

07/082005

editoriale

## Speriamo sia la volta buona

di Carlo Sbiroli

*La nostra associazione ha sempre sostenuto la tesi di un maggiore coinvolgimento del medico nelle scelte che presiedono al governo delle attività cliniche, della programmazione, dell'organizzazione e nell'indirizzo e valutazione delle attività tecnico-sanitarie*

La lunga e tormentata vicenda del governo clinico sembra vicina ad una possibile svolta con l'approvazione, attesa a breve, di un nuovo testo di legge (che pubblichiamo integralmente all'interno del giornale) da parte della Commissione Affari Sociali della Camera. Questo grazie a un grande lavoro di raccordo tra le diverse proposte, svolto dal presidente della Commissione e relatore del provvedimento, nonché nostro collega ginecologo, Giuseppe Palumbo.

La nostra associazione ha sempre sostenuto la tesi di un maggiore coinvolgimento del medico nelle scelte che presiedono al governo delle attività cliniche, della programmazione, dell'organizzazione e nell'indirizzo e valutazione delle attività tecnico-sanitarie. Una responsabilità che i medici rivendicano da tempo, quale componente essenziale del proprio lavoro e quale strumento reale di "governance" clinica del sistema. Il provvedimento, che speriamo possa essere approvato in via definitiva prima della fine della legislatura, non è certamente perfetto, ma riteniamo rappresenti un primo sostanziale passo verso la demolizione di una visione esclusivamente burocratica del governo sanitario che, unita all'enfasi economicistica nata con l'aziendalizzazione del sistema, ha via via quasi "de-medicalizzato" il nostro Ssn. Con questo provvedimento si prevedono

segue a pag 3

IN PARLAMENTO

## Governo clinico: il sapere medico al servizio delle aziende sanitarie

a pagina 3

ALL'INTERNO

Intervista  
a Filippo Palumbo,  
direttore generale della  
Programmazione  
sanitaria  
del ministero  
della Salute su  
federalismo e sanità

a pagina 9



editoriale

In gennaio dovrebbe essere votato dall'Aula della Camera

# Governo clinico: la Maggioranza stringe i tempi. Il testo del provvedimento

segue dalla prima

infatti compiti specifici e cogenti per il Consiglio di direzione, di cui viene rivista la composizione con l'inserimento massiccio e qualificato della componente medica e con la previsione della richiesta di "pareri obbligatori" sugli atti di competenza da parte del direttore generale. Un parere obbligatorio che vincola il manager dell'azienda sanitaria, qualora dovesse dissentire, a chiarirne le ragioni per iscritto.

Come vedete, potremmo trovarci di fronte a una sostanziale inversione rispetto all'attuale monocrazia dei direttori generali, avviando una nuova stagione di governo del sistema sanitario ove sia finalmente possibile dibattere e condividere le scelte clinico-assistenziali.

Ma il provvedimento non si limita a questo. Particolare rilevanza trovano infatti almeno altre due questioni: i nuovi criteri di scelta per gli incarichi di dirigente di struttura complessa e la possibilità di chiedere il pensionamento a 70 anni da parte di tutti i medici del Ssn. Si tratta di due importanti innovazioni. Nel primo caso, si compie un concreto tentativo di ricollocare la scelta dei primari nel giusto ambito di selezione tecnica e meritocratica, troppe volte dismesso in favore di logiche di nomina essenzialmente politiche.

Nel secondo caso, il provvedimento sana una grave discriminazione che ha portato negli anni a difformi determinazioni del massimale dell'età pensionabile tra le diverse categorie mediche.

Considerando che oggi – visti i tempi di laurea, specializzazione e inserimento nel mondo del lavoro – sono in molti i colleghi che non riescono a maturare i 35 anni di contributi entro gli attuali massimali d'anzianità, è chiaro che la possibilità di restare in servizio fino ai 70 anni, come già avviene per universitari e medici di base, mi sembra sia una conquista di civiltà e di giustizia.

Non posso quindi che augurare, anche a nome della nostra associazione, che questo provvedimento possa trovare rapida e definitiva approvazione sanando così numerose mancanze e ritardi del nostro sistema sanitario.

Carlo Sbiroli

“È nostro impegno, appoggiati fortemente anche dal ministro della Salute, di portare il provvedimento in Aula alla Camera entro gennaio. Dopo, la volontà della Maggioranza è quella di approvarlo rapidamente anche al Senato”. È quanto ci ha dichiarato il presidente della Commissione Affari Sociali della Camera Giuseppe Palumbo, relatore del provvedimento (nonché nostro collega ginecologo) riguardante il governo clinico ma anche le nuove norme concorsuali e l'innalzamento dell'età pensionabile, ora all'esame finale della Commissione. “La Commissione – ha spiegato Palumbo – sta lavorando su un testo base (che pubblichiamo integralmente di seguito, ndr.) al quale potrebbero essere aggiunte ulteriori modifiche. In particolare potrebbero essere ulteriormente ristretti gli spazi di discrezionalità del direttore generale nella nomina dei capi dipartimento”.

## Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche

### Articolo 1

Principi fondamentali in materia di Servizio Sanitario nazionale

1. Le Regioni perseguono le finalità di tutela della salute mediante i servizi delle aziende sanitarie in base ai seguenti principi fondamentali nonché in base a quelli individuati ai sensi dell'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131:

a) il governo delle attività cliniche, la programmazione, l'organizzazione, lo sviluppo e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie sono assicurati con il diretto coinvolgimento del Collegio di direzione dell'azienda; il Collegio di direzione promuove lo sviluppo della funzione di governo clinico e la conseguente adozione di programmi di miglioramento continuo della qualità e dell'efficienza delle prestazioni, ai fini del coordinamento delle attività e delle responsabilità attribuite in materia di governo clinico ai direttori di dipartimento e per tali finalità esprime pareri di natura obbligatoria al direttore generale;

b) le verifiche delle attività professionali della dirigenza medica e sanitaria sono effettuate da collegi tecnici, presieduti dal direttore sanitario aziendale e composti da esperti nelle relative discipline, estranei all'azienda, designati dal Collegio di direzione, garantendo comunque la presenza del

dirigente dell'unità operativa semplice o complessa di appartenenza;

c) gli incarichi di dirigente di struttura complessa del ruolo sanitario sono conferiti esclusivamente previa selezione per avviso pubblico, sulla base di criteri definiti dal Ministro della Salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti con lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Le commissioni di selezione sono composte dal Direttore sanitario aziendale e da due dirigenti di struttura complessa, scelti attraverso pubblico sorteggio tra i dirigenti di struttura complessa, individuati attraverso pubblico sorteggio tra i dirigenti di struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, ad eccezione dei dirigenti di struttura complessa della medesima azienda, e sono presiedute dal dirigente più anziano di ruolo. Le commissioni di selezione valutano distintamente i titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti dai candidati nonché i crediti in attività di formazione continua (ECM), formulano un giudizio motivato su ciascun candidato e presentano al direttore generale la terna dei tre migliori candidati, indicando i punteggi conseguiti da ciascuno di essi. Il direttore generale assegna l'incarico seguendo la graduatoria elaborata dalla Commissione, che rimane valida per un anno. Nelle commissioni delle aziende ospedaliere integrate con l'università uno dei componenti deve essere scelto, attraverso pubblico sorteggio, fra i professori universitari



Nella foto Giuseppe Palumbo

ri ordinari della disciplina, che operano nelle Università presenti nella regione;

d) i criteri di accreditamento delle strutture sanitarie private ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, devono prevedere che l'attribuzione di incarichi di dirigente medico responsabile dei servizi di diagnosi e cura avvenga fra medici con specifici requisiti ed esperienza professionale, attraverso procedure selettive basate su criteri identici a quelli previsti per le strutture pubbliche, ivi compreso il possesso di crediti in attività di formazione continua, maturati nel triennio precedente alla data di selezione.

2. Sono fatte salve le competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano che provvedono alle finalità della presente legge ai sensi dei rispettivi statuti speciali e delle relative norme di attuazione.

### Articolo 2

#### Modifiche all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni

1. All'articolo 3, comma 1-quater, il primo periodo è sostituito dal seguente: «Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale».

### Articolo 3

#### Modifiche agli articoli 15-ter, 17 e 17-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni

1. Fermo restando il principio della invarianza della spesa, fino alla emanazione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131, e salva la potestà legislativa regionale, da esercitare in base ai principi desumibili dalle leggi statali vigenti, al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 15-ter, il comma 1 è sostituito dal seguente: «1. Gli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, sono attribuiti, a tempo determinato, compatibilmente con le risorse finanziarie a tal fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale. I compiti professionali e le funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo sono attribuiti dal Direttore generale, su proposta del Direttore sanitario, d'intesa con il Collegio di direzione, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale e tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui all'articolo 15, comma 5. Gli incarichi di struttura semplice sono attribuiti dal Direttore generale, su proposta del dirigente di struttura complessa, sentito il collegio di dipartimento, ad un dirigente, con una anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Gli incarichi di funzioni hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque con facoltà di rinnovo. Sono definiti contrattualmente l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico.»;

b) all'articolo 15-ter, il comma 2 è sostituito dal seguente: «2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore genera-

le esclusivamente previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. A tal fine, il direttore generale nomina una commissione composta dal direttore sanitario aziendale e da due dirigenti di struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico individuati attraverso pubblico sorteggio tra i dirigenti di struttura complessa della medesima disciplina, ad eccezione dei dirigenti dell'azienda stessa; la commissione è presieduta dal dirigente più anziano di ruolo. La commissione formula un giudizio motivato su ciascun candidato, tenendo conto distintamente dei titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti dai candidati nonché dei crediti in attività di formazione continua (E.C.M.) maturati nel triennio precedente alla data del bando. Il direttore generale assegna l'incarico seguendo la graduatoria dei tre migliori candidati elaborata dalla Commissione, che rimane valida per un anno. Nelle commissioni delle aziende ospedaliere integrate con l'università uno dei componenti deve essere scelto, attraverso pubblico sorteggio, fra i professori universitari ordinari della disciplina, che operano nelle università presenti nella regione. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve»;

c) all'articolo 15-ter, al comma 4 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Al dirigente preposto a una struttura semplice sono attribuite funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi anche mediante direttive per il corretto espletamento del servizio a tutto il personale operante nella stessa, ivi compresi i dirigenti con funzioni di natura professionale; il dirigente sostituisce altresì il dirigente preposto alla struttura complessa di cui fa parte, su incarico dello stesso»;

d) all'articolo 17, il comma 2 è sostituito dal seguente: «2. La Regione disciplina l'attività del Collegio di direzione, che è presieduto dal direttore generale ed è composto dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo, da cinque rappresentanti dei dirigenti medici, di cui due di primo e tre di secondo livello, e da un rappresentante delle professioni infermieristiche, eletti dalle rispettive assemblee»;

e) all'articolo 17, dopo il comma 2-bis è aggiunto il seguente: «2-ter. Il Collegio di direzione, di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, formula parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Le decisioni del

direttore generale in contrasto con il parere del Collegio di direzione sono adottate con provvedimento motivato»;

f) all'articolo 17-bis, dopo il comma 3 è aggiunto il seguente: «3-bis. Il direttore di dipartimento clinico ospedaliero è nominato dal direttore generale, su proposta dei dirigenti medici e sanitari responsabili delle strutture complesse costituenti il dipartimento, riuniti in apposito consesso».

### Articolo 4

#### Limiti di età

1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i direttori di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età fermo restando quanto previsto dall'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503 e successive modificazioni. È facoltà del dirigente di permanere, a domanda, in servizio fino al compimento del settantesimo anno di età. Il Collegio di direzione può disporre a tali fini un preventivo esame di idoneità con riferimento alla specifica funzione svolta.

2. Le disposizioni del comma 1 si applicano, fermo restando il loro stato giuridico ed i diritti acquisiti, anche ai medici ed al personale sanitario universitario, professori universitari di prima e seconda fascia e ricercatori, che svolgono attività assistenziale presso le aziende ospedaliere di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, o presso strutture assistenziali pubbliche nonché, ove previsto dagli accordi fra la regione e l'università, presso strutture sanitarie private accreditate. Per il personale medico universitario resta fermo lo speciale trattamento aggiuntivo previsto dall'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e successive modificazioni, per lo svolgimento delle attività assistenziali per conto del Servizio sanitario nazionale.

### Articolo 5

#### Applicabilità al personale di altri enti

1. Gli enti e istituti di cui all'articolo 4, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato adeguano i propri ordinamenti del personale alle disposizioni della presente legge, ivi comprese quelle concernenti il limite di età.

<p><b>GYNECO</b> <b>AOGOI</b></p> <p>ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI</p> <p>PRESIDENTE Carlo Sbiroli DIRETTORE SCIENTIFICO Felice Repetti COMITATO SCIENTIFICO Giovanni Brigato Antonio Chiantera Valeria Dubini DIRETTORE RESPONSABILE Cesare Fassari</p>	<p>COORDINAMENTO REDAZIONALE Arianna Alberti email: laredazione@ihg.it PUBBLICITÀ Publiem srl Centro Direzionale Colleoni Palazzo Perseo 10 20041 Agrate (Milano) Tel. 039/6899791 - Fax 039/6899792</p> <p>EDITORE <b>IEP</b> ITALPROMO ESIS PUBLISHING 00147 Roma Via Vittore Carpaccio, 18</p> <p>Testata associata <b>A.N.E.S.</b> ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIALE PERIODICI E SPETTACOLI</p>	<p>PROGETTO GRAFICO Giancarlo D'Orsi VIDEOIMPAGINAZIONE Daniele Lucia, Barbara Rizzuti STAMPA Tecnostampa srl Via Le Brecce 60025 Loreto (Ancona) ABBONAMENTI Annuo: € 26 Prezzo singola copia: € 4</p> <p>Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33 Poste Italiane spa - Sped. in abb. postale D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 n. 46) Art. 1, comma 1, DCB Ancona</p> <p>Finito di stampare: dicembre 2005 Tiratura 5.000 copie</p>
---	---	--

di Eva Antoniotti

Solitamente si rimprovera ai Piani sanitari di essere una sorta di “libro dei sogni”, nel quale si elencano desideri e progetti fantastici pur sapendo di non avere mezzi, risorse ed energie per realizzarli. Il documento messo a punto dal ministro Francesco Storace, e approvato dal Governo nella seduta del Consiglio dei ministri dello scorso 2 dicembre, non sembra avere invece caratteristiche straordinariamente innovative ed anzi a qualcuno è sembrato non del tutto aggiornato su alcuni temi, in particolare sulla necessità di sviluppare l'assistenza sanitaria territoriale, terreno sul quale si è già operato negli ultimi anni con esiti già compresi nelle nuove Convenzioni, siglate a marzo, per i medici di famiglia e gli specialisti ambulatoriali. Critiche anche da parte delle Regioni, che hanno elaborato un proprio documento del quale diamo conto nell'articolo in questa pagina.

