostacoli culturali e ad agevolare le procedure atte alla acquisizione dei di-

positivi da parte delle Aziende Ospedaliere e la loro dispensazione alle pazienti. Contemporaneamente è in atto una azione presso l'Aifa mirata ad ottenere la rimborsabilità dei metodi LARC per l'utilizzo durante l'Ivg. L'auspicio è che l'impegno dell'AOGOI e dei medici che affrontano con serietà il problema delle interruzioni volontarie di gravidanza si traduca nel tempo in un impatto significativo sul tasso delle Ivg ripetute, ormai stabile da molti anni. **Y**



Ogni prodotto menzionato deve essere usato in accordo con il relativo riassunto

delle caratteristiche del prodotto fornito dalla ditta produttrice e consultabile su www.nexplanon.it e www.msdsalute.it

Questa pubblicazione riflette i punti di vista e le esperienze degli autori e non necessariamente quelli della MSD Italia S.r.l. Servizio scientifico offerto ai Sigg. medici ginecologi da MSD Italia S.r.l.

WOMN-1169806-0000-NEX-PU-12/2016 Dep Aifa 14/12/2015



SIGO 2015

Al convegno nazionale Agite si è parlato anche di buona politica

Sandro M. Viglino
Presidente AGITE
Vice Presidente AOGOI

Nell'ambito del Congresso nazionale Sigo 2015 si è tenuto il Convegno nazionale Agite che ha visto una discreta partecipazione di pubblico. La sessione di apertura ha riguardato il tema dell'**Infertilità** cui hanno portato il loro importante contributo relatori come **Eleonora Porcu, Giovanni La Sala, Mauro Costa e Andrea Natale**.

La sessione ha avuto il merito di fare il punto sullo stato dell'arte circa l'approccio all'infertilità di coppia, analizzata sia dal punto di vista della diagnostica e dello screening delle coppie infertili sia dal punto di vista legale sulla base di ciò che prevedono le più attuali normative circa le tecniche di crioconservazione e quelle contenute nella più volte emendata Legge 40.

Anche la sessione pomeridiana dedicata all'attualità dei contenuti, delle modalità e della tempistica della visita ginecologica e all'approccio diagnostico-strumentale delle **patologie di interesse ambulatoriale** ha visto un'attenta partecipazione dei presenti e una appassionata esposizione da parte dei relatori intervenuti: **Maurizio Orlandella, Sandro Viglino, Elsa Viora e Donata Spazzini**. Gli "home messages" che ne sono derivati sono stati quelli che prevedono un attento inquadramento clinico delle pazienti cui troppo spesso vengono richiesti approfondimenti diagnostici (colposcopia, ecografie e isteroscopia) senza indicazioni precise ed appropriate e, in secondo luogo, che queste tecniche diagnostiche possono essere trasferite con ottimi risultati sul Territorio, sgravando l'ospedale da funzioni che devono più proficuamente essere sostituite da attività ad alta complessità.

Nell'ambito del Convegno sono poi state organizzate **due Tavole rotonde**. La prima, moderata da **Marina Toschi**, è stata dedicata ai 40 anni di vita dei Consultori familiari (la legge istitutiva fu varata infatti nel 1975) che ha visto la partecipazione di **Giovanni Fattorini, Vito Trojano, Valeria Dubini, Silvana Agatone Pertini** e di



Livia Turco che sta ultimando un suo libro sul tema dell'obiezione di coscienza relativa alla legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza. La cortese e partecipata presenza dell'ex ministro della Salute ha così consentito di fare il punto anche su questa importante questione che tante criticità sta comportando soprattutto a livello ospedaliero.

La seconda è stata invece dedicata a **"I servizi per la donna alla luce del Patto della salute"**, un momento di riflessione tutta politica sui contenuti del nuovo Patto della Salute (2014-2016), anche alla luce del fatto che quello precedente ha realizzato ben poco di quello che si era prefisso. Alla Tavola rotonda, moderata dal sottoscritto e da **Giovanni Fattorini**, hanno partecipato **Paolo Scollo, Vito Trojano, Benedetto Fucci**, segretario della Commissione Sanità della Camera dei Deputati, **Livia Turco e Serena Battilomo**, Direttrice dell'Ufficio Salute della donna e dell'età evolutiva del Ministero della Salute. La senatrice **Emilia Grazia De Biasi**, Presidente della Commissione Sanità del Senato, che non ha potuto intervenire per non rinviabili impegni politici ha però fatto avere un suo contributo scritto di cui riportiamo una breve sintesi. "A luglio 2014 sottoscrivevamo il Patto per la Salute per il triennio (2014-2016). Un buon accordo che prevedeva: nuovi LEA, riforma dei tickets, cure territoriali, sanità di-