#### QUATTRO LINEE STRATEGICHE

La bozza di Psn 2006-2008 individua quattro linee strategiche per l'evoluzione del Ssn. La prima è dedicata al rapporto bidirezionale tra la sanità italiana e le istituzioni europee, ovvero a come queste intervengono sulla nostra realtà nazionale, a livello normativo e non solo, e su quale contributo possiamo fornire allo sviluppo di un sistema europeo. La seconda indica i



Nella foto  
Francesco Storace

terreni sui quali occorre intervenire per promuovere il rinnovamento del Ssn, ovvero: il rilancio della prevenzione sanitaria e la promozione della salute; la promozione del governo clinico e la qualità nel Ssn; la riorganizzazione delle cure primarie; l'integrazione tra prevenzione, cure primarie, percorsi di diagnosi e cura. La terza linea strategica mira a promuovere innovazione, ricerca e sviluppo, con l'obiettivo di adeguare costantemente il nostro sistema sanitario alle innovazioni scientifiche e di valorizzare il ruolo della ricerca intesa come fattore di sviluppo. Infine la quarta indicazione strategica è rivolta “a favorire le varie forme di partecipazione del cittadino, in particolare attraverso il coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni dei familiari”, come si legge nel documento.

#### OTTO PROGETTI DI SISTEMA

Il documento ministeriale indica otto “progetti e azioni di sistema” che dovrebbero tradurre concretamente le linee strategiche in interventi “in grado di incidere trasversalmente su tutto il Servizio sanitario nazionale”.  
**1.** Piena attuazione dei Lea anche attraverso un'ulteriore normativa che definisca più chiaramente quale rapporto vi deve essere tra la garanzia di uniformità dei servizi ai cittadini tutelata dal ministero e la organizzazione degli stessi servizi compiuta dalle Regioni. In questo ambito ricadono anche gli interventi per la riduzione delle liste d'attesa più volte richiamati dal ministro Storace.

**2.** Politiche per la qualificazione delle risorse umane del Ssn rivolte alle molte figure professionali “che affiancano i medici” e alla loro formazione. Inoltre dovrebbe realizzarsi un “ripensamento dell'assetto istitu-

# Il Psn 2006-2008 parte dalla prevenzione

Nel Piano proposto dal ministro, e approvato il 2 dicembre in Cdm, i terreni sui quali intervenire per rinnovare il Ssn sono innanzi tutto la prevenzione, il governo clinico e la riorganizzazione delle cure primarie. Ma le Regioni lo giudicano “superato” tanto nel metodo quanto nei contenuti

zionale ed organizzativo dell'Ecm” che definisca le competenze rispettive dello Stato e delle Regioni, come stabilito dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che prevedeva la stesura di un “Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario”.

**3.** Creazione di un sistema nazionale di Linee Guida “che consenta di affrontare in maniera coordinata gli aspetti legati alle scelte di priorità, lo sviluppo e la valutazione, l'implementazione e manutenzione, la partecipazione e consultazione, la verifica/feedback, la divulgazione e comunicazione e la formazione continua”.

**4.** Ammodernamento strutturale e tecnologico rivolto anche a superare i divari esistenti tra le diverse realtà regionali.

**5.** Promozione della ricerca sanitaria per arrivare ad avere una vera politica di ricerca e sviluppo del ministero della Salute da realizzare secondo il Programma di ricerca sanitaria previsto dal decreto 229/99. I terreni indicati per lo sviluppo della ricerca sono:

- la semplificazione delle procedure amministrative e burocratiche per la autorizzazione ed il finanziamento della ricerca
- la promozione delle collaborazioni e delle reti di scambio tra ricercatori, istituti di ricerca, istituti di cura, associazioni scientifiche ed associazioni di malati
- l'elaborazione dello studio di modelli che creino le condizioni favorevoli per l'accesso alla ricerca e per favorire la mobilità dei ricercatori tra le varie Istituzioni
- la promozione delle collaborazioni tra Istituzioni pubbliche e private nel campo della ricerca
- l'attivazione di strumenti di flessibilità e convenienza per i ricercatori, capaci di attirare ricercatori operanti all'estero, inclusi i rapporti con i capitali e gli istituti privati italiani e stranieri, in rapporto di partenariato o di collaborazione senza limiti burocratici eccessivi
- l'attivazione di una politica che renda vantaggioso per le imprese investire nella ricerca in Italia, utilizzando

modelli già sperimentati negli altri Paesi

- il perseguimento degli obiettivi prioritari previsti dal VII Programma Quadro Comunitario
- il perseguimento degli obiettivi previsti dai quattro assi di intervento previsti dal Pnr.

**6.** Sistemi di rete: emergenza-urgenza, malattie rare, rete trasfusionale, rete dei trapianti, rete dei Centri Unici di Prenotazione.

**7.** Completamento del processo di aziendalizzazione per aumentare l'efficienza delle aziende.

**8.** Sostegno alla famiglia e promozione della maternità.

#### DICIASSETTE PROGETTI TEMATICI

I temi specifici sui quali intervenire individuati nella bozza di Psn 2006-2008 sono diciassette, che elenchiamo solo attraverso un'indicazione sintetica: la sicurezza dei pazienti; le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari e diabete; il dolore nei percorsi di cura; la rete per le cure palliative; il controllo delle malattie diffuse e gli eventi inattesi; la non autosufficienza, gli anziani; i disabili; la tutela della salute mentale; le dipendenze legate agli stili di vita: tabacco, alcool e droghe; la salute nell'infanzia e nell'adolescenza; gli interventi di salute per gli immigrati e le fasce marginali; la sicurezza alimentare; la sanità veterinaria; la nutrizione come prevenzione; la politica del farmaco; i dispositivi medici; ambiente e salute; la salute negli ambienti indoor.

#### I SISTEMI DI MONITORAGGIO

Una parte del documento è riservata ai sistemi di valutazione e monitoraggio, a cominciare dal Nuovo sistema informativo sanitario nazionale (Nsis) che raccoglie i dati provenienti da aziende e Regioni. Anche la realizzazione degli obiettivi e delle azioni indicate nel Psn sarà sottoposta ad un controllo costante, anche con lo scopo di informare e coinvolgere nelle scelte i cittadini.

## Regioni: non si tiene conto del federalismo

Il percorso istituzionale seguito dal ministro Storace per arrivare a definire il Piano sanitario nazionale 2006-2008 è antiquato, o meglio è “quello previsto dal Decreto legislativo 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni”. Così si apre il documento votato dalla Conferenza dei presidenti delle Regioni il 18 novembre scorso, che contiene le valutazioni sulla bozza ministeriale e avanza proposte per un Psn “condiviso”. Le Regioni dunque avanzano una forte critica di metodo, sostenendo che il ministro non abbia tenuto in debito conto l'attuale ripartizione di competenze tra Stato e Regioni definita dalla modifica del Titolo V della Costituzione. Oltre a ciò le Regioni giudicano “superati” anche i contenuti: “Il Piano – si legge nel documento regionale – ripropone una impostazione tradizionale utilizzando l'impianto metodologico dei precedenti strumenti di programmazione non tenendo conto né dell'evoluzione istituzionale né dell'evoluzione tecnologica e scientifica”. Nel documento si sottolinea la necessità di individuare i terreni sui quali il Psn possa rivelarsi utile, assumendo ciò che non può essere lasciato alla gestione delle singole Regioni. Inoltre ad uno strumento come il Piano viene assegnato il compito di ribadire “il quadro dei principi a cui il servizio sanitario nazionale ed i singoli sistemi sanitari regionali fanno riferimento” per “dare valore e sostanza al carattere nazionale del servizio sanitario” individuando “finalità condivise e fatte proprie dai soggetti istituzionali del sistema”.

a cura di Lucia Conti

**L**a gioia della maternità arriva per oltre la metà delle donne italiane dopo i 30 anni ed è negli ospedali pubblici che vedono la luce l'87% dei bambini. Sono sempre di più le donne che ricorrono alla procreazione medicalmente assistita (7.284 casi nel 2003 contro i 4.649 nel 2002), mentre si mantengono stabili, ma sempre troppo alti, i parti cesarei (praticati nel 35,8% delle gravidanze) e il ricorso alle indagini diagnostiche (ad esempio, con una media di 4,5 ecografie a gravidanza contro le 3 consigliate dalla letteratura medico-scientifica).

Sono questi alcuni dei dati emersi dal secondo Rapporto Cedap (Certificato di assistenza al parto) - Analisi dell'evento nascita Anno 2003, realizzato dal ministero della Salute sui 452.984 bambini nati nel 2003 per i quali è stato compilato il certificato Cedap (su un totale di 554.063 bambini nati in Italia). I dati, che coprono l'84% dei parti rilevati nello stesso anno con le Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) e dei bambini nati vivi registrati presso le anagrafi comunali, sono stati fatti pervenire al ministero dalle Regioni (assenti solo i dati del Molise e della Calabria, che non hanno ancora avviato la rilevazione, e della P.A. di Bolzano, che l'ha avviata a partire dal 2005) e raccolti in base all'attività di 540 strutture di nascita. Da sottolineare che, anche per il 2003, circa il 10% dei parti ha riguardato madri di cittadinanza non italiana, fenomeno più diffuso al Centro-Nord del Paese, dove oltre il 15% delle neomamme è composto da donne straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentative sono l'Europa dell'Est (38%) e l'Africa (25%). Le madri di origine asiatica e sud americana sono rispettivamente il 17% e l'11% di quelle non italiane. Le mamme straniere in Italia non sono solo numerose, ma anche giovani: se l'età media delle italiane oscilla tra i 30 e 39 anni, la maggior parte delle mamme straniere affronta la gravidanza in un'età compresa tra i 20 e i 29 anni.

#### DOVE NASCONO I BAMBINI

Le mamme preferiscono l'ospedale pubblico. È infatti qui che vede la luce l'87,65% dei bambini, mentre il 12% nasce nelle case cura e un piccolo 0,17% in casa. Particolare, tuttavia, il caso della Regione Campania, dove il pubblico e il privato accreditato si spartiscono quasi equamente la gestione dei parti (50,21% delle nascite il primo e 46,12% il secondo).

Secondo l'analisi del ministero, quasi il 75% dei punti nascita pubblici è collocato in ospedali con meno di 400 posti letto e solo il 12,1% in strutture con oltre 600 posti letto. Il 63,4% dei punti nascita privati accreditati si trova, invece, in strutture con meno di 120 posti letto. Per quanto riguarda la terapia intensiva neonatale e le unità operative di neonatologia, ne è dotato il 44,7% dei punti nascita pubblici, percentuale che scende al 7,3% le strutture private accreditate e al 5,3% per quelle non accreditate.

Le strutture hanno in media 2,21 incubatrici ogni 10 posti letto in reparti di ostetricia: 2,32 nei reparti pubblici, 1,38 in quelli privati accreditati e 1,81 in quelli privati non accreditati.

Dalla dolce attesa alla nascita. Il Rapporto del ministero della Salute sulle mamme italiane analizza i principali aspetti della maternità per studiare come le donne vivono la gravidanza. E la buona notizia è l'aumento delle nascite (da 372.218 bambini del 2002 a 458.748 nel 2003, secondo i Cedap), tuttavia emergono ancora delle criticità, tra cui l'eccessivo ricorso alle visite di controllo e ai parti cesarei

## Il mondo della maternità secondo i Certificati di assistenza al parto



## GRAVIDANZE SOTTO ESAME

La gravidanza è un evento naturale ma da tenere sott'occhio. Questa la concezione predominante in Italia, come evidenzia il numero di indagini e procedure diagnostiche a cui si sottopongono le gestanti durante la gravidanza. Quasi l'80% delle donne ha effettuato nei nove mesi oltre 4 visite di controllo e il 73% ne ha effettuate più di 3.

L'ecografia ostetrica è la tecnica più usata nello studio del benessere fetale e nel 2003, a livello nazionale,

in quasi la metà dei parti. L'utilizzo di tale indagine prenatale è diversificato a livello regionale, nelle Regioni meridionali si registra una percentuale al di sotto del 10% (ad eccezione della Sardegna) mentre i valori più alti si hanno in Toscana (31,6%) e Valle d'Aosta (45,5%).

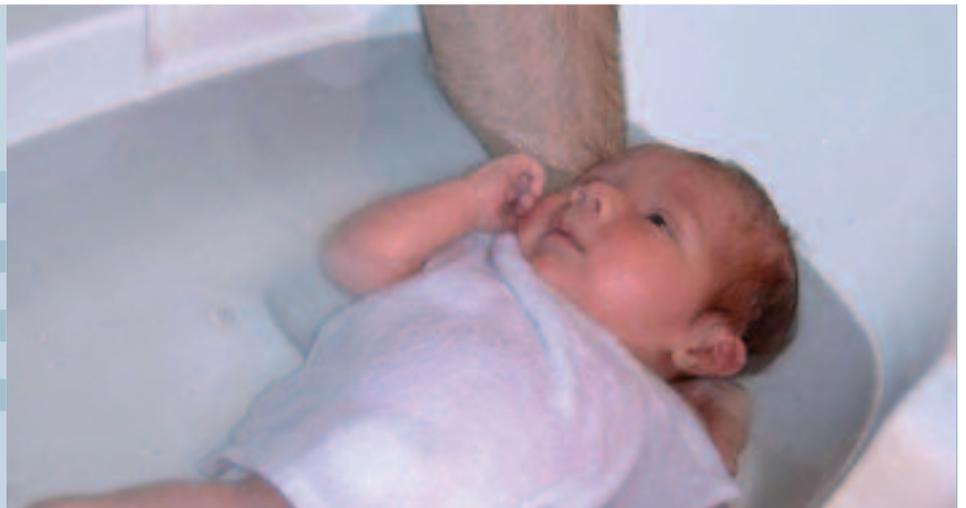
## IL MOMENTO DEL PARTO

Il lieto evento avviene nell'86,5% delle gravidanze al termine dei nove mesi, mentre è del 13,5% la percentuale delle mamme che partoriscono tra la 33<sup>a</sup> e la 36<sup>a</sup>

to: c'è una chiara propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate, in cui si pratica il parto chirurgico in oltre il 55% dei parti contro il 33% negli ospedali pubblici. Per quanto concerne i parti vaginali dopo un precedente taglio cesareo, nel 2003 questo è avvenuto a livello nazionale con una percentuale pari al 12% e quasi esclusivamente nei punti nascita pubblici, dove circa il 13,7% dei parti con precedente cesareo avviene in modo spontaneo contro l'8,5% nelle case di cura private.

Classe età	Totale parti
12 - 14	207
15 - 19	11.121
20 - 29	182.144
30 - 39	243.606
40 - 49	12.879
50 - 65	74
Non indicato/errato	2.953
<b>Totale</b>	<b>452.984</b>

Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario - CeDAP



sono state effettuate in media 4,5 ecografie per ogni parto, con valori regionali variabili tra 3,5 della Puglia e 6,3 della Liguria.

Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, invece, l'amniocentesi è quella a cui si fa più ricorso, seguita dall'esame dei villi coriali (nel 2,60% delle gravidanze) e dalla funicolocentesi (nello 0,77%). In media ogni 100 parti sono state effettuate più di 16 amniocentesi e, essendo una tecnica usata tra l'altro per l'individuazione di anomalie cromosomiche correlate con l'età della madre, nelle classi di età 40-49 il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato

settimana e dell'1,3% le nascite tra la 24<sup>a</sup> e la 32<sup>a</sup> settimana di gestazione, cioè intorno al settimo mese di gravidanza. Se il 61% dei bambini nasce con il parto spontaneo, nel 2003 si conferma però l'eccessivo ricorso ai tagli cesarei (il 35,8% dei parti), soprattutto se si considera che secondo le analisi dell'Oms l'espletamento del parto per via chirurgica sarebbe necessario solo nel 10-15% dei casi. Ovviamente il ricorso al cesareo dipende anzitutto dalla posizione del feto e nel 32,4% si è trattato infatti di parti con il feto di vertice. Tuttavia, la modalità del parto cambia notevolmente anche a seconda della struttura scelta per il lieto even-

## LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Aumenta, in Italia, il ricorso alla tecnica di procreazione medicalmente assistita (Pma): 7.284 casi sul totale delle schede pervenute (rispetto alle 4.649 nel 2002), con una media di 1,6 per ogni 100 gravidanze. A livello nazionale circa il 37% dei parti con procreazione medicalmente assistita ha utilizzato trattamento farmacologico e circa il 27% il trasferimento dei gameti maschili in cavità uterina (Iui). La fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni in utero ha riguardato il 18,7% dei casi mentre la fecondazione in vitro tramite iniezio-

Regione	Italia	UE	Europa dell'Est	Africa	America centro-sud	America del nord	Asia	Altro	Totale Parti
Piemonte	85,7	0,6	6,2	4,9	1,4	0,1	0,9	0,1	34.508
Valle d'Aosta	89,7	0,6	3,5	4,6	1,2	0,2	0,1	0,1	1.110
Lombardia	83,6	0,8	4,1	4,7	2,5	0,1	3,4	0,9	83.031
Prov. Auton. Tn	86,2	0,5	6,0	3,8	1,3	0,1	1,0	1,1	4.820
Veneto	84,4	0,4	6,6	4,6	1,0	0,2	2,8	0,1	44.017
Friuli Venezia G.	88,1	0,5	6,3	2,9	0,9	0,1	1,1	0,1	9.887
Liguria	87,4	0,9	3,6	2,0	4,6	0,1	1,1	0,2	9.723
Emilia Romagna	83,8	0,5	5,0	5,5	0,9	0,0	2,8	1,4	33.930
Toscana	85,6	0,7	6,1	2,2	1,1	0,1	4,0	0,2	28.790
Umbria	83,1	0,8	8,4	4,3	2,2	0,1	1,1	0,1	7.060
Marche	84,1	0,4	5,9	3,5	1,0	0,1	1,8	3,2	12.091
Lazio	89,9	0,4	5,3	1,2	1,1	0,1	1,7	0,1	51.126
Abruzzo	95,1	0,1	3,1	0,4	0,5	0,0	0,7	0,1	7.017
Campania	96,7	0,1	2,0	0,5	0,2	0,0	0,5	0,0	58.220
Puglia	97,9	0,1	1,2	0,3	0,1	0,0	0,1	0,2	38.936
Basilicata	97,7	0,4	1,1	0,3	0,1	0,0	0,2	0,3	3.932
Sicilia	97,1	0,2	1,0	0,9	0,2	0,0	0,3	0,2	18.408
Sardegna	97,1	0,3	1,2	0,5	0,2	0,3	0,4	0,0	6.378
<b>Totale Anno 2003</b>	<b>88,9</b>	<b>0,5</b>	<b>4,3</b>	<b>2,8</b>	<b>1,2</b>	<b>0,1</b>	<b>1,9</b>	<b>0,4</b>	<b>452.984</b>
<b>Totale Anno 2002</b>	<b>89,8</b>	<b>0,5</b>	<b>3,7</b>	<b>2,6</b>	<b>1,1</b>	<b>0,1</b>	<b>1,8</b>	<b>0,5</b>	<b>367.932</b>

Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario - CeDAP

Regione	Ospedale pubblico	Casa di cura accreditata	Domilio privata	Domilio pubblica
Piemonte	97,74	0,39	1,70	0,11
Valle D'Aosta	100	-	-	-
Lombardia	92,86	6,29	0,53	0,20
P.A. Trento	99,42	-	-	0,50
Veneto	99,85	-	-	0,11
Friuli V.G.	92,55	7,04	-	0,35
Liguria	98,40	-	1,32	0,05
Emilia R.	97,66	1,98	0,03	0,29
Toscana	98,57	0,62	0,75	0,06
Umbria	97,51	-	-	0,13
Marche	97,21	2,58	-	0,18
Lazio	82,51	13,43	4,06	-
Abruzzo	90,57	2,18	-	0,04
Campania	50,21	46,12	1,93	0,07
Puglia	84,74	13,54	-	0,03
Basilicata	99,59	0,38	-	-
Sicilia	96,70	3,27	-	0,02
Sardegna	78,32	21,40	-	0,25
Molise	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Calabria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<b>Totale 2003</b>	<b>87,65</b>	<b>10,67</b>	<b>1,01</b>	<b>0,12</b>
<b>Totale 2002</b>	<b>87,12</b>	<b>10,89</b>	<b>1,17</b>	<b>0,37</b>

**Distribuzione delle visite di controllo effettuate per decorso della gravidanza**

Visite di controllo in gravidanza	Decorso della gravidanza		Totale parti	
	Fisiologico	Patologico	V.A	%
nessuna	0,75%	0,61%	3.246	0,7%
<= 4	19,68%	13,68%	78.700	17,4%
oltre 4	77,60%	84,26%	308.336	8,1%
non indicato	1,97%	1,45%	62.702	13,8%
<b>Totale</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>452.984</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP

**Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto e la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono**

Modalità del parto	Pubblico	Casa di cura		Totale
		Accreditata	Privata	
spontaneo	64,22	41,30	25,89	61,37
cesareo	32,89	55,87	72,54	35,75
Altre tecniche	2,26	1,58	0,92	2,18
non indicato/errato	0,63	1,24	0,65	0,70
<b>Totale</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP

ne di spermatozoo in citoplasma (Icsi) ha riguardato l'11,4% dei casi. Il maggior ricorso al trattamento farmacologico è avvenuto in Emilia Romagna (78,6% delle Pma) e il minore in Puglia (5,9%), dove invece avviene il maggior ricorso allo Iui. La percentuale più alta di ricorso alla Fivet è stata registrata in Toscana (40% dei casi), quella di ricorso alla Icsi in Valle D'Aosta (50%). La percentuale di parti plurimi in gravidanze medicalmente assistite è sensibilmente superiore a quella registrata nel totale delle gravidanze (10,5% contro l'1,6%, per un totale di 6.224 parti plurimi nel 2003).

**COME STANNO I NOSTRI FIGLI**

Il peso dell'86,5% dei bambini appena nati oscilla tra i 2.500 e i 3.500 grammi, con un buon 6% che supera anche i 4.000 grammi. C'è, tuttavia, un 1% di neonati che non arriva ai 1.500 grammi e un 5,8% che non supera i 2.499 grammi (nel 98% dei casi si tratta di parti

**Esami di amniocentesi suddivisi per età della madre (%)**

Anno	<20	20-29	30-39	40-49	50-65	Totale amnioc.
2003	1,60	4,68	20,66	47,42	23,66	<b>16,15</b>
2002	1,81	4,82	20,35	45,02	27,63	<b>15,46</b>

prematuro). I bambini più pesanti nascono in Friuli Venezia Giulia, dove l'8,82% dei neonati supera i 4.000 grammi; mentre i bambini sottopeso nascono soprattutto in Sardegna (0,11%). Per mille bambini che nascono, tuttavia, vi sono 3,15 che non ce la fanno (quindi circa 1.450 dei 554.063 i bambini nati in Italia nel 2003). La codifica della causa che ha determinato la natimortalità sembra essere molto difficoltosa anche perché, spiega il ministero, quasi sempre il referto dell'esame

me autoptico viene reso noto dopo i 10 giorni previsti per la compilazione del Cedap. Tra le prime cause di natimortalità è comunque possibile citare l'ipossia intrauterina e l'asfissia alla nascita (16,8% dei nati morti), altri problemi fetali e placentari che interferiscono con il trattamento della madre (14,7%) e altre e mal definite condizioni morbose ad insorgenza perinatale (14,5%). Attraverso il Cedap è stato inoltre possibile rilevare per il 2003 circa 3.180 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita, anche se solo nel 51,2% dei casi è stato indicato il tipo di malformazione. Tra le malformazioni diagnosticate più diffuse si registrano: le anomalie congenite degli organi genitali (12,3% dei casi), le anomalie del bulbo cardiaco e anomalie della chiusura del setto cardiaco (11%), alcune malformazioni congenite del sistema muscolo scheletrico (10,4%) e le altre anomalie congenite degli arti (10,2%).

# Federalismo e sanità: l'armonia è possibile. Ecco come

di Silvestro Giannantonio

**Dottor Palumbo, come sta trovando attuazione il concetto di federalismo all'interno del Ssn?**

Certamente il federalismo italiano sul versante sanitario ha delle precise peculiarità: non è un puro e semplice trasferimento di potestà. Si è mantenuta centralizzata la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, perché ha prevalso la preoccupazione di garantire un'uniforme tutela della salute su tutto il territorio nazionale. La storia di questi ultimi anni descrive un tentativo costante di determinare il giusto equilibrio tra l'esigenza di regole nazionali uniformi e la concreta erogazione dei servizi attraverso modelli organizzativi a base regionale.

**Non intravede un rischio di difformità, di squilibrio, nell'erogazione concreta di servizi al cittadino da Regione a Regione?**

No, non vedo questo rischio, perché resta questa forte definizione centrale. Inoltre, abbiamo alle spalle un'esperienza ormai ventennale di forte autonomia delle Regioni, che guarda caso non ha mai prodotto particolari variabilità, in quanto ha sempre prevalso la volontà di concordare determinate attività. E questo accadeva anche prima della riforma del Titolo V della Costituzione.

Anzi, mi sento di dire che questa tendenza al "non squilibrio" è assai marcata proprio in campo sanitario, più che in altri settori della pubblica amministrazione. Anche perché ci sono tanti altri elementi unificanti, a partire dal contratto del personale dipendente che rimane nazionale per finire al quadro giuridico di riferimento che rimane anch'esso nazionale.

**Ma attualmente come funzionano gli indicatori utilizzati per valutare le politiche sanitarie regionali e per registrare eventuali distorsioni o disservizi?**

La chiave di volta è il Nuovo Sistema Informativo Sanitario, vale a dire flussi informativi in grado di descrivere la quantità e, ci auguriamo nel tempo, la qualità della prestazioni. Tutto ciò confluisce in quello che abbiamo definito un vero e proprio 'sistema di monitoraggio e garanzia dei Lea'. Come è noto, quando lo Stato, con il decreto legislativo 56 del 2000, ha varato un anticipo del federalismo fiscale, decentrando l'acquisizione delle risorse per finanziare la sanità, è stato specificato che tutto ciò sarebbe stato possibile solo a patto che ogni Regione rispettasse i Lea. Per questo motivo, la fase del monitoraggio diventa imprescindibile.

**A questo proposito, quanto ritiene validi gli strumenti attualmente in possesso del ministero per correggere politiche sanitarie locali inefficaci o inefficienti?**

Per quanto riguarda il rispetto dei Lea, sono previste misure correttive, anche pesanti. Finora non si

Il federalismo sanitario dal punto di vista di un manager approdato a Roma dopo un lungo lavoro sul campo, dal Veneto alla Campania. "La salvaguardia dei Lea e adeguati sistemi di monitoraggio rendono peculiare il nostro settore: per questo motivo non vedo all'orizzonte il rischio di 'strappi' da parte di qualche Regione". Così, in questa intervista il direttore generale della Programmazione sanitaria del ministero della Salute, Filippo Palumbo



Nella foto Filippo Palumbo

sono verificati clamorosi episodi, nel senso di volontà dichiarate di derogare i livelli assistenziali, fermi restando i ritardi e le insufficienze. Il nostro sistema di monitoraggio è recente, ma è costantemente rinforzato dalla prassi, introdotta già dalla scorsa Finanziaria, di vincolare una quota di finanziamento pubblico al mantenimento dei Lea e a dei sottoinsiemi, come il piano prevenzione o il piano per l'aggiornamento del personale. Questo, a mio avviso, è un modo chiaro e trasparente per produrre una sollecitazione costante, volta ad una migliore efficienza.