gitale, nuovi standard ospedalieri, rilancio del ruolo delle professioni, sistema di valutazione delle cure, monitoraggio Lea, modelli di valutazione costo-benefici-efficienza per i farmaci, osservatorio sui dispositivi medici... anche se, va detto, senza riferimenti alla Medicina di Genere né alla peculiarità della salute al femminile. Continuo a pensare però che il Patto possa essere comunque un'occasione per rilanciare la Sanità italiana e quella territoriale

in particolare. Poi ci sono stati i tagli di agosto e le polemiche sulla appropriatezza e siamo ora in un momento di stallo...E dire che si era partiti con piglio deciso con l'intesa sul regolamento sugli standard ospedalieri e il lavoro dei Tavoli tecnici iniziava a prendere forma. Poi è arrivata la legge di Stabilità, si sono tenute le elezioni in 7 Regioni, tutti elementi che hanno occupato l'agenda dei primi 8 mesi dell'anno. Ora, anche se incombe l'iniziativa di protesta dei medici nonostante le rassicurazioni del Ministro Lorenzin, sono convinta che se sapremo sgombrare il campo dal problema degli interventi punitivi e dalle sanzioni potremmo riprendere il cammino della Riforma. Il momento è difficile e spero che davvero i soldi risparmiati dalla lotta agli sprechi, ma soprattutto alla corruzione, stimata in alcuni miliardi di euro, possano essere reinvestiti nella Sanità e soprattutto nella Sanità del Territorio".

Tutti i relatori e relatrici si sono trovati d'accordo sul fatto che quei contenuti indicati dalla Sen. De Biasi devono essere ripresi e concretizzati in accordo e collaborazione con i rappresentanti delle Società scientifiche dei Ginecologi italiani, così come in parte sta già avvenendo in un'ottica di confronto col Ministero della Salute. Ciò che è importante è che le esperienze e i suggerimenti degli operatori vengano tenuti in giusta considerazione. Questo vale anche per la Ginecologia territoriale che rappresenta una prospettiva professionale sempre più attuale e reale, alla luce della contrazione degli organici ospedalieri e delle risorse economiche, parte delle quali devono essere realmente trasferite al Territorio e non soltanto scritte sulla carta.

La rete consultoriale è un patrimonio da non disperdere proprio per il valore sociale che riveste, specie in momenti politico-economici così difficili. Ovviamente va rivitalizzata e attualizzata alla luce degli importanti cambiamenti demografici che hanno contraddistinto que-

Avvicendamento alla Presidenza AGITE

■ **Viglino eletto nuovo presidente. Fattorini lascia la guida dell'Associazione ma conserva la carica di vice presidente**

In occasione dell'Assemblea generale di AGITE si è provveduto ad un cambio nella guida dell'Associazione. **Giovanni Fattorini** ha comunicato la sua intenzione di lasciare la Presidenza dell'Associazione per motivi strettamente personali ma di essere ancora disponibile ad impegnarsi fattivamente nella stessa attraverso la carica di Vice Presidente. Alla Presidenza è stato eletto all'unanimità **Sandro Viglino**, già vice Presidente. Nell'Assemblea generale elettiva che si terrà nel prossimo anno si provvederà all'intero riassetto del Consiglio di Presidenza.

La composizione dell'attuale C.d.P. risulta la seguente: Presidente: S. Viglino, Past Presidente: M. Orlandella, Vice Presidente: G. Fattorini, Segretario: M. Toschi, Tesoriere: C. Stigliano, Consiglieri: R. Corina, B. Bel Bravo, R. Licenziato, R. Palmiotto.

sti ultimi anni. Nella Tavola rotonda è stato trovato anche lo spazio per affrontare con l'on. Fucci l'importante questione della responsabilità professionale sulla quale, grazie all'azione decisa dei ginecologi, si stanno coagulando i contributi di tutti gli addetti ai lavori per approdare ad un unico decreto legislativo che imponga finalmente confini certi e regole condivise allo scopo di normare una situazione di disagio, alla base peraltro di quella cosiddetta medicina difensiva che grava sul bilancio dello Stato per circa 10 miliardi l'anno. **Y**