**Più difficile è invece affrontare il discorso della "misurazione" della qualità, e non della quantità...**

Difatti si lavora ad un sistema più sofisticato di indicatori, anche attraverso sistemi paralleli. Faccio un esempio: un aspetto della qualità riguarda certamente la sicurezza dei pazienti. Su questo versante, stiamo varando un protocollo di sorveglianza degli eventi avversi volto a mettere in piedi una banca dati in grado di restituirci informazioni tali che nel tempo si potrà misurare il posizionamento di ciascuna regione sul fronte della sicurezza. Non solo: con un sistema del genere, si potranno anche

raccogliere risposte a problemi comuni. In pratica, ogni soluzione sarà a disposizione di tutti, in maniera interattiva.

**Questo protocollo sta già trovando concreta applicazione? Con quali risultati?**

Tutto quanto è accaduto ultimamente in Sicilia in materia di eventi avversi che hanno comportato il decesso di alcuni pazienti, ad esempio, già sta affluendo in questa banca dati. Una prima ricaduta concreta l'abbiamo avuta recentemente, dopo un episodio di somministrazione errata di cloruro di potassio: una volta ricevuta questa informativa, il ministero ha messo on line raccomandazioni, anche operative, per evitare incidenti del genere in futuro. La grande novità rispetto al passato, in sostanza, è che tutta una serie di notizie provenienti dall'ambito locale iniziano ad afferire alle strutture centrali, laddove prima era impossibile monitorare il sistema sanità su tutto il territorio, ad esclusione di questo o quello scandalo mediatico.

Altro strumento di monitoraggio di aspetti qualitativi verrà dall'implementazione del sistema nazionale linee guida. In pratica, d'ora in poi le linee guida non si limiteranno ad indicare i comportamenti attesi per la gestione di questa o quella patologia o condizione, ma dovranno prevedere un sistema di controllo interno: non basta dire che la letteratura suggerisce questa tal procedura o tal'altra, ma occorre fornire precise scadenze e modalità, prevedendo magari report semestrali. Finora questi documenti erano letti e riposti nei cassetti, poi, chi era virtuoso li metteva in pratica, mentre il resto era lasciato quasi al caso...

**Lei è stato responsabile della Direzione piani e programmi sociosanitari presso la Regione Veneto. Prima ancora, in Campania, ha coordinato i principali sistemi di sorveglianza epidemiologica. Che idea si è fatto di queste due regioni, dal punto di vista delle politiche sanitarie?**

Il Veneto mi è sempre sembrata una realtà in cui c'è molta ricchezza di elaborazione locale, però con una sostanziale aderenza ad un modello centrale condiviso, proprio nell'ottica di quella peculiare visione del federalismo alla quale facevo riferimento prima. Ho trovato davvero una grande originalità nell'affrontare i problemi della sanità, soprattutto nel-

Segue a pagina 10

Segue da pagina 7

l'ambito dell'integrazione sociosanitaria, oggi di centrale importanza per un'analisi attenta e ponderata della domanda sanitaria a base locale. La Campania, dal canto suo, sconta, come in altri settori, una situazione globalmente difficile, dove è più complicato garantire una lettura complessiva del sistema sanitario all'interno dello sviluppo economico sociale regionale. In Veneto, della sanità se ne occupano direttamente gli imprenditori, il privato in genere (non solo quello che ha interessi imprenditoriali in sanità); esiste un raccordo tra le logiche dello sviluppo complessivo e quelle sanitarie. Si comprendeva, già molti anni fa, che un cattivo funzionamento della sanità avrebbe creato nel tempo condizioni di sviluppo meno favorevoli, anche per le imprese. Sapere che l'assistenza domiciliare funziona, con una famiglia che regge l'impatto di un non autosufficiente, serve a far funzionare meglio il sistema economico della regione. In Campania, tutto il contesto rende più difficile superare una logica dell'intervento pubblico, compreso l'intervento pubblico che si identifica con la sanità, come atto dovuto, avulso da una logica più complessiva. In questo modo diventa anche più difficile la programmazione sanitaria. C'è più difficoltà a "fare sistema".

**Ora, presso il ministero, la Direzione Generale della programmazione sanitaria Le offre la possibilità di presiedere un osservatorio privilegiato per leggere in tempo reale le dinamiche sanitarie del Paese...**

È un punto di osservazione certamente molto

interessante: rispetto all'esperienza sul campo si sente molto, ad esempio, la tematica della uniforme garanzia dei Lea. È da questo punto di osservazione che, ad esempio, ci si rende conto che in alcune aree del Paese si sono accumulati ritardi enormi su alcuni fronti, come quello dell'assistenza agli anziani. Dobbiamo dirci con franchezza che oggi un anziano non autosufficiente in alcune regioni ha più difficoltà nel trovare risposte assistenziali per i propri bisogni di un suo omologo che vive altrove.

**Questo ragionamento, però, ci fa tornare alla validità e all'efficacia degli strumenti centrali di controllo e indirizzo...**

Le manovre correttive ci sono e consistono nel fatto che quando le Regioni inadempienti chiedono di poter accedere alle risorse integrative dovranno recepire forme di affiancamento da parte dello Stato per aiutarle a raddrizzare l'asse delle prestazioni che offrono. Se c'è una rete ospedaliera irrazionale o un consumo eccessivo di farmaci che sottrae risorse agli anziani, probabilmente significa che è necessario un confronto serrato con le strutture centrali, in materia di programmazione.

L'affiancamento è stato previsto per la prima volta dalla Finanziaria 2005 ed è stato confermato dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 anche per gli anni 2006 e 2007. Se si verifica uno sfondamento sistematico del fondo sanitario o non si riescono a garantire i Lea, lo Stato finanzia ugualmente la Regione, ma chiede in cambio che si concordino i principali strumenti della programmazione sanitaria regionale, in modo da correggere le distorsioni.

**Qualche Regione è già in via di affiancamento?**

Sì, iniziano ad esserci delle richieste di affiancamento da parte di alcune Regioni, prevalentemente meridionali, per sbloccare determinati fondi. Si tratta di Regioni dichiarate inadempienti rispetto al patto dell'8 agosto 2001. A seguito di questa inadempienza, non possono quindi accedere ai finanziamenti integrativi. Tuttavia hanno a loro disposizione una ulteriore chance: sottoscrivere una sorta di contratto con il ministero della Salute e con quello dell'Economia, in cui si impegnano ad attivare dei processi correttivi e a concertare con il Governo centrale i principali strumenti della programmazione sanitaria regionale.

**Quali sono le inadempienze più frequenti da correggere? Quali le visioni che proponete per il futuro della Sanità in Italia?**

Una priorità è certamente la razionalizzazione della rete ospedaliera, favorendo l'accorpamento di strutture troppo piccole. Bisogna inoltre legare i finanziamenti pubblici per l'edilizia sanitaria solo a strutture di medie dimensioni, per non disperdere fondi su piccoli ospedali, che intrinsecamente non potranno avere mai i requisiti minimi di qualità e di sicurezza.

Inoltre, occorre fare tutto il possibile per far adottare misure per attivare in tutto il Paese servizi domiciliari e residenziali per anziani e disabili, dal momento che sappiamo benissimo che trascurare questo aspetto ora si tradurrà in futuro inevitabilmente in un aggravio di lavoro per gli ospedali per acuti, con maggiori costi per il Ssn e peggiori condizioni dei pazienti, che arriveranno in ospedale quando saranno già gravi.

## Forleo: "Si dovrebbe andare in pensione non perché si compiono gli anni"

**Sul tema del pensionamento e delle sue conseguenze sociali, oltretutto economiche, ci è apparso interessante pubblicare alcune riflessioni di Romano Forleo che, pur risalenti a due anni fa, hanno mantenuto inalterata la loro attualità**

**di Romano Forleo**

*Membro Comitato nazionale di bioetica, Docente di Storia della Medicina*

**N**ella mia breve esperienza di senatore ho avuto la fortuna di essere stato inserito nella Commissione lavoro. Era il tempo in cui si iniziava a criticare il pensionamento giovanile, specialmente per gli insegnanti, ma non ci si rendeva conto che – per la accelerazione in atto delle conoscenze mediche – la durata di vita degli uomini, e specialmente delle donne, sarebbe rapidamente aumentata. Si ragionava prioritariamente di soldi e non di qualità della vita. I dati di pochi giorni fa pubblicati dall'Istat confermano

questa accelerazione della durata della vita, con il conseguente allargarsi della fascia dei pensionati. E ancora una volta politici e sindacalisti nel commentarli hanno posto più l'accento sui problemi economici che ciò comporta che sulla qualità della vita di quella che va affermandosi come la fascia più rilevante della nostra popolazione.

Anche il lavoro nero pesa più su questa età che sulla precedente. Infatti la pensione oggi non consente che a pochissimi di avere una vita dignitosa. Le vedove, che sono più numerose, proprio per questo sono in gran parte nell'area della povertà.

La loro condizione è peggiorata dal fatto

che i figli non hanno quasi mai i mezzi per mantenerle. Mi si dirà che la femminilizzazione della povertà è un fenomeno mondiale. Mi si dirà che lo Stato non ha colpa se i figli consumano beni e risparmi della famiglia fino ad età sempre più avanzate. Mi si dirà che il crescente individualismo edonistico non è frutto del libertarismo economico, così caro alla destra radicale, ma della distruzione dell'etica tradizionale.

Di fatto ci troviamo una spesa crescente e accumulata (fortunatamente) negli ultimi dieci anni di vita. Questo periodo, che va dai 75 agli 85 anni per gli uomini che oggi ne hanno 60, e dagli 80 ai 90 per le donne, sarà quella fase della vita che più avrà bisogno di cure. Ma, per la plasmabilità del sistema nervoso centrale, perché il cervello possa continuare a funzionare a pieno ritmo, è necessario che crescano con l'età gli interessi su cui porre gli investimenti affettivi.

di Claudio Testuzza

Dalla stabilizzazione del rapporto d'impiego dei medici ospedalieri, intervenuta nell'ormai lontano 1968, ad oggi, riguardo all'età massima prevista per il mantenimento in servizio, vi è stata una vera e propria altalena. Normative, succedutesi nel tempo, spesso dissociate dalle valutazioni professionali e da considerazioni demografiche, hanno consentito innalzamenti dell'età pensionabile di questa importante categoria. Ma a questi improvvisi picchi sono seguiti interventi legislativi, con carattere talvolta punitivo, che hanno ridimensionato le precedenti condizioni determinando una contraddittorietà sulla volontà degli interessati che solo per pochi mesi o addirittura giorni si trovavano soggetti o a l'una o all'altra scadenza. Il tutto senza che vi fossero dei collegamenti con quello che, invece, avveniva per altre categorie. Basti pensare alla legislazione che riguarda i magistrati con la previsione dei 75 anni per il loro limite massimo o dei professori universitari. Ma anche nell'ambito del mondo medico si assiste ad una diversificazione non indifferente. Per i medici di medicina generale la loro convenzione consente il rapporto di lavoro fino al settantesimo anno. Ed ultimamente, le nuove disposizioni sullo stato giuridico dei professori universitari di medicina hanno previsto la possibilità di esercitare le funzioni assistenziali e primarie fino a 70 anni.

In un contesto di tale diversificazione permane ancora l'obiettivo dell'ultima legge di riforma previdenziale, approvata nell'agosto del 2004, che indica la possibilità di una liberalizzazione dell'età pensionabile. E lo stesso presidente del Consiglio si è fatto portavoce di un innalzamento a 68 del limite per il pensionamento di vecchiaia.

In effetti anche gli attuali limiti, per quanto riguar-

# L'altalena dell'età pensionabile

È necessario sanare le discriminazioni che sul limite massimo d'età per il collocamento a riposo persistono tra le varie categorie mediche. Per molti sanitari giunti al traguardo pensionistico non resta che sperare in una rapida approvazione della legge sulla governance clinica

da, in generale, i dipendenti della pubblica amministrazione, mostrano un aspetto variegato. Il decreto legislativo n. 503 del 1993 ha previsto il mantenimento in servizio, a domanda degli interessati, fino ad un ulteriore biennio rispetto al limite dei 65 anni. E la legge n. 136 di quest'anno consente la richiesta per rimanere in servizio per un ulteriore triennio, sino a 70, ma lasciando all'amministrazione di appartenenza il diritto di dare o meno il benestare.

Quest'ultima norma è in pratica anche poco realizzabile, in quanto il legislatore ha previsto che l'eventuale mantenimento in servizio debba essere considerato equivalente ad una nuova assunzione. E con i blocchi degli organici, intervenuti con le leggi finanziarie, è una prospettiva difficilmente raggiungibile. Non resta per molti sanitari giunti al traguardo pensionistico che sperare in una legislazione specifica che li riguarda direttamente: la legge sulla governance clinica presentata dall'ex Ministro della salute Sirchia, da luglio del 2004 in discus-

sione presso la Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati. Nel contesto della legge la stessa Commissione ha approvato un articolo che dovrebbe sanare e dare tranquillità al mondo dei dirigenti medici consentendo loro di poter, a domanda, e senza intervento ostativo o meno da parte del direttore generale, di mantenere il servizio attivo fino a settanta anni d'età.

Sarebbe, a questo punto, opportuno pensare anche di trovare la possibilità di incentivare la permanenza in servizio prevedendo una formula che possa dare dei coefficienti di rendimento anche per gli anni superiori ai 40. Infatti, attualmente, per chi raggiunga questo limite, gli anni eventualmente prestatati in più non comportano un accrescimento dell'importo pensionistico consentendo un rendimento massimo dell'80 per cento della media delle retribuzioni essendo, dal 1995, anche per i dipendenti pubblici, così come in passato già previsto per i dipendenti del settore privato, un rendimento del 2 per cento costante per ogni anno di servizio.

In altre parole, il nostro cervello è come il computer, che funziona se vi si mettono dentro sempre più nuovi e sofisticati programmi, ma, a differenza del computer che non viene modificato da

essi, esso cambia a seconda delle emozioni e degli interessi culturali che la vita ci offre. Porre un sessantenne in pensione, tagliandogli mezzi economici, ma soprattutto ruoli sociali e possibilità di

realizzazione dei propri talenti, equivale non solo ad accorciargli la vita, ma a deteriorargli strutture e nuclei del sistema nervoso centrale, aumentandogli il fisiologico calo della memoria recente, e soprattutto gettandolo nel mondo della depressione.

È ridicolo che un professore di scuola media o un maestro elementare debbano per forza cessare di insegnare proprio nel momento in cui la loro cultura si è arricchita del romanzo della loro vita. Ancora più ridicolo che un giudice o un filosofo vadano in pensione, proprio quando la vita ha tolto le turbolenti asprezze dell'età giovanile, consentendo quell'aumento in "sapienza" che proprio l'età comporta.

Si dovrebbe cioè andare in pensione quando la produzione intellettuale si è fatta fiacca per mancanza di interesse verso questo impegno, e non perché si compiono gli anni. E qui sta il punto principale nella proposta di modifica delle regole. Si va in pensione se si vuole andare in pensione, se si hanno interessi in altri tipi di servizio sociale o di lavoro, ma non si va in pensione per la sola età e ancor meno perché lo decidono gli altri.



# L'obesità infantile: grande preoccupazione per la salute dei nostri bambini

di **Domenico Di Virgilio**  
Sottosegretario alla Salute

**È** ormai accertato che nel nostro Paese il fenomeno dell'obesità ha assunto proporzioni preoccupanti, ed è considerato un problema non solo sociale ma in particolar modo sanitario.

Si tratta, infatti, di una malattia complessa causata da fattori diversi di carattere genetico, ambientale ed individuale:

I fattori genetici sono spesso responsabili di anomalie metaboliche, in presenza di alta disponibilità di alimenti, facilitano l'insorgenza dell'obesità.

I fattori individuali sono dati da comportamenti impulsivi legati a stati d'ansia o depressivi e che comportano spesso un'eccessiva introduzione di cibo.

I fattori ambientali sono invece tipici dei Paesi occidentali e si concretizzano in errati comportamenti alimentari, in stili di vita non corretti, in lavori spesso troppo sedentari e in elevati livelli di stress quotidiano. L'obesità colpisce nei Paesi industrializzati fino a un terzo della popolazione adulta ed è in forte aumento in età pediatrica costituendo quindi la più comune patologia cronica del mondo occidentale.

In Italia una recente ricerca dimostra che 4 milioni di adulti sono obesi, in aumento del 25% rispetto al 1994 e che 4-5 abitanti su 10 sono in sovrappeso, ma il dato allarmante è che il fenomeno è in evidente crescita tra i bambini, difatti, all'età di 9 anni il 12% risulta obeso e il 35% è in sovrappeso.

L'obesità costituisce un serio fattore di rischio per la salute poiché ad essa sono collegate complicanze di tipo cardiovascolare e respiratorio ed anche numerose patologie come il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa, l'iperlipidemia, la calcolosi della colecisti e l'osteoartrite.

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 aveva inserito la lotta all'obesità tra i 10 progetti per la strategia del cambiamento ed indicava la necessità di favorire l'orientamento ad un'alimentazione sana e all'attività fisica, attraverso politiche intersettoriali; lo stesso obiettivo è compreso anche all'interno del Piano sanitario nazionale della prevenzione 2005-2007.

Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), istituito presso il ministero della Salute è attualmente impegnato nella definizione di una strategia operativa finalizzata al problema "obesità".

Le linee di intervento generali ritenute maggiormente efficaci, anche in considerazione del fatto che per incidere attivamente sullo stile di vita dei bambini (comportamenti alimentari, esercizio fisico, ecc) è indispensabile coinvolgere anche gli adulti, i quali con le azioni e l'esempio ne influenzano e guidano le scelte, sono le seguenti:

1. promuovere l'allattamento al seno (i bambini allattati con latte artificiale hanno maggiore probabilità di diventare obesi);
2. favorire la disponibilità nelle scuole di scelte dietetiche e sane, con particolare riguardo all'eccessivo introito energetico da spuntini calorici e be-

L'obesità rappresenta la più comune patologia cronica del mondo occidentale. Ne è colpito fino a un terzo della popolazione adulta ed è in forte aumento in età pediatrica. La lotta all'obesità è stata inserita tra gli obiettivi prioritari del nostro Piano sanitario 2003/2005 e del Piano nazionale della Prevenzione 2005/2007. Attualmente, il Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, istituito presso il ministero della Salute, è impegnato nella definizione di una strategia operativa finalizzata a combattere il problema. Tra le 10 principali linee di intervento figura al primo posto la promozione dell'allattamento al seno



vande dolcificate, attraverso interventi che prevedano, ad esempio, maggiore attenzione alla composizione dei menù delle mense scolastiche, l'eliminazione dei distributori automatici e la dispensazione di spuntini a base di frutta o verdure fresche;

3. favorire il tempo dedicato allo sport, dentro e fuori la scuola, ed incoraggiare bambini e adolescenti a svolgere un'attività fisica regolare, possibilmente giornaliera, anche attraverso accordi per facilitare l'accesso alle strutture sportive, scolastiche, comunali o di altro genere;
4. sviluppare attività educative per i bambini, sulla nutrizione e attività fisica, come parti integranti di specifici programmi di educazione alla salute, mirati anche a migliorare la capacità dei giovani nel riconoscere le pressioni sociali, incluse quelle pubblicitarie;
5. garantire che le opzioni dietetiche più salutari siano disponibili, accessibili e promosse correttamente, anche grazie ad accordi con i produttori e con le reti di distribuzione e di vendita degli ali-

menti, assicurando, ad esempio, l'uso di idonei sistemi di etichettatura;

6. orientare i datori di lavoro ad offrire scelte dietetiche sane nelle mense aziendali e a facilitare la pratica di un'attività sportiva da parte dei dipendenti;
7. supportare lo svolgimento di pratiche sportive individuali o di squadra da parte dei cittadini;
8. promuovere lo sviluppo di ambienti urbani che favoriscano l'attività fisica, inclusa la disponibilità di piste ciclabili e percorsi pedonali;
9. sviluppare campagne di informazione nutrizionale per la comunità;
10. verificare la qualità e la quantità dei messaggi promozionali dei prodotti alimentari, soprattutto di quelli che si rivolgono ai bambini.

Nell'ambito di tale strategia, infine, il Centro di controllo malattie del ministero della Salute prevede un programma di collaborazioni con altri soggetti, istituzionali e non, finalizzate alla realizzazione dei suddetti progetti.



# Ricerca e pratica ostetrica

Le decisioni mediche devono essere certamente basate sulle migliori prove derivate dalla ricerca. Tuttavia l'importanza delle tradizionali abilità del medico non sono diminuite. L'esperienza clinica è oggi più cruciale di ieri

di Piero Curiel e Valeria Dubini

“...Usò dolcezza, carezze, parole di miele. Si sedette accanto e le asciugò il volto con le mani, l'accarezzò, le massaggiò la pancia e cominciò a raccontare con la sua cantilena dolce... e intanto che raccontava maneggiava la pancia come fosse un rotolo di pasta frolla, morbido e molle, e tra parole, profumo di viole e le mani calde che carezzavano il ventre... la Rosa smise di piangere e si abbandonò completamente...”  
(Da: “Il dolore perfetto” di Ugo Ricciarelli, Premio Strega 2004)

L'Ostetricia del secolo scorso si presenta così: mani, mani di donne, esperienza, pratica, semeiotica, accoglimento. La scena del parto è la casa, in genere il letto matrimoniale, altre donne sono presenti e partecipano, consigliando, aiutando, preparando l'acqua e i panni caldi. Nelle altre stanze la famiglia, il marito, i genitori, altri figli in trepida attesa del primo vagito.

Negli anni '50 inizia gradatamente, ma rapidamente, una svolta radicale. La famiglia patriarcale non esiste più, si va affermando la famiglia nucleare, la crescente urbanizzazione riduce le dimensioni abitative, le difficoltà pratiche aumentano. La scena del parto si sposta in ospedale, dove l'Ostetricia ospedaliera cerca di affermare una sua rinnovata indipendenza, affrancandosi da una sudditanza istituzionale e concettuale dalla Chirurgia, della quale era spesso considerata, nella gran parte degli ospedali medi e piccoli, un'articolazione secondaria, come testimoniano tutti gli Aiuti chirurgici addetti alla sezione ostetrica. Ora, al centro della scena del parto ci sono i medici, nella quasi totalità uomini, per lo più con mentalità e pratica operativa.

Nel frattempo le condizioni di vita sono decisamente migliorate, l'igiene è più diffusa, l'alimentazione più ricca e equilibrata. A questo si aggiunge il maggior rispetto dell'asepsi, lo sviluppo delle tecniche anestesiolgiche, le conoscenze in campo emotrasfusionale, e soprattutto la diffusione degli antibiotici con la conseguente riduzione di tutte le temibili complicanze infettive. Sta di fatto che si verifica in questi anni una drastica riduzione della mortalità materna; dai 300 casi ogni 100.000 parti degli anni '30, si passa, con una diminuzione di 6 volte, alle 50 morti per 100.000 parti degli anni '60. Anche la mortalità perinatale si riduce, grazie alle crescenti conoscenze in campo ostetrico e all'inizio dello sviluppo della neonatologia: dal 64 per mille nati vivi del 1950 si passa al 36 per 1000 del 1965.

Ma la gravidanza e il parto vanno perdendo le loro caratteristiche di eventi sociali, umani, familiari, per diventare “casi”: l'attenzione si sposta dalla donna al bambino: non è più “la donna che partorisce”, ma “il bambino che nasce”.

La ricerca spasmodica delle condizioni di rischio fa



George de la Tour, Natività

dimenticare che gravidanza e parto sono eventi naturali, e si moltiplicano metodi e tecnologie di controllo che vengono introdotti nella pratica clinica prima di avere accertato, attraverso una valutazione oggettiva, la loro reale efficacia. L'utilizzo di queste tecniche segue sempre lo stesso copione, portando alla loro diffusione entusiastica e massiva prima di verificarne la validità e i potenziali rischi e prima di individuare i sottogruppi di donne alle quali, in senso mirato, dovrebbero essere limitate.

Il punto è che la ricerca di nuove possibilità tecnologiche non si sviluppa secondo i tradizionali step della ricerca scientifica, ma i risultati vengono lanciati sul mercato “tout court” come se si trattasse di gadget piuttosto che di strumenti di conoscenza: non si sviluppa una ricerca clinica seria e, a fronte di reali nuove possibilità, che ben utilizzate potrebbero essere una ricchezza nuova, si assiste invece ad applicazioni empiriche prive di riferimenti culturali, secondo una modalità che ha più a che fare con il commercio che con la scientificità.

Per le donne è la “medicalizzazione” di gravidanza e parto. Il risultato a cui si assiste, nella maggior parte dei casi, è quello di eccedere nell'assistenza, con alta probabilità di creare “malattia” laddove c'è solo variabilità individuale: nel contempo non è invece infrequente la sottovalutazione dei pochi casi veramente patologici, perché, per dirla con Kant, “nel buio tutti i gatti sono grigi”.

Lo sviluppo della tecnologia finisce per rubare la scena alla donna, e sempre più si assiste ad una delega al potere medico delle decisioni che riguardano la sua gravidanza, in nome dell'aspettativa di poter evitare e annullare ogni rischio. Eppure, lo sviluppo iper-

trofico della tecnologia non porta ad una ulteriore significativa riduzione della mortalità materna e perinatale, mentre è in continuo aumento la patologia indotta e lievitano in maniera esponenziale e non sempre razionale i costi.

L'illusione che tutto possa essere previsto e che la pleora di controlli garantisca la nascita di un bambino sano e perfetto si rivoltava come un pericoloso boomerang contro gli operatori sanitari, che sono gli stessi che hanno contribuito ad ingenerare questa aspettativa. Eppure sappiamo come l'ostetricia, proprio perché fisiologia, mantiene in definitiva un margine di rischio incompressibile, come tutte le cose della vita, e la maggior parte dei trattamenti disponibili non sono di prevenzione primaria o specificatamente terapeutici, ma piuttosto trattamenti sintomatici o trattamenti di emergenza.

Come si è potuti cadere in questa terribile concatenazione di errori concettuali e clinici?

Forse un punto nodale è proprio rappresentato dall'inadeguatezza dei medici nel trattare la fisiologia, per la quale non hanno neppure le parole adatte (si pensi a come una donna sana in gravidanza diventi automaticamente “una paziente”); forse non è da sottovalutare la problematica di genere che mette di fronte assistite donne, nel pieno della loro potenza creativa (lo stato di gravidanza) e medici in gran parte uomini, con una predisposizione alla volontà di controllo sul corpo femminile e sui processi riproduttivi in particolare.

Forse non si deve neppure tacere che in tutto questo è entrato da un certo punto in poi anche un importante fattore economico.

L'uso intensivo di controlli e tecnologia ha anche avu-

to altri effetti che vedono coinvolti gli operatori: altre abilità si sono sviluppate (si pensi alla capacità di interpretare un'ecografia), ma è andata perduta una gran parte del patrimonio legato alla manualità e alla semeiotica; e molte pratiche ostetriche sono state abbandonate in nome di una presunta modernità e della convinzione che la conoscenza attraverso gli strumenti debba essere superiore per definizione. Si pensi alla disinvoltura con cui alla valutazione sinfisio-fondo o alle manovre di Leopold si è sostituito il controllo ecografico di routine, si pensi a come in molte realtà l'uso di manovre strumentali, come ventosa o forcipe, sia stato completamente sostituito dall'esecuzione di un semplice taglio cesareo.

È come se, mentre le tecnologie procedevano "per somma", disseminandosi in maniera del tutto intrusiva e irrazionale, le abilità manuali seguissero invece un percorso del tutto inverso, venendo via via ad assumere il valore di "altro", di qualcosa di alternativo e nel contempo subalterno, alla tecnologia imperante.

Il rischio è di avere generazioni future di ginecologi che non sono in grado di compiere neppure le manovre più semplici, con il grave pericolo di non sapere affrontare situazioni di emergenza che pure possono porsi, e di frammentare comunque la comprensione della problematica che abbiamo davanti perdendo di vista l'insieme.

La pubblicazione nel 1972 del trattato di Archie Cochrane "Effectiveness and Efficiency" ha segnato una pietra miliare nella storia della medicina moderna ed in particolare nel problema dei servizi sanitari.