"Replicare questa iniziativa in più sedi pugliesi, per i Soci AOGOI e i soci AIO"

Silvia Tursi
Segretario AIO Regione Puglia

Si è svolto a Brindisi, il 7 novembre scorso nella bella cornice del Palazzo Virgilio Hotel, la prima edizione del corso teorico-pratico sulle emergenze ostetriche. È stata l'occasione per poter condividere, tra professioni complementari, medici ed ostetriche, raccomandazioni e linee guida sulle più frequenti complicanze in sala par-

to, emorragie post partum e distocie di spalla. Oltre alla opportunità di soffermarsi sulla più recente evidenza scientifica ad oggi condivisa, l'evento ha permesso di far luce sull'organizzazione generale delle Strutture Complesse Ostetrico-Ginecologiche lombarde, dove esercitano i relatori.

Lampante è stata la differenza sia nell'organigramma che nell'organizzazione lavorativa: alla figura dell'ostetrica lombarda è affidata

la complessa attività, come da profilo e competenze acquisite, tutto l'accompagnamento della gravidanza, parto e puerperio fisiologici, a differenza della realtà locale. La peculiarità del corso è stata rappresentata soprattutto



La SIOS si rinnova. A partire dal nome, che diventa SIOS.E

■ La SIOS diventa SIOS.E per includere accanto alla Medicina della Riproduzione anche l'Embriologia e per combinare così tutti gli aspetti clinici e di laboratorio che caratterizzano la Pma

Luca Gianaroli
e Cristofaro De Stefano

La Medicina e la Biologia della Riproduzione sono discipline in rapida e costante evoluzione. In poco più di 35 anni, le tecniche disponibili, la loro efficacia e la loro sicurezza sono aumentate esponenzialmente, offrendo agli specialisti e ai pazienti strategie terapeutiche adeguate per un numero crescente di casi di infertilità.

In un contesto così ricco di innovazioni, le Società Scientifiche svolgono un ruolo fondamentale, aiutando i professionisti a mantenersi aggiornati, favorendo studi e ricerche volti a perfezionare ulteriormente le tecniche disponibili e ad introdurre di nuove e incoraggiando la condivisione di conoscenze ed esperienze tra colleghi provenienti da diversi contesti regionali e nazionali. Inoltre, le Società Scientifiche sono un valido strumento per garantire la tutela professionale dei propri iscritti presso le sedi competenti.

È proprio per perseguire al meglio questi obiettivi che la SIOS ha deciso di avviare un profondo processo di rinnovamento, a cominciare dal nome, che diventa SIOS.E per includere accanto alla Medicina della Riproduzione anche l'Embriologia e per combinare così tutti gli aspetti clinici e di laboratorio che caratterizzano la PMA.

Il programma che la Società si è prefissata si focalizza su tre punti principali ed è tanto ambizioso quanto ricco di interessanti sfide professionali.

Il primo punto riguarda il ruolo della formazione dei ginecologi. È fondamentale che tutti i ginecologi, anche quelli che non si occupano di Medicina della Riproduzione, siano correttamente informati sulle cause di infertilità e sulle opzioni terapeutiche disponibili in modo da fornire ai propri pazienti una consulenza ed un supporto adeguati sia durante la fase diagnostica che durante il trattamento vero e proprio. La Società deve quindi approntare materiali informativi e dedicarsi all'organizzazione di

attività didattiche specifiche per soddisfare il fabbisogno formativo dei medici.

Il secondo punto è relativo al riconoscimento formale della professione del Biologo della Riproduzione. Il personale di la-



Luca Gianaroli



Cristofaro De Stefano

boratorio svolge un ruolo di primaria importanza nei trattamenti di PMA, ma come rilevato anche dall'ESHRE, in molti Paesi tra cui l'Italia questa professione non è ufficialmente accreditata. La principale conseguenza è la carenza di attività formative specifiche, che influisce inevitabilmente sulla qualità del lavoro. La Società si prefigge di perseguire il riconoscimento ufficiale della figura dell'Embriologo/Biologo della Riproduzione presso le autorità competenti al fine di garantire a questa categoria professionale sempre più numerosa e specializzata uno status formalmente riconosciuto.