Cochrane fu uno dei primi a esporre il concetto che i servizi sanitari dovessero essere giudicati sulla base delle evidenze scientifiche piuttosto che sulle impressioni cliniche, sull'esperienza aneddotica, sulle opinioni di esperti o sulla tradizione. Sulla base della sua esperienza, maturata come ufficiale medico durante la II guerra mondiale, Cochrane si era convinto dell'inutilità reale di molte terapie ritenute valide ed anche della pericolosità di altre misure terapeutiche. Valutando il nuovo National Health Service inglese, Cochrane temeva che lo sviluppo tecnologico, con l'introduzione di nuovi test e nuove procedure non sufficientemente sperimentate, potesse, allo scopo di aumentare la ricerca di una "cure", in effetti portare ad una riduzione della "care" e indicava negli studi clinici randomizzati il mezzo per inaugurare un nuovo modo di valutazione e di controllo che sarebbe stato "la chiave di un servizio sanitario razionale". L'applicazione di questi concetti avrebbe permesso di eliminare procedure inutili o dannose invece di promuovere quelle utili e sottoutilizzate. Cochrane criticava la mancanza di queste ricerche in tutto il campo medico, ma specialmente in campo ostetrico: mutuando una terminologia sportiva, in specifico dal torneo di rugby delle 5 nazioni, assegnava all'Ostetricia il "cucchiaio di legno", segno che marchiava la squadra terminata ultima, senza alcuna vittoria.

Da allora in effetti le cose sono cambiate, grazie soprattutto all'iniziale impegno di Ian Chalmers, allievo di Cochrane, di Enkin e di altri, con la pubblicazione prima del Registro degli studi clinici controllati in campo perinatale, quindi con il classico "Effective Care in Pregnancy and Childbirth", e infine con l'Oxford Database of Perinatal Trials e la Cochrane Library, la nostra specialità ha cercato di lasciare ad altri il "cucchiaio di legno". Seppur lentamente, questi concetti cominciano a diventare patrimonio culturale riconosciuto per molti ostetrici, e negli ultimi anni sono accadute piccole rivoluzioni che poche altre specialità hanno conosciuto.

Siamo allora in un momento di sviluppo realmente

scientifico dell'Ostetricia?

Non ancora. Certo, in un teorico mondo perfetto, tutta la medicina sarebbe "evidence based", vale a dire ogni misura diagnostica e/o terapeutica dovrebbe essere seguita ad un processo di verifica che ne garantisca l'efficacia e l'innocuità. Il fiorire di linee guida, ricavate dall'esame delle prove di efficacia, cui assistiamo oggi, potrebbe far pensare di poter dare una risposta razionale e scientifica a tutte le problematiche che vengono quotidianamente affrontate in campo sanitario. In realtà questo non si verifica: è stato infatti stimato che solo il 4% delle decisioni mediche sono basate sulle prove evidenti emergenti da studi di ricerca clinica, il 45% non si basano su ricerche ma sul consenso, più o meno ampiamente condiviso, di operatori medici, ed il 51% delle decisioni si basano su prove modeste e modesto consenso.

La ricerca scientifica ha permesso l'introduzione generalizzata nella pratica clinica ostetrica di alcune misure fondamentali, "life-saving", con un livello di evidenza I e forza di raccomandazione A, quali il trattamento profilattico con cortisonici per evitare la RDS, il trattamento con gamma-globuline anti Rh, la terapia antibiotica per ridurre le sepsi neonatali da streptococco emolitico B, la prevenzione dei DTN con la somministrazione prenatale di acido folico; ma non sono poche le situazioni in cui, pur avendo le prove, vecchie abitudini e pregiudizi, duri a morire, prevalgono determinando decisioni contrarie all'evidenza. Pensiamo alla posizione supina durante il travaglio, all'uso dell'episiotomia, all'incidenza del taglio cesareo nel nostro Paese.

Val la pena di sottolineare alcune incongruenze, a dimostrazione di come, molto spesso, anche chi è accanito paladino dell'EBM rifiuta o dimentica di applicare misure dimostrate efficaci, con evidenza di tipo I.

Due esempi: è oggi scientificamente provato che la somministrazione di ossitocina in bolo (5 U.) una volta uscite le spalle, serve a ridurre significativamente l'incidenza delle emorragie postpartum: quanti di voi, di noi, usano questa misura?; ancora (è un nostro cavallo di battaglia): è provata l'efficacia della manovra di versione esterna alla 37a settimana nella presentazione podalica (tecnica consigliata da tutte le maggiori Società Scientifiche di Ostetricia e Ginecologia): quanti di voi la impiegano nella loro pratica quoti-



diana? e quanti di voi invece nella stessa situazione si affidano magari alla moxibustione della efficacia della quale non esiste evidenza? diciamo la verità, la strada per una Ostetricia scientifica è ancora lunga. Ma è tutto chiaro anche per quanto riguarda l'EBM, gold standard di base per una pratica medica corretta? I benefici potenziali dell'EBM sono numerosi e ben descritti. Tuttavia l'evoluzione della ricerca passa attraverso il dubbio e, recentemente, alcuni dubbi e preoccupazioni sono stati da più parti espressi. Per

quanto nessuno metta in discussione il grande valore dell'EBM in campo scientifico e decisionale, la sua utilità clinica sarà massima solo se i medici sapranno comprendere bene le differenze che esistono tra l'evidenza della ricerca, i suoi limiti, e l'attenzione ("care") necessaria per il singolo individuo che si trova loro davanti. È indubbio che l'efficacia dell'intervento passa attraverso questa capacità ulteriore.

Va innanzi tutto ricordato che non a tutte le domande cliniche è possibile dare una risposta sulla base di Randomized Controlled Trial (RCT): ad esempio determinare quale sia il protocollo migliore di prevenzione dell'infezione neonatale da streptococco emolitico richiederebbe l'arruolamento di oltre 200.000 gravide.

Non si può poi negare che le caratteristiche dei pazienti studiati nei RCT, e quelle del singolo paziente in cura nell'ambulatorio o nel reparto ospedaliero, sono spesso diverse. Di conseguenza, anche dati ricavati da studi controllati e ben condotti, potrebbero non essere direttamente applicabili al singolo paziente. Come dice Mant "uno studio clinico è il metodo migliore per verificare se un intervento medico funziona, ma è probabilmente il metodo peggiore per valutare chi ne potrà trarre beneficio".

In genere le condizioni dei pazienti che partecipano a RCT non sono condizioni standard: si tratta infatti di soggetti attentamente selezionati, seguiti da personale motivato, in ambienti di alto livello; ricevono quindi una cura superiore a quella "normale", oltre ad avere una ottima "compliance", base dell'inclusione nel RCT.

Esistono poi differenze relative all'individuo (età, genere, morbilità, variabili non biologiche, ecc) e alla popolazione (genetiche, culturali, ambientali, ecc.) che possono interferire nel trasferimento di un dato dal generale al particolare.

Va ancora rilevato come talvolta i medici possano tendere a semplificare il problema clinico e cercare unicamente l'evidenza migliore. Non si deve dimenticare che una accurata anamnesi ed un esame obiettivo corretto (anche questo condotto sulla base dell'EBM) devono sempre essere i fondamenti del processo decisionale e devono precedere l'applicazione dell'EBM. Non possiamo poi purtroppo dimenticare come, ovunque, ma specialmente nei paesi più poveri, l'implementazione di raccomandazioni mediche basate sull'evidenza ricavate dalla ricerca possa essere difficile per le scarse risorse a disposizione.

La randomizzazione comporta l'omogeneizzazione non solo della popolazione e dello studio, ma anche di importanti fattori clinici che vengono trascurati nella loro individualità: in tal modo il trial perde la sua validità per i soggetti che fanno parte dei sottogruppi a minor rischio. L'omogeneizzazione dell'intervento, derivante dai trial multicentrici, produce un livello di cura medio che può essere considerato al momento ideale, ma impedisce poi il miglioramento e il progresso.

Un punto assolutamente essenziale riguarda le preferenze e i desideri del paziente. L'autonomia del paziente, ed i suoi punti di vista devono essere rispettati e tenuti in considerazione. Questo deve avvenire dopo che i dati dell'evidenza sono stati accuratamente trasmessi al paziente ed alla sua famiglia, in una cultura del rispetto che tenga conto che i valori del medico non sono quelli del paziente.

Infine, in ogni paziente esiste una forte componente emozionale in risposta alla malattia. Il supporto sociale, lo stato economico, il livello di soddisfazione, lo stress, la speranza e l'ottimismo, influiscono sul corso della malattia e sulla sua prognosi. Tutto questo non compare nei RCT, e il medico può tendere a

# Alcune riflessioni medico-legali sulla **sterilizzazione chirurgica** a scopo contraccettivo

Molti esperti di medicina legale sostengono che, in assenza di una normativa specifica, l'intervento di sterilizzazione chirurgica definitiva presenta caratteri di non liceità sotto il profilo medico-legale.

Poiché il problema dell'attuabilità di tale intervento si presenta quotidianamente nella pratica ginecologica, è apparso utile sottoporre all'attenzione degli operatori del settore una pronuncia, tra le poche esistenti in materia, della Corte di Cassazione



di Pier Francesco Tropea

La drastica riduzione delle nascite nel nostro Paese, che ha confinato l'Italia agli ultimi posti nella classifica delle Nazioni a bassa natalità, è conseguente all'attuazione di una politica contraccettiva le cui motivazioni sono, oltre che di tipo economico, anche, e più genericamente, culturali e sociali.

Di fatto, la coppia media italiana programma molto spesso di concepire un solo figlio, anche perché l'attività lavorativa della donna, nel limitare il periodo di fertilità femminile, impedisce di programmare ripetuti concepimenti, opportunamente distanziati nel tempo.

La ricerca dunque di un metodo contraccettivo di elevata sicurezza e privo di rischi ha impegnato i ginecologi nell'ultimo trentennio, in un'alternanza di entusiasmi incondizionati e rivalutazioni critiche nei riguardi sia dei preparati ormonali che dei dispositivi intrauterini (IUD).

A tal proposito vi è da dire che in Italia l'uso degli IUD è stato fortemente ridimensionato in questi ultimi anni, mentre il ricorso al contraccettivo ormonale è in leggero incremento in relazione alla disponibilità di preparati a bassissimo dosaggio, sebbene in cifre percentuali nettamente più ridotte rispetto alla diffusione della "pillola" osservabile in altre Nazioni.

La rigorosa programmazione delle nascite e la sempre più diffusa tendenza all'espletamento del parto per via addominale ha sorprendentemente determinato una richiesta di sterilizzazione chirurgica da parte di una coppia fortemente determinata a raggiungere l'obiettivo di una infertilità sicura, al di là dei po-

tenziali rischi o inconvenienti che l'adozione di una pratica contraccettiva inevitabilmente comporta, se protratta nel tempo. Sempre di più, quindi, si pone al ginecologo la necessità di valutare, in termini di legittimità, l'opportunità di adire alla richiesta da parte della coppia di effettuare un intervento di sterilizzazione, la cui liceità sotto il profilo legale è tuttora oggetto di dibattito tra gli esperti del settore.

Alla memoria dei ginecologi non più giovani è ben presente il procedimento giudiziario che coinvolse negli anni '60 un illustre ginecologo, condannato nei vari gradi di giudizio per aver proceduto ad una sterilizzazione tubarica, come tempo complementare di un taglio cesareo eseguito per la terza volta. A queste, seguirono altre clamorose iniziative giudiziarie, che videro soccombenti i ginecologi chiamati a rispondere dell'esecuzione di un intervento di chiusura definitiva delle tube.

Tale orientamento colpevolista della giurisprudenza venne ribaltato da una sentenza della Corte di Cassazione del 1987 che di fatto depenalizzò la sterilizzazione chirurgica, ritenendo a tal proposito valida l'abrogazione di quegli articoli del codice penale che, in linea con un preciso orientamento politico di regime, condannavano qualsiasi pratica che impediva la procreazione.

Da tale epoca, la pratica della sterilizzazione è stata considerata presso gli operatori sanitari, se non pienamente lecita, certamente esente da concreti rischi di "penalizzazione" giudiziaria, tant'è che, dapprima supportata da motivazioni mediche più o meno realmente esistenti, e successivamente con indicazioni chiaramente contraccettive, l'intervento di sterilizzazione tubarica figura nelle comuni statistiche degli Istituti Ginecologici Universitari ed Ospedalieri.

Per completezza di esposizione, è da ricordare che molti giuristi esprimono tuttora forti perplessità circa la legittimità della pratica della sterilizzazione chirurgica, anche se effettuata su richiesta e con pieno consenso della paziente e ciò nella considerazione dell'esistenza dell'art. 5 C.C. che "vieta gli atti dispositivi del proprio corpo quando essi cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica".

In concreto, una forte frangia di esperti di medicina legale sostiene che, in assenza di una legge che regolamenti in modo specifico la materia in oggetto (normativa tuttora inesistente ad onta dei numerosi progetti di legge presentati da gruppi politici di opposte tendenze che attendono l'esame e l'approvazione da parte del Parlamento), qualsiasi intervento chirurgico di sterilizzazione definitiva presenta caratteri di non liceità sotto il profilo medico-legale.

Poiché, come si è detto, il problema dell'attuabilità di una sterilizzazione chirurgica si presenta quotidianamente nella pratica ginecologica, è apparso utile riportare una pronuncia, tra le poche esistenti in materia, della Corte di Cassazione che, per le motivazioni addotte in decisione, merita di essere segnalata all'attenzione degli operatori del settore.

Dietro richiesta da parte di una paziente di un metodo anticoncezionale sicuro, un ginecologo pratica un intervento chirurgico di chiusura tubarica (incollaggio delle tube) garantendone il risultato nella misura del 100%.

L'instaurarsi dopo qualche tempo di una gravidanza, esitata nella nascita di un figlio, induce la donna a citare in giudizio il ginecologo per inadempimento dell'obbligazione consistente nel risultato dell'infertilità della richiedente, obiettivo in realtà clamorosamente fallito.

Il Giudice di primo grado rigetta la domanda della paziente, mentre la Corte d'Appello, accogliendo la tesi della donna, rileva l'inadempienza del ginecologo che viene condannato alla restituzione della somma percepita quale onorario dell'intervento praticato.

La Corte di Cassazione, con sentenza della III a Sezione Civile n. 9617 del 10 settembre 1999, conferma la responsabilità del professionista con le interessanti motivazioni che di seguito vengono riportate. I Giudici hanno stabilito innanzitutto che, nel contratto d'opera intercorso tra ginecologo e paziente nel caso in specie, l'obbligazione assunta dal Medico non poteva essere solo di mezzi ma anche di risultato, in quanto la finalità dell'intervento era quella di provocare una definitiva infertilità della donna. Per tal motivo, al ginecologo non era nella fattispecie richiesta soltanto una diligente osservanza di regole tecniche, come avviene nell'obbligazione di mezzi, ma anche un risultato della prestazione il cui adempimento deve "coincidere con la piena realizzazione dello scopo perseguito dal creditore, indipendentemente dall'attività e dalla diligenza spiegata dall'altra parte per conseguirlo. Pertanto, l'obbligazione di risultato può considerarsi adempiuta solo quando si sia realizzato l'evento previsto come conseguenza dell'attività esplicata dal debitore, nell'identità di previsione negoziale e nella completezza quantitativa e qualitativa degli

effetti previsti e per converso non può ritenersi adempiuta se l'attività dell'obbligato, quantunque diligente, non sia valsa a far raggiungere il risultato previsto".

Peraltro, i giudici della Corte d'Appello avevano rilevato anche un'inadempienza del ginecologo relativa all'obbligo di informazione, nel senso che avevano fatto carico al Medico di non aver correttamente informato la paziente di un rischio di future gravidanze derivante da un eventuale fallimento dell'intervento, peraltro segnalato dalla letteratura medica.

Su tale punto, la Corte di Cassazione afferma che la violazione del dovere di informazione ha concorso alla formulazione di un consenso imperfetto, in quanto non adeguato ai canoni della corretta informazione, e quindi non rispondente ai requisiti che deve possedere un consenso del malato pienamente consapevole dei vantaggi e dei rischi inerenti l'intervento chirurgico;

Pertanto i Giudici della Suprema Corte deliberarono la risoluzione del contratto per inadempimento del medico ex art. 1453 e segg. C.C. dando piena ragione alla paziente.

La sentenza in oggetto ci sembra di particolare rilevanza per i ginecologi nel senso che, forse per la prima volta in ambito chirurgico, viene affermato il principio dell'obbligo del medico di garantire al malato, non soltanto il diligente e corretto impiego dei mez-

zi che la scienza gli mette a disposizione in quel preciso momento storico (come la tradizionale giurisprudenza impone), ma anche il conseguimento di un risultato, laddove la finalità dell'intervento consista esattamente nel raggiungimento di quel preciso obiettivo prefissato (analogamente a quanto avviene in chirurgia estetica).

È ben evidente che un intervento di sterilizzazione chirurgica possiede il fine di conferire l'infertilità definitiva, soprattutto nei casi in cui l'operazione ha un esclusivo scopo contraccettivo e non muove da una indicazione medica.

A nostro giudizio, l'obbligazione di risultato per il Medico assume maggiore rilevanza nei casi in cui l'intervento non è complementare ad altra operazione dettata da necessità mediche (taglio cesareo), ma è praticato con precisa ed esclusiva indicazione contraccettiva il cui risultato quindi deve essere necessariamente raggiunto, pena l'inadempienza dell'operatore sanitario.

In sostanza, la sentenza che abbiamo qui presentato deve far riflettere il ginecologo che decida di accettare la richiesta di una sterilizzazione chirurgica, in quanto il carico di responsabilità che il Medico si assume nell'esecuzione di tale prestazione può risultare particolarmente gravoso nel caso in cui si dimostri il fallimento dell'intervento nelle sue finalità terapeutiche.

segue da pagina 15

trascurare questi fatti importanti.

Un chiaro esempio dei limiti dell'EBM è rappresentato, in campo ostetrico, dal problema della presentazione podalica. Voi tutti sapete come si sia modificato nel corso di questi ultimi decenni il comportamento clinico nei confronti della presentazione podalica. Fino a 40 anni fa l'ostetrico, pur conoscendo come il bambino podalico fosse in un certo senso a rischio – rischio più elevato di malformazioni, di parto difficile, di morbilità e mortalità – accettava questa evenienza e assisteva al parto per le vie naturali, tutto al più con un po' di trepidazione. Fu Wright nel '57 che per primo suggerì l'impiego del taglio cesareo sistematico per limitare i danni del parto podalico vaginale. La storia degli anni successivi è una storia di contrasti e di opinioni diverse, anche se gradatamente il TC è stato sempre più impiegato per risolvere questo problema ostetrico. Eppure ancora nel 1986 l'ACOG si esprimeva per l'equivalenza della scelta tra cesareo e parto vaginale, mentre la Conferenza di Consenso canadese indicava la preferenza per il parto vaginale, condizioni permettendo, nella podalica a termine. Il Term Breech Trial del 2000, organizzato dal gruppo canadese della Hannah, ben nota per ricerche fondamentali di epidemiologia clinica, indicava che la scelta del TC sistematico era giustificata da risultati clinici decisamente migliori. Il TBT era stato condotto su un totale di 121 punti nascita in 26 paesi diversi e coinvolgeva un totale di 2083 feti a termine in presentazione podalica. Nel gruppo delle donne sottoposte a taglio cesareo la mortalità perinatale e la morbilità grave a breve termine era del 1.6%, mentre nelle donne che avevano avuto un parto vaginale questo valore era decisamente superiore (5%).

Apparentemente quindi il problema era risolto e nessuna diversa opinione sembrava possibile. Come poter dubitare di uno studio multicentrico randomizzato condotto da uno dei centri più seri, per altro con risultati in linea con molte opinioni prestigiose? Eppure ben presto alcuni bias sono apparsi e sono ben

sintetizzati da diversi autori. Questi pareri contrari fanno rilevare come nel caso specifico, non in tutti i centri partecipanti erano scrupolosamente osservati i criteri di ammissibilità al parto vaginale, probabilmente perché "coperti" dalla randomizzazione e dalla ricerca si avviavano alla via vaginale più parti di quanto fosse ragionevole attendersi, infine, ed è questo il punto più interessante, perché non si teneva conto né della diversa esperienza clinica e capacità personale degli operatori interessati, né dell'organizzazione della struttura. Ed in effetti come considerare omogenei il sottogruppo, chiaramente a basso rischio, delle secondipare o pluripare, con presentazione podalica natiche, con peso appropriato, con testa flessa, con dinamica del travaglio regolare, seguito da personale esperto e quello delle primigravide con valutazione pretravaglio incompleta che partorisce in un ambiente non particolarmente preparato? Si è così assistito al fatto che negli ultimi anni, malgrado i risultati del TBT, in molti paesi si è affermata, in contrasto con l'evidenza del RCT, la piena liceità del comportamento tradizionale di assistenza al parto podalico per via vaginale, in casi accuratamente selezionati. In Francia questo è l'orientamento prevalente, ma anche in altri paesi a noi vicini come la Svizzera e l'Austria. Nel 2002 due AA tedeschi sono arrivati a sostenere che il cesareo per il podice deve essere una seconda scelta e che il vero fattore di rischio non è la presentazione podalica ma l'ostetrico non qualificato e inesperto e l'insufficiente organizzazione del punto nascita. Questo è l'esempio di come una ricerca, presumibilmente ben condotta perché randomizzata, controllata, multicentrica, e con risultati che appaiono indiscutibili, ha influenzato solo in parte la condotta clinica. Chi non ne ha, sulla base dell'esperienza personale, accettato i risultati, ha probabilmente ragione, anche se è da tener conto, come dice Queenan, che di fronte a due opinioni contrastanti, nella nostra società caratterizzata da una notevole litigiosità, nel tempo vincente sarà quella che consentirà di ridurre il rischio di responsabilità pro-

fessionale. Con tanti saluti alla scientificità corretta della ricerca ed alla successiva applicazione clinica dei risultati.

Con la predominanza dell'approccio biomedico, i desideri e le emozioni del paziente tendono a essere trascurate se un paradigma paziente-centrico non è intimamente incorporato nel pensiero del medico. Questo è particolarmente importante perché i pazienti variano ampiamente nei loro valori e nelle loro necessità, che possono tra l'altro cambiare nel tempo. Una effettiva e sincera comunicazione tra il medico, il paziente e la sua famiglia è uno strumento essenziale per incorporare e adattare i problemi individuali all'evidenza emergente da studi di popolazione. Perciò l'EBM non risponde pienamente al suo scopo se le preoccupazioni e le attitudini personali del paziente non sono pienamente apprezzate e non si permette che influiscano sulle decisioni cliniche derivate dall'evidenza.

Le decisioni mediche devono essere certamente basate sulle migliori prove derivate dalla ricerca. Tuttavia l'importanza delle tradizionali abilità del medico non sono diminuite nel processo. L'esperienza clinica è oggi più cruciale di ieri. Permette al medico di raccogliere tutte le rilevanti informazioni dal paziente, integrarle per comporre una domanda centrale, raccogliere le migliori informazioni dalla ricerca e attentamente applicarle al singolo individuo. Nel farlo il medico deve ricordare le differenze tra il quadro dei RCT e la situazione in questione nonché i desideri e i sentimenti del paziente. Incorporare le abilità cliniche ed il giudizio clinico con una valutazione attenta delle prove della ricerca e integrare i risultati al singolo individuo-paziente, dovrebbe essere oggi lo standard della "good care". In questo modo le differenze tra ricerca e pratica clinica si ridurranno, ed i mille benefici dell'EBM diverranno ancora più palesi. La clinica ha bisogno dell'evidenza, ma poi l'evidenza ha bisogno della clinica .... E in fondo i determinanti per la decisione sono la donna e la valutazione clinica, ancorché alla luce delle evidenze.

Testo a cura della  
Segreteria Nazionale A.O.G.O.I.

Le infezioni vaginali rappresentano una comune causa di consultazione specialistica ginecologica. È ben noto come le abitudini igieniche della donna, come il tipo di indumenti usati, possano rappresentare un fattore di rischio per le infezioni vaginali (1-4). È quindi importante conoscere le abitudini igieniche delle donne per poter, se necessario, identificare temi su cui mirare specifiche campagne educative e di sensibilizzazione.

D'altra parte i dati al proposito sono estremamente scarsi.

Per offrire informazioni sulle abitudini relative all'igiene intima femminile e le abitudini relative all'uso di assorbenti od indumenti è stato condotto uno studio osservazionale.

## MATERIALI E METODI

Lo studio condotto è uno studio osservazionale trasversale che mira a fotografare le abitudini igieniche e l'uso di assorbenti e indumenti nelle donne che si rivolgono per un consulto ginecologico presso strutture ambulatoriali di primo livello.

Eleggibili per lo studio erano tutte le donne di età superiore o uguale a 18 e inferiore a 66 anni osservate consecutivamente presso i centri ambulatoriali partecipanti alla ricerca per una visita ginecologica. Ogni centro è stato invitato ad includere nello studio almeno 10 soggetti.

Ogni donna inclusa nella ricerca ha risposto ad un



# Studio osservazionale sull'igiene intima femminile in Italia

breve questionario riguardante informazioni relative ad alcune caratteristiche generali, alle sue abitudini igieniche relative all'apparato genitale, l'uso di assorbenti, il tipo di indumenti intimi indossati e la frequenza di infezioni vaginali.

Il protocollo non prevedeva criteri di esclusione, con l'eccezione della incapacità a rispondere alle

domande del questionario. Nel periodo maggio-giugno 2005 sono entrate in studio complessivamente 637 donne identificate in 43 centri.

## ANALISI DEI DATI

È stata calcolata la frequenza delle caratteristiche delle donne e delle abitudini igieniche relative al-

**Tabella 1. Caratteristiche dei soggetti in studio**

Caratteristica	N. (%)
<b>Età (anni)</b>	
18-35	308 (48.1)
36-50	246 (39.0)
51-65	77 (12.2)
<b>Motivo della visita</b>	
Controllo	365 (57.9)
Gravidanza	111 (17.6)
Menopausa	57 (9.1)
Altro	97 (15.4)
<b>Istruzione</b>	
Media inferiore	137 (22.8)
Media superiore	332 (55.3)
Laurea	131 (21.8)
<b>Occupazione</b>	
Casalinga	177 (28.8)
Impiegata	223 (36.3)
Libero professionista	89 (14.5)
Studentessa	66 (10.8)
Altro	59 (9.6)

In alcuni casi la somma non arriva al totale a causa di valori mancanti

**Tabella 2. Abitudini igieniche**

	Totale soggetti N. (%)	Età 18-35 N. (%)	Età 36-50 N. (%)	Età 51-65 N. (%)
<b>Quante volte al dì sente la necessità di lavarsi per l'igiene intima?</b>				
1	55 (8.7)	28 (9.2)	19 (7.7)	8 (10.4)
2	298 (47.1)	146 (47.9)	111 (45.1)	38 (49.4)
3	175 (27.7)	86 (28.2)	74 (30.1)	14 (18.2)
4 o più	105 (16.6)	45 (14.8)	42 (17.1)	17 (22.1)
<b>Quale tipo di detergente usa?</b>				
Sapone normale	113 (18.8)	43 (15.1)	45 (19.1)	24 (32.0)
Detergente specifico	488 (81.2)	242 (84.9)	191 (80.9)	51 (68.0)
<b>In che momento della giornata sente la necessità di lavarsi per la sua igiene intima?*</b>				
Mattino	417 (65.5)	185 (60.1)	174 (70.7)	57 (74.0)
Durante la giornata	313 (49.1)	155 (50.3)	125 (50.8)	29 (37.7)
Sera	368 (57.8)	166 (53.9)	152 (61.8)	48 (62.3)

In alcuni casi la somma non arriva al totale a causa di valori mancanti. \* risposte multiple

l'apparato genitale, l'uso di assorbenti, il tipo di indumenti intimi indossati e la frequenza di infezioni vaginali per il totale della popolazione ed in strati di età. Le differenze nella frequenza delle variabili considerate in strati di età sono state valutate con l'uso del test del chi-quadrato.

Si è inoltre valutata la relazione tra frequenza riportata di infezioni vaginale ed alcune variabili selezionate attraverso il calcolo degli odds ratios e dei relativi limiti di confidenza al 95%.

## RISULTATI

La **tabella 1** mostra la distribuzione dei soggetti in studio in accordo ad alcune caratteristiche generali selezionate.

Il 48% delle donne intervistate aveva una età inferiore od uguale a 35 anni. Il 57.9 % dei soggetti inclusi nello studio si era recato dal ginecologo per controllo di routine, 17.6% per un controllo in gravidanza, 9.1% per un controllo in menopausa ed il restante 15.4 % per altri motivi.

Il 22.8 % delle donne riportava un'istruzione media inferiore, il 55.3% un'istruzione media superiore e il 21.8% un'istruzione universitaria. Con riferimento alla occupazione, 28.8% donne erano casalinghe, 36.3% impiegate, 14.5% libere professioniste, 10.8% studentesse e 9.6% riportavano altre occupazioni, incluso l'essere pensionate.