Infine, il **terzo punto** fa riferimento al Congresso della Società previsto per il 2017. Tale evento dovrà avere una formula innovativa che permetta un'effettiva interazione tra relatori e partecipanti e che garantisca un efficace scambio di competenze e di idee. A tal fine, saranno estremamente importanti anche gli input e i suggerimenti di tutti i soci.

Non bisogna poi dimenticare che una Società Scientifica ha ulteriori compiti e doveri nei confronti dei propri associati e, forse ancora di più, nei confronti delle/dei pazienti. In particolare, la SIOS.E dovrà in futuro rafforzare maggiormente il proprio ruolo di interlocutore delle



rità, attraverso l'informazione e lo sviluppo di attività promozionali tra i giovani per la lotta a stili di vita a rischio per la salute riproduttiva e sessuale.

La "Alleanza Riproduttiva" che noi intendiamo promuovere tra i pazienti e gli operatori dovrà prevedere, tra le altre cose, lo sviluppo di un'attività che promuova il valore etico e sociale della Donazione di gameti ed embrioni, affiancando analoghe iniziative per la donazione del sangue, del midollo, degli organi.

Il percorso che attende la nuova SIOS.E è senz'altro impegnativo, il lavoro da fare sarà molto, ma con il contributo di tutti sicuramente i risultati potranno riservare grandi soddisfazioni a chi ogni giorno si dedica con passione e dedizione alla Medicina e alla Biologia della Riproduzione. **Y**

Istituzioni per quanto riguarda la politica sanitaria in materia di Riproduzione. Per fare ciò, dovrà relazionarsi con le altre Società Scientifiche (in primo luogo Aogoi e Sigo), nonché intervenire in materia di formulazione di Linee guida e Regolamenti, allocazione di risorse, organizzazione, qualificazione e controllo dei Servizi di Medicina della Riproduzione e della loro distribuzione territoriale.

La questione, non eludibile, della Responsabilità professionale, che nel caso degli Operatori delle Unità di Medicina della Riproduzione appare essere oggetto di una considerazione "punitiva" da parte delle compagnie di assicurazione, sarà uno dei temi centrali dell'attività della Società. Questo sia per tutelare i propri associati, che per consentire loro di offrire ai pazienti le migliori procedure disponibili, senza cadere nell'esercizio di una "Embriologia Difensiva", che, come insegnano altri ambiti della Ginecologia, determinerebbe danni e non vantaggi.

I pazienti, con la loro richiesta di poter avere accesso alla Medicina della Riproduzione, costituiscono il nostro primo punto di riferimento. Per questo motivo, una considerazione "integrale" del paziente e della coppia non può non vederci impegnati nella definizione di programmi di prevenzione della ste-



esperenziale ha permesso di rafforzare le competenze teoriche ed ha rappresentato la fase culminante dell'attività formativa, che troppo spesso manca all'interno di un corso. Obiettivo futuro sarà quello non solo di replicare questa iniziativa in più sedi pugliesi, per i Soci Aogoi e i soci AIO, ma soprattutto di lavorare strategicamente per superare il gap esistente con altre realtà italiane, con la finalità di migliorare

efficienza ed efficacia assistenziale e contemporaneamente restituire all'ostetrica/o il proprio ruolo. **Y**

dalla possibilità di poter eseguire da parte di tutti i partecipanti, esercitazioni pratiche su uno speciale manichino: il momento

IL NUOVO DIRETTIVO SIOS.E

Luca Gianaroli
Cristofaro De Stefano
Simona Cuomo
Mariacarmen Fasolino
Marco Filicori
Edgardo Somigliana
Carlo Maria Stigliano
Francesco Tomei
Paola Viganò

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello



Una gravidanza felice

Credo di aver vissuto molto meglio l'esperienza gravidanza di mia figlia rispetto alle due di mia moglie, ormai di tre decenni fa. Sarà una maggior consapevolezza, forse un maggior distacco. Ovvio fino ad un certo punto!

In effetti, appena conosciuta la positività del test di gravidanza, sono cominciate le preoccupazioni da "addetto ai lavori", che non vi fossero problemi e tutto potesse andare per il meglio.

Fortunatamente gli esami sono risultati nella norma e così fino alla fine. Mi sono attenuto strettamente a quelli gratuiti previsti dal decreto ministeriale, con l'unica eccezione del duo-test, avendo superato i trent'anni, ma solo per togliere un motivo di inutile ansia. La negatività degli anticorpi per il toxoplasma,

malgrado la sua passione per i gatti, non ha costituito un assillo, salvo le precauzioni di carattere igienico. Certo lei è stata brava a seguire le mie ferree regole... Soprattutto per l'alimentazione e il controllo del peso, tanto da aumentare solo otto chili. Come integrazione soltanto delle compresse di ferro, quando l'emoglobina ha cominciato ad abbassarsi. D'altronde l'ecografia diceva che la bambina si sviluppava bene, con un peso stimato anche maggiore di quello riscontrato alla nascita, di poco oltre i tre chili.

Con l'incrollabile fiducia nella cardiocografia le ho fatto fare tre tracciati, a partire dalla trentaseiesima settimana, parecchio prima di quanto previsto dalle raccomandazioni che a mio parere la confinano un po' troppo in avanti. Da quelli mi ero fatto l'idea che vi fosse un giro di funicolo,

puntualmente trovato, quando è avvenuta l'espulsione, del tipo a bandoliera. Che non ha dato problemi in travaglio, durato quattro ore, relativamente poco per una primigravida, aiutato dall'analgesia peridurale, quando il dolore è diventato difficile da sopportare, e alle nuove posizioni,

come quella accovacciata con l'ausilio della palla ginnica, ma soprattutto grazie alla preziosa collaborazione di competenti ostetriche della nuova generazione. Veloce anche il periodo espulsivo, agevolato da una piccola episiotomia. Bambina in ottime

condizioni, vispa e reattiva al punto giusto per affrontare le difficoltà della vita extrauterina. A questo punto, consentitemi, resta la soddisfazione di aver contribuito, con un po' di fortuna ma soprattutto intelligenza, a non incrementare la drammatica percentuale dei tagli cesarei!



ALIS®
GININTIMO

Detergente eutrofico igienizzante intimo

Uso esterno flacone da 250 ml



Lavanda Vaginale

Uso interno
5 flaconi da 140 ml



Novità

Gel intimo idratante eutrofico igienizzante

Uso esterno
tubetto da 30 ml

NOVITÀ



Materna®

È la gamma completa di integratori alimentari che accompagna la donna dalla gravidanza all'allattamento.

Da oggi si aggiunge alla gamma il nuovo Nestlé® Materna® DHA con:

- **Nutrienti selezionati**
vitamine e minerali essenziali e nelle quantità adeguate: acido folico, DHA 200 mg e ferro nella formula FERROCHEL® altamente biodisponibile
- **Capsula unica gastroresistente**
una sola capsula al giorno studiata per sciogliersi nell'intestino per favorire l'assorbimento dei nutrienti ed evitare la comparsa di retrogusto



Nestlé® Materna® DHA,
dalla gravidanza all'allattamento.



GLI INTEGRATORI ALIMENTARI NON VANNO INTESI COME SOSTITUTI DI UNA DIETA VARIA ED EQUILIBRATA E DI UNO STILE DI VITA SANO. NON ECCEDERE LE DOSI RACCOMANDATE PER L'ASSUNZIONE GIORNALIERA.

AVVISO IMPORTANTE: l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'allattamento al seno esclusivo per i primi 6 mesi.

Nestlé supporta pienamente questa raccomandazione ed il prolungamento dell'allattamento materno anche durante lo svezzamento, come consigliato dal pediatra e dalle autorità sanitarie.

Nestlé Italiana Sp.A. - Via dei Mulini, 6 - 20090 Arezzo (MI) - Tel. 0281811

Folina[®] 5 mg

Acido folico

ULTERIORI CONFERME
DI EFFICACIA da
JAMA Pediatrics

Da **JAMA
Pediatrics,**
NUOVE CONFERME
DI EFFICACIA per
l'Acido Folico, nel
dosaggio da
5 mg/die ¹

¹ "A protective effect against delayed mental development was also observed for children of mothers consuming Folic Acid supplements at a dosage of 1000 to **5000 µg/d** (for an MS score < 85, odds ratio = 0.62; 95%CI, 0.44 to 0.86) compared with those whose mothers consumed 400 to 1000 µg/d."

Valera-Gran, et al.: "Folic Acid Supplements during pregnancy and child psychomotor development after the first year of life"; **JAMA Pediatr. 2014**