La **tabella 2** considera le abitudini relative alla igiene intima delle donne intervistate. Il 47% circa delle donne intervistate riferisce di sentire la necessità di lavarsi per l'igiene intima 2 volte al giorno e circa il 44% 3 volte o più. Tali differenze erano molto simili se si considerano separatamente donne di età inferiore a 35 anni, di età compresa tra i 36 ed i 50 anni e di età superiore od uguale a 51 anni. La larga maggioranza delle donne incluse nello studio riferisce di usare un detergente specifico per l'igiene intima (81%).

La **tabella 3** considera l'uso di assorbenti ed il tipo di indumenti usati abitualmente.

L'uso di proteggi slip sempre o spesso è riportato dal 35% delle donne, tale percentuale tende a essere minore nelle donne di età 51-65 anni.

Il tipo di assorbente più comunemente usato durante la mestruazione è quello esterno, anche nella fascia di età più giovane.

Il perizoma viene indossato regolarmente dal 22% delle donne intervistate, tale percentuale è pari al 32% nelle fascia di età più giovane e solo pari all'1.3% nelle donne di età 51-65 anni.

Il 26% delle donne riporta di usare spesso pantaloni attillati o jeans, tale percentuale è pari al 36.7% nelle donne di età 18-35 anni.

La **tabella 4** considera la frequenza di infezioni vaginali come riportata dalle donne nel corso dell'anno precedente l'intervista, di sintomi vaginali e l'impatto di questi sulla vita quotidiana.

Due o più episodi di infezioni vaginali sono stati riportati dal 20.5% del campione di donne. Le perdite vaginali sono un sintomo frequentemente riportato (36.5% dei soggetti). Similmente il prurito è stato riportato dal 35% delle donne. Interessante notare come dolore ai rapporti sessuali sia stato riportato dal 22% delle donne intervistate.

La presenza di infezione vaginale o sintomi vaginali è stata frequente causa di disagio solo nel 3.1% delle donne intervistate, ma qualche volta nel 20.1% dei soggetti.

Abbiamo infine analizzato il ruolo di alcune abitudini igieniche ed il tipo di indumenti utilizzati sul rischio di infezione vaginale nel corso dell'anno precedente l'intervista come riferita dalle donne. Il ri-

**Tabella 3. Uso di assorbenti ed indumenti**

	Totale soggetti N. (%)	Età 18-35 N. (%)	Età 36-50 N. (%)	Età 51-65 N. (%)
<b>Fa uso di proteggi slip</b>				
Sempre	97 (15.8)	49 (16.1)	37 (15.4)	11 (17.5)
Spesso	117 (19.1)	64 (20.9)	44 (18.3)	8 (12.7)
Qualche volta	239 (39.0)	126 (41.2)	94 (39.2)	17 (27.0)
Mai	160 (26.1)	67 (21.9)	65 (27.1)	27 (42.9)
<b>Durante le mestruazioni quale tipo di assorbente usa?</b>				
<i>Esterno</i>				
Sempre	488 (85.9) <sup>^</sup>	241 (81.4)	210 (90.1) <sup>^</sup>	34 (97.1) <sup>^</sup>
Qualche volta	48 (8.5)	33 (11.2)	15 (6.4)	0
Mai	32 (5.6)	22 (7.4)	8 (3.4)	1 (2.9)
<i>Interno con applicatore</i>				
Sempre	44 (8.1)	26 (9.2)	16 (7.1)	1 (2.9)
Qualche volta	98 (18.0)	58 (20.6)	34 (15.2)	5 (14.3)
Mai	403 (73.9)	198 (70.2)	174 (77.7)	29 (82.9)
<i>Interno senza applicatore</i>				
Sempre	11 (1.9)	9 (3.0)	2 (0.9)	0
Qualche volta	33 (5.8)	20 (6.8)	11 (4.7)	2 (6.9)
Mai	524 (92.3)	267 (90.2)	220 (94.4)	33 (94.3)
<b>Normalmente che modello di biancheria intima usa?</b>				
Normale	492 (78.1)	207 (67.9)	207 (84.8)	76 (98.7)
Perizoma	138 (21.9)	98 (32.1)	37 (15.2)	1 (1.3)
<b>Normalmente che tipo di biancheria intima usa? *</b>				
Cotone bianco	433 (68.0)	192 (62.3)	175 (71.1)	63 (81.8)
Cotone colorato	232 (36.4)	113 (36.7)	97 (39.4)	19 (24.7)
Sintetico	101 (15.9)	69 (22.4)	28 (11.4)	3 (3.9)
<b>Fa uso di pantaloni attillati/jeans?</b>				
Spesso	165 (26.4)	112 (36.7)	42 (17.3)	10 (13.9)
Qualche volta	275 (44.1)	133 (43.6)	120 (49.4)	20 (27.8)
Quasi mai	184 (29.5)	60 (19.7)	81 (33.3)	42 (58.3)

In alcuni casi la somma non arriva al totale a causa di valori mancanti

<sup>^</sup>donne in pre-menopausa. \* risposte multiple

schio di infezione ripetuta era pari a 1.9 (intervallo di confidenza al 95% 1.2-3.0) nelle donne che riportavano far uso spesso di jeans o pantaloni attillati rispetto alle donne che riportavano non usarli quasi mai, e a 1.5 (intervallo di confidenza al 95% 1.0-2.4) nelle donne che utilizzavano biancheria intima sintetica rispetto a chi non la utilizzava. Una maggior necessità di lavarsi e l'uso del perizoma erano anch'essi associati ad un maggior rischio, ma non statisticamente significativo (tabella 4).

## COMMENTO

Prima di commentare brevemente i risultati dell'indagine, va rammentato come il campione considerato non sia rappresentativo delle donne italiane, ma delle donne che si presentano per una visita presso ambulatori ginecologici di primo livello. È quindi possibile pensare che esso rappresenti un campione selezionato, in particolare verso una popolazione più attenta alla propria salute genitale, considerando anche il fatto che circa il 58% delle donne intervistate si erano recate dal ginecologo per un controllo di routine. Similmente è possibile pensare che la frequenza riportata di infezione vaginale possa essere maggiore che nella popolazione generale. Va inoltre ricordato che i centri partecipanti non sono un campione formalmente rappresentativo degli ambulatori ginecologici. Tuttavia

i centri erano ben distribuiti sul territorio nazionale. Il dato più interessante che emerge dall'analisi dello studio è un quadro delle abitudini igieniche e sull'uso di indumenti della donna. Va ad esempio notata l'abitudine a lavarsi spesso e ad usare un detergente specifico. Inoltre, emerge in modo chiaro come nella grande maggioranza delle donne intervistate venga preferito l'assorbente esterno durante le mestruazioni.

Pur considerando il possibile bias dovuto al campione selezionato va sottolineato come i disturbi vaginali o le infezioni vaginali interessino un'elevata percentuale di donne, senza marcate differenze nelle varie fasce d'età. Infine, va notato come questa analisi confermi il ruolo di fattore di rischio delle infezioni vaginali di pantaloni attillati o jeans.

Usare indumenti di cotone riduce il rischio di infezioni, tale dato suggerisce come l'utilizzo di cotone per l'igiene femminile sia potenzialmente utile per la salute genitale della donna. Al proposito, per meglio indagare la relazione tra uso di assorbenti di cotone è stata condotta un'ulteriore indagine su 125 donne che sono state osservate presso 5 centri, in tale indagine la frequenza di uso di assorbenti esterni di cotone è stata pari a 15 donne. In nessuno di tali casi è stata riportata una storia di allergia o di infezioni vaginali ricorrenti. In conclusione, pur con i limiti sottolineati, questo stu-



dio ci offre utili informazioni sulle abitudini delle donne. Nel counselling ginecologico va certamente affrontato anche il tema delle abitudini igieniche e dell'uso di pantaloni attillati o jeans, in particolare nelle donne con infezioni vaginali ripetute.

#### BIBLIOGRAFIA

- Schmid GP. The epidemiology of bacterial vaginosis. *Int J Gynaecol Obstet* 1999; 67:S17-20
- Geiger AM, Foxman B, Gillespie BW. The epidemiology of vulvovaginal Candidiasis among university students. *Am J Public Health* 1995; 85:1146-1148
- Spinillo A, Capuzzo E, Egbe tO, Baltaro F, Nicola S, Piazzi G. *Torulopsis glabrata* Vaginitis *Obstet Gynecol* 1995; 85:993-998
- Chiapparino F, Parazzini F, De Besi P, Lavezzari M. Risk factors for bacterial vaginosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 117:222-226

**Tabella 4. Frequenza di infezioni, sintomi vaginali**

	Totale soggetti	Età 18-35	Età 36-50	Età 51-65
<b>Episodi di infezioni vaginali nel corso dell'ultimo anno</b>				
0	312 (53.7)	149 (52.7)	124 (54.4)	37 (56.9)
1	150 (25.8)	75 (26.5)	63 (27.6)	12 (18.5)
2	90 (15.5)	46 (16.3)	31 (13.6)	10 (15.4)
3 o più	29 (5.0)	13 (4.6)	10 (4.4)	6 (9.2)
<b>Sintomi (2 o 3 volte all'anno)</b>				
Perdite	205 (36.5)	103 (37.2)	77 (35.3)	23 (35.9)
Perdite maleodoranti	69 (12.8)	34 (12.7)	29 (13.7)	6 (10.2)
Prurito	199 (34.9)	101 (36.3)	74 (32.6)	22 (34.9)
Difficoltà di minzione	40 (7.6)	15 (5.7)	15 (7.3)	10 (17.9)
Dolore nel rapporto sessuale	123 (22.0)	54 (19.3)	51 (23.3)	17 (28.8)
Bruciore	139 (24.6)	64 (23.1)	56 (24.9)	18 (29.5)
<b>Si è mai sentita a disagio per questi motivi?</b>				
Mai	339 (55.9)	167 (56.0)	131 (55.3)	40 (58.0)
Quasi mai	127 (20.9)	63 (21.1)	50 (21.1)	14 (20.3)
Qualche volta	122 (20.1)	59 (19.8)	48 (20.3)	13 (18.8)
Di frequente	19 (3.1)	9 (3.0)	8 (3.4)	2 (2.9)
<b>Quante volte ha dovuto rinunciare a rapporti sessuali a causa di infezioni/disturbi?</b>				
Mai	277 (45.4)	140 (46.8)	105 (43.9)	31 (44.9)
Quasi mai	151 (24.8)	76 (25.4)	62 (25.9)	13 (18.8)
Qualche volta	157 (25.7)	70 (23.4)	65 (27.2)	21 (30.4)
Di frequente	25 (4.1)	13 (4.4)	7 (2.9)	4 (5.8)

In alcuni casi la somma non arriva al totale a causa di valori mancanti

**Tabella 5. Rischio di infezioni in relazione ad abitudini igieniche e utilizzo di alcuni indumenti**

	Infezioni vaginali nel corso dell'ultimo anno		OR (95% IC)
	SI	NO	
<b>Quante volte al dì sente la necessità di lavarsi per la igiene intima?</b>			
1	23 (8.6)	29 (9.4)	1+
2	123 (45.9)	150 (48.4)	1.0 (0.6-1.9)
3	75 (28.0)	83 (26.8)	1.1 (0.6-2.1)
>3	47 (17.5)	48 (15.5)	1.2 (0.6-2.4)
<b>Quale tipo di detergente usa?</b>			
Sapone normale	47 (18.0)	47 (16.4)	1+
Detergente specifico	214 (82.0)	240 (83.6)	0.9 (0.5-1.4)
<b>Normalmente che modello di biancheria intima usa?</b>			
Normale	203 (75.8)	249 (80.1)	1+
Perizoma	65 (24.3)	62 (19.4)	1.3 (0.8-1.9)
<b>Normalmente che tipo di biancheria intima usa?*</b>			
Cotone bianco	181 (67.3)	220 (70.5)	0.8 (0.6-1.2)
Cotone colorato	101 (37.6)	112 (35.9)	1.1 (0.8-1.6)
Sintetico	52 (19.3)	43 (13.8)	1.5 (1.0-2.4)
<b>Fa uso di pantaloni attillati/jeans?</b>			
Spesso	81 (31.0)	70 (22.6)	1.9 (1.2-3.0)
Qualche volta	121 (45.3)	138 (44.5)	1.3 (1.2-3.0)
Quasi mai	65 (24.3)	102 (32.9)	1+

+ categoria di riferimento

OR: odds ratios aggiustato per età; IC: intervallo di confidenza

\*verso chi non utilizza quell'indumento

Questo modulo può essere utilizzato per richiedere l'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI". Dopo averlo compilato, dovete ritagliarlo ed inoltrarlo alla Segreteria nazionale AOGOI, via G. Abamonti, 1 - 20129 Milano, per posta, oppure via fax (02.29525521). In maniera più semplice, potrete compilare il modulo "on line", andando al sito [www.ginecologiaforense.it](http://www.ginecologiaforense.it), nel settore "Help-desk", sotto l'icona "Help-desk on line", dove troverete un percorso guidato che vi aiuterà a compilare correttamente la richiesta di assistenza. È anche possibile telefonare alla Segreteria nazionale AOGOI (tel. 02.29525380) ed esporre a voce il problema.





[www.ginecologiaforense.it](http://www.ginecologiaforense.it)



**legale on-line**

**M.A.M.M.A. AOGOI**

**Movement Against Medical Malpractice and Accident**  
of Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

---

**socio**

nome	cognome	indirizzo	
città	provincia	cap	sede di lavoro
e-mail	mobile	telefono	fax

**tipo**

evento sanitario avverso     atti della magistratura     contenzioso amministrativo

---

**evento**

descrivere in modo sintetico l'evento per il quale si richiede assistenza

**assistenza**

parere legale     verifica della linea difensiva già in atto  
 parere di esperto clinico     altro  
 parere sindacale o amministrativo

---

**descrizione**

descrivere in modo sintetico il tipo di assistenza richiesto

**contatto**

telefono     e-mail     indicare la modalità con cui si preferisce essere contattati  
 fax     mobile

**consenso**

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le condizioni generali di funzionamento del servizio di "tutela legale" e sulla rivista dell'associazione "Gynecooogoi".

data \_\_\_\_\_ il socio \_\_\_\_\_